**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELLEN MARIA HAGOPIAN

**CONTORNOS DA VIOLÊNCIA NA ENFERMAGEM:
ABORDAGEM QUANTITATIVA**

SÃO PAULO

2019

ELLEN MARIA HAGOPIAN

**CONTORNOS DA VIOLÊNCIA NA ENFERMAGEM:
ABORDAGEM QUANTITATIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Hagopian, Ellen Maria

Contornos da violência na Enfermagem: abordagem quantitativa /
Ellen Maria Hagopian. São Paulo, 2019.
197 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Violência. 2. Trabalho. 3. Equipe de enfermagem. 4. Ambiente
de trabalho. 5. Ética da enfermagem. 6. Comportamento social.
I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Ellen Maria Hagopian

Título: Contornos da Violência na Enfermagem: Abordagem Quantitativa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICO AOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

AGRADECIMENTOS

“mostrar ou manifestar gratidão; render graças; penhorar, reconhecer”

Conceber uma Tese de Doutorado presume uma experiência exclusiva de júbilo ao reconhecimento das pessoas e ocasiões que secundaram a oportunidade em realizá-la. Inapropriada seria a empáfia em pensar que esta construção, deve-se ao esforço de uma única pessoa.

Agradeço, portanto, a todos que facilitaram este intento, seja como formadores ou como atuantes na realização deste estudo. Manifesto minha gratidão, também aos que sustentaram o ensejo desta pesquisa, sem mesmo saber o valor que seus exemplos suscitavam como alicerce para o meu resultado.

Todas, independentemente da amplitude da atuação, outorgaram imensuráveis contribuições. Manifesto, sinceros agradecimentos a alguns nomes marcantes nesta trajetória.

Ao **Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas**, ser humano admirável, a quem presto incessante gratidão. Agradeço por me ensinar mediante o exemplo de quem é, pela ética, competência e posturas profissional e pessoal. Agradeço por me instruir, que a essência pela busca do conhecimento é infinita e que, o maior grau de qualificação, encontra-se, na elegância da simplicidade. Agradeço por permitir conviver com um ser humano que contempla virtudes como o amor, a justiça, a coragem, a temperança, a prudência, a generosidade, a humildade, a simplicidade, o humor (dentre tantas outras), mas, ressalvo e justifico sobre a impossibilidade de enumerar todas as suas grandezas, sobre estas poucas linhas. As palavras para tamanho sentimento de gratidão e admiração ainda não existem, portanto, só posso manifestar meus sinceros agradecimentos pelo privilégio de tê-lo em meu caminho.

À **Profa. Dra. Margarida Maria Silveira Barreto**. Desafio maior do que escrever esta tese, é a tentativa de agradecê-la. É uma honra poder expressar este sentimento, embora inábil foi encontrar palavras suficientes, significativas e justas para desmedida veneração que julgo da pessoa que és. Durante este percurso,

dilatou-se forte estima familiar de carinho e ternura. Um sorriso, a um contato; ecoava assim, um fenômeno sereno sob meu estado de espírito. Agradeço aos ensinamentos, reflexões, a intelectualidade, e, sobretudo, em permitir ser um exemplo. Enalteço minha sincera admiração.

À **Dra. Fátima Silvana Furtado Gerolin**, presto meus agradecimentos por jamais subestimar minhas capacidades, assim como as possibilidades de desenvolver uma pesquisa sobre violência. Encanta-me a elegância com a qual definiu, defende e representa a categoria da enfermagem como um todo. “Acima de nós, em redor de nós, as palavras voam e as vezes pousam” (Cecília Meireles). Assim foi há alguns anos atrás, o início desta caminhada. Devo-lhe um agradecimento especial, por plantar esta semente. “Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.” (Martin Luther King). Assim, foi o sentido de seu apoio em meu crescimento acadêmico. Reconheço, pelo papel significativo de líder enfermeira que teve para mim, e reitero meus sinceros agradecimentos e admiração.

Ao **Prof. Dr. Júlio Groppa Aquino**. Agradeço a melhor experiência no transcorrer da disciplina ministrada de forma sublime pelo Senhor. Muito sentido encontrei nos diversos discursos sobre a atual alienação da nossa sociedade. Acuso minha admiração por seus pensamentos, escritas e por quem é. Por vezes, me emocionei durante as aulas. Olhar acima do aquário em que vivemos, marcou-me pessoal e profissionalmente, e oportunizou o alcance desta tese e a expectativa de pensamentos melhores.

À **Dra. Maria Carmen Martinez** e à **Profa. Dra. Barbara M Rzycki**, minhas estimas a estas duas pessoas que significam para mim exemplos, pela didática impecável e pela inestimável seriedade. Minhas infindáveis considerações acerca do exemplo que se tornaram para mim, tanto profissional como pessoal.

Agradeço por priorizar minhas angústias, assomando-se mais mãos na escrita e dedicação a esta pesquisa.

A meus pais, **Angela** e **Edmond**, agradeço pelas inúmeras vezes que me enxergaram melhor do que eu sou. Pelas suas capacidades de me notarem devagar, uma vez que a maioria das pessoas o fazem aceleradamente.

Ao meu esposo, **Sérgio Lisboa da Silva**, pelo companheirismo, compreensão, apoio e dedicação. Por considerar e enaltecer a importância deste trabalho. Admiro-o pessoalmente e também o considero excelente enfermeiro.

Aos meus filhos **Davi e Alice**.

Davi, agradeço por entender, mesmo com sua pouca idade, o tempo que precisei dispendar a esse trabalho. Se existe alguém que fomentou minhas forças foi você meu filho, e é para você que tento ser alguém melhor e dedico toda a vitória conquistada.

Considerando as transformações que a gestação ocasiona na mulher, indubitavelmente acredito, que não um, mas dois corações foram responsáveis diretamente pela redação deste trabalho. Pelos segundos, minutos, horas afins, pelas madrugadas acordadas agradeço à minha filha **Alice** que nascerá em breve, nobre significa seu nome e nobre foi o seu papel, ainda em vida intrauterina.

Ademais, agradeço imensamente a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

A todos os **Docentes e trabalhadores do Departamento de Orientação Profissional da EEUSP**, extensivos aos **trabalhadores da EEUSP**.

Aos **colegas** de estudos do **Grupo de História e Legislação da Enfermagem da EEUSP**.

Ao **COREN-SP**, em especial à equipe de **TI** do COREN-SP.

Aos **colegas** de trabalho do **HAOC**.

À **Academia Brasileira de História da Enfermagem** e seus membros, em especial à **Profa. Dra. Taka Oguisso** e **Profa. Dra. Almerinda Moreira**.

E por fim, aos **profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem** participantes desta pesquisa.

“Pedras no caminho? Guardo todas, um dia posso construir um castelo.”

Augusto Cury

“Tolerar um mal é tão grave quanto o ato de cometê-lo”

Canto-Sperber, Wismann e Nakamura, 2000

Hagopian EM. Contornos da Violência na Enfermagem: Abordagem Quantitativa [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: As condições de trabalho que concedem relações pautadas em desrespeito recorrem-se da relação com o capital suas contradições. A violência no trabalho é ocultada pelos modos de organiza-lo; das condições laborais estabelecidas e vetores psicossociais assumidos; da cultura organizacional que induz a reproduzir ações não éticas, contando com total tolerância dos gestores a essa perniciosa cultura da resiliência. **Objetivos:** Discutir a violência no ambiente de trabalho da enfermagem; identificar os atos negativos que ocorrem na enfermagem e caracterizar a equipe de com relação às variáveis biosociodemográficas. **Método:** Estudo transversal de caráter exploratório com abordagem quantitativa. A população alvo deste estudo foi constituída por auxiliares, técnicos e enfermeiros ativos na profissão, do Estado de São Paulo, com inscrição ativa no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, e e-mail válido. Foi estimada uma amostra aleatória estratificada, e cada subseção foi considerada como um estrato. Dentro de cada estrato foram sorteadas amostras casuais simples com subsequente partilha proporcional segundo categoria profissional. Os formulários para coleta de dados contemplavam dados sobre características sócio – demográficas e histórico funcional e o questionário de atos negativos revisado QAN-R. Os itens do QAN-R são descrições de comportamentos negativos diretos como agressão verbal, observações ofensivas, intimidação e indiretos como, isolamento social, difamação, pressão. **Resultados:** A taxa de participação foi de 16,4% correspondente a 2.136 profissionais. A desqualificação pessoal e profissional foram as dimensões que apresentaram a maior média de pontuação seguida respectivamente pelo assédio relacionado ao trabalho, assédio pessoal e intimidação física. Os atos negativos mais citados foram: a exposição a uma carga de trabalho excessiva; opiniões e pontos de vista ignorados; gritos ou agressividade gratuita; supervisão excessiva do trabalho; humilhação ou ridicularização em relação ao trabalho; boatos ou rumores sobre o trabalhador, pressão para não reclamar um direito e ser obrigado a executar trabalho abaixo do nível de competência; e a intimidação física. Houve predominância dos trabalhadores do sexo feminino, com média de idade de 38,1 anos, casados, com 1 ou 2 filhos. Ao histórico funcional a maioria eram enfermeiros, ativos na profissão em tempo médio de trabalho de 11,7 anos. A percepção da violência no trabalho foi evidenciada em 96,8% quando utilizados os critérios de Leymann (1996); 59,1% com relação aos critérios de Notelaers e Einarsen (2012) e, 59,1% aos critérios de Nielsen et al., (2012). **Conclusão:** Para lançar luz à violência no trabalho, é necessário que as instituições de saúde tomem consciência de suas responsabilidades quanto a avaliação dos riscos e fatores psicossociais. As formas de gestão devem ser praticadas por meio do diálogo; na exigência do respeito e reconhecimento ao outro. É imperioso que as organizações oportunizem maiores espaços de discussão, escuta e atenção no que refere aos fenômenos violentos sejam eles explícitos ou sutis

PALAVRAS-CHAVE: Violência no trabalho; Equipe de enfermagem; Ambiente de trabalho; Ética em enfermagem; Comportamento social.

Hagopian EM. *Contours of Violence in Nursing: Quantitative Approach* [thesis]. "São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo"; 2019.

ABSTRACT

Introduction: The working conditions that grant relationships based on disrespect are resorted from the relation with the capital and its contradictions. Violence at work is concealed by the ways of organizing it; of established working conditions and assumed psychosocial vectors; of the organizational culture that induces one to reproduce unethical actions, counting on total tolerance of the managers to this pernicious culture of the resilience. **Objectives:** To discuss violence in the nursing work environment; identify the negative acts which occur in nursing and characterize the team in relation to bio-sociodemographic variables. **Method:** Estudo transversal de caráter exploratório com abordagem quantitativa. Exploratory cross-sectional study with a quantitative approach. The target population of this study was made up of assistants, technicians and nurses active in the profession, from the State of São Paulo, with active enrollment in the Regional Nursing Council of the State of São Paulo, and valid emails. A stratified random sample was estimated, each subsection being considered as a stratum. Within each stratum were drawn random simple samples with subsequent proportional sharing according to professional category. The data collection forms included data on socio-demographic characteristics and functional history and the revised QAN-R negative acts questionnaire. The QAN-R items are descriptions of direct negative behaviors such as verbal aggression, offensive remarks, intimidation and indirect such as social isolation, defamation, pressure. **Results:** The participation rate was 16.4% corresponding to 2,136 professionals. Personal and professional disqualification were the dimensions that presented the highest average scores followed respectively by work-related harassment, personal harassment and physical intimidation. The most frequently mentioned negative acts were: exposure to an excessive workload; opinions and points of view ignored; shouting or gratuitous aggression; excessive supervision of work; humiliation or ridicule in relation to work; gossip or rumors about the worker, pressure not to claim a right and be forced to perform work below the level of competence; and physical intimidation. There was a predominance of female workers, with a mean age of 38.1 years, married, with 1 or 2 children. Regarding the functional history the majority were nurses, active in the profession with average work time of 11.7 years. The perception of violence at work was evidenced in 96.8% when using the Leymann's criteria (1996); 59.1% in relation to the criteria of Notelaers & Einarsen (2012) and 59.1% according to the Nielsen's criteria et al., (2012). **Conclusion:** To shed light on workplace violence, health institutions need to be aware of their responsibilities for risk assessment and psychosocial factors. The forms of management must be practiced through dialogue; in the requirement of respect and recognition to the other. It is imperative that organizations provide more spaces for discussion, listening and attention in regard to violent phenomena whether they are explicit or subtle.

KEYWORDS: Workplace Violence; Nursing Team; Working Environment; Ethics Nursing; Social Behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Precarização do trabalho de enfermeiras por dimensões e variáveis	11
Quadro 2	Precarização do trabalho de técnicas e auxiliares de enfermagem por dimensões e variáveis	12
Quadro 3	Características da sociedade disciplinar em contraposto com a sociedade do desempenho	28
Quadro 4	Exemplos de atos que podem ser considerados como violência no ambiente de trabalho	38
Quadro 5	Resultados das pesquisas referentes à violência no ambiente de trabalho da enfermagem: título/periódico; objetivos; considerações dos autores	48
Quadro 6	Situações de agressão sofridas no ambiente de trabalho na categoria deterioração proposital das condições de trabalho, violência física, verbal e sexual, e isolamento e recusa da comunicação	52
Figura 1	Percurso representativo do desenvolvimento dos objetivos a partir do problema, hipótese e questões apresentadas	59
Figura 2	Enunciado emitido pelo COREN-SP para participação na pesquisa	72
Figura 3	Primeiro envio: quantidade de acessos ao questionário com relação a: abertura, <i>bounces</i> , cliques, reaberturas, descadastrados e mídias sociais	73
Figura 4	Segundo envio: quantidade de acessos ao questionário com relação a: abertura, <i>bounces</i> , cliques, reaberturas, descadastrados, mídias sociais	74
Gráfico 1	Distribuição (%) da população de estudo segundo subseção, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	93

Gráfico 2	Distribuição (média) dos itens do questionário de atos negativos–revisado-QAN-R segundo dimensão, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	95
Gráfico 3	Distribuição (%) dos profissionais com percepção de exposição à violência segundo tipo do autor da violência, profissionais de enfermagem, São Paulo, 2017	96
Quadro 7	Novo dicionário laboral	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Equipe de enfermagem segundo categoria profissional	08
Tabela 2	Equipe de enfermagem segundo as características: gênero, faixa etária, fase da vida profissional, naturalidade, situação profissional, tempo de trabalho, total de horas trabalhadas e renda mensal	09
Tabela 3	Distribuição dos profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo Subseção e categoria profissional, junho/2017	63
Tabela 4	Distribuição da amostra prevista de profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo Subseção e categoria profissional com e-mail válido, junho/2017	64
Tabela 5	Distribuição dos profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo Subseção e categoria profissional, junho/2017	66
Tabela 6	Variáveis independentes: dados sócio-demográficos	81
Tabela 7	Variáveis independentes: histórico funcional	82
Tabela 8	Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e do histórico ocupacional da amostra, variáveis qualitativas, COREN-SP, 2017	86
Tabela 9	Valores do alpha de Cronbach do questionário de atos negativos revisado-QAN-R por item, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	88
Tabela 10	Valores do alpha de Cronbach do questionário de atos negativos revisado-QAN-R por dimensão e item, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	89

Tabela 11	Caracterização dos profissionais de enfermagem segundo variáveis demográficas, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	90
Tabela 12	Caracterização dos profissionais de enfermagem segundo variáveis do histórico funcional, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	91
Tabela 13	Estatística descritiva do escore global e das dimensões do questionário de atos negativos revisado-QAN-R, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	94
Tabela 14	Distribuição do nível de violência no trabalho, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	96
Tabela 15	Estatística descritiva da percepção de exposição à violência no trabalho segundo variáveis demográficas, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	97
Tabela 16	Estatística descritiva da exposição à violência no trabalho segundo variáveis do histórico funcional, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	98
Tabela 17	Análise dos fatores associados à violência no trabalho, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AMA	Assistência médica ambulatorial
ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CD	Comportamentos disruptivos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN – SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
e-TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido em formato informatizado
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
EPI	Equipamento de proteção individual
FDA	<i>Food drug administration</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
NAQ	<i>Negative acts questionnaire</i>
OPENEPI	<i>Open source epidemiologic statistics for public health</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OSHA	Administração de Segurança e Saúde Ocupacional
PCCV	Plano de cargos carreiras e vencimentos
POP	Procedimento padrão operacional
PSF	Programa de saúde da família
QAN-R	Questionário de atos negativos revisado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

TI	Tecnologia da informação
UBS	Unidade básica de saúde
UPA	Unidade de pronto atendimento
USP	Universidade de São Paulo
vs.	<i>versus</i>

LISTA DE SIMBOLOS

$\%$	por cento
$>$	maior que
$<$	menor que
$\geq$	maior ou igual a
$\leq$	menor ou igual a

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	01
2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....	05
3 OS MEIOS DEVERIAM JUSTIFICAR OS FINS?	17
3.1 CONCEITO SAÚDE DOENÇA	19
3.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO – FINS	24
3.2.1 Os fins justificam os meios	24
3.3 RISCOS PSICOSSOCIAIS – MEIOS	25
4 A VIOLÊNCIA.....	29
4.1 SOBRE A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA	31
4.2 A VIOLÊNCIA E SUAS RELAÇÕES COM O TRABALHO.....	37
5 APROXIMAÇÕES DO OBJETO DE ESTUDO E MOTIVAÇÕES DA PESQUISADORA	45
6 OBJETIVOS	55
6.1 OBJETIVO PRINCIPAL	57
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
7 PERCURSO METODOLÓGICO	59
7.1 TIPO DE ESTUDO	61
7.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA	62
7.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	66
7.3.1 Campo de estudo e acesso aos participantes	66
7.3.2 Instrumentos para coleta de dados	67
7.3.2.1 Questionário de atos negativos revisado (QAN-R)	68
7.3.3 Pré-teste	70
7.3.4 Operacionalização da coleta de dados	71
7.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	74
7.4.1 Programas de computador utilizados	75
7.5 ASPECTOS ÉTICOS	76
8 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	77
8.1 VARIÁVEL DEPENDENTE	79
8.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	81

9 RESULTADOS	83
9.1 TAXA DE PARTICIPAÇÃO E ANÁLISE DAS PERDAS	85
9.2 CONFIABILIDADE DO QAN-R	87
9.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	90
9.3.1 Características demográficas	90
9.3.2 Características do histórico funcional	91
9.4 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO QAN-R	93
9.5 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA NO TRABALHO	97
9.5.1 Análise univariada	97
9.5.2 Análise múltipla	100
10 DISCUSSÃO	105
11 CONCLUSÃO	131
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES	151
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	153
Apêndice B: Questionário de dados sócio-demográficos	155
Apêndice C: Etapas da modelagem de regressão logística múltipla para análise dos fatores associados à percepção de violência no trabalho	157
ANEXOS	165
Anexo 1: Aprovação COREN-SP	167
Anexo 2: Parecer Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP	168
Anexo 3: Questionário de atos negativos revisado (QAN-R)	169
Anexo 4: Parecer consubstanciado do CEP	171

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Discorrer sobre a violência no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem, tornou-se intento dos meus esforços acadêmicos, posto que as condições evidenciadas na saúde dos trabalhadores, expostos a condições indignas, devastam qualquer possibilidade de equilíbrio da afamada saúde mental.

O teor antagônico da violência, da saúde mental e do cuidar, relacionados com a enfermagem tornou-se para mim, uma triangulação enigmática cuja carência de reflexões demanda investigações prementes, a fim de atenuar o adoecimento acelerado desta categoria de trabalhadores.

Ao tratar das condições de trabalho, é preciso indagar sobre os significados e contextos a respeito de sua precarização e flexibilização, que reverberam nas relações laborais. Nas instituições, expressam-se em formas de organização, pautadas na gestão pelo medo, autonomia castrada, práticas participativas forçadas, imposição sutil de auto aceleração, multifuncionalidade, dentre outros métodos voltados ao controle maximizado. Estas características são processos de dominação, nos quais pode-se constatar: insegurança; competição; desconfiança e individualismo; constrangimento; e, sequestro do tempo e da subjetividade do trabalhador.

A vulnerabilidade social nos tempos atuais, bem como a desestabilização no ambiente de trabalho podem causar a desvalorização dos valores pessoais e da autoimagem, e comprometer uma estrutura social no ambiente de trabalho.

Depreende-se, desta forma, uma série de malefícios do trabalho precário, em especial, na vida profissional e social do trabalhador, que se vê cada vez mais desprotegido do ponto de vista laboral, social e em seus direitos humanos.

À sombra de um movimento político intenso para que a precarização perdure por meio da flexibilização dos vínculos dos trabalhadores, com relação às jornadas de trabalho, ao vínculo duplo e ao trabalho em cooperativas, observa-se, em geral, a redução dos direitos sociais e garantias do trabalhador.

Recorre-se, defronte ao descrito, a seriedade com a qual a violência no trabalho deva ser imprescindivelmente discutida, analisada e mapeada por meio de incentivo às pesquisas, educação e ações em campos de trabalho.

A conscientização dos trabalhadores com relação à conceituação correta e correlação das definições, assim como suas repercussões sociais e legais, são sinônimos de urgência nas instituições de saúde em suas distintas dimensões. Ademais, as instituições devem-se articular com ações que cumpram com o dever ético e profissional de atuar na luta contra a violência no trabalho.

A configuração deste estudo, destarte, sustenta-se no olhar para a enfermagem no arcabouço do triângulo: cuidar, saúde mental e violência. O objeto, será problematizado, identificando o formato silencioso de se praticar contornos distintos da violência laboral.

Identificar essa categoria profissional quanto a dinâmica sóciodemográfica, foi um pressuposto indispensável para ampliar estudos posteriores e, também, ações quanto a problemática apresentada.

Ao desfecho, pretensioso seria almejar o esgotamento deste tema. Contudo, entende-se que o despertar à escuta do grito silenciado dos profissionais da enfermagem trata de uma ruptura inexorável aos próximos passos.

2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Ao discorrer sobre um assunto que envolve sofrimento em uma determinada profissão, é indiscutível a necessidade de registrar algumas linhas a respeito da trajetória histórica percorrida e que se consolidou na atualidade.

O Brasil contempla um quantitativo relevante de profissionais da enfermagem, prevalecendo entre os profissionais da área da saúde. Altamente capacitados para atuar em distintos contextos, destinados às práticas de atenção à saúde, não é incomum, ultrapassarem as barreiras geográficas para suprir demandas internacionais, fato que mostra reconhecimento de suas competências técnicas e legais. Várias frentes de trabalho são destinadas a atuação da enfermagem e não somente a assistencial, entre elas a gestão, educação e a pesquisa.

Na apuração desta população, alguns dados são destacados em recente pesquisa realizada sobre o perfil da enfermagem brasileira, apresentados nas Tabelas 1 e 2, com objetivo de identificá-la referente ao quantitativo por categoria profissional, gênero, faixa etária, fase da vida profissional, naturalidade, situação profissional, tempo de trabalho, total de horas semanais trabalhadas e renda mensal. (Machado et al., 2016a)

A amplitude de informações que esta pesquisa apresenta e que serão discutidas no decorrer deste estudo, abarcam, além do perfil sócio-demográfico, aspectos gerais da formação, dinâmica atual do mercado de trabalho e condições de trabalho da enfermagem. Este último pautado em distintos aspectos como: relação a sentimento de cordialidade e respeito, clima de confiança entre colegas, conduta respeitosa, relacionamento com o chefe, proteção no ambiente de trabalho, cuidados da instituição com o profissional da enfermagem, violência e discriminação no trabalho, desgaste físicos e psíquicos, infraestrutura para descanso, licença médica, adoecimento e sedentarismo na enfermagem. (Machado et al., 2016)

Tabela 1. Equipe de Enfermagem segundo a categoria profissional – Brasil*

CATEGORIA	QUANTIDADE	%
Enfermeiro	414.712	23
Técnico e/ou auxiliar	1.389.823	77
Total	1.804.535	100

% = por cento

* Fonte: Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR, Junior PB, Justino E, Barbosa C. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio-demográfico. *Enferm. Foco*. 2016a;7(esp):9-14.

Tabela 2. Equipe de enfermagem segundo as características: gênero, faixa etária, fase da vida profissional, naturalidade, situação profissional, tempo de trabalho, total de horas trabalhadas e renda mensal – Brasil*

GÊNERO	%
Feminino	85,1
Masculino	14,4
Não responderam	0,5
FAIXA ETÁRIA (anos)	%
≤ 25	7,6
26 – 30	17,7
31 – 35	20,3
36 – 40	16,1
41 – 45	13,2
46 – 50	10,7
51 – 55	7,5
56 – 60	4,0
61 – 65	1,6
66 – 69	0,3
≥ 70	0,8
Não responderam	0,8
FASES DA VIDA PROFISSIONAL	%
1ª fase – Início da Vida Profissional	7,6
2ª fase – Formação Profissional	38,0
3ª fase – Maturidade Profissional	40,1
4ª fase – Desaceleração da Vida Profissional	11,4
5ª fase – Aposentadoria	2,1
NATURALIDADE	%
Norte	6,4
Nordeste	23,9
Sudeste	40,4
Sul	12,1
Centro Oeste	17,1
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	%
Ativo	91,8
Desempregado	4,5
Aposentado	1,4
Afastado temporariamente da atividade de enfermagem	1,9
Abandonou a profissão	0,4

Tabela 2. Equipe de enfermagem segundo as características: gênero, faixa etária, fase da vida profissional, naturalidade, situação profissional, tempo de trabalho, total de horas trabalhadas e renda mensal – Brasil*

TEMPO DE TRABALHO (anos)	%
< 02	6,9
02 – 05	23,1
06 – 10	23,2
11 – 20	23,8
21 – 30	10,5
31 – 40	2,8
41 – 45	0,2
> 45	0,1
Não responderam	9,3
TOTAL DE HORAS SEMANAIS TRABALHADAS (h)	%
< 10	1,8
10 – 15	0,9
16 – 20	0,6
21 – 30	9,2
31 – 40	34,7
41 – 60	24,7
61 – 80	10,5
> 80	3,4
Não responderam	14,1
RENDA MENSAL (R\$)	%
< 680,00	1,8
681,00 – 1.000,00	15,8
1.001,00 – 2.000,00	30,0
2.001,00 – 3.000,00	16,0
3.001,00 – 4.000,00	6,8
4.001,00 – 5.000,00	4,2
5.000,00 – 6.000,00	2,3
6.001,00 – 7.000,00	1,5
> 7.001,00	1,7
Não responderam	19,0

% = por cento; h = horas; R\$ = reais; > = maior que

* Fonte: Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR, Junior PB, Justino E, Barbosa C. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio-demográfico. *Enferm Foco*. 2016a;7(esp):9-14.

Neste cenário, o trabalho da enfermagem é pautado no reconhecimento da saúde para as transformações exigidas ao desenvolvimento social, a possibilidade de melhorias da capacidade de organização e funcionamento do sistema, e a solução de problemas de saúde que afetam a grande maioria da população.

Paradoxal quanto a relevância social da enfermagem, um movimento político definido como precarização do trabalho, fundamentado na instabilidade e insegurança faz parte do universo da enfermagem por meio da flexibilização de vínculos dos trabalhadores. Esta flexibilização, por sua vez, submete o trabalhador a atender

demandas institucionais frequentes e o penaliza em momentos de crise, o que degrada suas condições de saúde psicofísica.

As semânticas que se assemelham à precarização e flexibilização das relações de trabalho, estão conectadas como atributo do neoliberalismo. A convicção de que é, ao se flexibilizarem leis sob o ângulo de garantir mais postos de trabalho, reverberam em consequências que representam redução dos direitos e garantias sociais, fragilizando os vínculos trabalhistas. (Freitas et al., 2015)

A formação do enfermeiro que enfatiza a dimensão da tecnicidade para cumprir as imposições do mercado neoliberal, é o resultado da precarização na área da enfermagem, cujos profissionais deixam de desenvolver habilidades que vislumbrem suas identidades profissionais. A este sentido alia-se a falta de mobilização representativa da classe, para liderar ações por: maior representatividade, capacitação e qualificação dos profissionais, melhores salários, condições de trabalho dignas e livres de danos, jornadas de trabalho, entre outros. (Silva et al., 2011)

Em contrapartida a este cenário, passam a ser corriqueiras situações como: imprevisto na assistência ao doente, falta de pessoal qualificado, horas de trabalho excessivas, ausência de protocolos, falta de ações para melhoria contínua nos processos além do absenteísmo, presenteísmo, rotatividade elevada, adoecimentos físicos e mentais, processos legais, prejuízos emocionais, aposentadorias precoces etc. (Silva et al., 2011)

Em pesquisa realizada para identificar as dimensões que compõem a precarização do trabalho em enfermagem nos hospitais públicos estaduais da Bahia, foram mencionadas: condições de trabalho, intensidade pela organização do processo de trabalho, gestão do processo de trabalho, intensidade por acúmulo de vínculos, intensidade pela redução do tempo de descanso, descarte do direito do trabalho. (Santos et al., 2018). As dimensões e variáveis descritas nas percepções, por categoria profissional, são citadas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Precarização do trabalho de enfermeiras por dimensões e variáveis. Salvador, BA, Brasil, 2017.

Dimensões	Variáveis
Condições de trabalho	Participa de atividades de Educação Permanente Sente-se informada sobre os riscos a que está exposta Seu trabalho neste lugar lhe satisfaz Participa de reuniões para organização das atividades Uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) Equipamentos e mobiliário são ergonômicos Condições de trabalho adequadas ao perfil do paciente Conhecimento sobre o resultado da assistência prestada Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) Sente-se socialmente reconhecida por seu trabalho Chefe imediato preocupa-se com o bem-estar dos subordinados
Intensidade pela organização do processo de trabalho	Pressão do tempo no trabalho Ritmo de trabalho Trabalho exige mais do que pode fazer Prestação da assistência a mais pacientes do que é capaz Assume múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal Supervisiona mais trabalhadoras do que é capaz Tarefas são interrompidas antes que possa concluí-las Gestos repetitivos na execução do trabalho Pausa para descansar durante a jornada de trabalho Trabalho permite o desenvolvimento de atividades e o alcance de metas de modo tranquilo Alimentação com tranquilidade durante a jornada de trabalho
Gestão do processo de trabalho	Existência de conflito Conflito prejudica a execução das atividades Sofreu constrangimento no trabalho Sente-se pressionada pelo chefe no cumprimento da tarefa Sofreu violência no trabalho Sofreu discriminação no trabalho
Intensidade por acúmulo de vínculos	Quantidade de vínculos Jornada de trabalho semanal em outros vínculos
Intensidade pela redução do tempo de descanso	Tempo de descanso no trabalho noturno Jornada de trabalho diária

* Fonte: Santos AT, Santos HS, Silva MN, Coelho ACC, Pires CGS, Melo CMM. Job insecurity among nurses, nursing technicians and nursing aides in public hospitals. Rev Esc Enferm. USP. [internet]. 2018.

Quadro 2. Precarização do trabalho de técnicas e auxiliares de enfermagem por dimensões e variáveis. Salvador, BA, Brasil, 2017.

Dimensões	Variáveis
Intensidade pela organização do processo de trabalho	Trabalho exige mais do que pode fazer Assume múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal Prestação de assistência a mais pacientes do que é capaz Pressão de tempo no trabalho Ritmo de trabalho Execução de atividades que não são da sua atribuição Executa atividades com as quais não concorda
Intensidade pela organização do processo de trabalho	Sente-se pressionada pelo chefe no cumprimento da tarefa Executa atividades para as quais não foi qualificada Tarefas são interrompidas antes que possa concluí-las Pausa para descansar durante a jornada de trabalho Trabalho permite o desenvolvimento de atividades e o alcance de metas de modo tranquilo Alimentação com tranquilidade durante a jornada de trabalho
Condições de trabalho	Condições de trabalho são adequadas ao perfil do paciente Equipamento e mobiliário são ergonômicos Sente-se informada sobre os riscos a que está exposta Participa de atividades de educação permanente É disponibilizado EPI Disponibilizado material de consumo adequado Participa de reuniões para organização das atividades Seu trabalho neste lugar lhe satisfaz Conhecimento sobre o resultado da assistência prestada Chefe imediato preocupa-se com o bem-estar dos subordinados Direitos trabalhistas são respeitados Sente-se socialmente reconhecida por seu trabalho
Intensidade pelo acúmulo de vínculos	Quantidade de vínculos Jornada de trabalho semanal em outros vínculos
Gestão do processo de trabalho	Existência de conflito Conflito prejudica a execução das atividades Sofreu constrangimento no trabalho
Descarte do direito do trabalho	Existe Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) Foi beneficiada pelo PCCV

* Fonte: Santos AT, Santos HS, Silva MN, Coelho ACC, Pires CGS, Melo CMM. Job insecurity among nurses, nursing technicians and nursing aides in public hospitals. Rev Esc Enferm USP. 2018

A precarização do trabalho na enfermagem repercute nas condições de trabalho das instituições de saúde, nas quais esses profissionais se posicionam, tangenciando a possibilidade de erros em suas práticas clínicas, o que reflete diretamente na exposição a riscos do usuário do sistema de saúde.

No presente estudo não houve a pretensão de aprofundar a história da enfermagem, mas explorá-la no tocante à questão do processo de trabalho. Todavia, é inegável que as circunstâncias histórico-sociais, políticas e econômicas são

essenciais para a construção do processo de trabalho, assim como, para refletir sobre a identidade profissional, situando o cotidiano vivenciado pelos trabalhadores da área da enfermagem na contemporaneidade.

Como cita Oguisso (2014):

“Nada é tão instigante e motivador para que descubramos nossa identidade profissional como estudar as raízes ou origens da enfermagem. Se hoje ela se encontra mais reconhecida e respeitada pela sociedade do que no passado, certamente foi porque construiu sua trajetória, com a força das pioneiras da enfermagem que enfrentaram todos os desafios para imprimir uma marca de tenacidade no desenvolvimento de tecnologias assistenciais e de pesquisas para aprofundar conhecimentos e práticas da profissão, e aliaram isso a um profundo sentimento de humanidade, base de todo o processo de cuidar.”

Ao estudo da história da enfermagem, Oguisso (2014) também argumenta:

“...estudar história não tem só a vantagem de não repetir os mesmos erros cometidos no passado. Pelo contrário, estudar história da enfermagem torna-nos mais comprometidos com a profissão e com a busca de nossa identidade profissional, aquele traço comum que deve marcar nossa conduta, assim como as atitudes, ações e reações, seja no campo técnico, seja no da educação, pesquisa, assistência ou gerência.”

Ao considerar que a Revolução Industrial teve papel significativo no desenvolvimento do capitalismo, cita-se Florence Nightingale (1820-1910), como a fundadora da Enfermagem Moderna. Reconhecida como a dama da lâmpada pelo fato de servir-se deste instrumento para iluminar o ambiente, ao auxiliar os feridos durante a noite, o trabalho que realizou durante a guerra da Criméia teve um impacto que extrapolou o cuidado ao paciente. Pioneira na utilização de estatística, utilizou as ferramentas disponíveis a fim de persuadir as autoridades quanto a urgência da reforma dos serviços de saúde. Mostrou, desta forma, que a mortalidade por más condições sanitárias superava aquelas ocasionadas por ferimentos de guerra. (Costa et al., 2011)

Florence Nightingale acreditava ter recebido um chamado de Deus para ser enfermeira e deixou para a enfermagem moderna fundamentos importantes sobre os princípios técnicos, éticos e comportamentais que regem a profissão.

Por descender de família rica e aristocrática, suas condições permitiram que ela usufruísse de um cotidiano tradicional, ou seja, ser uma esposa submissa, ter filhos

e ter seus afazeres domésticos. Mesmo assim não havia argumentos que a desviassem da escolha do caminho de oferecer cuidados a outrem e praticar a caridade. Desta forma, mesmo que censurada por sua família, assumiu a frente pela defesa das melhorias dos tratamentos e cuidados à saúde. (Oguisso, 2014)

Após a Guerra da Criméia na qual, com sua equipe de trinta e oito enfermeiras, Florence Nightingale permaneceu por quatro anos em hospital de base militar, e retornou para a Inglaterra como heroína por causa de seus cuidados aos feridos de guerra, tanto de maneira assistencial como gerencial. Foi reconhecida por seus feitos com premiações do governo britânico, e, em 1907, a Rainha Vitória, concedeu-lhe a Cruz Vermelha Real. Foi a primeira mulher a receber a Ordem do Mérito. (Costa et al., 2009)

Ao contrair febre tifoide, Florence Nightingale direcionou seus esforços para a formação de profissionais da enfermagem, em curso fundando em 1860 na escola de enfermagem do Hospital St. Thomas, em Londres. Este fato marcou o nascimento da divisão social do trabalho, que desde então, inserido no sistema capitalista, reproduz a dicotomia entre o trabalho manual e intelectual. Formaram-se, destarte, dois tipos de profissionais. (Oguisso, 2014)

As *Nurses* – eram mulheres oriundas de classes populares, que recebiam formação gratuita, moravam e dedicavam-se integralmente ao hospital, recebiam salários e se destinavam ao cuidado direto ao paciente. As *Ladies-nurses* – por sua vez, que pertenciam à classe social mais elevada, custeavam seus próprios estudos, moravam na escola, supervisionavam os cuidados aos enfermos e dedicavam-se ao ensino.

O regime de internato, para a formação das enfermeiras, possibilitou um controle rígido para conceder a difusão das peculiaridades referentes ao caráter pleiteado de ser uma boa enfermeira, como: sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância. Nesta conjuntura, ponderam-se como primazia as qualidades morais e de conduta, em detrimento ao conhecimento. Na escola nightingaleana, a supervisora avaliava as alunas com base em dois quesitos: um moral e um técnico. Este último, era necessário, mas não fundamental. (Gastaldo; Meyer, 1989)

Sob a perspectiva histórica, a enfermagem é reconhecida como exercício social do retorno às demandas da sociedade, praticado por meio do cuidado ao próximo. Não há como dissociar desta prática, as relações estabelecidas entre os sujeitos, na forma de transformar uma realidade concreta (Trezza, Santos, Leite, 2008). Outrora, durante sua institucionalização, a enfermagem, considerada como atividade pré-profissional, apoiava-se no conhecimento do senso comum, sem conhecimentos especializados e, muitas vezes, sob a óptica mística ou religiosa.

É necessário discorrer, ainda, sobre a herança histórica considerada também nos tempos atuais. Muitos autores na historiografia da enfermagem justificam que, por ela ser uma profissão sobretudo feminina, o frenesi em compreendê-la como parte de um processo histórico, social, cultural, político e educativo, faz parte da análise da conduta humilde, conformista e dócil das enfermeiras. Sob a imposição disciplinante, influenciada tanto pela figura médica quanto pela igreja, a profissão foi configurada de forma impositiva e reverencia comportamentos como: servir em silêncio, ser cortês e obediente, e não esperar recompensas. (Padilha et al., 1997). Para estes mesmos autores:

“A enfermeira foi se configurando como o detalhe branco e silencioso, presente e indispensável, distante e impessoal, contida e contendo, obediente e servil - mulher ocupando o espaço público para o trabalho, mas ainda privada da liberdade de ser, fazer e sentir como desejasse.”

Na definição que a fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, concede à enfermagem, a correlação estabelecida entre a profissão como uma arte, torna a categoria incompreensível e distante do real entendimento do que é a enfermagem:

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois, o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus? É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes” (Seymer apud Almeida e Rocha, 1986, p. 48).”

Para Gastaldo e Meyer (1989), a conduta moral advinda de aspectos como o uniforme distintamente branco, confere à categoria “caráter assexuado, sem classe social, sem agressividade e sem desejos próprios”, cujo valor, disponibilizado pela sociedade, prevalece ao princípio do conhecimento científico ainda nos dias atuais em que, aspectos como cooperação, interesse, apresentação pessoal (uniforme

completo, higiene adequada, cabelo curto e preso, unhas curtas e, se esmaltadas, esmalte íntegro, entre outros), postura, assiduidade, pontualidade, segurança e equilíbrio emocional são veemente avaliados.

Para Gastaldo e Meyer (1989), a imagem pretendida de criar para a enfermagem tamanha rigidez e intolerância foram falhas, mitificando, vulgarizando e simplificando a profissão, uma vez que, observam-se três frentes aos modelos constituídos na figura da enfermagem, em específico, ao gênero feminino, dos quais, nenhum retrata o real cotidiano do trabalhador da enfermagem.

A representação de um anjo vestido de branco, tomado pelo altruísmo e submissão ao próximo, é impugnada pela imagem de fetiche sexual disseminado pelos meios de comunicação de massa e comercializado pelo mercado de *sex shops* em que, a apresentação pessoal é representada por meio de roupas não condizentes com as utilizadas no ambiente de trabalho (minissaias, vestidos curtos, saltos, maquiagem carregada). Já para o senso comum, a enfermagem não é valorizada como uma profissão que envolve conhecimentos científicos e sim, como uma atividade de auxiliar do serviço médico ou secretária.

3 OS MEIOS DEVERIAM JUSTIFICAR OS FINS?

“Num mundo que cresceu com a máquina, é essencial um suplemento de alma.”

(Bergson)

3 OS MEIOS DEVERIAM JUSTIFICAR OS FINS?

Neste capítulo, são delimitados os fatores e riscos psicossociais alusivos ao ambiente de trabalho da enfermagem. A fim de fomentar o assunto violência laboral, torna-se irrefutável relevar as dimensões tecidas entre a organização do trabalho e as relações sócio laborais que tangenciam prejuízos, sobretudo na saúde mental.

Tendo como fundamento a remodelagem do conceito saúde, a prática do trabalho se relaciona, de forma intrínseca, com o adoecimento do trabalhador. Equivalente às transformações no conceito de saúde – doença, as alterações no cotidiano do trabalho, traz o advento dos riscos psicossociais. A estes é necessário elucidar as transformações atinentes ao conceito saúde – doença e a forma de organização de trabalho.

3.1 CONCEITOS SAÚDE - DOENÇA

Pretende-se aqui, detalhar as adversidades que o conceito simbolizou no decorrer da história da humanidade, inclinando a reflexão de que a saúde se desdobra nas conjunturas social, econômica, política e cultural, e não representa o mesmo para todos.

Para chegar ao ponto em que a saúde é conceituada na atualidade, parte-se do princípio contrário, a doença. Esta, ultrapassou as mesmas conjunturas da definição de saúde. Alguns exemplos são descritos a seguir, posto que não há como consumir este assunto em sua totalidade. Esses exemplos mostram como a história perpassou pelo entendimento da patologia e dispõe um conteúdo peculiar para tratar o conceito de saúde, e a reverberação aos riscos psicossociais.

No século XVIII, o ato da masturbação era considerado patológico em vasta parte da literatura médica. Inicialmente era defendido e, ao mesmo tempo, condenado na obra denominada “Ensaio sobre as doenças decorrentes do onanismo” do autor suíço Samuel Auguste Andre Tissot (1728-1797), sobre as doenças resultantes da

masturbação. A desnutrição por perda da proteína contida no esperma, os distúrbios mentais, crises de epilepsia, cegueira, câimbras dolorosas, pelos nas mãos, eram descritos como algumas das manifestações dessa prática. (Sciliar, 2007) O tratamento proposto, dependia da gravidade do diagnóstico e diversos tipos de terapêuticas eram sugeridos, como: dietas especiais, imobilização do paciente; tratamento por choque no pênis; ablação da genitália; atadura para evitar a masturbação; dispositivos que ocultavam os órgãos genitais em envelopes que permitiam apenas a excreção da urina; cinto de castidade solidamente fechado com ferrolho destinado ao período diurno; e, um anel peniano de metal, com quatro pregos voltados para dentro para ser utilizado no período noturno porque a qualquer sinal de ereção o homem despertava; detectores de ereção ligados a um fio que ficava ao lado do quarto dos pais do jovem, que acionava um sino caso ocorresse a ereção do filho. Quanto às meninas, a extirpação do clitóris foi preconizada na Europa, demonstrando uma atitude extrema de repressão sexual no período vitoriano. Os médicos se gabavam de serem os responsáveis pela cura dessas meninas, ao queimar seus clitóris com ferro quente. (Sciliar, 2007)

Ao transmutar esse assunto à realidade e pensar em saúde, a masturbação é tida como sadia desde a infância, como momento de autoexploração do corpo. Na adolescência ela é prática fundamental para a satisfação sexual na vida adulta, para conhecer o corpo, as emoções e o prazer. A ação de se masturbar reflete em prazer ao indivíduo, ao corpo humano que a pratica, não é uma atividade prejudicial à vida do indivíduo, tampouco à sociedade, quando praticada no âmbito restrito da intimidade, na esfera individual e privada. (Piva, 2018)

Ao finalizar a questão acima tratada e refletir sobre o controle do prazer, provindo da intimidade da masturbação, é possível pensar em controle social perpassando as heranças da trajetória histórica da humanidade?

O conjunto saúde – doença, referente aos escravos, foi descrito pelo médico Dr. Samuel A. Cartwright, em meados do século XIX (1851), e algumas patologias foram evidenciadas como a drapetomania e a disestesia etiópica. A primeira, definida pela mania de andar sem destino, de vagabundear e ter um desejo mórbido de abandonar o lar. A segunda, como falta de motivação para o trabalho. Fato é que

ambas eram tidas como patologias somente quando acometiam os escravos e a estes o açoite era oferecido como tratamento. (Sciliar, 2007)

À contemporaneidade, o estado de bem-estar no qual o trabalhador realiza as suas capacidades manifesta-se como poder trabalhar de forma produtiva e frutífera; contribuir para a comunidade em que se insere; estar em harmonia no meio ambiente de trabalho; ter autonomia; e, ser reconhecido naquilo que faz. São estas as considerações que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984) se referem à Saúde Mental como um estado dinâmico da mente com as necessidades e expectativas do trabalhador e seu entorno laboral. (Barreto, 2000)

Na antiguidade hebraica, a doença representava um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos e Deus era o Grande Médico, como citam as escrituras: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo 15, 26); “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes, 38, 1-9). A doença era, desta forma, tratada como desobediência ao mandamento divino e representava o pecado, a exemplo da lepra. (Sciliar, 2007)

Na cultura xamã, por exemplo, a doença seria causada por espíritos maldosos que se apoderavam dos doentes. Estes eram curados pelos xamãs, rigorosamente treinados com privação de sua alimentação e relações sexuais, para alcançar o conhecimento do poder de curar e expulsar os espíritos responsáveis pelas doenças. (Sciliar, 2007)

Ao intento de percorrer sobre a via dupla da doença e saúde não se pode deixar de olhar para a figura de Hipócrates que traz em seus escritos a racionalidade da medicina, em contrário à concepção mágico-religiosa apoiada na imagem dos deuses e deusas, antes descrita na própria Grécia. Diante de sua obra “A doença sagrada”, Hipócrates afirma:

“A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana”.

Real ou imaginária, segundo Sciliar (2007), a concepção de que a doença resulte da ação de forças alheias ao organismo eram justificadas na antiguidade pelo ato do pecado ou da maldição, e transcorreram por longas revoluções e modificações até a definição pautada hoje em dia. Nas variadas culturas, cada qual com suas

peculiaridades, a doença e a saúde são vislumbradas sob concepções distintas. Inexequível dispor de todas essas histórias, contudo, não se pode afirmar a existência de conceito único e universal do que é saúde. Para tal, adianta-se alguns passos históricos até o fim da segunda guerra mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS. A partir dessas instituições, formou-se o conceito universal sobre a saúde, divulgado em 7 de abril de 1948, e considerado no dia mundial da saúde, como: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”.

Por meio de movimentos sociais do pós-guerra, ao pôr fim ao colonialismo e com a ascensão do socialismo, a condição de se ter saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Formulado em meados de 1974, por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, o conceito de saúde deve suprir as perspectivas seguintes:

- ❖ da biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- ❖ do meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- ❖ do estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- ❖ da organização da assistência à saúde.

Críticas a ambos os conceitos sobre a saúde, emergiram em suas naturezas técnicas, ou seja, saúde seria algo ideal, porém inatingível e, outras, de natureza política, problematizando a possibilidade de abusos por parte do Estado, ao controle social, sob justificativa de promover a saúde. Neste contexto, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): “saúde é ausência de doença, objetivo e relacionado ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor”. (Almeida, Juca, 2002)

Ao revistar as conjunturas social, econômica, política e cultural, e considerar a saúde e a doença com causa, e como consequência, no Brasil a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reza que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”

Sem maiores discussões, este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS) que visa colaborar para desenvolver a dignidade dos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos.

Defronte a muitas definições, o presente trabalho é norteado pela definição de saúde conceituada por Canguilhem (2001), cuja trajetória perpassou entre as ciências da filosofia, medicina, epistemologia e teve papel fundamental na constituição da biologia como ciência:

“A saúde é a capacidade de adaptação a condições de vida de ordem biológica, psicológica ou social, de criar novas condições para fazer face às agressões, não sendo a simples ausência da doença, mas uma conquista individual e social permanente, que supõe uma atividade da pessoa.”

Ao definir a saúde mental e de como ela se configura, poder-se-á discorrer *a posteriori*, sobre como os ambientes de trabalho, nesta perspectiva, acometem a saúde dos trabalhadores.

A saúde mental não se instala na ausência da doença mental. Ela significa um *socius* (do latim, aliado) saudável. Configura-se da relação do indivíduo com o emprego e sua satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, e diversas situações que se entrelaçam com a qualidade de vida. (Costa, Santos, 2013)

A OMS afirma que não existe definição oficial de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes, influenciam seu significado. Remete-se à capacidade de apreciação da vida na busca de equilíbrio entre as demandas e esforços, pautada a resiliência psicológica. Para Devereux (1971), a capacidade que um indivíduo possui em ajustar-se às transformações é imperiosa à subsistência da qualidade da saúde mental.

Intencional foi o caráter efêmero considerado, a exposição acerca da saúde mental, para desdobrar maior espaço na discussão que envolve um caráter irônico: como manter benévola a saúde mental nas atuais relações de trabalho, reguladas pelos efeitos acentuados da precarização e flexibilização do trabalho que acarretam nos riscos psicossociais?; de sua relação com a atual organização do trabalho, em

especial na enfermagem, pautado no objeto desta pesquisa. Seria a saúde mental a armadilha que fomenta esse mercado?

3.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO – FINS

A disposição do teor das proposições subsequentes, desloca-se a composição vigente da (des)organização do trabalho, que tece caminhos para a discussão do triângulo violência, saúde mental e cuidar aos resultados do presente estudo. Não há intenção em cercear o curso histórico pelo qual a organização do trabalho transcorreu, entretanto, a opção em ater-se à contemporaneidade justifica o arcabouço de tratamentos inesgotáveis, diante do caos posto ao labor da classe operária.

Como início, o ensejo de uma forma nova de guerra imposta à sociedade capitalista como cita Dejours (2007, págs. 13-14):

“...estaríamos hoje a acreditar em rumores, numa conjuntura social que apresenta muitos pontos em comum com uma situação de guerra. Com a diferença de que não se trata de um conflito armado entre nações, mas de uma guerra “econômica”, na qual estariam em jogo, com a mesma gravidade que na guerra, a sobrevivência da nação e a garantia da liberdade. Nada menos que isso! É em nome dessa justa causa que se utilizam, no mundo do trabalho, métodos cruéis com nossos concidadãos, a fim de excluir os que não estão aptos a combater nessa guerra (os velhos que perderam agilidade, os jovens mal preparados, os vacilantes....): estes são demitidos da empresa, ao passo que dos outros, dos que estão aptos para o combate, exigem-se desempenhos sempre superiores em termos de produtividade, de disponibilidade, de disciplina e de abnegação. Somente sobreviveremos, dizem-nos, se nos superarmos e nos tornarmos ainda mais eficazes que nossos concorrentes. Essa guerra travada sem recurso às armas implica, no entanto, em sacrifícios individuais consentidos pelas pessoas e sacrifícios coletivos decididos em altas instâncias, em nome da razão econômica”.

3.2.1 Os fins justificam os meios?

Tenciona-se, ao exposto, o contorno sobre o fim justificar os meios da dinâmica pactuada entre as partes empregador e empregado. Com a imersão da tecnologia sob forma de mecanização e robotização, muito é lubrificado ao evocar-se perante o primor do progresso das condições nocivas à saúde do trabalhador. Coerente seria, a vista

disto, curvar-se a uma tese que assume discussão sobre as questões da violência, saúde, organização do trabalho em seus riscos psicossociais, a uma determinada categoria profissional, a enfermagem.

Sobre o fim justificar os meios? A ousadia sem prudência seria cogitada como virtude?

A referência, embora atribuída ao filósofo e político italiano Nicolau Maquiavel (1469-1527), de que os fins justificam os meios, não foi encontrada em “O príncipe”, obra catalogada como proibida pela igreja católica, que notificou a separação entre a moral religiosa e a ética política. *A priori*, ao governante seriam permitidas condutas que um prelado no Vaticano condenaria pois, ao êxito das ações que conduzam ao bem do Estado e ao fortalecimento do poder, sobrepõem a figura de santidade do governo. (Silva, 2018)

A obra de Maquiavel, “O príncipe”, traz a compreensão da lógica do comportamento dos detentores do poder, interpretando as leis silenciadas e mencionadas como pecado para a igreja. A menção a respeito dos fins que justificam os meios, foi consolidada sob o legado de Maquiavel, mesmo não tendo sido proferida *ipsis litteris* por ele. (Silva, 2018)

A respeito de que meios e para quais fins aqui será tratado? Adentre-se diretamente nos riscos psicossociais. Será possível, neste sentido, fazer jus ao propósito a ser desenhado de agora em diante.

3.3 RISCOS PSICOSSOCIAIS – “MEIOS”

A palavra originária do latim *risicus* significa perigo, dano ou fatalidade eventual, tidos como previsíveis. Os riscos, são definidos como um perigo mais possível do que provável.

Os riscos designados como psicossociais, relacionados ao trabalho, são agentes e/ou fatores de risco presentes no ambiente laboral, que podem vir a afetar o bem-estar dos trabalhadores e, ocasionar danos à sua saúde física, mental e às relações sociais, tanto pessoais como profissionais. (Caran, 2007)

Os riscos psicossociais foram incorporados aos estudos de saúde ocupacional como uma ameaça emergente à saúde do trabalhador, na década de 1980. Tais riscos foram oportunizados pelas transformações aceleradas das organizações do trabalho e aumento célere no diagnóstico de transtornos mentais provenientes deste contexto. (Corrêa, Rodrigues, 2017; Kortum, Leka, 2014)

Os fatores psicossociais de risco no trabalho podem ser agrupados em seis dimensões: a intensidade do trabalho e o tempo de trabalho; as exigências emocionais; a insuficiência de autonomia; a má qualidade das relações sociais no trabalho; os conflitos de valores; e, a insegurança na situação de trabalho/emprego. (Gollac, Bodier, 2011)

A OIT designa os fatores psicossociais no trabalho como suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação. São, desta forma, interações entre ambiente, conteúdo, natureza e condições de trabalho com as capacidades, necessidades, cultura e condições de vida do trabalhador, fora do ambiente de trabalho. (OIT, 1984)

Decorrentes de fragilidades na concepção, organização e gestão em um contexto social de trabalho problemático, as condições principais que tangenciam a riscos psicossociais, segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) são: cargas de trabalho excessivas; exigências contraditórias; falta de clareza na definição das funções; falta de participação na tomada de decisões; falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho; má gestão de mudanças organizacionais; insegurança laboral; comunicação ineficaz; falta de apoio da parte de chefias e colegas; assédio psicológico, sexual; violência; e, discriminações.

Situações negativas na relação de trabalho dos trabalhadores, culminam em danos à saúde dos profissionais, que podem ser tanto físicos como mentais, levando não somente a transtornos para a pessoa, mas, também, para a coletividade como um todo. Dependem, desta forma, do tempo em que este indivíduo está exposto a estes riscos e ao contexto social envolto na situação. (Fischer, 2012; Zanetti, Kanan, 2018 *apud* Vasconcelos, Palmiere, Araujo, 2019)

A relação antagônica entre capital e trabalho são responsáveis por configurações distintas do ambiente de trabalho, mediante atos individualizados, perversos e mal-intencionados. As certezas da vida do trabalhador transformam-se em incertezas, medos, angústias e instabilidades. (Barreto, Heolani, 2015)

Requeridas pelo mercado, novas forma de gestão impõem o poder de modo não impositivo, por cobranças não explicitadas. Alívio seria, se essa nova ordem não fosse transformada em sofisticada, ou seja, o poder impositivo agora, é inoculado pela sofisticação. (Barreto, Heloani, 2015). A psicopolítica é explicada por Han (2015a) como uma forma de domínio, em que o ser humano se submete a si próprio, sem ter consciência disso, e torna-se seu próprio controlador. Desta maneira, as resistências que devem ser superadas referem-se a processos psíquicos e mentais, e não físicos.

Poder fazer e cobrar-se a si mesmo, torna-se força motriz no ser humano como captor de si próprio. Ele impõe a si mesmo, as suas condições e metas de produção. Neste cenário, novas patologias surgem no espaço laboral como a síndrome do esgotamento profissional, a depressão e a ansiedade. (Han, 2015a)

Na obra de Han (2015b), “Sociedade do cansaço”, a sociedade disciplinar de Foucault foi substituída pela atual sociedade do desempenho. Os sujeitos da obediência são agora os sujeitos de desempenho e produção. A característica principal desta nova sociedade é o poder ilimitado, como a nova ordem do “Yes, we can”. No lugar da proibição, mandamento ou lei entram no projeto, iniciativa e motivação. A sociedade de Foucault dominada pelo não, gera loucos e delinquentes. A sociedade do desempenho, ao contrário, produz depressivos e fracassados. (Han, 2015b)

Para elevar a produtividade, o paradigma da disciplina é substituído pelo do desempenho ou pelo esquema positivo do poder. A positividade do poder é bem mais eficiente que a negatividade do dever. O sujeito do desempenho é mais rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência. Segundo Han, (2015a, págs. 29-30):

“O sujeito de desempenho está livre da instância externa de domínio que o obriga a trabalhar ou que poderia explorá-lo. É senhor soberano de si mesmo. Assim, não está submisso a ninguém ou está submisso apenas a si mesmo. É nisso que ele se distingue do sujeito de obediência. A queda da instância dominadora não leva à liberdade. Ao contrário, faz com que liberdade e coação coincidam. O excesso de trabalho e desempenho agudiza-se na auto - exploração do outro, pois caminha de mão dadas com o sentimento de

Ellen Maria Hagopian

liberdade. O explorador é ao mesmo tempo explorado. Agressor e vítima não podem mais ser distinguidos. Essa auto-referencialidade gera uma liberdade paradoxal que, em virtude das estruturas coercitivas que lhe são inerentes, se transforma em violência. Os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal.”

Os infartos psíquicos, estabelecidos pela pressão por desempenho, instalam-se sob forma de adoecimentos a partir do excesso de responsabilidade e iniciativa. As transformações identificadas na sociedade disciplinar e na do desempenho, estão expostas no Quadro 3.

Quadro 3. Características da sociedade disciplinar em contraposto com a sociedade do desempenho*

Sociedade disciplinar	Sociedade do desempenho
<ul style="list-style-type: none"> ○ hospitais, asilos, presídios, quartéis, fábricas ○ obediência ○ proibição, mandamento, lei ○ loucos, delinquentes ○ disciplina ○ negatividade: dever, da proibição, coerção, não ter o direito de ○ limites de produção ○ obediência a outrem ○ limites de possibilidades 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>fitness</i>, prédios de escritórios, bancos, aeroportos, shopping centers e laboratórios de genética ○ desempenho e produção ○ projeto, iniciativa, motivação ○ depressivos, fracassados ○ desempenho ○ positividade: poder ilimitado ○ maximizar produção ○ obediência a si mesmo ○ nada é impossível

* Fonte: Han BC. Sociedade do cansaço. Rio de Janeiro. Vozes, 2015b. 2 ed.

Ao estimar como prioridade a relação trabalho vs. trabalhador, as providências aos riscos psicossociais tornaram-se um desafio para a segurança e saúde do trabalhador. Justifica-se, desta maneira, a relevância incontestável na ênfase das investigações, correlações e reflexões acerca do que envolve estes riscos, para a estruturação de conhecimentos reais que venham ao encontro da prevenção e da promoção dos efeitos positivos do trabalho, bem como da garantia da saúde dos trabalhadores.

4 A VIOLÊNCIA

"Falar de violência requer um ponto de vista. Não exige que este seja abrangente, translúcido ou o mais verdadeiro. Apenas que revele miopias, pequenos erros, infortúnios, zonas cinzas da sua genealogia, de sua busca desesperada por uma pacificação ainda que artificial."
(Passetti, 2002)

4 A VIOLÊNCIA

4.1 SOBRE A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA

A violência convive com o homem desde tempos anteriores à Idade Média. Muitos atos considerados violentos hoje em dia eram formas de mostrar amor a Deus. Como exemplo cita-se o ordálio, prova judiciária feita com a concorrência de elementos da natureza e cujo resultado era interpretado como um julgamento divino sob o juízo de Deus, ou seja, submetia-se um suspeito de crime ou de falso amor a Deus a ter que segurar uma barra de ferro em brasa para provar sua inocência, e era absolvido caso não houvesse queimadura. (Almeida, 2010)

Não se tratando de uma mácula principiante da sociedade, uma variedade de conceitos acerca da violência é apresentada por diferentes fontes de conhecimento. Entretanto, tornaram-se consenso entre os estudiosos, os múltiplos significados que este ato carrega, direcionado ao contexto sociocultural. Desta forma, não são estabelecidas definições universais únicas, o que justifica cada sociedade diante de seus valores e critérios, constituir suas definições e limites. (Farrell, Shafiei, 2012)

Segundo Fraga (2002), o nexos estabelecido entre a violência dos primatas e a violência humana contemporânea trata a primeira como praticada por necessidade de sobrevivência, sem existirem contrapartidas de outros posicionamentos, e foi delimitada como violência primária. Já a violência humana dos dias atuais, denominada como secundária, é caracterizada por suas formas cada vez mais sutis e destrutivas. Segundo o autor a violência primária, estruturante, fundadora de certo equilíbrio na ordem da vida, “evoluiu” para uma violência secundária, desestruturante e desagregadora nos humanos.

A palavra violência deriva do latim *violentia* que quer dizer veemência, impetuosidade e remete ao caráter violento ou bravio no sentido de força. O verbo *violare*, por sua vez, refere-se a ultrajar, profanar, prejudicar, ferir. O verbete ‘violência’, no dicionário da língua portuguesa, está definido como: “S.f. 1- Qualidade

de violento. 2- Ato violento. 3- Ato de violentar. 4- Constrangimento físico ou moral; uso da força; coação”.

Na impossibilidade de confirmar um conceito único sobre violência, são apresentadas algumas definições, a seguir, que não contemplam a amplitude de todo o conteúdo existente sobre o tema.

Segundo Zaluar (1999, p.28), ao considerar a amplitude do termo, cita ‘violências’, no plural, como uma maneira mais adequada a evidenciar o tom multifacetado do entendimento da violência. O autor define a violência como:

“O termo violência vem do latim *violentia*, que remete a vis (força, vigor, emprego de força física, ou recurso do corpo para exercer sua força vital). Essa força torna-se violência quando ultrapassa um limite ou perturba acordos tácitos e regras que ordenam relações, adquirindo assim, carga negativa ou maléfica. É a percepção do limite e da perturbação (e do sofrimento causado), que vai caracterizar um ato como violento, percepção que varia cultural e historicamente.”

A OMS (2002) pondera que as relações de poder proporcionam, por meio de ameaças e intimidações, ampla ação de atos violentos que como instrumentos inclui, também, formas de negligência ou omissão. Reflete o reconhecimento cada vez maior por parte dos pesquisadores e profissionais, acerca da necessidade de incluir a violência, que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas que oprime as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde, no mundo todo, como fato em diversos meios da sociedade contemporânea. A definição adotada pela OMS (2002, pág. 5):

“O uso intencional 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”

“Estudar e pensar a violência implica estudar e pensar a sociedade” (Baierl, Almendra, 2002, p. 62). Esta afirmativa tangencia o fato de que a violência é um fato social, enredado nas relações sociais, sobre o complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, com seu espaço de criação e desenvolvimento na vida em sociedade.

A violência como instrumento e não um fim é reconhecida por Arendt (1994) quando confronta poder e violência. Para a filósofa alemã de origem judaica, os

dispositivos da violência, censuram a comunicação nas relações de poder por conta da persuasão, influência ou legitimidade.

Em sua obra “Da Violência”, Arendt (1974), analisa algumas palavras que, segundo o autor, são comparadas como sinônimos:

❖ Poder:

“Corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se conserva unido”. (pág. 36)

❖ Vigor:

“A propriedade inerente a um objeto ou pessoa e pertence ao seu caráter, podendo provar-se a si mesmo na relação com outras coisas ou pessoas, mas sendo essencialmente diferente delas”. (pág. 36)

❖ Força:

“Deveria ser reservado, na linguagem terminológica, às ‘forças da natureza’ ou ‘à força das circunstâncias’, isto é, deveria indicar a energia liberada por movimentos físicos ou sociais”. (pág. 36)

❖ Autoridade:

“Sua insígnia é o reconhecimento inquestionável por aqueles a quem se pede que obedeçam; nem a coerção nem a persuasão são necessárias”. (pág. 37)

❖ Violência:

“Próxima do vigor, posto que os implementos da violência, como todas as outras ferramentas, são planejados e usados com o propósito de multiplicar o vigor natural até que, em seu último estágio de desenvolvimento, possam substituí-lo”. (pág. 37)

Uma das contribuições da concepção arendtiana é a relação oportuna estabelecida como oposta, entre poder e violência. O poder ameaçado gera a violência e não o contrário. A violência, nesta concepção, não se basta a si, ela sozinha não leva a nada. Por ser de natureza instrumental, necessita de justificativa, mas “sua justificação perde em plausividade quanto mais o fim almejado se distancia no futuro. Ninguém questiona o uso da violência em defesa própria, porque o perigo é não apenas claro, mas também presente, e o fim que justifica os meios é imediato”. (Arendt, 2009, pág. 44)

Outras conceituações acerca da violência que se aproximam do objeto do presente estudo são:

“A violência, sob todas as formas de suas inúmeras manifestações, pode ser considerada como uma vis, vale dizer, como uma força que transgride os

Ellen Maria Hagopian

limites dos seres humanos, tanto na sua realidade física e psíquica, quanto no campo de suas realizações sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas. Em outras palavras, a violência, sob todas as suas formas, desrespeita os direitos fundamentais do ser humano, se os quais o homem deixa de ser considerado como sujeito de direitos e de deveres, e passa a ser olhado como um puro e simples objeto.” (Rocha, 1996, pág.10)

“A violência configura-se como um dispositivo de controle aberto e contínuo, ou seja, a relação social caracterizada pelo uso real ou virtual da coerção, que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano, configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea.” (Santos, 1996, pág. 288)

“Violência tem a ver com a utilização de força física ou de coação psíquica ou moral por parte de um indivíduo (ou de um grupo de indivíduos), contra si mesmo, contra objetos ou contra pessoas ou grupo de pessoas, produzindo como resultado destruição ou dano do objeto e limitação ou negação de qualquer direito estabelecido das vítimas. Tal utilização de força obedece geralmente a uma determinação de manter, modificar ou destruir uma determinada ordem de coisas ou de valores. (Agudelo, 1990, pág.1-2)

A tipologia da violência assim como suas conceituações, abrange mais de uma referência. Segundo o Caderno de Monitoramento Epidemiológico e Ambiental da Fundação Oswaldo Cruz a violência pode ser dividida e subdividida em: (Souza et al., 2013)

Violência criminal: abrange as agressões às pessoas e aos seus bens, e constitui objeto de prevenção e repressão por parte da segurança pública: polícia, procuradoria e poder judiciário.

São exemplos: gangues, milícias, redes de exploração sexual de crianças/adolescentes, tráfico de seres humanos, de armas e de drogas, exploração do trabalho escravo.

Violência coletiva: caracteriza-se por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em atributos como raça, classe social, crença religiosa, que anule ou prejudique o exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.

São exemplos: conflitos violentos entre nações e grupos, movimentos de grandes grupos de pessoas desalojadas, guerras entre gangues e vandalismo de massas.

Faz parte desse tipo, a *violência estrutural* ou *social* que se refere à manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome e várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras.

Violência institucional: é a que ocorre dentro das instituições por meio de regras, normas de funcionamento e relações burocráticas, e reproduz as injustiças da estrutura social. Acontece, quando são negados ou negligenciados e na forma como são oferecidos os serviços públicos ou privados, sejam eles de saúde, de assistência social, de segurança pública ou mesmo nos bancos.

Esse tipo de violência pode ocorrer, também, nas relações de trabalho, por exemplo, quando o profissional está submetido à jornada extensa, condições laborais precárias, remuneração baixa e pouco reconhecimento por parte dos gestores e dos usuários.

Violência interpessoal: é uma forma de relação com o outro, baseada na prepotência, discriminação, intimidação, raiva, vingança e inveja, que costuma produzir danos morais, físicos e psicológicos.

Violência auto infligida: envolve os suicídios, as tentativas e as ideações de se matar e de se automutilar. Muitas vezes esses atos podem ser relacionados a momentos de rupturas no ciclo de vida como adolescência, terceira idade, crises econômicas, que levam ao desemprego e a poucas expectativas de futuro, doenças graves ou terminais, transtornos mentais severos e uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outros.

Violência cultural: é a que se expressa por meio de discriminações e preconceitos que, de tão repetidos e reproduzidos, se tornam comuns e naturais na sociedade. A de gênero e a étnica são os tipos de violência cultural mais agressivos e costumeiramente mais vigentes nas sociedades.

A violência também é classificada por Souza et al. (2013) quanto à sua natureza em quatro modalidades de expressão:

Violência física: é o uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mal - desenvolvimento ou privação.

Violência verbal: a agressão verbal é entendida como a transgressão das regras verbais que humilha, degrada ou indica falta de respeito para com a dignidade e o valor do indivíduo.

Violência sexual: ato ou jogo que ocorre nas relações e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais, por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Violência psicológica: se refere a agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, humilhar, amedrontar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social.

Negligência, abandono e privação de cuidados: caracteriza-se pela ausência, recusa ou falta de atendimento a alguém que deveria receber atenção e cuidados. Ela pode ocorrer mesmo quando há recursos disponíveis para a família ou responsável. Um tipo específico é a negligência emocional, que acontece quando os responsáveis, independente da justificativa, deixam de dar apoio afetivo e psicológico à criança, ao adolescente ou à pessoa idosa. O abandono é a forma mais grave de negligência.

Minayo e Souza (1998), ao discutir a violência sob a perspectiva da saúde pública, propõe uma classificação da violência em três tipos:

Violência estrutural: gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração, e que conduz à opressão indivíduos,

grupos, classes e nações, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e à morte.

Violência da resistência ou violência do comportamento: constitui-se das diferentes formas de resposta de grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural; e,

Violência da delinquência: é aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida.

É importante entender essa distinção como um recurso eminentemente didático, porque a violência estrutural, se examinada detidamente, não deixa de ser um instrumento de luta das classes sociais. Por outro lado, a violência do comportamento é, em última instância, parte de um sistema social, nele incluídas todas as formas de violência estrutural, e é muito frequente a consequência, resposta ou reação. Além disso, é pela sociedade que ela encontra certa aceitação, tolerância e mesmo alguma legitimação. (Junior, Dias, 2004)

4.2 A VIOLÊNCIA E SUAS RELAÇÕES COM O TRABALHO

O desajuste na relação de violência e trabalho, por meio da deterioração das condições e organização, suscita sofrimentos, desgastes, fadigas, adoecimentos físicos e psíquicos, podendo levar ao risco iminente de dano irreparável à vida.

As condições de trabalho que concedem relações pautadas em desrespeito e desordem condicionadas à ocorrência de situações que envolvam características de violência do trabalho, não devem ser aceitadas como inerentes ao labor e sim, inadmissíveis.

A OSHA (*Occupational, Health and Security Administration* - Administração de Segurança e Saúde Ocupacional, 2016), define como violência no trabalho:

“Violência no local de trabalho é qualquer ato ou ameaça de violência física, assédio, intimidação ou outro comportamento disruptivo ameaçador que ocorra no local de trabalho. Varia de ameaças e abuso verbal a agressões

físicas e até homicídio. Pode afetar e envolver funcionários, clientes, clientes e visitantes.”

A conceituação de violência, em sua definição quando ligada ao ambiente de trabalho também requer múltiplos olhares e, neste caso, não existe somente um conceito. Para Chappell e Di Martino (1999), definir violência no ambiente de trabalho é um desafio por causa da grande variedade de comportamentos que podem configurar um ato como violento. Os autores citam vários exemplos de atos que podem ser considerados como violência no trabalho (Quadro 4).

Quadro 4. Exemplos de atos que podem ser considerados como violência no ambiente de trabalho*

○ Agressão física (chute, soco, arranhão, mordida, beliscão)	○ Interferência no trabalho, equipamento ou ferramenta
○ Ameaça	○ Intimidação
○ Assédio (incluindo racial e sexual)	○ Mensagem agressiva
○ Comportamento hostil	○ Ofensa
○ Cuspe	○ Ostracismo
○ Estupro	○ Perseguição por grupos
○ Extorsão	○ Postura agressiva
○ Gesto rude	○ Provocação
○ Grito	○ Roubo
○ Homicídio	○ Silêncio deliberado
○ Insinuação	○ Xingamento

* Fonte: Chappell D, Di Martino V. Violence at the work, Asian-Pacific Newslet Occup Health Safety 1999;6(1);1-7.

Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) definem a violência laboral como um comportamento ou ação negativa na relação entre duas ou mais pessoas, expressada por agressividade, que pode ocorrer esporadicamente, ou não, e de forma inesperada, e os trabalhadores expostos às intimidações, humilhações e ameaças em circunstâncias relacionadas ao trabalho.

A violência institucionalizada contextualiza-se na compreensão de que novas relações de trabalho se estabelecem no ambiente capitalista financeiro que vislumbra somente o lucro. Essa violência implícita nas relações de trabalho degrada e controla os comportamentos, os modos de pensar e as decisões do trabalhador vitimado. (Hashizume, 2014)

Na perspectiva do domínio ideológico, as empresas estabelecem convicções, valores, objetivos e metas que os trabalhadores assumem como pessoais. Contrária a ideia de repressão propriamente dita, tem-se um modelo gerencialista e narcisista, nos quais a onipotência torna o trabalhador mobilizado e aderido às políticas internas da instituição. Neste sentido, os que mais se destacarem serão mais valorizados, porém, essa valorização é sazonal. Ora estão em evidência, ora não, ou seja, para serem valorizados é necessário que gastem muita energia, qualificação e submissão às regras estabelecidas, mesmo que essas impliquem em piora do comportamento nas relações profissionais. (Pagés, Bonetti, Gaulejac, 2005)

A vigilância passa a ser subjetiva, ou seja, o trabalhador torna-se controlador de si próprio mediante exposições externas, o que remete a maiores níveis de estresse, desgastes e adoecimentos, em destaque os psíquicos. Por ocasião de um erro, um projeto fora do prazo, uma criatividade que não surgiu, o profissional sente-se culpado, frustrado e impotente para questionar. (D'Aubeterre, 2009)

A pressão imposta aos trabalhadores vem ao encontro das gestões pós-modernas instituídas de forma agressiva, para o cumprimento de metas que gerem mais e mais lucros. Sendo assim, o interesse oculto nessa violência emerge não de uma postura individual e sim de um comportamento corporativo incentivado, como meio para justificar os fins. (Hashizume, 2014)

Alves (2015) infere a violência como um diabo velho, que representa o cerne essencial da relação capital-poder em que a divisão hierárquica do trabalho compõe um quadro de opressões nas dominações sociais de classe. O autor define como “violência do capital” atual, aquela que se caracteriza pelo silêncio e perversidade institucional. Um novo metabolismo nas relações laborais emerge, a partir do ponto em que a violência é aceita como uma escolha moral, pelo próprio violentado, por meio da aceitação das regras impostas.

A violência no trabalho é relacionada dentre as categorias propostas por Minayo (2005 *apud* Gomes, 2005) como estrutural, em que a violência é velada, sob formas de organização do trabalho, presente na exploração e opressão de trabalhadores, que se manifesta em condições e ambientes insalubres e inseguros, e

no cerceamento de conquistas da sociedade a exemplo de benefícios trabalhistas e previdenciários. (Gomes, 2005)

Com o objetivo de classificar os episódios violentos no trabalho, a *Division of Occupational Safety and Health do Department of Industrial Relations* do Estado da Califórnia (EUA) - Cal/OSHA, propôs uma divisão dos eventos violentos no local de trabalho em três grupos, em razão das pessoas implicadas e tipo de relação entre elas:

- ❖ Tipo I ou externa: o indivíduo que pratica o ato violento não tem nenhuma relação com a vítima.
- ❖ Tipo II ou praticada por clientes/pacientes: existe alguma relação profissional entre o praticante do ato violento e a vítima.
- ❖ Tipo III ou interna: o indivíduo que pratica o ato violento tem algum tipo de ligação com o local de trabalho ou com algum trabalhador. Este tipo de violência é subdividido em dois: Tipo IIIa restrito ao ato violento praticado por um trabalhador contra um outro trabalhador; e, o Tipo IIIb que é o ato praticado por uma pessoa com a qual o trabalhador mantenha algum tipo de relação que não seja a profissional.

Para outros autores a violência no trabalho é dividida em violência física e violência psicológica. Esta última é subdividida em agressão verbal, discriminação e assédio moral. (Amossy, Bruger, 2011)

A agressão ou violência verbal surge da transgressão das regras verbais que humilha, degrada e indica falta de respeito com a dignidade e os valores do outro. (OIT, 1984). Ocorre em diversos contextos, em que o choque de posições antagonistas leva ao paroxismo. A polêmica, prática discursiva, que visa destruir o adversário, representa o limite da comunicação conflituosa, em razão do domínio de desacordo radical e insuperável. (Amossy, Burger, 2011)

Vasta é a literatura e estudos sobre discriminação, no entanto, o sentido mais comum desta palavra aborda-a como fato sociológico. Definida como ato de estabelecer diferenças, colocar algo ou alguém de parte, tratar de modo desigual ou injusto, com base em preconceitos, notadamente sexual, religioso ou étnico, a discriminação acontece quando há uma atitude adversa perante uma característica

específica e diferente. Pode resultar na destruição ou comprometimento dos direitos fundamentais do ser humano, prejudicando um indivíduo no seu contexto social, cultural, político ou econômico.

O assédio moral tem sido objeto de várias pesquisas em áreas distintas do conhecimento. Na definição da WHO (2003), o assédio moral no ambiente de trabalho, é referido como:

“Um comportamento irracional, repetido, em relação a um determinado empregado ou a um grupo de empregados, que cria um risco para a saúde e para a segurança. Trata-se do uso de um sistema ou prática de trabalho como meio para humilhar, debilitar ou ameaçar.”

Nos estudos e ações com relação ao assédio moral, Barreto (2000), define-o como:

“uma forma sutil de violência que envolve e abrange múltiplos danos, tanto de bens materiais como moral, no âmbito das relações laborais. O que se verifica no assédio é a repetição do ato que viola intencionalmente os direitos do outro, atingindo sua integridade biológica e causando transtornos a saúde psíquica e física. Sua intencionalidade é exercer o domínio, quebrar a vontade do outro, impondo término ao conflito quer pela via da demissão ou sujeição. É um processo, mediado por palavras, símbolos e sinais, que estabelecidos, impõem ao outro a obediência cega sem questionamentos ou explicações. Deve 'aceitar' provocações, gozações, desqualificações e ridicularizações de formas constantes e repetitivas sem reclamar ou questionar.”

As situações que podem ser configuradas como assédio moral foram categorizadas, em um inventário das condições de trabalho, em cinco grupos e referenciam as atividades que impactam a possibilidade da vítima (Leymann, 1996):

- 1) comunicar-se adequadamente, ou seja, recusar contato verbal com a vítima;
- 2) manter contatos sociais, ou seja, impedir que a vítima se comunique com as pessoas de outros departamentos ou mesmo influenciar para que os colegas isolem a vítima;
- 3) manter sua reputação pessoal intacta, isto é feito, sobretudo, espalhando boatos sobre a vítima.

- 4) manter sua reputação profissional, ou seja, ocorrem situações de boatos ou situações de induzir as pessoas próximas sobre questões da qualidade do trabalho e profissionalismo que não seriam compatíveis com o esperado;
- 5) manter bom estado de saúde. O conjunto das ações descritas acima, ou seja, isolar, ameaçar, espalhar boatos falso podem afetar a saúde física e psicológica das vítimas.

Leymann (1996) define o assédio moral como:

“A deliberada degradação das condições de trabalho através do estabelecimento de comunicações não éticas (abusivas), que se caracterizariam pela repetição por longo tempo de duração de um comportamento hostil que um superior ou colega desenvolve contra um indivíduo que apresenta, como reação, um quadro de miséria física, psicológica e social duradoura.”

Barreto e Heloani (2015a) explicam a questão da intolerância e do assédio moral no trabalho como causa das modificações significativas evidenciadas no mundo laboral nos últimos 30 anos, que transformaram as certezas da vida do trabalhador em incertezas, medos, angústias e instabilidades. Para os autores a relação antagônica entre capital e trabalho são responsáveis pelas configurações distintas que a violência adquire no ambiente de trabalho, mediante atos individualizados, perversos e mal-intencionados.

Sob nova óptica das relações interpessoais, mediada por inúmeras formas de tecnologias da informação, as manifestações do assédio moral reverberam em um novo desafio contemporâneo: o assédio virtual. (Castells, 2005)

Por ser um espaço facilitador do cotidiano, a virtualidade das relações, uma vez que, aproxima pessoas geograficamente distantes com condições sociais distintas também, cria a sensação de um espaço sem limites, em que tudo pode ser feito e dito, e facilita agravos nos vínculos sociais. (Castells, 2005)

De acordo com Smith (2004, p. 99) trata-se de "uma ação agressiva e intencional realizada por um grupo ou por um indivíduo, com o uso de forma de contato eletrônico, de forma repetida e ao longo de um período contra uma vítima que não consegue se defender com facilidade".

Schreiber e Antunes (2015) supõem que, o ato do assédio virtual tende a crescer e não cabe mais pensar em intervenções clínicas individualizadas, mas sim em um amplo programa de enfrentamento, que, de preferência, envolva o contexto comunitário como um todo, visto as repercussões físicas e psicológicas das diversas formas desta violência.

Por fim, outra forma de violência no trabalho é o assédio sexual. Este, ocorre quando uma pessoa, que tem relações de trabalho com outra, exige uma conduta sexual contra a vontade da vítima, de modo a causar constrangimento e violar a liberdade sexual de sua vítima. O assédio sexual pode ser dividido em dois tipos e ambos são descritos a seguir (Brasil, 2017):

Assédio sexual por chantagem: quando uma pessoa, que ocupa um cargo superior, exige uma conduta sexual da vítima, contra sua vontade, em troca benefícios ou para evitar prejuízos na relação de trabalho;

Assédio sexual por intimidação: quando o agressor realiza provocações sexuais inoportunas no ambiente de trabalho, com o objetivo de prejudicar a atuação da vítima, criar situações ofensivas, de intimidação ou humilhação.

As características do assédio sexual no trabalho são (Brasil, 2017):

- a) quando pressupõe uma conduta não desejada;
- b) quando ocorre repetição da conduta do agressor, entretanto, após analisar o caso concreto pode ser que um único ato já seja caracterizado como assédio sexual;
- c) quando essa prática pode ser explícita ou sutil, com contato físico ou verbal, como expressões faladas ou escritas, mensagens enviadas por redes sociais, *e-mails*, entre outros;
- d) quando o assédio sexual não necessariamente acontece no ambiente de trabalho, mas após o horário de trabalho, durante caronas etc. Portanto, para ser qualificado como assédio sexual no trabalho é necessário que ocorra em decorrência das relações de trabalho.

Ao sintetizar o pensamento sobre esse assunto, aparentemente inacabável, pode-se destacar que a violência institucional ocultada por interesses financeiros traz sérios prejuízos à organização com a destruição do clima de trabalho, o aumento geral do sentimento de insegurança e o consequente bloqueio da criatividade. O trabalhador sente-se desamparado em meio a uma infinidade de cobranças, pressões e estresses exacerbados que, por vezes, conflitam com seus critérios éticos.

Para lançar luz à violência no trabalho, inspecionar, prevenir e erradicá-la é necessário que as empresas públicas e/ou privadas tomem consciência de suas responsabilidades, e é necessária a avaliação dos riscos e fatores psicossociais. As formas de gestão devem ser praticadas por meio do diálogo; na exigência do respeito e reconhecimento ao outro; na promoção justa; no estabelecimento de uma política de metas e produção compatível com o trabalho, digna e saudável para todos os trabalhadores.

Desta forma, deve-se buscar a causalidade não somente na raiz dos problemas, mas, em especial, submergindo nas entranhas da relação capital e trabalho, e encontrar suas contradições. Excluir essa dimensão é abstrair-se: da realidade concreta; das condições laborais estabelecidas e vetores psicossociais assumidos; da cultura organizacional que induz a reprodução de ações não éticas de senso comum.

5 APROXIMAÇÕES DO OBJETO DE ESTUDO E MOTIVAÇÕES DA PESQUISADORA

5 APROXIMAÇÕES DO OBJETO DE ESTUDO E MOTIVAÇÕES DA PESQUISADORA

O presente estudo teve como motivação as problematizações sobre a violência e relações profissionais no ambiente de trabalho da enfermagem. Após cessarem as inquietações da autora, defendidas na dissertação de mestrado “Assédio moral na vivência dos enfermeiros sob a perspectiva fenomenológica”, em 2016, outras surgiram como possibilidades de estudos nesta temática. Ampliar o alcance de pesquisas no teor do estudo proposto, ainda que silenciado por muitas instituições, tornou-se imperioso.

Nas atividades como enfermeira assistencial e coordenadora de enfermagem desde 2006, a autora deparou-se com incontáveis situações em que profissionais da enfermagem, independente do posicionamento hierárquico, perpassavam em seus cotidianos sobre questões de relações não éticas, propulsoras da degradação das condições de trabalho.

No trabalho de mestrado foram investigados os significados atribuídos pelos enfermeiros ao assédio moral no trabalho. Os dados obtidos possibilitaram a compreensão dos significados conferidos durante a vivência como enfermeiros, revelando circunstâncias predisponentes desse fato, assim como as expectativas dos sujeitos, para que fossem suscitadas estratégias de enfrentamento quanto a essa problemática. Outrossim, foi visto que os enfermeiros se submetem a situações degradantes, a fim de se protegerem e manterem a estabilidade de seu dia a dia e sofrem as consequências como vítimas do assédio moral.

Haja vista, ao apor a exploração das reflexões emergidas na dissertação supracitada acerca da violência no trabalho da enfermagem, delineou-se esta pesquisa. Com o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde pela EEUSP, em nível de Doutorado, surgiu a oportunidade de aprofundar o estudo das questões que envolvem ações não éticas, desfavoráveis tanto ao trabalhador como para equipe e a instituição.

A profissão de alto risco, antigamente destinada aos profissionais da área de segurança pública e privada, motoristas de táxi e de ônibus, trabalhadores de postos de gasolina, comerciantes, agentes controladores de trânsito e trabalhadores da construção civil, a dos profissionais da área da saúde entrou na lista das características desses profissionais. Estes, por sua vez, possuem um risco 16 vezes maior de serem vítimas da violência no trabalho em relação às outras profissões e, a categoria médica e da enfermagem, são as mais citadas em diversos estudos. (ANAMT, 2018)

A identificação da violência na enfermagem está descrita tanto em estudos que não envolvem especificação de categoria profissional, como em estudos com profissionais de saúde em geral, ou em estudos conduzidos apenas com a equipe de enfermagem.

No Quadro 5 encontram-se os resultados principais obtidos nas pesquisas dos últimos cinco anos, referentes à violência no ambiente de trabalho da enfermagem.

Quadro 5. Resultados das pesquisas referentes a violência no ambiente de trabalho da enfermagem: título/periódico; objetivos; considerações dos autores.

<p>Marques D, Silva SI. Violência no trabalho: um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. Brasília. Rev Psicol Organ Trab. 2017;17(4):226-34.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Caracterizar a violência ocorrida sobre enfermeiros(as) hospitalares portugueses por parte de utentes e contribuir para a adaptação de uma escala sobre violência no trabalho no contexto de Portugal. ○ Conclui-se a secção dos resultados com a apresentação das frequências inquiridas quanto às três estratégias de prevenção e de gestão da violência. Desta forma, 78% dos profissionais referiram que o hospital onde exerciam a sua atividade profissional dispunha de serviço de vigilância de segurança, 58,1% citaram que o hospital dispunha de algum tipo de serviço de apoio jurídico em caso de violência e 41,4% referiram a disponibilização de algum tipo de serviço de apoio psicológico face a tal ocorrência.
<p>Pedro DRC, Silva GKT, Lopes APAT, Oliveira JLC, Tonini NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. Saúde Debat. 2017;41(113):618-29.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Revisão integrativa de literatura sobre a interface da violência como risco ocupacional entre trabalhadores de enfermagem ○ A violência no labor da enfermagem parece tender a um perfil delimitado. O assédio moral deve ser foco nas ações de liderança, com vistas às mudanças no processo de trabalho que favoreçam a proteção às vítimas

Quadro 5. Resultados das pesquisas referentes a violência no ambiente de trabalho da enfermagem: título/periódico; objetivos; considerações dos autores.

<p>Dias EG. Assédio e sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem: uma revisão integrativa da bibliografia. Rev Univ Vale do Rio Verde Três Corações, 2017;15(1):54-66.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar as evidências da prática do assédio e sofrimento moral com os trabalhadores de enfermagem. ○ Evidenciada necessidade de abertura de espaços para reflexões, diálogo e discussões dos problemas morais que envolvam os atores da de enfermagem e da gestão nas instituições.
<p>Hagopian, EM; Freitas GF; Baptista PCP. Assédio moral no trabalho em enfermagem. Rev Baiana Enferm. 2017; 31(1).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Compreender as vivências dos enfermeiros resultantes da exposição ao assédio moral no ambiente de trabalho ○ Os enfermeiros submetem-se a situações degradantes, a fim de se protegerem e manterem a estabilidade de seu dia a dia e sofrem as consequências como vítimas do assédio moral.
<p>Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. Enferm Foco. 2016;7(ESP):63-76.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Analisar a situação das condições de trabalho em que a equipe de enfermagem atua, incluindo variáveis em relação às condições laborais e de relacionamentos. ○ Estudo mostr preocupação decorrente do desgaste e adoecimento da categoria.
<p>Silveira J, Karino ME, Martins JT, Galdin MJQ, Trevisan GS. Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem. J Nurs Health. 2016;6(3):436-46.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecer a concepção de violência no trabalho para a equipe de enfermagem de um pronto-socorro e identificar as medidas de proteção utilizadas. ○ É preciso buscar estratégias que envolvam a equipe de enfermagem e os gestores para não banalizar as situações de violência no trabalho e se cristalizar nas instituições de saúde como corriqueiras.
<p>Bordignon M, Monteiro MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016;69(5):939-42.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Refletir acerca das consequências da violência no trabalho experienciada por profissionais de enfermagem. ○ Aponta-se para o potencial nocivo e oneroso deste fato, por ser capaz de ocasionar sofrimento, adoecimento, afastamentos do trabalho e até a morte.
<p>Pai, Daiane Dal, Lautert, Liana, Souza, Sônia Beatriz Cocaro de, Marziale, Maria Helena Palucci, & Tavares, Juliana Petri. (2015). Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(3):457-64.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar a violência sofrida pelos trabalhadores da equipe de enfermagem e a sua associação com <i>burnout</i> e transtornos psíquicos menores. ○ O <i>burnout</i> e os transtornos psíquicos menores que acometem os trabalhadores de enfermagem têm estreita relação com a violência sofrida em seus ambientes de trabalho.

Quadro 5. Resultados das pesquisas referentes a violência no ambiente de trabalho da enfermagem: título/periódico; objetivos; considerações dos autores.

<p>Isasi SM, García Zurita A, Felipez Agrelo IM, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. Enf Global. 2015;14(3):219-2.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Descrever percepções das agressões sofridas pela equipe de enfermagem. ○ São muito baixos os desdobramentos das denúncias com relação a violências sofridas no ambiente de trabalho. É necessário conhecer e trabalhar em diferentes contextos nos quais ocorrem formas e exposição à violência no trabalho que possibilitem lutar eficazmente contra esse problema.
<p>Cahú GRP, Costa SFG, Costa ICP, Batista PSS, Batista JBV. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. Acta Paul Enferm. 2014;27(2):151-6.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Investigar situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros em seu ambiente de trabalho ○ Situações de assédio moral vivenciadas pelo enfermeiro no ambiente de trabalho influenciam diretamente no desempenho laboral, saúde e estado emocional.
<p>Godino MB, Barbato M, Ramos Laura, Otero M, Briozzo L. Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud. Rev Méd Uruguay. 2014;30(4):235-46.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar a primeira pesquisa nacional de comportamentos disruptivos na equipe de saúde. ○ Foram identificados comentários desdenhosos sobre os colegas, gritos agressivos e explosões de raiva pelo menos uma vez por semana. Como gatilhos para comportamentos disruptivos no ambiente laboral foi citado, em ordem de predominância: carga de trabalho; remuneração; e, problemas pessoais. Entre os entrevistados, o risco em cometer erros e a desejo em mudar de emprego é revelada, além de diminuir e prejudicar o trabalho em equipe, impactando na retenção de recursos humanos e segurança do trabalho.
<p>Castellón D, María A. Hostigamiento laboral: amenaza permanente para enfermería. Enferm Global. 2012;11(28):120-36.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Descrever os fatores envolvidos na ocorrência e manutenção do fato a partir das experiências vivenciadas por enfermeiros que foram vítimas dele. ○ Elementos organizacionais e a própria execução do papel profissional atuam como agentes favoráveis ao assédio laboral e influenciariam diretamente o desenvolvimento do ciclo de violência. Por outro lado, as formas pelas quais os enfermeiros descrevem os fatos, as consequências e as reações das testemunhas, influenciariam a manutenção do assédio ao longo do tempo.

Estudo de representatividade nacional, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), composto por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Brasil, permitiu que se analisasse, além do perfil desta classe trabalhadora, as condições de trabalho a que está exposta.

No capítulo do estudo do COFEN (2016) que tange as condições do trabalho, foram visitados diversos pontos dentre os quais: sentimento de cordialidade e respeito; clima de confiança; condutas respeitadas; relacionamento com o chefe; liberdade de expressão; proteção; cuidados da instituição com o profissional; população satisfeita, violência e discriminação, desgastes, infraestrutura e descanso, acidentes; licenças médicas; adoecimento; sedentarismo; e, férias. (Machado et al., 2016)

Os resultados encontrados mostram a preocupação decorrente do desgaste e adoecimento da categoria: chefes distantes; elevado grau de insegurança e violência no ambiente de trabalho; falta de assistência, quando adoecem, por parte da instituição em que trabalham; e, inexistência de infraestrutura de descanso, foram alguns pontos tratados na pesquisa citada acima (COFEN, 2016) e serão revisitados na discussão do presente estudo.

Com relação à violência, 19,7% dos enfermeiros afirmaram já terem sido vítimas e 9% alegaram que “às vezes”, o que, eleva a uma incidência de aproximadamente 30%. Dos que informaram sofrer por causa dessas situações, 33,6% são enfermeiros, 27,3% são auxiliares e técnicos, e a tipologia citada era de 66,5% como violência psicológica, seguida pela institucional com 17,1%, a física com 15,6%, e a sexual com 0,9%.

Como referem Cahú et al. (2014), situações de agressões sofridas no trabalho foram identificadas em estudo realizado com 259 enfermeiros que trabalhavam em unidades básicas de saúde e hospitais da rede pública do município de João Pessoa, categorizadas como deterioração proposital das condições de trabalho, violência verbal, física, sexual, isolamento e recusa da comunicação e descritas no Quadro 6.

Quadro 6. Situações de agressão sofridas no ambiente de trabalho, na categoria deterioração proposital das condições de trabalho, violência física, verbal e sexual e isolamento e recusa da comunicação.*

<p style="text-align: center;">Deterioração proposital das condições de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Manipula pessoas para assumir posicionamentos contrários aos seus interesses ○ Impede seu crescimento profissional ○ Contesta sistematicamente todas as suas decisões ○ Restringe os seus direitos só para prejudicar (férias, prêmios, horários) ○ Delega atividades em excesso ○ Fornece informações confusas e imprecisas ○ Não transmite mais as informações úteis para a realização de tarefas ○ Pede trabalho urgente sem nenhuma necessidade ○ Força você pedir demissão ○ Bloqueia o andamento dos seus trabalhos ○ Não considera seus problemas de saúde ○ Dá instruções impossíveis de executar ○ Retira o trabalho que normalmente compete a você ○ Priva você de acesso de instrumentos de trabalho: telefone, fax, computador, mesa, entre outros ○ Manda você executar tarefas sem interesse ○ Manda cartas de advertência protocoladas ○ Induz você ao erro ○ Atribui tarefas incompatíveis com sua saúde ○ Atribui proposital e sistematicamente tarefas inferiores às suas competências ○ Impõe horários injustificáveis ○ Não lhe dá qualquer ocupação
<p style="text-align: center;">Violência verbal, física e sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fala com você aos gritos ○ Agrida você somente quando estão a sós ○ Invade a sua vida privada com ligações telefônicas, e-mails, cartas ○ Agrida você fisicamente, mesmo de leve, você é empurrada e fecha a porta em sua cara ○ Ameaça agredir você fisicamente ○ Assedia ou agrida você sexualmente (gestos ou propostas) ○ Faz estragos no seu automóvel
<p style="text-align: center;">Isolamento e recusa de comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ignora sua presença na frente dos outros ○ Interrompe quando você fala ○ Ameaça transferir você para outro setor para isolá-lo ○ Não fala mais com você ○ Coloca você separado dos outros ○ Transfere você do setor para lhe isolar ○ Comunica-se com você apenas por escrito ○ Proíbe seus colegas de falar com você

* Fonte: Cahú GRP, Costa SFG, Costa ICP, Batista PSS, Batista JBV. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. Acta Paul Enferm. 2014;27(2):151-6.

A revisão sistemática ou de literatura, é uma metodologia encontrada em estudos recentes que envolve violência e enfermagem. Uma porcentagem considerável destes estudos identifica a necessidade de ampliar pesquisas de campo na área, na expectativa da construção de políticas públicas que direcionem os profissionais na busca de informações e ajuda.

Em estudo de revisão integrativa de literatura, sobre a interface da violência como risco ocupacional entre trabalhadores de enfermagem, o material analisado evidenciou conteúdo dividido em três categorias: identificação do perfil e eventos desencadeantes da violência entre os trabalhadores; assédio moral como ato violento no trabalho em enfermagem; e, a violência ocupacional na enfermagem em virtude da (des)organização do trabalho. Evidenciou-se: ações de prevenção e controle da violência foram pouco observadas; o ato violento na equipe de enfermagem é permeado por demandas sociais emergentes sazonais como a questão de gênero e condições de trabalho; o assédio moral foi destacado como prioridade às ações de liderança visando a proteção dos trabalhadores e segurança do cuidado. (Pedro et al., 2017)

Em estudo realizado por Marques e Silva (2017), com objetivo de caracterizar a violência ocorrida com enfermeiros hospitalares em Portugal, os dados coletados mostram que a violência psicológica mais frequente entre os 191 enfermeiros consultados, era a física. Dos participantes, 56% sentiam-se observados fixamente enquanto trabalhavam e 2,1% referiu já ter sido ameaçado durante o último ano.

Na medida em que a enfermagem já enfrenta situações desafiadoras como lidar com vivências de sofrimento ou morte e dor decorrente da perda de um paciente, a violência é considerada um potencial nocivo e oneroso quando refletida em suas consequências. Estas, podem ocasionar, desde sentimentos de angústia, sofrimento, como adoecimentos físicos e/ou psicológicos, até afastamentos do trabalho, podendo chegar à morte. (Bordignon, Monteiro, 2016)

Repercute também na instituição de saúde empregadora, por meio da redução da força de trabalho, adoecimento ou desgaste da equipe, comprometimento da qualidade do cuidado prestado àqueles que recorrem aos serviços de saúde e aumento de custos.

Ao correlacionar a violência sofrida pelos trabalhadores da equipe de saúde e a sua associação com *burnout* e transtornos psíquicos menores, a equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem do gênero feminino prevaleceu como vítima de violência no tocante aos demais profissionais. (Pai et al., 2015)

No Uruguai foi realizada a primeira enquete nacional de comportamentos disruptivos (CD) na equipe de saúde, e o problema foi destacado como de alta incidência, o que diminui a segurança e prejudica a transferência de informações e a capacidade de trabalhar em equipe. Os CDs surgem, mormente, entre os pares e impactam na retenção de recursos humanos e segurança do trabalho. (Godino et al., 2014)

O interesse é crescente no tema, e ainda são identificados muitos questionamentos e dúvidas com relação à caracterização de situações de violência no trabalho. Um pacto informal de silêncio é induzido pelo medo que os integrantes de uma equipe têm em identificar e apoiar vítimas de violência com a justificativa de manter seus empregos. (Hagopian et al., 2017)

Intentar esta pesquisa, abarcando a violência no contexto de quem zela pela saúde da população, permite apresentar plano de contingência aos profissionais da enfermagem com respeito à saúde física, mental e seu relacionamento social. Ambientes hostis, impulsionados pela violência do cotidiano neoliberal, trazem repercussões por vezes, incorrigíveis. Para esse fim, manifestar-se sobre a violência, como o novo risco psicossocial que atinge a maior proporção de profissionais da saúde, é a proposta do presente estudo.

Ao início do desenho metodológico na proposta de trabalho, a hipótese foi delineada quanto a relação entre os atos negativos e a violência e as questões foram problematizadas nesta confluência, conforme descrito abaixo.

Hipótese do estudo: Há uma estreita relação entre os atos negativos e a violência no ambiente de trabalho da enfermagem.

Questões problematizadas: Há correspondência entre os atos negativos que ocorrem no ambiente de trabalho da enfermagem e a violência? Quais são as variáveis que se associam com a percepção dos atos negativos e a violência no ambiente de trabalho da enfermagem?

6 OBJETIVOS

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Discutir a violência no ambiente de trabalho da enfermagem.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar a equipe de enfermagem com relação às variáveis biosociodemográficas;
- ❖ Identificar os atos negativos que ocorrem no ambiente de trabalho da enfermagem.

Na Figura 1 estão representados os passos do percurso representativo dos objetivos a partir do problema do estudo que transcorre pela hipótese e questões.

Figura 1. Percurso representativo do desenvolvimento dos objetivos a partir do problema, hipótese e questões apresentadas.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

7 PERCURSO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDO

Na busca de respostas às questões levantadas na pesquisa e de atender aos objetivos estabelecidos, delineou-se um estudo transversal de caráter exploratório com abordagem quantitativa.

A perspectiva quantitativa é caracterizada por um conjunto de processos sequenciais e comprobatórios em que, com base em uma ideia, os objetivos e perguntas da pesquisa são formuladas. Posteriormente é revisada a literatura para construção do marco teórico. As hipóteses e variáveis são delineadas. Um desenho é traçado para a medição das variáveis em determinado contexto e, por fim, fomentam-se as análises e conclusões. O caráter exploratório da pesquisa pressupõe (Sampieri et al., 2013, pág. 101):

“... realizar uma viagem a um lugar desconhecido, do qual não vimos nenhum documentário nem lemos algum livro, mas que tivemos conhecimento porque alguém fez um rápido comentário sobre o lugar.”

Os estudos exploratórios propõem evidenciar eventos pouco conhecidos, com intuito de viabilizar um alcance de pesquisa com maior completude, além de explorar novos problemas, conceitos ou variáveis.

O formato transversal de uma pesquisa significa que a coleta de dados é realizada em um único momento, com objetivo de descrever variáveis e analisar sua incidência e inter-relação. Assemelha-se ao ato de fotografar. Destarte, estudos transversais exploratórios, são dispostos a problemas de pesquisa pouco explorados, podendo se tornar prefácio para pesquisas subsequentes, doravante o conhecimento de uma ou mais variáveis, uma comunidade, um contexto, um evento, uma situação em dado momento. (Sampieri, 2013 págs. 170-71)

7.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foi constituída por profissionais de enfermagem e por auxiliares, técnicos e enfermeiros do Estado de São Paulo.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão:

- ❖ Possuir inscrição ativa no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP);
- ❖ Dispor de e-mail válido; e,
- ❖ Atuar na categoria por tempo superior a seis meses.

Os COREN(s) são autarquias ligadas ao governo que buscam regular o trabalho da equipe de enfermagem por meio das leis e dos princípios éticos que norteiam o exercício profissional em cada Estado.

As atividades dos COREN(s) envolvem:

“... fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos referentes à Ética Profissional, impondo as penalidades cabíveis; zelar pelo bom conceito da profissão **e dos que a exerçam** propondo ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) medidas que visem a melhoria do exercício profissional.”

Neste sentido tem-se como missão, visão e atribuições:

- ❖ Missão: fiscalizar e disciplinar o exercício profissional da enfermagem amparado por requisitos éticos e legais;
- ❖ Visão de futuro: ser uma autarquia de destaque na fiscalização profissional, reconhecida pela celeridade e modernidade e comprometida com a valorização do profissional de enfermagem;
- ❖ Atributos de valor para a sociedade: ética, eficiência, transparência, acessibilidade, modernidade, comprometimento, responsabilidade, profissionalismo, credibilidade, inovação e celeridade.

A população alvo foi composta por 491.977 trabalhadores de enfermagem inscritos no COREN-SP, distribuídos em 14 Subseções regionais (informações disponibilizadas pelo COREN-SP referentes aos profissionais de enfermagem com

inscrição ativa, cadastrados no Conselho em 29/06/2017). Destes, 24,1% eram enfermeiros, 36,9% eram técnicos de enfermagem e 39,0% eram auxiliares de enfermagem. As Subseções com quantidade mais elevada de profissionais com cadastro ativo, foram São Paulo (34,1%), Campinas (12,1%), Guarulhos (8,6%) e Santo André (8,0%). Os dados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo Subseção e categoria profissional, junho/2017*.

Subseção	Enfermeiros**		Técnicos		Auxiliares		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Araçatuba	2.382	27,3	3.003	34,4	3.349	38,3	8.734	100,0
Botucatu	2.278	23,3	4.556	46,7	2.925	30,0	9.759	100,0
Campinas	13.711	23,1	30.535	51,4	15.110	25,5	59.356	100,0
Guarulhos	8.006	18,9	11.984	28,3	22.390	52,8	42.380	100,0
Itapetininga	3.454	21,8	6.042	38,2	6.341	40,0	15.837	100,0
Marília	4.401	24,6	7.074	39,5	6.443	36,0	17.918	100,0
Matriz - São Paulo	44.906	26,8	50.113	29,9	72.502	43,3	167.521	100,0
Osasco	5.200	22,0	11.821	49,9	6.651	28,1	23.672	100,0
Presidente Prudente	2.198	26,4	1.722	20,7	4.408	52,9	8.328	100,0
Ribeirão Preto	7.622	22,7	16.425	49,0	9.467	28,2	33.514	100,0
Santo André	8.974	22,9	12.916	33,0	17.303	44,1	39.193	100,0
Santos	5.335	20,9	8.800	34,4	11.423	44,7	25.558	100,0
São José do Rio Preto	4.770	27,6	7.305	42,3	5.205	30,1	17.280	100,0
São José dos Campos	4.624	22,9	8.552	42,3	7.026	34,8	20.202	100,0
Outro Estado ou CEP não localizado	783	28,7	827	30,3	1.115	40,9	2.725	100,0
Média (%)		24,1		36,9		39,0		100,0
Total (profissionais)	118.644		181.675		191.658		491.977	

Quant. = quantidade; % por cento;

* Fonte: COREN-SP - Setor de Tecnologia da Informação em 29/06/2017; ** Enfermeiros: inclui 210 obstetizes

Ao considerar que 85.904 (17,5%) profissionais não tinham *e-mail* válido cadastrado no COREN-SP, restaram 406.073 trabalhadores que compunham a população acessível para o estudo. As Subseções com maiores percentuais de profissionais sem *e-mail* válido foram Presidente Prudente (29,5%), São José do Rio Preto (26,1%) e São José dos Campos (25,9%). Houve também um grupo de profissionais sem Subseção localizada e, entre estes, 33,7% não tinham *e-mail* válido. As Subseções com menores proporções de profissionais sem *e-mail* cadastrado foram Osasco (14,0%), Guarulhos (14,4%), Santo André (14,5%), São Paulo (15,0%) e Itapetininga (15,3%).

Para viabilidade e alcance da coleta de dados foi disponibilizada pelo COREN-SP a distribuição dos profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo subseção e categoria profissional com e-mail válido apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo Subseção e categoria profissional com e-mail válido, junho/2017*.

Subseção	Enfermeiros		Técnicos		Auxiliares		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Araçatuba	2.210	33,2	2.256	33,8	2.181	32,7	6.656	100,0
Botucatu	2.124	27,6	3.641	47,3	1.924	25	7.689	100,0
Campinas	12.856	25,9	26.046	52,6	10.557	21,3	49.476	100,0
Guarulhos	7.544	20,7	10.862	29,9	17.847	49,2	36.272	100,0
Itapetininga	3.298	24,5	5.408	40,3	4.711	35,1	13.419	100,0
Marília	3.998	29,4	5.593	41,1	3.986	29,3	13.578	100,0
Matriz - São Paulo	41.700	29,2	45.410	31,8	55.171	38,7	142.406	100,0
Osasco	4.938	24,2	10.600	52	4.806	23	20.356	100,0
Presidente Prudente	1.927	32,8	1.301	22,1	2.643	45	5.871	100,0
Ribeirão Preto	7.092	26,1	13.601	50,2	6.371	23,5	27.071	100,0
Santo André	8.454	25,2	11.623	34,6	13.434	40	33.519	100,0
Santos	4.832	23,8	7.435	36,7	7.947	39,3	20.219	100,0
São José do Rio Preto	4.316	33,8	5.343	41,8	3.102	24,3	12.764	100,0
São José dos Campos	4.081	27,2	6.397	42,7	4.483	29,9	14.969	100,0
Outro Estado ou CEP não localizado	671	37,1	633	35	502	27,7	1.808	100,0
Média (%)		27,1		38,4		34,3		100,0
Total (profissionais)	110.050		156.149		139.665		406.073	

Quant. = quantidade; % = por cento

* Fonte: COREN-SP - Setor de Tecnologia da Informação em 29/06/2017; ** Enfermeiros: inclui 209 obstetristas

Foi estimada uma amostra aleatória estratificada, e cada Subseção foi considerada como um estrato. Dentro de cada estrato foram sorteadas amostras casuais simples com subsequente partilha proporcional, segundo a categoria profissional.

Para cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa OPENEPI - *Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health* – versão 3.01, módulo *Sample size*. Esse programa utiliza a fórmula (DEAN et al., 2006):

$$n = [EDFF \cdot Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p)]$$

Para esta pesquisa foram utilizados os parâmetros seguintes:

N = tamanho da população, considerando a quantidade de profissionais em cada Subseção

p = proporção máxima esperada de profissionais com relato de exposição à violência institucional: 17,0% de prevalência identificada em estudo anterior (Machado et al., 2016)

d = erro amostral assumido: 0,03, ou seja, precisão desejada de 3,0%

Z = para nível de confiança de 95,0: 1,96

EDFF = efeito de desenho para amostras aleatórias: 1,0

Esses critérios permitiram obter amostras com uma precisão em que o erro máximo não ultrapasse 3% em 95,0% das possibilidades. Em razão de possíveis perdas foi acrescido um percentual de reposição de 50,0% ao tamanho amostral obtido.

Ao considerar esses critérios, foi estimada uma amostra de 13.011 profissionais de enfermagem, como apresenta a Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição da amostra prevista de profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo com inscrição ativa no COREN-SP segundo Subseção e categoria profissional, junho/2017*.

Subseção	Enfermeiros		Técnicos		Auxiliares		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Araçatuba	231	27,3	291	34,4	324	38,3	846	100,0
Botucatu	199	23,3	398	46,7	255	30,0	852	100,0
Campinas	207	23,1	461	51,4	228	25,5	896	100,0
Guarulhos	168	18,9	252	28,3	471	52,8	891	100,0
Itapetininga	190	21,8	332	38,2	349	40,0	872	100,0
Marília	215	24,6	345	39,5	314	36,0	875	100,0
Matriz - São Paulo	242	26,8	270	29,9	390	43,3	902	100,0
Osasco	194	22,0	440	49,9	248	28,1	882	100,0
Presidente Prudente	222	26,4	174	20,7	446	52,9	843	100,0
Ribeirão Preto	202	22,7	435	49,0	251	28,2	888	100,0
Santo André	204	22,9	294	33,0	393	44,1	891	100,0
Santos	184	20,9	304	34,4	395	44,7	884	100,0
São José do Rio Preto	241	27,6	369	42,3	263	30,1	873	100,0
São José dos Campos	201	22,9	371	42,3	305	34,8	878	100,0
Outro Estado ou CEP não localizado	213	28,7	225	30,3	303	40,9	741	100,0
Média (%)		23,9		38,1		37,9		100,0
Total (profissionais)	3.113		4.962		4.936		13.011	

Quant. = quantidade; % = por cento

* Fonte: COREN-SP - Setor de Tecnologia da Informação em 29/06/2017

Obs.: Considera 50% a mais de participantes para fins de reposição de perdas

Foram consideradas perdidas as situações em que as respostas eram incompletas.

7.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir encontram-se as etapas percorridas na presente pesquisa.

7.3.1 Campo de estudo e acesso aos participantes

Em fevereiro de 2017, o projeto de pesquisa foi enviado à Diretoria do COREN-SP para apreciação e subsequente apoio quanto à disponibilização da base de dados cadastrais dos profissionais de enfermagem do Estado de São Paulo, sorteio da amostra e envio das mensagens eletrônicas aos participantes da pesquisa.

Ellen Maria Hagopian

Após aprovação (Anexo 1) foram realizadas reuniões sequenciais com a diretoria do Conselho, para alinhamento do desenho da pesquisa e com a equipe de TI (tecnologia de informação), para viabilizar o fluxo de coleta de dados.

7.3.2 Instrumentos para coleta de dados

O formulário para coleta de dados foi estruturado na ferramenta eletrônica *Google Forms*. Antes de iniciar a coleta com o questionário virtual, foi inserido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), composto por uma página de esclarecimento sobre a pesquisa, além da solicitação de autorização para o uso dos dados. O profissional só teve acesso ao formulário para preenchimento, após aceite eletrônico do TCLE que foi disponibilizado para *download* e para que o entrevistado pudesse guardar uma cópia.

A aplicação de e-TCLE (termo de consentimento de forma informatizada) tem sido plausível mediante as vantagens oferecidas por esta tecnologia, na aplicação do processo de consentimento informado. Pôde-se, a partir da década de 80, obter e manter dados de forma eletrônica na área da saúde, seja para pesquisa ou assistência. A utilização em pesquisa clínica do consentimento informado, com recursos de multimídias, tem sido alvo de vários estudos (Chalil et al., 2013; Rowbotham et al., 2013)

Em pesquisa comparativa, entre o método usual (TCLE em papel) e o e-TCLE desenvolvido pelo *Health Sciences of South Carolina*, um dos achados principais, relatado pelos participantes da pesquisa, foi sobre a questão da maior privacidade e controle durante o preenchimento do TCLE (Chalil et al., 2013).

Um guia com recomendações referentes à aplicação do e-TCLE foi desenvolvido pelo *Food and Drug Administration* (FDA), em março de 2015. Essas recomendações, referentes aos e-TCLE, têm por objetivo assegurar:

- ❖ proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos voluntários de pesquisa;
- ❖ facilitar a compreensão dos voluntários durante o processo de consentimento informado;

- ❖ assegurar a documentação apropriada quando o e-TCLE for usado para obtenção do consentimento informado; e,
- ❖ assegurar a qualidade e integridade dos dados.

Segundo Faleiros et al. (2016), a utilização do recurso virtual para o alcance de pesquisas na área de saúde, reflete maior velocidade na produção científica em razão da viabilidade econômica, capaz de ultrapassar barreiras geográficas, proporcionando a realização de estudos comparativos nacionais e internacionais. Maior praticidade e comodidade aos participantes do estudo também são oferecidas, podendo resultar em maior quantidade de respostas obtidas.

No Brasil, a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012) que implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos, não tem diretriz específica referente ao e-TCLE.

Foi realizada uma consulta com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) a fim de assegurar o caráter ético na utilização do TCLE *online* (Anexo 2).

O formulário é composto por dois blocos de questões. O primeiro (Apêndice B) refere-se às características demográficas como: idade; gênero; estado civil e quantidade de filhos; e o histórico funcional. O histórico funcional abrange: profissão; situação na enfermagem com relação à empregabilidade; afastamento e/ou aposentadoria; tempo na atual profissão; setor de trabalho; área de atuação na enfermagem; período de trabalho; e, quantidade de empregos. Este formulário foi montado pela pesquisadora do presente estudo. O segundo bloco é composto pelo questionário de atos negativos revisado QAN-R (Anexo 3). Este instrumento, conhecido como *Negative Acts Questionnaire* (NAQ) foi desenvolvido por Einarsen, Bjorn e Matthiesen em sua primeira versão (1994) e, revisado por Einarsen e Hoel, na Noruega, como segunda versão (2001).

7.3.2.1 Questionário de atos negativos revisado (QAN-R)

A despeito do crescimento e interesse em estudos sobre a violência no ambiente laboral, a identificação da constância e prevalência de atos ofensivos durante a jornada de trabalho, ainda não é um consenso entre os estudiosos da problemática. O reconhecimento dos atos que configurem estes ataques, cinge dois

caminhos: a avaliação da autopercepção de ser vítima de tratamentos disruptivos e, na classificação objetiva da exposição percebida, as condutas assediantes. (Nielsen et al., 2012).

Os estudos de autopercepção permitem investigar, entre os participantes de uma pesquisa, pessoas que se intitulem vítimas de situações ofensivas, podendo ou não ser apresentado o conceito estudado. Já na análise objetiva é apresentada uma listagem de condutas que caracterizam atos negativos, para a avaliação das exposições.

O NAQ é um dos instrumentos utilizados para pesquisas objetivas e contém, em sua primeira versão, 48 questões. Foi desenvolvido, em 1994, por meio de um estudo de assédio no local de trabalho, mediante duas fontes de informação e é a primeira revisão de literatura sobre o assunto. A segunda envolve relatos feitos pelas vítimas de violência. O objetivo principal do estudo foi explorar as relações entre as condições de trabalho organizacionais e sociais, e a ocorrência de situações negativas que configurem o assédio no local de trabalho. Os resultados do questionário entregue a 4.200 participantes com taxa de resposta de 47%, mostraram que a ocorrência de assédio moral é significativamente correlacionada com todas as sete medidas de ambiente de trabalho utilizados no estudo. Baixa satisfação com a liderança, controle de trabalho, clima social e, a experiência de conflito de papéis, são fortes fatores desta violência. (Einarsen et al., 1994)

Em 2001, foi revisada a segunda versão do questionário NAQ que passou a ser denominado QAN-R. Trata-se de um inquérito composto por 22 itens que expressam formas de comportamentos ofensivos, sem, no entanto, referenciar o termo 'assédio'. Esta escala permite determinar quantas vezes o participante da pesquisa, durante os últimos seis meses, foi submetido a estas condutas por meio da escala Likert (1 - nunca, 2 - de vez em quando, 3 - mensalmente, 4 - semanalmente, 5 - diariamente). Os itens do QAN-R são descrições de comportamentos negativos diretos como: agressão verbal; observações ofensivas; e, intimidação, bem como os indiretos: isolamento social; difamação; e, pressão. (Christ, 2011).

O questionário QAN-R possibilita investigar as propriedades psicométricas, a análise fatorial e a validade do instrumento projetado, e tem como objetivo medir a exposição à intimidação no ambiente de trabalho. A amostra analisada (Einarsen,

Hoel, Notelaers, 2009) foi composta por 5.288 funcionários do Reino Unido. Os resultados mostram que o questionário com 22 itens tem estabilidade interna elevada, com três fatores subjacentes: intimidação pessoal, intimidação relacionada ao trabalho e intimidação física.

Os alvos de intimidação tiveram pontuação significativamente mais elevada em todos os 22 itens em comparação com os não-alvos. O QAN-R, conforme o esperado, correlaciona-se com medidas de saúde mental, ambiente de trabalho psicossocial e liderança.

O QAN-R foi revisado e validado no Brasil por meio de dissertação de mestrado na área de psicologia clínica, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O processo de validação abarcou, além da adaptação linguística para o português, a consistência interna e a análise fatorial, ampla revisão de literatura em estudos que utilizaram o QAN-R como instrumento de avaliação dos atos negativos no trabalho nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Como resultado, o QAN-R passou a ser um instrumento que apresenta propriedades psicométricas adequadas para avaliar os atos negativos no trabalho e de forma objetiva. (Christ, 2011).

Além dos 22 itens do QAN-R, foi incluída uma pergunta de número vinte e três, que questiona a identificação da categoria profissional da pessoa que realizou o ato negativo contra o profissional, em caso de ter passado por alguma situação descrita. Os itens nesta pergunta cujo número identifica-se como 23 tem como opções de resposta: não sofri nenhum tipo de violência; a violência veio de alguém com cargo SUPERIOR ao meu; a violência veio de alguém com cargo SIMILAR ao meu; a violência veio de alguém com cargo INFERIOR ao meu; a violência veio de profissional médico(a); a violência veio de outro profissional da área da saúde (nutricionista, farmacêutico(a), fisioterapeuta, entre outros); outros.

7.3.3 Pré-teste

Em julho de 2017, foi realizado um pré-teste do formulário QAN-R utilizado na coleta de dados, para verificar as dificuldades no entendimento e operacionalização do mesmo. Foi aplicado a um grupo de 21 profissionais de enfermagem previamente

informados quanto aos objetivos do pré-teste e da pesquisa. Esses profissionais foram orientados quanto à confidencialidade dos dados obtidos.

Os participantes enviaram por *e-mail* suas considerações para a pesquisadora e a opinião quanto à facilidade no preenchimento do formulário e a importância do tema foi unânime.

As questões apontadas como sugestões para melhorar o alcance das informações, referem-se aos dados sócio-demográficos das questões seguintes:

- ❖ na questão número 03, estado civil, incluir: outros;
- ❖ na questão número 06, situação na enfermagem, incluir as circunstâncias: ser aposentado por idade ou tempo, mas ainda ativo na área e, ser aposentado por idade ou tempo, mas não trabalhar na área.

Para a questão 06 deve-se considerar que a pesquisa alcançou uma amostra de pessoas com registro ativo no COREN-SP, ou seja, há circunstâncias em que o profissional, mesmo não atuando mais na área, mantém o registro ativo.

- ❖ na questão número 08, incluir: profissional autônomo.

O envio do pré-teste foi realizado pela pesquisadora e, com base nos resultados, foram feitas adequações nos instrumentos de coleta de dados sócio-demográficos.

7.3.4 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio eletrônico, via internet. O acesso ao formulário autoaplicável para a coleta de dados foi remetido pelo COREN-SP aos profissionais integrantes da amostra sorteada que foi realizada a partir da base cadastral, considerando os profissionais com *e-mail* válido, ou seja, após a exclusão dos profissionais sem este registro. O sorteio foi feito após a ordenação dos profissionais segundo idade e gênero. Este procedimento foi realizado por profissionais da TI do COREN-SP, sem intervenção da pesquisadora, para garantir o sigilo das informações.

As mensagens eletrônicas tiveram como conteúdo uma breve explicação quanto à pesquisa, a confidencialidade dos dados, o caráter voluntário da participação ao tema, objetivos e métodos da pesquisa, a forma de preenchimento dos questionários e o aceite do e-TCLE. A mensagem também continha o *link* de acesso ao sítio para preenchimento do formulário. O enunciado emitido pelo COREN-SP apresentava a mensagem apresentada na Figura 2.

Figura 2. Enunciado emitido pelo COREN-SP para participação na pesquisa

Prezado(a) Profissional de Enfermagem,

Convidamos você a participar da pesquisa "Violência na enfermagem: abordagem quali-quantitativa", realizada pela enfermeira Ellen Maria Hagopian, doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

O objetivo é pesquisar a realidade da enfermagem no estado de São Paulo em relação à exposição dos profissionais de enfermagem no tocante da violência nos ambientes de trabalho, além da necessidade de se conhecer melhor as consequências dessa prática.

[PARA PARTICIPAR, BASTA PREENCHER ESTE FORMULÁRIO](#)

Agradecemos pela sua atenção e contribuição.

Atenciosamente,

Coren^{SP}
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

* Fonte: COREN-SP - Setor de Tecnologia da Informação

Antes do envio dos formulários, foram disponibilizados para a pesquisadora, informações sobre os profissionais integrantes da amostra sorteada, com relação ao quantitativo de profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Estado de São Paulo (Tabela 9) e, a amostra desta população com *e-mail* ativo (Tabela 10). Esta informação foi utilizada para o cálculo do tamanho da amostra a ser sorteada em cada subseção, segundo a categoria profissional (Tabela 11).

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017, mediante três disparos eletrônicos da equipe de TI do COREN-SP.

O primeiro envio ocorreu no dia 8 de agosto, com retorno de 46 questionários. Visto que, o preenchimento dos formulários foi escasso, realizou-se uma análise das limitações que impactaram neste quantitativo. Foi verificada uma restrição de acesso para *e-mails* procedentes do servidor do *Google Forms*, ou seja, ainda que, os profissionais de alcance da amostra recebessem a pesquisa, não conseguiam prosseguir caso não tivessem sua conta vinculada ao *gmail*.

Realizados os ajustes necessários, foram realizados mais dois envios nas duas semanas posteriores ao primeiro envio.

O acompanhamento da coleta de dados pela pesquisadora foi realizado por duas vias:

- ❖ sinalização de controle eletrônico vinculado à conta de *e-mail*: o formulário remetido aos participantes foi vinculado ao *e-mail* da pesquisadora, criado exclusivamente para a pesquisa.
- ❖ mediante informações e apoio da equipe de TI do COREN-SP com relação à data de disparos e aos relatórios das métricas dos acessos apresentados nas Figuras 3 e 4.

Figura 3. Primeiro envio: quantidade de acessos ao questionário em relação a: abertura, *bounces*, cliques, reaberturas, descadastros e mídias sociais.

* Fonte: COREN-SP - Setor de Tecnologia da Informação em 29/06/2017

Figura 4. Segundo envio: quantidade de acessos ao questionário em relação a: abertura, *bounces*, cliques, reaberturas, descadastros, mídias sociais.

* Fonte: COREN-SP - Setor de Tecnologia da Informação em 29/06/2017

Para garantir que o profissional preenchesse somente uma vez a pesquisa, foi realizado um ajuste de parâmetro do formulário para esta restrição. Desta forma, cada participante só pôde encaminhar o questionário preenchido uma vez.

O total de respostas recebidas para os questionários, ao término da coleta de dados, foi de 2.136.

7.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi verificada a taxa de adesão ao estudo, seguida pela análise das perdas. Foi comparada a população participante no estudo e as perdas amostrais, segundo algumas características demográficas e do histórico funcional, por meio do teste de associação por meio do qui-quadrado para variáveis categóricas.

A confiabilidade do questionário QAN-R também foi verificada, por meio da avaliação de sua consistência interna, usando o Coeficiente Alfa de Cronbach. A análise foi feita tanto para o conjunto da escala, como para cada uma de suas dimensões.

A análise descritiva foi feita por médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis contínuas e proporções para as variáveis qualitativas.

Foi realizado o teste Shapiro-Francia para verificar a aderência do escore QAN-R à distribuição normal. Como a variável apresentou distribuição não paramétrica ($p < 0,001$), foram utilizados tipos de testes estatísticos para variáveis categóricas.

Para avaliação dos fatores associados à violência no trabalho, inicialmente foi realizada a análise bivariada utilizando o teste qui-quadrado. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ no modelo bivariado foram incluídas na modelagem de regressão logística múltipla pelo método *stepwise forward*, e o valor do “p” na análise bivariada determinou a ordem de entrada na modelagem múltipla. Foi utilizado o *odds ratio* (OR) como estimador do risco, com intervalo de 95% de confiança. As variáveis independentes permaneceram no modelo múltiplo se $p < 0,05$ e/ou se era variável de controle. As variáveis não dicotômicas foram transformadas em variáveis indicadoras (Dummy). O ajuste do modelo final foi verificado por meio do teste de avaliação de resíduos de Pearson e do teste de Hosmer-Lemeshow. Em todas as análises realizadas foi utilizado o nível de significância de 5%.

7.4.1 Programas de computador aplicados

Foram utilizados os *softwares* seguintes:

- ❖ OPENEPI - *Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health* 3.01, módulo Sample size (DEAN et al., 2006) para cálculos de tamanho da amostra;
- ❖ Sistema de informações cadastrais do Coren-SP, módulo Random para sorteio aleatório da amostra;
- ❖ Ferramenta eletrônica do Google Forms para estruturação do formulário de questões e coleta de dados via eletrônica;
- ❖ Programa Excel do pacote Microsoft Office Access 2010 para verificação da consistência e codificação de dados;
- ❖ STATA/IC 14.2 e EPI Info 3.5.4 para a realização das análises estatísticas.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) para atender à Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde aprovado pelo número CAEE n. 64912317.8.0000.539. (Anexo 4)

No início do preenchimento dos dados, foram fornecidas aos profissionais entrevistados informações sobre o propósito do estudo e disponibilizado o TCLE para aceite e baixa eletrônica, elaborado conforme as normas da Resolução 446/12, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas, envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Foi garantido aos profissionais o sigilo das informações, bem como a voluntariedade na participação e a possibilidade de interrompê-la a qualquer momento, se assim julgassem conveniente, sem qualquer tipo de prejuízos. Foi assegurado, pela pesquisadora, que os dados seriam utilizados exclusivamente para fins científicos e publicados em periódicos especializados, e divulgados em eventos científicos.

8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis são um conjunto de possíveis resultados do elemento de uma amostra a ser estudada, isto é, são receptores de características tanto qualitativas quanto quantitativas que dão informações sobre o fato pesquisado. A maneira que estas variáveis são mensuradas, fundamentam a análise dos dados. (Marôco, 2018)

Denominadas como grandezas, as variáveis têm a função de permitir elaborar comparações significativas entre episódios naturais e suas propriedades. Dentre as classificações, as variáveis consideradas neste estudo são as dependentes e independentes. (Barbetta, 2002)

As variáveis independentes são suscetíveis a manipulações para controlar a relação entre suas variações e o comportamento de outras variáveis. São abalizadas como experimentais, manuseadas e controladas pelo pesquisador, e que permitem explicar as mudanças causadas pela variável dependente. (Bisquerra, Sarriera, Martinez, 2004)

As variáveis dependentes representam determinada quantidade, cujo valor depende da maneira como a variável independente é manipulada. (Bisquerra, Sarriera, Martinez, 2004)

8.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável de desfecho foi o escore do QAN-R, que fornece uma pontuação final que varia de 22 a 110 pontos, resultante da somatória dos pontos dos 22 itens do instrumento. Quanto maior a pontuação, mais frequente foi a percepção de atos negativos no trabalho.

Inicialmente o escore foi dicotomizado em: sem violência (nenhum dos itens com resposta “semanalmente” ou “diariamente”); e, com violência (ao menos um item com resposta “semanalmente” ou “diariamente”), de acordo com o critério de Leymann (1996), para identificar a prevalência de participantes que informaram ter sofrido algum tipo de violência no trabalho.

Leymann (1996, p.165), precursor no assunto que tangencia o assédio moral no trabalho e o designa como:

“fenômeno em que uma pessoa ou grupo exerce violência psicológica extrema, de forma sistemática e recorrente, ao menos uma vez por semana e durante no mínimo seis meses, sobre outra pessoa ou grupo de pessoas no local de trabalho...”

O escore, em seguida, foi categorizado em três grupos (não expostos à violência, ocasionalmente expostos e vítimas frequentes) de acordo com os critérios Notelaers e Eimarsen (2012). Esses autores realizaram pesquisa sobre como os pontos de corte para a escala QAN-R podem ser calculados empregando outros cortes de pontuação, ao estimar a prevalência da violência no local de trabalho. Os resultados delimitados na pesquisa com 2.539 participantes da força de trabalho norueguesa, revelaram ser válido distinguir em três, os grupos de entrevistados: não intimidados; os ocasionalmente intimidados; e, as vítimas de *bullying* grave.

A classificação foi, por fim, dicotomizada em: não vítimas de violência; e, vítimas de violência, de acordo com os critérios de Nielsen et al. (2012). Estes autores realizaram estudo, cujos objetivos foram examinar associações longitudinais recíprocas entre a exposição ao assédio moral no trabalho e os sintomas de sofrimento psíquico. Os entrevistados foram questionados com que frequência tinham sido expostos ao comportamento abusivo no local de trabalho durante os últimos seis meses. As categorias de resposta foram: não; sim, raramente; sim, agora e depois; sim, uma vez por semana; e, sim, várias vezes por semana. As pessoas questionadas que responderam sim a qualquer uma das perguntas foram categorizados como vítimas de violência no trabalho.

De acordo com Christ (2011), o QAN-R também permite fazer uma avaliação em quatro dimensões da violência / assédio no trabalho:

- 1 - Assédio relacionado ao trabalho: escore que varie de 8 a 40 pontos, composto por oito itens do NAQ: 5, 10, 11, 16, 17, 18, 19 e 21.
- 2 - Assédio pessoa-a-pessoa: escore que varie de 7 a 35 pontos, composto por sete itens do NAQ: 2, 6, 7, 8, 12, 13 e 15.
- 3 - Desqualificação pessoal e profissional: escore que varie de 4 a 20 pontos, composto por quatro itens do NAQ: 1, 3, 4 e 14.

4 - Intimidação física: escore que varie de 3 a 15 pontos, composto por três itens do NAQ: 9, 20 e 22.

Como as quatro dimensões têm escores de tamanhos diferentes, elas foram convertidas em uma escala que varia de 0 a 100, de forma a facilitar a comparabilidade entre as dimensões. Para tanto, para cada dimensão foram feitos os cálculos seguintes:

- (a) Cálculo do tamanho da distância do escore (maior pontuação possível ao subtrair a menor pontuação possível);
- (b) Cálculo do valor de cada ponto da distância (ao considerar a maior pontuação como equivalente a 100);
- (c) Cálculo da nova pontuação padronizada (considera a pontuação original ao subtrair o menor valor possível da dimensão, e, em seguida, multiplicar pelo valor de cada ponto da distância do escore).

8.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes referem-se aos dados sócio-demográficos e ao histórico funcional, conforme apresentado nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6. Variáveis independentes: dados sócio-demográficos.

Variável	Classificação
Gênero <ul style="list-style-type: none"> ○ Feminino ○ Masculino 	Nominal
Idade (anos) <ul style="list-style-type: none"> ○ 18 a 29,9 ○ 30,0 a 39,9 ○ 40 a 49,9 ○ ≥50 	Contínua
Estado conjugal <ul style="list-style-type: none"> ○ casado(a) ○ solteiro(a) ○ divorciado(a) ○ viúvo(a) ○ outros 	Nominal
Quantidade de filhos <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 filho(a) ○ 2 filhos(as) ○ 3 filhos(as) ○ 4 ou mais filhos(as) 	Discreta

≥ = maior ou igual a

Tabela 7. Variáveis independentes: histórico funcional.

Variável	Classificação
Profissão <ul style="list-style-type: none"> o enfermeiro o técnico de enfermagem o auxiliar de enfermagem 	Nominal
Situação na enfermagem, nos últimos 12 meses <ul style="list-style-type: none"> o trabalhador ativo na profissão o desempregado o trabalhador ativo, mas atua fora da enfermagem o afastado do trabalho por motivo de doença/ acidente/ incapacidade o aposentado por idade/ tempo de serviço, mas ainda trabalha na área o aposentado por idade/ tempo de serviço e não trabalha mais na área 	Nominal
Tempo na profissão atual (anos) <ul style="list-style-type: none"> o 1,0 a 4,9 o 5,0 a 9,9 o 10,0 a 14,9 o 15,0 a 19,9 o 20,0 a 24,9 o 25,0 a 29,9 o $\geq 30,0$ 	Contínua
Setor de trabalho <ul style="list-style-type: none"> o privado o público o ambos (público e privado) o profissional autônomo o organização filantrópica o organização não governamental o não ativo na profissão 	Nominal
Área de atuação na enfermagem, nos últimos 12 meses <ul style="list-style-type: none"> o hospital o posto ou unidade básica de saúde o assistência médica ambulatorial (AMA) ou assemelhados o atendimento domiciliar ou assemelhados o programa de saúde da família (PSF) o instituição de ensino o serviços de saúde do trabalhador o pronto socorro ou unidade de pronto atendimento (UPA) o representante de materiais e/ou medicamentos o casas de repouso ou assemelhados o outros o não ativo na profissão 	Nominal
Período de trabalho <ul style="list-style-type: none"> o diurno o noturno o ambos o folguista o não ativo na profissão 	Nominal
Mais de um emprego <ul style="list-style-type: none"> o não o sim o não ativo na profissão 	Contínua

$\geq$ = maior ou igual a

9 RESULTADOS

9 RESULTADOS

9.1 TAXA DE PARTICIPAÇÃO E ANÁLISE DAS PERDAS

A amostra era composta por 13.009 profissionais de enfermagem, sorteados de forma aleatória a partir do banco de dados cadastrais do COREN-SP. Deste total, 10.873 (83,6%) profissionais foram considerados como perdas: 10.617 (81,6%) não responderam ao questionário, 245 (1,9%) não estavam atuantes na enfermagem, apesar de cadastrados como ativos no COREN-SP e 11 (0,1%) informaram ter menos de 0,5 anos de exercício da profissão na categoria vigente. Restaram 2.136 pessoas que participaram do estudo e responderam integralmente ao formulário, correspondendo a uma taxa de participação de 16,4%.

Ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes e as perdas em todas as variáveis sócio-demográficas e do histórico profissional que foram analisados (Tabela 8).

Com relação ao gênero, as mulheres apresentaram mais perdas (84,0%) do que os homens (80,9%) ($p=0,001$). Profissionais mais velhos, com idade a partir de 50 anos, apresentaram maior porcentual de perdas (85,7%) do que as demais categorias etárias ($p=0,021$).

Quanto à categoria profissional, a taxa mais elevada de perdas ocorreu entre auxiliares de enfermagem (92,8%), em seguida a de técnicos de enfermagem (87,1%) e enfermeiros (63,2%) ($p<0,001$). Observou-se um aumento das perdas acompanhado da diminuição do tempo de atuação na profissão ($p<0,001$), e aqueles profissionais com menor tempo de serviço apresentaram as maiores taxas de perdas (92,2% para aqueles com 0,5 a 4,9 anos na profissão e 86,4% para aqueles com 5,0 a 9,9 anos na profissão). Profissionais com 30,0 ou mais anos na profissão apresentaram a menor taxa de perdas (22,1%).

Quanto às Subseções do COREN-SP também ocorreram diferenças estatisticamente significativas ($p<0,001$) e as maiores taxas de perdas foram observadas em Presidente Prudente (97,7%), Araçatuba (96,3%) e Botucatu (94,9%).

Tabela 8. Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e do histórico ocupacional da amostra, variáveis qualitativas, COREN-SP, 2017.

Variável	Participação		Perdas		Total		p*
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Gênero							
Masculino	338	19,1	1.434	80,9	1.772	100,0	0,001
Feminino	1.798	16,0	9.439	84,0	11.237	100,0	
Faixa etária (anos)							
18 a 29,9	401	16,4	2.046	83,6	2.447	100,0	0,021
30,0 a 39,9	859	16,5	4.353	83,5	5.212	100,0	
40 a 49,9	579	17,5	2.731	82,5	3.310	100,0	
50 e mais	291	14,3	1.749	85,7	2.040	100,0	
Categoria profissional							
Enfermeiro(a)	1.145	36,8	1.968	63,2	3.113	100,0	<0,001
Técnico(a) de enfermagem	638	12,9	4.323	87,1	4.961	100,0	
Auxiliar de enfermagem	353	7,2	4.582	92,8	4.935	100,0	
Tempo na profissão (anos)							
0,5 a 4,9	469	7,8	5.520	92,2	5.989	100,0	<0,001
5,0 a 9,9	522	13,6	3.316	86,4	3.838	100,0	
10,0 a 14,9	452	32,4	941	67,6	1.393	100,0	
15,0 a 19,9	300	31,1	665	68,9	965	100,0	
20,0 a 24,9	181	41,1	259	58,9	440	100,0	
25,0 a 29,9	79	35,7	142	64,3	221	100,0	
30,0 e mais	127	77,9	36	22,1	163	100,0	
Subseção							
Araçatuba	31	3,7	815	96,3	846	100,0	<0,001
Botucatu	43	5,1	808	94,9	851	100,0	
Campinas	259	28,7	644	71,3	903	100,0	
Guarulhos	79	8,8	816	91,2	895	100,0	
Itapetininga	64	7,3	809	92,7	873	100,0	
Marília	82	9,4	793	90,6	875	100,0	
Matriz - São Paulo	905	100,0	0	0,0	905	100,0	
Osasco	85	9,6	796	90,4	881	100,0	
Presidente Prudente	19	2,3	823	97,7	842	100,0	
Ribeirão Preto	152	17,1	739	82,9	891	100,0	
Santo André	122	13,7	771	86,3	893	100,0	
Santos	102	11,5	787	88,5	889	100,0	
São José do Rio Preto	63	7,2	811	92,8	874	100,0	
São José dos Campos	78	8,9	800	91,1	878	100,0	
Não localizado **	52	7,3	661	92,7	713	100,0	
Média (%)		16,4		83,6		100,0	
Total (participantes)		2.136		10.873		13.009	

Quant. = quantidade; % = por cento; p = valor p; < = menor que

* Teste de associação pelo qui-quadrado

** 52 casos sem identificação de Subseção no banco de dados no COREN-SP informaram pertencer a São Paulo

9.2 CONFIABILIDADE DO QAN-R

Na Tabela 9 observa-se que, para o conjunto os itens componentes do QAN-R, o instrumento apresentou coeficiente alpha de Cronbach de 0,935. A exclusão de qualquer uma das questões que compõem o questionário não proporcionaria melhorias nos resultados.

A Tabela 10 apresenta a avaliação da consistência interna de cada uma das dimensões do QAN-R. Os resultados obtidos foram: 1 – assédio relacionado ao trabalho: $\alpha = 0,845$; 2 – assédio pessoal: $\alpha = 0,857$; 3 – desqualificação pessoal e profissional: $\alpha = 0,743$; 4 – intimidação física: $\alpha = 0,0,719$. Observa-se que a exclusão de qualquer um dos itens que compõem cada dimensão não proporcionaria melhorias importantes nos resultados.

Tabela 9. Valores do alpha de Cronbach do Questionário de Atos Negativos Revisado – QNA-R por item, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Item	Alpha de Cronbach se o item for excluído
1. Alguém reteve informações que podem afetar o seu desempenho no trabalho.	0,934
2. Foi humilhado(a) ou ridicularizado em relação ao seu trabalho.	0,931
3. Foi obrigado(a) a realizar um trabalho abaixo do seu nível de competência.	0,934
4. Áreas ou tarefas de sua responsabilidade foram retiradas ou substituídas por tarefas mais desagradáveis ou mais simples.	0,933
5. Espalharam boatos ou rumores sobre você.	0,932
6. Foi ignorado, excluído ou “colocado na geladeira”.	0,931
7. Foram feitos comentários ofensivos sobre a sua pessoa (isto é, sobre hábitos seus ou suas origens), suas atitudes ou sobre sua vida privada.	0,932
8. Gritaram com você ou você foi alvo de agressividade gratuita (ou demonstraram ter raiva de você).	0,931
9. Foi alvo de comportamentos intimidativos tais como “apontar o dedo”, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloqueio de seu caminho ou passagem.	0,932
10. Recebeu sinais ou dicas de que você deve pedir demissão ou largar o trabalho.	0,932
11. Foi constantemente lembrado(a) dos seus erros e omissões.	0,932
12. Foi ignorado ou foi recebido com uma reação hostil quando tentou uma aproximação.	0,931
13. Recebeu críticas persistentes ao seu trabalho ou esforço.	0,931
14. Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados.	0,931
15. Pessoas com as quais você não tem intimidade lhe aplicaram “pegadinhas”.	0,933
16. Foi solicitado(a) a realizar tarefas despropositadas ou com um prazo impossível de ser cumprido.	0,932
17. Foram feitas alegações contra você.	0,931
18. Supervisão excessiva de seu trabalho.	0,932
19. Foi pressionado(a) a não reclamar um direito que você tem (por exemplo, afastamento do trabalho, feriado, adicional de salário, bônus, despesas de viagem, etc.).	0,932
20. Foi submetido(a) a sarcasmos ou alvo de brincadeiras excessivas.	0,931
21. Foi exposto(a) a uma carga de trabalho excessiva.	0,935
22. Foi ameaçado(a) de violência ou abuso físico, ou foi alvo de violência real.	0,933
Escala total	0,935

Tabela 10. Valores do alpha de Cronbach do Questionário de Atos Negativos QAN-R por dimensão e item, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Dimensão / item	Alpha de Cronbach se o item for excluído
1 - Assédio relacionado ao trabalho	
5. Espalharam boatos ou rumores sobre você.	0,833
10. Recebeu sinais ou dicas de que você deve pedir demissão ou largar o trabalho.	0,824
11. Foi constantemente lembrado(a) dos seus erros e omissões.	0,824
16. Foi solicitado(a) a realizar tarefas despropositadas ou com um prazo impossível de ser cumprido.	0,824
17. Foram feitas alegações contra você.	0,821
18. Supervisão excessiva de seu trabalho.	0,820
19. Foi pressionado(a) a não reclamar um direito que você tem (por exemplo, afastamento do trabalho, feriado, adicional de salário, bônus, despesas de viagem, etc.).	0,824
21. Foi exposto(a) a uma carga de trabalho excessiva.	0,843
Todos os itens	0,845
2 - Assédio pessoal	
2. Foi humilhado(a) ou ridicularizado em relação ao seu trabalho.	0,836
6. Foi ignorado, excluído ou “colocado na geladeira”.	0,837
7. Foram feitos comentários ofensivos sobre a sua pessoa (isto é, sobre hábitos seus ou suas origens), suas atitudes ou sobre sua vida privada.	0,838
8. Gritaram com você ou você foi alvo de agressividade gratuita (ou demonstraram ter raiva de você).	0,836
12. Foi ignorado ou foi recebido com uma reação hostil quando tentou uma aproximação.	0,827
13. Recebeu críticas persistentes ao seu trabalho ou esforço.	0,832
15. Pessoas com as quais você não tem intimidade lhe aplicaram “pegadinhas”.	0,855
Todos os itens	0,857
3 - Desqualificação pessoal e profissional	
1. Alguém reteve informações que podem afetar o seu desempenho no trabalho.	0,727
3. Foi obrigado(a) a realizar um trabalho abaixo do seu nível de competência.	0,662
4. Áreas ou tarefas de sua responsabilidade foram retiradas ou substituídas por tarefas mais desagradáveis ou mais simples.	0,639
14. Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados.	0,699
Todos os itens	0,743
4 - Intimidação física	
9. Foi alvo de comportamentos intimidativos tais como “apontar o dedo”, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloqueio de seu caminho ou passagem.	0,559
20. Foi submetido(a) a sarcasmos ou alvo de brincadeiras excessivas.	0,722
22. Foi ameaçado(a) de violência ou abuso físico, ou foi alvo de violência real.	0,606
Todos os itens	0,719

9.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

9.3.1 Características demográficas

A população do estudo foi eminentemente do gênero feminino (84,2%). Essa população apresentou média de idade de 38,1 anos (dp=9,5 anos), com variação de 19,0 a 70,0 anos e com mediana de 37,0 anos, e 67,3% dos profissionais com idade entre 30 e 49,9 anos. Quanto ao estado conjugal, 49,8% eram casados(as) e 32,8% solteiros(as). Quanto ao número de filhos, 40,7% informaram não ter filhos e 49,6% referiram ter 1 ou 2 filhos. Os resultados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11. Caracterização dos profissionais de enfermagem segundo variáveis demográficas, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Participação	
	Quant.	%
Gênero		
Masculino	338	15,8
Feminino	1.798	84,2
Faixa etária (anos)		
18 a 29,9	401	18,8
30,0 a 39,9	859	40,2
40 a 49,9	579	27,1
50 e mais	291	13,6
Não informado	6	0,3
Estado conjugal		
Casado(a)	1.064	49,8
Solteiro(a)	700	32,8
Divorciado(a)	199	9,3
Viúvo(a)	32	1,5
Outros	141	6,6
Quantidade de filhos		
Não tenho filhos	870	40,7
1 filho(a)	565	26,5
2 filhos(as)	494	23,1
3 filhos(as)	160	7,5
4 ou mais filhos(as)	47	2,2
Total	2.136	100,0

Quant. = quantidade; % = por cento

9.3.2 Característica do histórico funcional

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos participantes do estudo, segundo as características do histórico funcional. Entre os profissionais que participaram do estudo, 53,6% eram enfermeiros, 29% eram técnicos de enfermagem e 16,5% eram auxiliares de enfermagem. Os participantes eram majoritariamente (92%) ativos na enfermagem. O tempo médio de trabalho na profissão era de 11,7 anos (dp=8,9 anos), e variou de 0,5 a 45 anos com mediada de 11,7 anos, destes 22% tinham menos de 5 anos na profissão, 24,4% de 5 a 9,9 anos, 21,2% de 10 a 14,9 anos e 32,2% com ≥ 15 anos.

Tabela 12. Caracterização dos profissionais de enfermagem segundo as variáveis do histórico funcional, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Participação	
	Quant.	%
Profissão		
Enfermeiro(a)	1.145	53,6
Técnico de enfermagem	638	29,9
Auxiliar de enfermagem	353	16,5
Situação laboral		
Sou trabalhador (a) ativo (a) na profissão	1.966	92,0
Sou aposentado (a) por idade/tempo de serviço, mas ainda trabalho na área	54	2,5
Estou desempregado (a)	90	4,2
Estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	26	1,2
Tempo na profissão (anos)		
0,5 a 4,9	469	22,0
5,0 a 9,9	522	24,4
10,0 a 14,9	452	21,2
15,0 a 19,9	300	14,0
20,0 a 24,9	181	8,5
25,0 a 29,9	79	3,7
30,0 e mais	127	5,9
Não informado	6	0,3
Setor de trabalho		
Público	966	45,2
Privado	682	31,9
Ambos setores (Público e Privado)	234	11,0
Organização filantrópica	147	6,9
Organização não governamental	13	0,6
Profissional autônomo	94	4,4

Tabela 12. Caracterização dos profissionais de enfermagem segundo as variáveis do histórico funcional, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Participação	
	Quant.	%
Área de atuação		
Hospital	1.017	47,6
Posto de saúde, Unidade básica de Saúde (UBS), AMA ou assemelhados	383	17,9
Atendimento domiciliar ou assemelhados	119	5,6
PSF	90	4,2
Instituição de Ensino	86	4,0
Serviços de saúde do trabalhador	48	2,2
Pronto socorro, UPA	190	8,9
Representante de materiais e/ou medicamentos	0	0,0
Casas de repouso ou assemelhados	43	2,0
Outros	160	7,5
Período de trabalho		
Diurno	1.457	68,2
Noturno	416	19,5
Ambos	242	11,3
Folguista	15	0,7
Não informado	6	0,3
Mais de um emprego		
Não	1.695	79,4
Sim	441	20,6
Subseção		
Araçatuba	31	1,5
Botucatu	43	2,0
Campinas	259	12,1
Guarulhos	79	3,7
Itapetinga	64	3,0
Marília	82	3,8
Matriz - São Paulo	957	44,8
Osasco	85	4,0
Presidente Prudente	19	0,9
Ribeirão Preto	152	7,1
Santo André	122	5,7
Santos	102	4,8
São José do Rio Preto	63	2,9
São José dos Campos	78	3,7
Total	2.136	100,0

Entre os 2.136 profissionais de enfermagem que compuseram a população em análise, a distribuição dos participantes quanto à Subseção do COREN-SP apresentou os maiores percentuais na cidade de São Paulo (44,8%) e em Campinas (12,1%), como mostram a Tabela 12 e Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição (%) da população de estudo segundo Subseção, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

9.4 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO QAN-R

A Tabela 13 apresenta os resultados obtidos por meio da aplicação do Questionário QAN-R. Entre os profissionais que participaram do estudo, o escore médio global foi de 38,6 pontos ($dp=14,2$), variando de 22,0 a 110,0 pontos e mediana de 35,0 pontos. Quanto às dimensões que compõem o QAN-R, observa-se que o fator 3 - desqualificação pessoal e profissional apresentou a média mais elevada (23,3 pontos; $dp=20,4$ pontos), seguido do fator 1 - assédio relacionado ao trabalho (média 19,4 pontos; $dp=18,1$ pontos) e do fator 2 - assédio pessoal (média 18,3 pontos; $dp=17,0$ pontos). A dimensão 4 - intimidação física teve a média mais baixa (12,6 pontos; $dp=17,1$ pontos).

Tabela 13. Estatística descritiva do escore global e das dimensões do questionário de atos negativos revisado – QAN-R, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Escala/ dimensão*	Quant.	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínima	Máxima
QAN-R escore	2.136	38,6	35,0	14,2	22,0	110,0
1 - Assédio relacionado ao trabalho	2.136	19,4	15,6	18,1	0,0	100,0
2 - Assédio pessoal	2.136	18,3	14,3	17,0	0,0	100,0
3 - Desqualificação pessoal e profissional	2.136	23,3	18,8	20,4	0,0	100,0
4 - Intimidação física	2.136	12,6	8,3	17,1	0,0	100,0

* Dimensões com escores padronizados, variando de 0,0 a 100,0 pontos. Escore global variando de 22 a 110 pontos; Quant. = quantidade

A pontuação média de cada item, em cada dimensão do QAN-R, está apresentada no Gráfico 2. Na dimensão 1 - assédio relacionado ao trabalho, os itens com maior pontuação na percepção de exposição à violência no trabalho foram: exposição a uma carga de trabalho excessiva (média = 2,15 pontos), supervisão excessiva do trabalho (média = 1,96 pontos), boatos ou rumores sobre você (média = 1,84 pontos) e pressão para não reclamar um direito (média = 1,84 pontos). Na dimensão 2 - assédio pessoal, os itens com maiores médias foram: gritos ou agressividade gratuita (média = 1,98 pontos) e humilhação ou ridicularização em relação ao trabalho (média = 1,90 pontos). Na dimensão 3 - desqualificação pessoal e profissional, os itens com maior percepção de violência foram: opiniões e pontos de vista ignorados (média = 2,13 pontos) e ser obrigado a executar trabalho abaixo do nível de competência (média = 1,84 pontos). Na dimensão 4 - intimidação física, todos os itens tiveram pontuação média inferior a 1,60 pontos.

Gráfico 2. Distribuição (média) dos itens do Questionário de atos negativos revisado – QAN-R segundo dimensão, profissionais de enfermagem, São Paulo, 2017.

Na Tabela 14 observa-se que, quanto ao escore o NAQ é dicotomizado segundo a percepção de presença ou ausência de violência, 96,8% dos profissionais de enfermagem informam ter sofrido algum tipo de violência. Quando o escore é classificado em três categorias, 40,9% informam não estar expostos à violência, 35,4% com exposição ocasional e 23,7% têm a percepção de serem vítimas frequentes de violência no trabalho. Estas duas últimas categorias determinam um percentual de 59,1% de trabalhadores expostos à violência.

Tabela 14. Distribuição do nível de violência no trabalho, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Nível de violência	Quant.	%
Critério LEYMANN (1996)		
Sem violência	79	3,7
Com violência	2.057	96,8
Critério NOTELAERS e EINARSEN (2012)		
Não expostos	874	40,9
Ocasionalmente expostos	756	35,4
Vítimas	506	23,7
Critério NIELSEN et al. (2012)		
Não expostos	874	40,9
Expostos	1262	59,1
Total	2.136	100,0

Quant. = quantidade; % = por cento

Quando os profissionais são questionados quanto ao autor da violência, observa-se que somente 991 (46,4%) pessoas informaram ter sofrido violência no trabalho. O Gráfico 3 mostra que entre aqueles que referiram exposição à violência, os autores mais frequentes eram pessoas não especificadas (outros – 32,5%), pessoas com cargo superior ao do profissional (30,6%) e médicos (18,5%).

Gráfico 3. Distribuição (%) dos profissionais com percepção de exposição à violência segundo tipo do autor da violência, profissionais de enfermagem, São Paulo, 2017.

9.5 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA NO TRABALHO

9.5.1 Análise univariada

A Tabela 15 apresenta os resultados das análises bivariadas para as variáveis demográficas. Houve diferença estatisticamente significativa quanto ao gênero ($p=0,037$), e os homens apresentaram prevalência menor de violência no trabalho (53,9%) do que as mulheres (60,2%). As demais variáveis (faixa etária, estado conjugal e quantidade de filhos) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15. Estatística descritiva da percepção de exposição à violência no trabalho segundo variáveis demográficas, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Não		Sim		Total		p*
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Gênero							
Masculino	155	46,1	181	53,9	336	100,0	0,037
Feminino	715	39,8	1.083	60,2	1.798	100,0	
Faixa etária (anos)							
18 a 29,9	163	40,6	238	59,4	401	100,0	0,123
30,0 a 39,9	343	39,9	516	60,1	859	100,0	
40 a 49,9	226	39,0	353	61,0	579	100,0	
≥50	137	47,1	154	52,9	291	100,0	
Não informado	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Estado conjugal							
Casado (a)	443	41,6	621	58,4	1.064	100,0	0,655
Solteiro (a)	276	39,4	424	60,6	700	100,0	
Divorciado (a)	80	40,2	119	59,8	199	100,0	
Viúvo (a)	10	31,3	22	68,8	32	100,0	
Outros	61	43,3	80	56,7	141	100,0	
Quantidade de filhos							
Não tenho filhos	348	40,0	522	60,0	870	100,0	0,581
1 filho(a)	226	40,0	339	60,0	565	100,0	
2 filhos(as)	205	41,5	289	58,5	494	100,0	
3 filhos(as)	74	46,3	86	53,8	160	100,0	
4 ou mais filhos(as)	17	36,2	30	63,8	47	100,0	
Total	870	40,7	1.266	59,3	2.136	100,0	

Quant. = quantidade; % = por cento; p = valor p; ≥ = maior ou igual a

* Teste de associação qui-quadrado

A Tabela 16 apresenta os resultados das análises bivariadas relativas ao histórico funcional. Houve diferença estatisticamente significativa quanto à categoria profissional ($p=0,001$), e os enfermeiros apresentaram maior prevalência (63,8%) de violência no trabalho do que os técnicos de enfermagem (54,1%) e os auxiliares de enfermagem (53,8%).

Tabela 16. Estatística descritiva da exposição à violência no trabalho segundo variáveis do histórico funcional, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Não		Sim		Total		p*
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Profissão							
Enfermeiro(a)	414	36,2	731	63,8	1.145	100,0	<0,001
Técnico de enfermagem	293	45,9	345	54,1	638	100,0	
Auxiliar de enfermagem	163	46,2	190	53,8	353	100,0	
Situação laboral							
Sou trabalhador(a) ativo(a) na profissão	810	41,2	1.156	58,8	1.966	100,0	0,001**
Sou aposentado(a) por idade/tempo de serviço, mas ainda trabalho na área	28	51,9	26	48,1	54	100,0	
Estou desempregado(a)	29	32,2	61	67,8	90	100,0	
Estou afastado(a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	3	11,5	23	88,5	26	100,0	
Tempo na profissão (anos)							
0,5 a 4,9	222	47,3	247	52,7	469	100,0	<0,001
5,0 a 9,9	197	37,7	325	62,3	522	100,0	
10,0 a 14,9	181	40,0	271	60,0	452	100,0	
15,0 a 19,9	114	38,0	186	62,0	300	100,0	
20,0 a 24,9	59	32,6	122	67,4	181	100,0	
25,0 a 29,9	29	36,7	50	63,3	79	100,0	
30,0 e mais	66	52,0	61	48,0	127	100,0	
Não informado	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Setor de trabalho							
Público	397	41,1	569	58,9	966	100,0	0,029**
Privado	278	40,8	404	59,2	682	100,0	
Ambos setores (Público e Privado)	75	32,1	159	67,9	234	100,0	
Organização filantrópica	70	47,6	77	52,4	147	100,0	
Organização não governamental	5	38,5	8	61,5	13	100,0	
Profissional autônomo	45	47,9	49	52,1	94	100,0	

Tabela 16. Estatística descritiva da exposição à violência no trabalho segundo variáveis do histórico funcional, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Não		Sim		Total		p*
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Área de atuação							
Hospital	420	41,3	597	58,7	1.017	100,0	0,094
Posto de saúde, Unidade básica de Saúde, Assistência Médica Ambulatorial (AMA) ou assemelhados	152	39,7	231	60,3	383	100,0	
Atendimento domiciliar ou assemelhados	57	47,9	62	52,1	119	100,0	
Programa de Saúde da Família (PSF)	32	35,6	58	64,4	90	100,0	
Instituição de Ensino	39	45,3	47	54,7	86	100,0	
Serviços de saúde do trabalhador	17	35,4	31	64,6	48	100,0	
Pronto socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	61	32,1	129	67,9	190	100,0	
Casas de repouso ou assemelhados	22	51,2	21	48,8	43	100,0	
Outros	70	43,8	90	56,3	160	100,0	
Período de trabalho							
Diurno	603	41,4	854	58,6	1.457	100,0	0,003**
Noturno	184	44,2	232	55,8	416	100,0	
Ambos	74	30,6	168	69,4	242	100,0	
Folguista	8	53,3	7	46,7	15	100,0	
Não informado	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Mais de um emprego							
Não	719	42,4	976	57,6	1.695	100,0	0,002
Sim	151	34,2	290	65,8	441	100,0	
Subseção							
Araçatuba	13	41,9	18	58,1	31	100,0	0,378
Botucatu	13	30,2	30	69,8	43	100,0	
Campinas	118	45,6	141	54,4	259	100,0	
Guarulhos	25	31,6	54	68,4	79	100,0	
Itapetininga	27	42,2	37	57,8	64	100,0	
Marília	38	46,3	44	53,7	82	100,0	
Matriz - São Paulo	395	41,3	562	58,7	957	100,0	
Osasco	29	34,1	56	65,9	85	100,0	
Presidente Prudente	9	47,4	10	52,6	19	100,0	
Ribeirão Preto	67	44,1	85	55,9	152	100,0	
Santo André	43	35,2	79	64,8	122	100,0	
Santos	42	41,2	60	58,8	102	100,0	
São José do Rio Preto	24	38,1	39	61,9	63	100,0	
São José dos Campos	27	34,6	51	65,4	78	100,0	
Média (%)		40,7		59,3		100,0	
Total (participantes)	870		1.266		2.136		

Quant. = quantidade; % = por cento; p = valor p

* Teste de associação qui-quadrado *** Teste exato de Fisher

Quanto à situação laboral, ser aposentado(a) por idade/tempo de serviço, mas ainda trabalhar na área, foi a condição com percentual mais baixo de pessoas que referiram violência no trabalho (49,1%), e esta diferença, com relação às outras situações laborais, foi estatisticamente significativa ($p=0,001$).

O tempo de trabalho na profissão está associado de forma significativa à violência no trabalho ($p<0,001$), e as faixas de tempo de serviço, entre 5,0 e 29,9 anos, tiveram os percentuais mais elevados de pessoas que reportaram exposição à violência.

Maiores prevalências de violência no trabalho foram observadas com relação aos trabalhadores que atuavam tanto no setor público como no privado (67,9%) e trabalhadores de organizações não governamentais (61,5%). Essa diferença com relação às demais categorias foi estatisticamente significativa ($p=0,029$).

Quanto ao período de trabalho, profissionais que atuavam tanto no turno diurno como no noturno, apresentaram maiores prevalências de violência no trabalho (69,4%) do que os profissionais de outros regimes de horários, e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,003$).

Trabalhadores com mais de um emprego apresentaram percepção mais frequente de violência no trabalho (65,8%) do que os trabalhadores que atuavam em um só local (57,6%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,002$).

As variáveis área de atuação e subseção não tiveram diferenças estatisticamente significativas quanto à exposição à violência no trabalho.

9.5.2 Análise múltipla (análise conjunta dos fatores associados)

A Tabela 17 apresenta os resultados da análise de regressão logística, mostra os resultados da análise bivariada e o modelo final da análise múltipla dos fatores associados à ocorrência de violência. A modelagem, passo a passo, está apresentada no Apêndice C.

Tabela 17. Análise dos fatores associados à violência no trabalho, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variável	Bivariada				Múltipla			
	OR _{95%}	IC _{95%} (OR)		p	OR _{95%}	IC _{95%} (OR)		p
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
Profissão								
Enfermeiro(a)	1,00				1,00			
Técnico de enfermagem	0,67	0,55	0,81	<0,001	0,67	0,55	0,82	<0,001
Auxiliar de enfermagem	0,66	0,52	0,84	0,001	0,67	0,52	0,86	0,002
Tempo na profissão (anos)								
0,5 a 4,9	1,00				1,00			
5,0 a 9,9	1,48	1,15	1,91	0,002	1,42	1,10	1,84	0,007
10,0 a 14,9	1,35	1,04	1,75	0,026	1,27	0,97	1,66	0,077
15,0 a 19,9	1,47	1,09	1,97	0,011	1,35	1,00	1,82	0,053
20,0 a 24,9	1,86	1,30	2,66	0,001	1,73	1,20	2,51	0,004
25,0 e mais	1,05	0,76	1,46	0,770	0,95	0,66	1,36	0,770
Situação laboral								
Sou trabalhador ativo na profissão	1,00				1,00			
Sou aposentado por idade / tempo de serviço, mas ainda trabalho na área	0,65	0,38	1,12	0,120	0,64	0,35	1,18	0,153
Estou desempregado ou estou afastado do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	1,84	1,21	2,79	0,004	1,96	1,26	3,04	0,003
Mais de um emprego								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,41	1,14	1,76	0,002	1,36	1,07	1,72	0,012
Período de trabalho								
Diurno	1,00				1,00			
Noturno ou folguista	0,88	0,71	1,09	0,243	0,91	0,73	1,14	0,418
Ambos	1,60	1,20	2,15	0,002	1,41	1,03	1,92	0,031
Setor de trabalho								
Público	1,00				--	--	--	--
Privado	1,01	0,83	1,24	0,892	--	--	--	--
Ambos setores (Público e Privado)	1,48	1,09	2,00	0,011	--	--	--	--
Organização filantrópica, Organização não governamental ou profissional autônomo	0,78	0,59	1,03	0,078	--	--	--	--
Gênero								
Masculino	1,00				1,00			
Feminino	1,28	1,02	1,62	0,037	1,37	1,07	1,75	0,012
Área de atuação								
Hospital	1,00				--	--	--	--
Pronto socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1,49	1,07	2,07	0,018	--	--	--	--
Demais	0,98	0,82	1,17	0,797	--	--	--	--

Tabela 17. Análise dos fatores associados à violência no trabalho, profissionais de enfermagem, Estado de São Paulo, 2017.

Variáveis	Bivariada				Múltipla			
	OR _{95%}	IC _{95%} (OR)		p	OR _{95%}	IC _{95%} (OR)		P
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
Faixa etária (anos)								
18 a 29,9	1,00				--	--	--	--
30,0 a 39,9	1,03	0,81	1,31	0,809	--	--	--	--
40 a 49,9	1,07	0,82	1,39	0,611	--	--	--	--
50 e mais	0,77	0,57	1,04	0,092	--	--	--	--

OR_{95%} = Odds Ratio ; IC_{95%} = Intervalo de Confiança; Inf. = inferior; Sup. = superior; p = valor p

O modelo final mostra que, ao considerar o efeito conjunto das variáveis, as características das situações associadas à percepção de exposição à violência no trabalho na população estudada foram:

Profissão: técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem apresentaram menor risco de exposição. Ambas as categorias com 0,67 vezes mais chance de ocorrência de violência no trabalho do que os enfermeiros (respectivamente, $p < 0,001$ e $p = 0,002$).

Tempo na profissão: trabalhadores com 5,0 a 9,9 anos na profissão tiveram 1,42 vezes mais chance de ocorrência de violência no trabalho, quando comparados aos trabalhadores com 0,5 a 4,9 anos na profissão ($p = 0,007$), e trabalhadores com 20,0 a 24,9 anos na profissão. Estes últimos, também tiveram maior risco de exposição à violência no trabalho (1,73 vezes mais chance) do que os trabalhadores com 0,5 a 4,9 anos ($p = 0,004$). As demais faixas de tempo na profissão não apresentaram diferenças estatisticamente significativas com relação à categoria de referência.

Situação laboral: trabalhadores desempregados ou afastados do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade, apresentaram maior risco, com 1,96 vezes mais chance de percepção de violência no trabalho, quando comparados aos trabalhadores ativos na profissão ($p = 0,003$).

Mais de um emprego: trabalhar em mais de um emprego representou 1,36 vezes mais chance de exposição à violência no trabalho, quando

comparada com a situação de trabalhar em um único emprego ($p=0,012$).

Período de trabalho: trabalhar em ambos os períodos (diurno e noturno) mostrou ser uma situação de maior risco de exposição à violência no trabalho: 1,41 vezes mais chance, quando comparada com a atuação em um único período ($p=0,031$).

Gênero: mulheres apresentaram 1,37 vezes mais chance de exposição à violência no trabalho, quando comparadas aos homens ($p=0,012$).

O teste de Pearson de avaliação de resíduos ($\chi^2=252,06$; $p=0,523$) e o teste de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2=2,15$; $p=0,976$) mostraram ajuste adequado do modelo final.

10 DISCUSSÃO

10 DISCUSSÃO

A enfermagem contempla aproximadamente 60% da força de trabalho na área da saúde e produz bens e serviços à sociedade brasileira. Tendo em vista que a atuação desta categoria não se restringe à assistência e saúde do SUS, e suplementar, mas, também, na gestão de instituições sociais e da saúde, educação, pesquisa, consultorias especializadas, atuação em organizações do terceiro setor e atividades liberais da profissão, pode-se afirmar que a enfermagem converge para as ciências biológicas, humanas e sociais. (ABEN, 2019)

Vislumbrar os dados referentes às características da enfermagem apresentadas no presente estudo, é justificada por se tratar de um contingente próximo a 1.800.000 trabalhadores, de um total de 3,5 milhões na área da saúde brasileira.

Os dados sóciodemográficos discutidos neste capítulo são correlacionados predominantemente com a pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”, realizada pelo COFEN e COREN(s) regionais, em parceria com a Fiocruz, divulgada em 2015 e publicada em 2016. Já os dados alusivos às questões da violência e seus desdobramentos, são explorados por pesquisas que convergem para o assunto. Corroborando com as práticas justas e dignas da atuação dos profissionais da enfermagem, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (COFEN, 2017) são os documentos utilizados para a defesa destas ações.

A DUDH foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral como uma norma comum a ser adotada por todos os povos e nações (AGNU, 1948). Ela estabeleceu, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos, estruturada em trinta artigos. Ao relacionar a DUDH com o presente estudo, considera-se como fundamental a exposição do antelóquio que reconhece a dignidade como inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais, e inalienáveis.

Com referência ao surgimento do Código de Ética dos Profissionais da enfermagem, estreita relação pode-se compor com a DUDH uma vez que se assoma

Ellen Maria Hagopian

à sua criação, em meados de 1949, por influência da AGNU e convenção da Cruz Vermelha em Genebra. No Brasil, o código foi revisado pelo Ministério da Saúde, em 1996, e recentemente vigora o estabelecido pela Resolução COFEN 564/2017, reformulado pelas coordenações do COFEN, com a participação dos COREN(s). O código de ética, estruturado em 117 artigos distribuídos entre direitos, deveres, proibições e penalidades, leva em consideração tanto as necessidades, quanto os direitos de assistência da enfermagem para a população, os interesses do profissional e de sua organização.

Imperativos para a conduta profissional, ao considerar que a enfermagem é uma ciência e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde, os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de enfermagem pautam-se nos aspectos seguintes:

- ❖ nas responsabilidades de promoção e restauração da saúde, prevenção de agravos e doenças, e o alívio do sofrimento;
- ❖ nos cuidados à pessoa, à família e à coletividade;
- ❖ na organização de ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área;
- ❖ no direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos.

Inicialmente, na discussão central sobre a violência, destaca-se brevemente o curso da análise sobre as perdas referentes à coleta de dados da vigente pesquisa. Segundo a experiência da equipe de TI do COREN-SP foi relatado que a efetividade das ações de *e-mail marketing* (visualizar, abrir a mensagem, clicar no link e concluir a ação proposta) é de aproximadamente 1%. Pode-se considerar também a familiaridade do público com o conteúdo, bem como o interesse despertado. Nesta perspectiva, foi atingido um índice maior do que essa expectativa (1% que correspa 131 participantes de uma amostra de 13.009 profissionais. A taxa de participação foi de 16,4%, equivalente a 2.136 participantes. As variáveis que apresentaram maiores índices de perdas referem-se aos auxiliares e técnicos de enfermagem do gênero feminino, com idade ≥ 50 anos, e menos tempo de atuação na profissão.

Ao analisar os critérios estabelecidos por Leymann (1996) e Notelaers e Einarsen (2012), conclui-se que a maioria dos participantes, para ambos critérios, sublinham condições de violência no trabalho.

Na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”, quando questionados sobre violência no trabalho, 19,7% dos profissionais afirmaram que sim e 9% às vezes, totalizando perto de 30% de trabalhadores expostos à violência. Quanto à tipologia identificada, os dados registraram, em ordem decrescente, os percentuais de violência seguintes: psicológica – 66,5%; institucional – 17,1%; física – 15,6%; e, sexual – 0,9%. Neste mesmo recorte, 18,1% que correspondem a 220 mil trabalhadores, relatam terem sofrido discriminação no trabalho por questões de: gênero; orientação sexual; fator racial; peso/obesidade; e, ser portador de necessidades especiais. (Machado et al., 2016a)

De acordo com outros estudos realizados, a prevalência da percepção de violência varia. Segundo Pai et al. (2015), 63,2% de uma amostra total de 269 trabalhadores da equipe de saúde relatam situações de violência no trabalho, prevalecendo o gênero feminino e a categoria de auxiliares e técnicos de enfermagem. Santiago et al. (2015) encontraram um índice de 68,3% em uma amostra de 145 enfermeiros de Coruña, Espanha, que declararam ter sofridos agressões e a violência verbal é relatada como a com maior frequência – 37,2% (Isasi et al., 2015). Pesquisa realizada no Uruguai, com 1.713 auxiliares de enfermagem, 662 enfermeiros e 1.040 médicos sobre comportamentos disruptivos na equipe de saúde, mostrou que, 88% dos participantes da equipe de enfermagem percebem CD em seus ambientes de trabalho, 58% identificam-se como vítimas de CD e, especificamente as mulheres, foram as que apresentaram maior incidência. Comentário depreciativos, explosões de raiva e gritos foram os comportamentos mais citados. (Godino et al., 2014)

Ao confutar os dados mencionados na DUDH (AGNU, 1948), lê-se nos artigos I e II (1):

Art. I Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Art. II

1 - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de

raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

O que se aproxima do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) (COFEN, 2017), é mencionado nos princípios fundamentais relevantes, ao reafirmar que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que contempla: os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade; e, a ser tratado sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Em seus artigos 1º, 25º e 64º, o CEPE (COFEN, 2017) enuncia a recusa de comportamentos que violem a dignidade profissional no que concerne a tratamentos desiguais, ofensivos e degradantes por conta de discriminações:

É direito: Art. 1 Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

É dever: Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

É proibitivo: Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Entre os profissionais que participaram do presente estudo, 53,6% eram enfermeiros, 29% técnicos de enfermagem e 16,5% auxiliares de enfermagem. Estes dados contradizem a pesquisa nacional em que 77% representam técnicos e auxiliares de enfermagem e 23% enfermeiros. (Machado et al., 2016a)

Os enfermeiros apresentaram 0,67 vezes mais chances de exposição à violência no trabalho (63,8%) do que os técnicos e auxiliares de enfermagem (54,1%, 53,8%, respectivamente). Estes dados corroboram com a pesquisa nacional que constatou maior índice de violência no contingente de enfermeiros (33,6%) do que nos técnicos e auxiliares de enfermagem (27,3%). (Machado et al., 2016b)

A divisão do trabalho em enfermagem vem sendo estudada no Brasil com maior realce desde a década de 1980. (Almeida, 1986 e 1997; Car, Egry, 1995; Chianca,

Antunes, 1999; Garcia, Nóbrega, 2000) Aos auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros considera-se um processo de formação próprio, diferenciando suas atuações nas distintas frentes de trabalho. A lei 7.498, de 25 de junho de 1986 (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm), dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, estabelecendo as atividades privativas do enfermeiro, assim como na incorporação das atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O processo de trabalho do enfermeiro configura-se em dois saberes complementares e interdependentes na prática em saúde. O assistencial que tem por finalidade o cuidado integral pautado em intervenção nas necessidades de assistência à enfermagem e o gerencial, e este remete à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem. O objetivo do setor de recursos humanos visa implementar condições adequadas de cuidado aos pacientes e de desempenho dos trabalhadores. (Hausmann, Peduzzi, 2009)

Como responsável pelo processo de trabalho gerencial, referencia-se ao profissional enfermeiro a mediação entre a equipe de enfermagem e toda a equipe de saúde. A incorporação tecnológica intensa; as mudanças no mercado de trabalho que exige profissionais polivalentes e com maior qualificação técnica; e, os novos padrões de gestão do trabalho, exigem dos enfermeiros maior integração de funções. Assoma-se a este contexto a pressão organizacional imposta às lideranças, para cumprir metas já instituídas, além de garantir adequações em seus postos e na equipe de trabalho, de acordo com as exigências das creditações hospitalares e do mercado com mais lucro. (Peduzzi, Anselmi, 2004)

As relações profissionais também são modificadas e se refletem nas relações interpessoais que extrapolam o conflito e ocasionam sofrimento no ambiente de trabalho (Dalmolin et al., 2014).

Em estudo que permitiu que sejam compreendidos os significados atribuídos pelos enfermeiros ao assédio moral no trabalho, os relatos colhidos apontaram sofrimentos, medos, receios, angústias, revoltas e conformismo, contrapondo-se com o apreço pela profissão, o desejo de oportunidades melhores e a expectativa silenciosa por um ambiente de trabalho que esteja envolto por justiça e respeito. (Hagopian, Freitas 2019)

A DUDH e o Código de Ética dos Profissionais Enfermeiros, contrariam práticas de violência, sejam elas estabelecidas por meios físicos ou morais. Ao código de ética de enfermagem, após recente reformulação foram incluídos, no Art. 83º, as questões do assédio praticado contra outrem, tanto na referência moral, quanto sexual. É considerável aplaudir a prosperidade deste avanço uma vez que o fenômeno assédio, ainda que ocultado, há pouco tempo era praticamente intangível.

Nos artigos da DUDH (AGNU, 1948) lê-se:

Art. V Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem reza (COFEN, 2017):

É direito: Art. 2 Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

É direito: Art. 8 Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

É proibitivo: Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

A maioria dos participantes encontra-se ativa na profissão (92%). O tempo médio de trabalho referido foi de 11,7 anos, com predominância de atuação no setor público de 45,2%, na área hospitalar de 47,6% e no período diurno de 68,2%.

A pesquisa da FIOCRUZ, COFEN e CORENs apresenta uma categoria economicamente ativa, correspondendo a 91,8% do total de trabalhadores da área. Quanto às demais porcentagens, a situação é: 4,5% encontram-se desempregados; 1,4% aposentados; 1,9% afastados temporariamente; e, 0,4% abandonaram a profissão. Ao considerar o tempo de trabalho da equipe de enfermagem, 80,6% atuam há 2-10 anos (46,3%) e 11-30 anos (34,3%). Em âmbito nacional, a enfermagem representa 58,9% da força de trabalho no setor público, o que corresponde a mais de 1 milhão e 800 mil trabalhadores, ou seja, 56,5% estão alocados no trabalho em hospitais. (Machado et al., 2016a)

Trabalhadores desempregados ou afastados do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade apresentaram maior risco, com 1,96 vezes mais chance de percepção de violência no trabalho quando comparados aos ativos na profissão.

Os profissionais que retornam ao trabalho, após um período de afastamento, passam por readaptação a uma nova realidade após a licença médica, muitas vezes apresentando restrições ao trabalho, tanto relacionadas às questões do sistema esquelético e muscular, quanto psicológicas. Neste cenário não é incomum que estes profissionais sejam agredidos por motivo do afastamento e sejam discriminados quanto as suas atuações. Estes são fatores que podem agravar a condição de saúde – doença apresentada, assim como a sua readaptação.

Estudo sobre enfermeiras que vivenciam distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), mostram que estas profissionais se sujeitam constantemente a condições de trabalho inadequadas, extrapolando as inúmeras habilidades exigidas no desempenho das suas funções, e são muito suscetíveis às lesões musculoesqueléticas, atribuídas, sobretudo, a fatores ergonômicos e posturais inadequados, presentes na rotina do trabalho assistencial. São, destarte, vivenciados sentimentos de perda, revolta e tristeza, marcados por angústia, uma vez que o cotidiano dessas mulheres é grifado por dor, limitação e exclusão do ambiente de trabalho. (Silva, Baptista, 2013)

É notório destacar que os afastamentos, ligados especificamente às causas psicológicas entre profissionais de enfermagem, estão em evidência. Nos últimos anos, a incidência elevada de episódios depressivos e um tempo médio superior a 30 dias de ausência, têm sidocada vez mais notificados. A saúde mental desses profissionais recebe influência considerável de fatores internos ao trabalho, associadas aos aspectos psicossociais do trabalho, as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelo trabalhador como o *burnout* e a fadiga crônica.

Na pesquisa do perfil da enfermagem brasileira, 65,9% dos trabalhadores consideram sua atividade desgastante. Afastamentos por licença médica, nos últimos 12 meses, registram 22,5% no setor público, ou seja, um quarto da força de trabalho, excluindo mulheres em licença maternidade e 17,2% no setor privado. Em números absolutos, são aproximadamente 88 mil trabalhadores nesta situação. (Machado et al., 2016b) No que tangencia aspectos sobre o adoecimento da equipe de

enfermagem, este fato, atinge mais da metade do total do contingente. Os dados mostram que 56,1%, declaram ter tido necessidade de atendimento médico nos últimos 12 meses, o que representa mais de 1 milhão de trabalhadores.

A DUDH (AGNU, 1948), nos artigos XXIII (1, 2 e 3), XXIV e XXV (1), mostra que as condições favoráveis ao trabalho são descritas como direito de todo o ser humano, assim como a justiça e equidade em condições saudáveis de se viver. Destaca-se a relevância destinada às questões da proteção durante a incapacidade de estar apto ao trabalho.

Art. XXIII

- 1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.*
- 2. Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.*
- 3. Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.*

Art. XXIV Todo ser humano tem direito a repouso e lazer, inclusive a limitação razoável das horas de trabalho e a férias remuneradas periódicas.

Art. XXV 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Os profissionais de enfermagem possuem amplitude de direitos, deveres e proibições que os respaldam ao atuar em situações degradantes que coloquem em risco as suas integridades físicas e morais, assim como a dos usuários do sistema. A estes profissionais são dados autonomia e dever de fiscalizar o exercício de sua profissão enquanto trabalhadores, e contatar os órgãos responsáveis para dar ciência e requerer atuação. Cabe questionar: por quê esse direito é severamente negligenciado pelos profissionais? Ao se pronunciar, a representatividade da categoria é escassa quanto ao conhecimento sobre as deliberações do CEPE em suas profissões, e seria ousadia referenciar esta indiferença como estratégia utilizada

pelas instituições de saúde (patronos) como meio para alcance os fins? (mais valia – produtividade).

Abaixo cita-se os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que referenciam as questões acima problematizadas:

É direito: Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem

É dever: Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

É dever: Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

É proibitivo: Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

É proibitivo: Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

O tempo de trabalho na profissão está associado, de forma significativa, à violência no trabalho, e as faixas de tempo de serviço, entre 5,0 e 29,9 anos, mostraram os percentuais mais elevados de pessoas que reportaram exposição à violência. Dentre esta faixa de tempo, trabalhadores com 20,0 a 24,9 anos e 5,0 a 9,9 anos na profissão, tiveram, respectivamente, 1,73 vezes e 1,42 vezes risco mais elevado de exposição à violência no trabalho, quando comparados a trabalhadores com tempo de serviço entre 0,5 e 4,9 anos.

Entre os 2.136 profissionais de enfermagem que compuseram a população em análise, 30,8% informaram trabalho noturno ou em ambos períodos, e 20,6% vínculo duplo. Trabalhadores com mais de um emprego apresentaram percepção mais frequente de violência no trabalho (65,8%) do que os que atuam em um só local (57,6%) o que corresponde a 1,36 vezes mais chance de exposição à violência no trabalho, quando comparada com ‘estar vinculado a um único emprego’.

Apreende como fatores contributivos a grande demanda de atividades, exigências e tarefas a cumprir, somando-se ao serviço mal remunerado, condições de poder inquestionável de superiores, longas jornadas de trabalho, jornada dupla para garantir melhores salários, concomitantemente a não contemplação das suas necessidades básicas como ser humano bio-psico-sócio-espiritual. (Baggio, Formaggio, 2008)

Maiores prevalências de violência no trabalho foram observadas para trabalhadores que atuam, tanto no setor público, como no privado (67,9%) e para trabalhadores de organizações não governamentais (61,5%).

A organização do trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar é estabelecida por turnos, o que, para o trabalhador noturno, por privação e inadequação dos períodos de sono, sugere repercussões na saúde do trabalhador e na qualidade da assistência prestada. Implicações físicas e/ou cognitivas do exercício laboral como alterações na memória, capacidade de julgamento e desempenho de atividades, associados a agravos à saúde como obesidade, diabetes *melittus* e doenças cardiovasculares. Estes agravos interferem na agilidade, qualidade do atendimento e ocorrência de acidentes de trabalho, sugerindo reflexos na segurança do paciente e na qualidade do cuidado. Para muitos trabalhadores a condição do trabalho noturno é a oportunidade de conciliar o duplo vínculo empregatício, agravando as condições expostas acima. (Silva et al., 2019)

A distribuição dos participantes quanto à subseção do COREN-SP teve os percentuais mais elevados na cidade de São Paulo (44,8%) e em Campinas (12,1%), fato explicado pela centralização nos grandes centros urbanos e na hegemonia regional. A região Sudeste concentra majoritariamente os trabalhadores de enfermagem, quando comparados em escala nacional. Aproximadamente metade de todo contingente atua nesta região (49%), especialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. (Machado et al., 2016a)

Com relação ao gênero, a população feminina prevaleceu em 84,2% dos participantes no presente estudo, dado que corrobora com a pesquisa nacional do perfil da enfermagem brasileira que alcançou o percentual de 85,1% de mulheres no estudo de Machado et al. (2016a) entre os que responderam à sua pesquisa.

A enfermagem é uma profissão mais feminina, com discreta tendência ao crescimento de enfermeiros homens a partir da década de 1990. Em estudo realizado por Costa et al. (2017), os autores analisaram a quantidade de homens egressos da EEUSP desde a sua fundação, e, avaliaram a formação acadêmica posterior à graduação. Constataram uma minoria masculina entre as décadas de 40 e 90, de apenas 2,37%.

A primazia feminina assenta-se no advento da enfermagem profissional em que um grande grupo de mulheres angaria espaço profissional por meio das articulações de Florence Nightingale. Entretanto, ser enfermeira naquela época, não fora suficiente para libertar essas mulheres da função doméstica, cujo contexto estruturava-se na organização patriarcal da sociedade. Quando surgia a oportunidade de trabalhar, exerciam suas atividades sob más condições de trabalho e remuneração. (Gastaldo, Meyer, 1989)

Pode-se considerar que a base da sociedade capitalista é composta pelo patriarcado e a família. A diferença principal é a forma pela qual, quem exerce o controle apropria-se da força de trabalho, ou seja, a remuneração é o controle do sistema capitalista e o contrato de casamento a influência patriarcal. Segundo Gamarnikow (1978), os homens apropriavam-se e controlavam a força de trabalho das mulheres nas relações pessoais, estruturando desta maneira o modo de produção doméstico.

Diante do exposto, segundo Gastaldo e Meyer (1989), o rigor científico, o preparo profissionalizante e as inovações no cuidado ao doente não foram suficientes para desmistificar a figura da enfermagem como extensão do trabalho doméstico, vinculando a boa enfermeira com a boa mulher ou dona de casa.

As contradições pressupostas a estas relações de poder, têm patentes reflexos na profissão, observadas pela desestrutura política, desvalorização profissional na equipe de saúde, más condições de trabalho, má remuneração, longas jornadas, entre outros. O desafio da enfermagem é a necessidade de superar o paradoxo vinculado fortemente à imagem da profissão desde seu surgimento.

Foi expressiva a diferença quanto a prevalência de violência no trabalho entre o gênero feminino (60,2%) e masculino (53,9%) e as mulheres apresentaram 1,37 vezes mais chance de exposição.

Pesquisa transversal com 269 profissionais da área da saúde em hospital público da região Sul do Brasil, identificou a violência sofrida pelos trabalhadores da equipe de saúde, sincronizada com transtornos psíquicos menores e *burnout*. A investigação evidenciou que 63,2% dos profissionais passaram por violência no trabalho, prevalecendo dentro da categoria profissional os auxiliares e técnicos de enfermagem (32%) em comparação com médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde, do gênero feminino (71%). (Pai et al., 2015)

Em estudo que descreveu a violência no trabalho de equipes de saúde da família em Uberlândia, Oliveira et al. (2013) observaram que dentre o contingente dessas equipes ocorria a violência no trabalho, predominantemente contra o gênero feminino, de acordo com os relatos da equipe de enfermagem.

Conforme a DUDH, em seu artigo VII, é reforçada a questão da igualdade de direitos que coloquem em descrédito o ser humano por conta de suas identidades e características físicas (AGNU, 1948):

Art. VII Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Atinente à idade da população aqui estudada, 67,3% dos profissionais tem idade entre 30 e 49,9 anos e média de 38,1 anos, o que difere da pesquisa nacional feita por Machado et al. (2016a), em que a maior concentração de profissionais apresenta entre 31 anos e 35 anos (20,3%). O corte realizado na referência idade foram distintos em ambos os estudos por questões metodológicas, fator não considerado como discordante.

O ciclo de carreira reconhecido no constructo das profissões tem diferentes concepções entre os pesquisadores de sociologia. (Schein, 1996; Super, 1975; Cenzo, Robbins, 2001; Dutra, 1996). É delimitado pela progressão ao longo das fases que compõem uma profissão, habitualmente atrelado à faixa etária, o que não deve ser considerado como preditor, uma vez que são distintas as conjunturas em que as pessoas transcorrem durante suas trajetórias profissionais, ou seja, uns começam a trabalhar mais cedo, outros iniciam suas atividades profissionais na maturidade.

O primeiro ciclo ocorre no início da fase profissional, da exploração à entrada na organização de trabalho, refere-se àqueles com até 25 anos de idade. Marcado pelo preparo para ingresso no mercado de trabalho, é envolto por expectativas acerca da construção de uma carreira e pela capacidade de adaptação que o indivíduo se desenvolve para adequar a realidade do mundo do trabalho às suas fantasias. A idealização de uma vida profissional promissora contrapõe com indecisões da busca de inserção no mercado trabalho. (Schein, 1996)

Neste estudo, 18,8% dos participantes encontram-se inseridos neste primeiro ciclo o que corresponde a 401 profissionais da enfermagem entre auxiliares, técnicos e enfermeiros. Fazem parte, os recém-formados, recém egressos das escolas técnicas ou de graduação, cuja área de atuação ainda é indefinida e não imaginam como se dará sua trajetória profissional.

No tocante ao ambiente de trabalho da equipe de enfermagem, dentre as diversas frentes de atuação, devem ser considerados fatores importantes que impactam agressivamente em como este recém trabalhador irá se desenvolver logo no início de sua carreira, além da precoce exposição ao adoecimento. São fatores importantes: a incorporação do profissional no contexto saúde *versus* doença, em contextos permeados por sofrimento, dor, angústia de pacientes e familiares; ambientes tumultuados por estresses, riscos ocupacionais e psicossociais alarmantes; expansiva precarização do trabalho e flexibilização das relações laborais; falta de estratégias institucionais de apoio e acolhimento.

Segundo Felli et al. (2015), as condições de trabalho favorecem e ou potencializam processos de desgaste, comprometendo além do bem-estar e da saúde do trabalhador, a assistência prestada à população. O adoecimento está relacionado, dentre outros aspectos, à exposição a fatores agravantes que promovem o mal-estar físico e mental, como é o caso do estresse, tensão, relações interpessoais assimétricas, dificuldade de comunicação, sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho e falta de reconhecimento.

O ensejo dos trabalhadores com muitas exigências, apresenta redução da capacidade de trabalho, diante o contato diário com situações altamente tensiogênicas. O eco deste cenário reflete diretamente na saúde dos trabalhadores, bem como é função do processo de trabalho que leva à redução da autonomia e da

tomada de decisão. É urgente a necessidade de repensar as práticas cotidianas do trabalho em saúde em processos de enfermagem, ao considerar a inclusão de medidas que aliviem a tensão no trabalho e, por consequência, reduzam as demandas psicológicas. Melhores condições de trabalho, em todas as fases da vida do trabalhador, repercutirão não somente na saúde desses, mas na instituição e na equipe, resultando em menor absenteísmo e presenteísmo. (Prochnow et al., 2013)

É direito do trabalhador de enfermagem, mediante o estabelecido nos artigos 3º, 5º, 9º e 23º do Código de Ética de Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017), requerer melhores condições de trabalho assim como é proibitivo o exposto no Art. 61º.

É direito: Art. 3 Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

É direito: Art. 5 Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

É direito: Art. 9 Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

É direito: Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

É proibitivo: Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

O segundo ciclo da carreira, denominado como fase da consolidação, que se estende até 35 anos de serviço, é o momento de ajustes às exigências do trabalho, desenvolvimento de habilidades específicas por meio da potencialização de aptidões e identificação das restrições impostas pela organização. É um momento em que o profissional avalia a continuidade na ocupação, a escolha entre o desenvolvimento de uma carreira técnico-especializada ou gerencial. (Dutra, 1996)

Da amostra aqui estudada, o maior percentual de profissionais encontra-se nesta fase. São 859 trabalhadores (40,2%) que, almejam por qualificação específica. Trata-se de uma fase de exploração e experiência, que ocorre quando o indivíduo

materializa a escolha desenvolvida na imaginação por meio das primeiras experiências com o trabalho, e a partir do momento em que sente que fez a escolha correta da carreira, concentra seus esforços para se manter nela. (Dutra, 1996)

Na enfermagem é o momento em que são procuradas a Pós-Graduação (enfermeiros) ou uma Pós-Formação (para técnicos), associada à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade e destreza cognitiva.

O terceiro ciclo, até os 45 anos, também denominado como maturidade profissional, é marcado pelo grande espaço que o trabalho e a carreira ocupam na vida do indivíduo, podendo ocorrer conflitos entre os interesses profissionais e pessoais do trabalhador. De acordo com De Cenzo e Robbins (2001), no que diz respeito ao desenvolvimento profissional, nessa fase da carreira o sujeito pode sofrer uma progressão, estagnação ou deterioração.

Esses três fatores não devem ser correlacionados somente com nível de competência e nem descartar pessoas de forma leviana, pois pondera-se que, na área da enfermagem e nesta fase, predominam profissionais com grande experiência, tecnicamente competentes, eficientes e confiáveis, que por sua plenitude profissional têm total domínio de suas habilidades e destrezas. Conquanto inertes, contribuem prioritariamente com o volume de trabalho e energia para cumprir uma determinada tarefa. Já a deterioração da carreira ocorre quando o funcionário perde o interesse pelo trabalho, o que ocasiona queda de sua produtividade e resulta em rebaixamento, repreensão ou mesmo demissão.

No presente estudo, 579 trabalhadores se encontravam na fase da maturidade profissional (27,1%) e que deveria ser a fase do auge do reconhecimento profissional. No caso dos auxiliares e técnicos de enfermagem, muitos conciliam, em paralelo, as atividades laborais com a realização de curso superior na perspectiva de ascensão na carreira.

Não obstante as características pessoais, as fases de estagnação e deterioração profissional não devem ser desvinculadas do propósito da instituição, como forma de potencializar estas características e abafar o crescimento profissional de diversas pessoas. A organização aplica recursos como a manipulação da intimidação para defender seus interesses socioeconômicos. O estímulo de

comportamentos que condicionam a regras e padrões da cultura organizacional, acomodando os trabalhadores em seus contextos, pode ser justificativa da estagnação e deterioração profissional. As práticas desse universo desenvolvem-se diante de novas ferramentas de gestão. Guiadas pela necessidade constante de aumento da produtividade e geração de lucros, o isolamento e a exclusão daqueles que se constituem como obstáculos para alcance dos fins, serão oprimidos mediante a pressão institucionalizada, grande parte das vezes, pautadas no silêncio.

Para Antunes (2018, p. 44) “... essa lógica que estamos descrevendo é fortemente destrutiva em relação ao mundo do trabalho, a contrapartida esparramada pelo ideário empresarial tem de ser amenizada e humanizada”. Segundo este autor, um novo dicionário laboral ressignifica o conteúdo autêntico das palavras, deturpando-as no cotidiano do trabalho.

O Quadro 7 mostra várias palavras e seus significados baseados no estudo de Antunes (2018) e que foram reunidas no presente estudo como as mais significativas na forma de “Novo dicionário laboral” que mostra o *status quo* desejável nas equipes de enfermagem.

Quadro 7. Novo dicionário laboral

Palavras	Significado*
Agilidade	Característica, particularidade ou estado de ágil; presteza ou ligeireza.
Colaborador	Que ou aquele que colabora, que ajuda outro em suas funções.
Colaborativo	Que envolve ou contém colaboração, auxílio, ajuda; cooperativo. Produzido em conjunto com outras pessoas; desenvolvido com a contribuição de: meu trabalho é super colaborativo, feito com o intuito de facilitar a vida de milhões de pessoas.
Desempenho	Modo com alguém ou alguma coisa se comporta tendo em conta sua eficiência, seu rendimento.
Disponível	Que se encontra ao dispor, à disposição (condição física ou espiritual: tinha boa disposição para o trabalho.) Tendência natural que leva alguém a fazer alguma coisa. (boa condição mental ou física) Desimpedido; que não está impedido; que está desocupado.
Eficiência	Capacidade de realizar tarefas ou trabalhos de modo eficaz e com o mínimo de desperdício; produtividade. Tendência ou aptidão para ser efetivo; capacidade de realizar ou desenvolver alguma coisa demonstrando eficácia; efetividade.
Empoderamento	Ação de se tornar poderoso, de passar a possuir poder, autoridade, domínio sobre. Ação ou efeito de empoderar, de obter poder.
Flexibilidade	Flexibilidade é a característica do que é flexível, ou seja, aquilo que consegue se dobrar com facilidade; maleável. No sentido figurado da palavra, a flexibilidade de um indivíduo é a qualidade de compreender, aceitar ou assumir as opiniões, ideias ou pensamentos de outras pessoas. Normalmente, as pessoas flexíveis são consideradas dóceis e diplomáticas. A capacidade de um indivíduo conseguir realizar várias atividades ou ocupações ao mesmo tempo, pode ser considerada um tipo de flexibilidade.
Governabilidade	Característica daquilo que é governável. Circunstância que denota estabilidade social, financeira, política e possibilita ao poder executivo exercer suas funções para governar de forma estável.
Meta	Aquilo que se pretende alcançar; objetivo, finalidade. Finalização de alguma coisa; termo, limite: a meta já foi entregue
Sinergia	Ação simultânea; esforço coletivo; cooperação
Parceiro	Pessoa com quem se faz par, com quem se tem uma parceria; parilha. Indivíduo com quem se tem uma parceria, que se está associado num jogo, divertimento, empresa etc. Associado em geral; companheiro. Aquele com quem se tem uma relação próxima; amigo.
Performance	Modo como alguém se comporta ou atua na execução de alguma coisa
Protagonismo	Qualidade da pessoa que se destaca em qualquer situação, acontecimento, exercendo o papel mais importante dentre os demais
Resiliência	Propriedade dos corpos que voltam à sua forma original, depois de terem sofrido deformação ou choque. Figurado. Capacidade de quem se adapta às intempéries, às alterações ou aos infortúnios. Figurado. Tendência natural para se recuperar ou superar com facilidade os problemas que aparecem. Física. Característica mecânica que define a resistência dos choques de materiais.
Sustentabilidade	Conceito que, relacionando aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais, busca suprir as necessidades do presente sem afetar as gerações futuras. Qualidade ou propriedade do que é sustentável, do que é necessário à conservação da vida.
Vestir a camisa	Se dedicar a algo (sobretudo com relação ao trabalho); colocar seu coração e todo seu esforço em algo ou alguém.

Fonte: * Ferreira (2000)

Testemunha-se, desta forma, alargamentos da precarização, informalidade, subemprego, desemprego, trabalhadores intermitentes, eliminação de postos de trabalho e subsequente em pessoas que trabalham com os direitos preservados. Para Antunes (2018, p. 44):

“Quando entram em cena os enxugamentos, as reestruturações, as inovações tecnológicas da indústria 4.0, enfim, as reorganizações comandadas pelos que fazem a gestão de pessoas e pelos que formulam as tecnologias do capital, o que temos é para tentar amenizar esse flagelo, propaga-se em todo canto um novo subterfúgio: o empreendedorismo, no qual todas as esperanças são apostadas e cujo desfecho nunca se sabe qual será.”

Para adaptação à cultura organizacional e/ou ideologia da instituição, os profissionais são direcionados a imposições de horários infundáveis, ritmos acelerados de trabalho, formação, informação, aprendizagem, nível de instrução e diploma, experiência, rapidez, aquisição de conhecimentos teóricos e práticos. Para tais fins, o medo da incompetência, a pressão para trabalhar mal, não ter esperança em ser reconhecido, são os meios utilizados pelas gestões modernas. (Dejours, 2012)

Na DUDH (AGNU, 1948) lê-se:

Art. XII Ninguém será sujeito à interferência em sua vida privada, em sua família, em seu lar ou em sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

Art. XIX Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

De acordo com o CEPE (2017), porém, é proibido aos profissionais de enfermagem:

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações

da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

O quarto ciclo engloba pessoas entre 46 e 60 anos e denota a desaceleração profissional. A busca em se manter nas atividades, trabalhos e empregos que assegurem a aposentadoria, comodidade e segurança pessoal trazem tímidas mudanças nessa fase, por exemplo, a realização de Pós-Doutorado, ou mesmo de uma Pós-Graduação. No caso dos técnicos, a possibilidade de uma nova inserção profissional, muitas vezes, na própria área da saúde ou fora dela. Consequente é o quinto ciclo, o da aposentadoria, com pessoas acima de 61 anos que já se retiraram do mercado de trabalho, parcial ou totalmente, ou estão se preparando para sair.

No presente estudo, 13,6% que corresponde a 291 profissionais com idade ≥ 50 anos, encontra-se entre esses dois períodos. Considerando que o envelhecimento é um fenômeno natural e faz parte do curso da vida, a qualidade do envelhecer se relaciona com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, bem como com o estilo de vida conferido a cada um. (Brêtas, Oliveira, 2000).

Em estudo que objetivou compreender os significados que os trabalhadores da enfermagem atribuem ao próprio processo de envelhecimento no mercado de trabalho, um dos achados mostra a transferência do trabalhador de enfermagem para setores de menor complexidade, a partir do momento em que envelhecem e/ou adoecem. Este redirecionamento, apesar de “poupar” o trabalhador de desgastes físicos que ao invés de prevenidos na maioria das vezes já foram estabelecidos, a mudança de local de trabalho ou função pode causar a sensação de desvalorização do trabalho, ou seja, um desgaste psíquico. (Rodrigues, Bretas, 2015)

O envelhecimento saudável no trabalho da enfermagem e o preparo para trabalhar com pessoas que precocemente estão envelhecendo por causa das cargas físicas e psíquicas, passa a ser um desafio para a categoria e as gestões institucionais. Segundo Rodrigues e Brêtas (2015):

“...é árdua a tarefa de formular proposições que impliquem real melhoria da condição dos trabalhadores. No tocante aos da saúde, a preocupação deve ser focada nas relações e condições de trabalho em si, pois impactam tanto no viver, no adoecer, no envelhecer e no morrer dos trabalhadores como na qualidade do serviço prestado.”

Em estudo que avaliou a prevalência da síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público universitário e sua associação com as variáveis sociodemográficas, França et al. (2012) verificaram ligação significativa entre o estado civil e a dimensão de desgaste emocional. A maioria dos sujeitos com pontuações elevadas nessa dimensão, viviam sem companheiro. Ter um relacionamento afetivo estável pode influenciar como uma variável protetora para uma menor propensão ao *burnout*. Ao associar a maternidade/paternidade, os autores verificaram que a condição de possuir filhos atenua o desgaste emocional e, estas pessoas apresentam menores taxas de *burnout* quando comparadas aos trabalhadores sem filhos.

Quanto ao estado conjugal na presente pesquisa, observa-se que: 49,8% eram casados(as) e 32,8% solteiros(as); 40,7% informaram não ter filhos e 49,6% referiram ter 1 ou 2 filhos.

Os dados obtidos por aplicação do QAN-R mostram que a desqualificação pessoal e profissional apresentou valor médio mais elevado apontado pelos participantes do presente estudo, seguido do assédio relacionado com o trabalho e o assédio pessoal. A intimidação física mostrou um valor médio mais baixo.

A violência no trabalho reponta sob profusas conformações, contornos sutis confundem atos mal-intencionados e perversos. No ambiente de trabalho é imposto, de forma tênue, nas relações reguladas por individualidades, competição, consumismos, sem respeito ou reconhecimento ao próximo. Para Barreto e Heloani (2015b, p. 546): “... se na aparência parecem distintas, na essência nos falam do mesmo fenômeno: da relação antagônica entre capital e trabalho”.

A dimensão relacionada com a desqualificação pessoal e profissional registradas neste estudo, pôde ser revelada por meio de afirmações mais apontadas como opiniões e pontos de vista ignorados. Ser obrigado a executar trabalho abaixo de seu nível de competência mostra a necessidade de manifestar que o reconhecimento não deveria ser uma reivindicação secundária dos que trabalham. O nexo de causalidade para que os trabalhadores identifiquem, se a ocorrência das falhas na assistência é ocasionada por falta de competência e qualificação, ou lapsos nos processos de trabalho e sistema, não é explicada para os trabalhadores. A esta incerteza, somam-se sentimentos de angústia e sofrimento, perpetuados pelo medo de ser incompetente, de não estar à altura de suas obrigações ou de se mostrar

incapaz de defrontar, convenientemente, situações incomuns ou incertas que, precisamente, exigem responsabilidade. O reconhecimento do trabalho é reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade, além da motivação para o trabalho e a qualidade deste, quando reconhecida, traduz sentimento de alívio, de prazer, ou até de elevação. (Dejours, 2012)

Diante do exposto, como motivar alguém para o trabalho, quando se ignora opiniões e pontos de vista, e obriga-se o trabalhador a executar tarefa abaixo do nível de competência com o objetivo de desqualificá-lo?

Quanto à dimensão assédio relacionado ao trabalho, mediante apontamentos relacionados com a exposição a uma carga de trabalho e supervisão excessivas, ao comparar os resultados referentes a pesquisa realizada no Estado de São Paulo, observa-se que, estar exposto ao risco de agressão, ao excesso de tarefas e à falta de estrutura apropriada para realização das atividades, justificou a insegurança e o desgaste no trabalho, referidos por 64% dos trabalhadores (Machado et al., 2016b). Desta forma, fica evidente que as condições de trabalho desfavoráveis representam fontes potenciais de sofrimento e adoecimento dos profissionais de enfermagem, e remetem a situações de violência, incluindo a violência institucional, preocupante e presente em determinados ambientes de cuidados em saúde (Santos et al., 2011).

Para Mendes (apud Souza, 2016):

“A lógica de funcionamento da estrutura hospital como núcleo em rede, o enxugamento das estruturas visando à eficiência, o uso da pressão da demanda de atendimento sobre os empregados, formas sofisticadas e, muitas vezes, subjetivas de controle e vigilância. Em outras palavras, princípio com *just in time*, *lean production* (produção com menor número de trabalhadores e racionalização de custos), programas de qualidade total e *teamwork* (equipes de trabalho) são fatores de uma lógica extintora do tempo ocioso no trabalho; sob essa ótica, a porosidade no trabalho deve ser eliminada. Em síntese, esse novo regime de mobilização da força de trabalho, no contexto da Enfermagem, significa novos parâmetros impositivos para os trabalhadores submetidos à pressão objetiva da demanda e à subjetiva de responsabilidade do cuidado.”

Nesta mesma dimensão, ao pressionar para não reclamar um direito, pode-se inferir a representação de um contorno sutil da violência, impregnada no ambiente de trabalho sob a forma de intolerância?

Segundo Barreto e Heloani (2015b, p.546):

“O mais importante é ultrapassar a meta e dar produtividade, não importa como, ou melhor: não se tolera os improdutivos, independentemente das causas. Não se tolera os críticos das jornadas extenuantes. Não se admite que adoçam. Os dirigentes sindicais e até os filiados são recusados ou mesmo negados como categoria. São novos tempos que impõem mudanças de comportamento, mentalidade e cultura. Entretanto, uma hierarquia rígida, mesmo que travestida de autonomia subsiste.”

Na DUDH (AGNU, 1948) lê-se:

Art. XII Ninguém será sujeito à interferência em sua vida privada, em sua família, em seu lar ou em sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

Art. XIX Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

Art. XX

1. Todo ser humano tem direito à liberdade de reunião e associação pacífica.

4. Todo ser humano tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para proteção de seus interesses.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017) lê-se:

É direito: Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Para Morin (2011), as mudanças da reestruturação pós-fordista pactuam com práticas intransigentes, modeladoras de novas posturas, condutas e valores. Mediados pelo estímulo da competição e indiferença ao sofrimento do outro (intolerância), o trabalhador atual torna-se, então, fragmentado. Surgem, desta forma, colaboradores resilientes, empreendedores, sustentáveis e eticamente corporativos.

Segundo Mendes (apud Souza, 2016), defronta-se um choque, quando comparada a dinâmica que prevê a intensificação do trabalho, reduzindo as porosidades, com diminuição de custos, gerando o máximo de resultados, quando relacionados com o trabalho dos profissionais da enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) na mensuração de seus rendimentos. Aplica-se a este confronto a

justificativa de que, mesmo que sejam quantificados atendimentos, internações, procedimentos, os mesmos números colocados em contextos peculiares, apresentam diferenças consideráveis e imensuráveis de trabalhos dispendidos (Souza, 2016).

Na dimensão assédio pessoal, os itens com maior apontamento foram gritos ou agressividade gratuita e humilhação ou ridicularização com relação ao trabalho. Neste contexto, o CEPE cita nos Artigos 4º e 24º:

É direito: Art. 4 Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

É dever: Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Em investigação transversal das situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros em seu ambiente de trabalho, realizada com 259 enfermeiros que trabalhavam em unidades básicas de saúde e hospitais da rede pública de João Pessoa, as agressões sofridas no trabalho, a categoria de violência verbal foi a mais apontada pela amostra estudada (32,76%). (Cahú et al., 2014) Neste mesmo estudo, Cahú et al (2014) referem que as deteriorações propositais das condições de trabalho, são constatadas pela manipulação do agressor na equipe de trabalho, para assumir posicionamentos contrários aos interesses da vítima, bloqueando o crescimento profissional e tendo como apontamentos a crítica com relação ao trabalho da vítima, de forma injusta e exagerada (47,41%); insinuar maldades e calúnias (40,52%) e publicamente falar mal do trabalhador (31,03%).

Ao considerar que uma compreensão comum dos documentos apresentados na relação entre a DUDH (AGNU, 1948) e o CEPE (COFEN, 2017), o tangenciar da liberdade pessoal e profissional é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso, é necessário e urgente que os trabalhadores (meios) e instituições (fins) deem mais atenção aos processos de adoecimentos físicos e psíquicos que estão ruindo os ambientes de trabalho dos profissionais, por meio de atos negativos que corroboram com a violência no cotidiano da enfermagem.

São necessários esforços específicos por meio do ensino e da educação para a formação de profissionais, e educação continuada dos trabalhadores, a fim de promover o respeito e designar a importância dos direitos discutidos. Urge evidenciar

o reconhecimento da classe trabalhadora da enfermagem que é composta por profissionais responsáveis pelo cuidado à população brasileira.

11 CONCLUSÃO

“Um homem só tem o direito de olhar um outro de cima para baixo,
para ajudá-lo a levantar-se; não para constrangê-lo ou humilhar”
(Garcia Marquez)

11 CONCLUSÃO

O objetivo principal deste estudo foi discutir a violência no ambiente de trabalho da enfermagem. Determinantes como risco psicossocial, atos negativos e as variáveis associadas à percepção da violência no trabalho foram os alicerces desta discussão.

A desqualificação pessoal e profissional foram as dimensões que apresentaram a maior média de pontuação seguida respectivamente pelo assédio relacionado ao trabalho, assédio pessoal e intimidação física. Os atos negativos evidenciados nos cotidianos dos profissionais da enfermagem, foram em ordem decrescente de pontuação: exposição a uma carga de trabalho excessiva; opiniões e pontos de vista ignorados; gritos ou agressividade gratuita; supervisão excessiva do trabalho; humilhação ou ridicularização em relação ao trabalho; boatos ou rumores sobre o trabalhador, pressão para não reclamar um direito e ser obrigado a executar trabalho abaixo do nível de competência obtiveram a mesma pontuação; e com menor apontamento a intimidação física.

Quanto a caracterização da população estudada houve predominância entre as pessoas do sexo feminino, com média de idade de 38,1 anos, casados, com um ou dois filhos. Ao histórico funcional a maioria eram enfermeiros, ativos na profissão em tempo médio de trabalho de 11,7 anos. Prevaleram os trabalhadores do setor público seguidos do privado, na área hospitalar. Em relação ao turno, o período de trabalho foi eminentemente diurno. Vale uma ressalva ao número considerável de profissionais que trabalham em ambos os períodos, ou seja, possuem duplo vínculo empregatício.

Em relação à percepção da violência no trabalho mediada pelos atos negativos do elencadas no QAN-R foram utilizadas três referências quanto a classificação desta percepção resultando em prevalência da violência no dia a dia destes trabalhadores. Conforme critérios de Leymann (1996) que dispõe a percepção em duas variáveis, 96,3% dos participantes informam ter sofrido algum tipo de violência. Para Notelaers & Einarsen (2012), esta percepção é ordenada em três sendo que, 35,4% e 23,7% informam respectivamente exposição ocasional e

frequente o que converge em 59,1% de exposição. Por fim, para NIELSEN et al., (2012), 59,1% dos entrevistados relatam exposição a violência.

Ao considerar a saúde como um processo em permanente e frágil construção, mediante um universo de intermináveis possibilidades do organismo frente às mais diversas situações que o ambiente coloca Canguilhem (2009, p. 78) cita: "... uma margem de tolerância às infidelidades do meio". A percepção da hostilidade, representada por meio de atos negativos, deve proporcionar alerta direcionado para tomada de decisão por parte da organização de saúde a práticas da prevenção de ambientes insalubres, do ponto de vista de risco psicossocial.

O caráter multifacetado e multicausal das questões ligadas à violência, forja-se no disfarce da exploração do trabalho, e tangencia a organização, caracterização e condições de trabalho, às oportunidades de desenvolvimento que estes permitem, ao balanço entre trabalho e vida fora dele, ao envelhecimento da população ativa e à precarização e insegurança no emprego. A este contexto inserem-se, então, os riscos psicossociais, o aumento da incidência de problemas físicos e psíquicos. (OSHA, 2016; Notelaers, De Witte, Einarsen, 2010).

A enfermagem insere-se no contexto da nova morfologia do trabalho, desenhada pela dupla face como escolha do indivíduo. Por um lado, os que estão empregados, vivenciam a corrosão dos seus direitos sociais pelas ascensões do trabalho informal, intermitente, precarizado e flexível. Estes devem ter disponibilidade perpétua aos olhares invisíveis no ambiente de trabalho que empodera e, por outro lado, o desemprego.

Para Antunes (2018), toda essa arruinação e a servidão são colocadas como privilégio. O autor problematiza o labor como:

"Por que o labor humano tem sido, predominantemente, espaço de sujeição, sofrimento, desumanização e precarização, numa era em que muitos imaginavam uma proximidade celestial? E mais: por que, apesar de tudo isso, o trabalho carrega consigo coágulos de sociabilidade, tece laços de solidariedade, oferece impulsão para a rebeldia e anseio para emancipação?"

Em regresso às considerações iniciais, nas justificativas do presente trabalho, ao triangular as questões da violência com a saúde do trabalhador e a repercussão do cuidado ao usuário, as formas incoerentes nesta relação ocorrem por meios em

que o trabalhador seja emancipado em suas ações, embora que alienado; humanizado, porém obediente; libertado apesar de escravizado.

Ao sobrepor o cenário acima com os preceitos do código de ética que designa, ao exercício profissional, a fundamentação no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas, e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar, é fundamental e urgente, considerar a saúde destes trabalhadores no tocante a globalidade dos riscos profissionais.

Segundo o Código de Ética dos profissionais da enfermagem, estes atuam com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científicos e teórico-filosóficos; exercem suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética.

A participação ativa dos profissionais como integrantes da equipe de enfermagem e de saúde tem relevante importância na defesa das Políticas Públicas, que garantam: a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Torna-se difícil encontrar um espaço para estes trabalhadores, ao estear suas práticas nas relações pautadas em ambientes hostilizados, degradados e expostos a riscos psicossociais.

A violência no trabalho é amoldada sempre sob condições relacionais de alguém ou de um grupo e dirigida a outra pessoa. Neste sentido, é imperioso que as organizações oportunizem maiores espaços de discussão, escuta e atenção, no que refere aos fenômenos violentos, sejam eles explícitos ou sutis.

Articular ações que visem a prevenção mediante orientação, informação e acolhimentos são estratégias necessárias para prevenção e combate dos contornos que a violência cinge na vida do trabalhador, e na repercussão ao cuidado em saúde. Também é pauta para uma forma de violência, a autoagressão e o suicídio.

Não se discute neste estudo, o suicídio que se tornou uma questão de saúde pública em razão de sua crescente prevalência. Há de se considerar, um silêncio

maior do que a violência evidenciada nesta pesquisa. Este é obscuro e inoculado, o que traduz em subnotificações e perdas. Muitas perdas.

Confrontar e pensar criticamente, de como os atos negativos considerados destruidores podem levar ao risco de um trabalhador se suicidar, é uma questão não somente de saúde pública, mas de todos os envolvidos no trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que a dignidade do ser humano, defendida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, ultrapassa as metas estabelecidas pelo capitalismo e que deve ser direcionado, impreterível, nas relações humanas.

A guisa de encerramento, é necessário apresentar as limitações do estudo. A limitação é definida como “ato ou efeito de limitar, de determinar limites; fixação; demarcação de fronteiras, limites; [figurado] ausência de perfeição; insuficiência”. (Ferreira, 2000) Embora para alguns pesquisadores, expressar-se sobre os estreitamentos de um estudo possa parecer condicionamento de fragilidade, vários elementos sugerem a importância de revelar tais limitações como: apresentar explicações alternativas dos resultados, discutir as possibilidades reais de generalização e validade, permitir e sugerir o desenvolvimento de outros estudos a fim de favorecer maior alcance, entendimento e/ou confirmação do fato estudado. O reconhecimento das limitações, sugerem validade, rigor e seriedade com relação ao estudo e ao pesquisador.

Ao entender que, no presente estudo, se discute a violência na enfermagem, diante caracterização dos profissionais do Estado de São Paulo que continham *e-mail* válido, em cadastro do COREN-SP, e por meio do QAN-R, quanto as limitações, considera-se que não é possível abranger em completude o tema da violência, uma vez que o foco principal da pesquisa não contemplou a violência proveniente dos usuários do sistema.

Considera-se, destarte, que este estudo possa ser replicado a esta frente de violência, proveniente dos usuários do sistema de saúde e suas características, assim como as estratégias propostas na prevenção e conscientização da população dos efeitos da violência no trabalho em saúde.

O estudo foi realizado no Estado de SP, sendo possível se estender às demais regiões brasileiras ou mesmo, atingir um caráter nacional a fim de verificar a existência do mesmo padrão de resultados.

Ellen Maria Hagopian

Certamente, a amplitude do conhecimento acerca de todas as circunstâncias que envolvem a violência na enfermagem que contemplam inclusive, maior espaço geográfico, enfatizará, como “moeda de troca”, a importância do trabalho destes profissionais e o quanto os atos que se contrapõem à dignidade humana, impactam em suas vidas pessoais, profissionais e reverberam no próprio usuário do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Agudelo SF. La Violencia: Un Problema de Salud Pública que se Agrava En La Región. Boletín Epidemiológico de La OPS. 1990.(11):01-07. p.01-02.
- Almeida FN, Juca V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência Saúde Col.* 2002;7(4):879-89.
- Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986. 2ª edição. 128 págs.
- Almeida MGB. A violência na sociedade contemporânea. EDIPUCRS. 2010. 162 págs.
- Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. 11.
- Alves G. A Vingança de Kant, ou, por que o assédio moral tornou-se a Peste Negra do século XXI. [internet] 2015. Available from: <http://www.grabois.org.br/portal/artigos/135648/2015-04-15/a-vinganca-de-kant-ou-porque-o-assedio-moral-tornou-se-a-peste-negra-do-seculo-xxi>. Acesso em 02 de maio de 2019.
- Amossy R, Burger M. Introduction: La Polémique Médiatisée. *Semen.* 2011;31(1):7-24.
- Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. 1ª edição. São Paulo: Bomtempo, 2018. 364 págs.
- Arendt HT. Vies politiques. Paris: Gallimard, 1974.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU). Declaração universal dos direitos humanos. Resol. 217 A (III). Paris. 1948. Resolução ONU nº 217-A de 10 de dezembro de 1948.
- Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). Enfermagem: técnica e científica, mas não humana e social? 2019. Available from: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/05/O-que-seria-da-Enfermagem.pdf> . Acesso em 22 de maio de 2019.
- Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT). Conheça 10 das atividades que englobam um risco maior à saúde do profissional. 2018. Available from: <https://www.anamt.org.br/portal/2018/07/07/conheca-as-10-das-profissoes-mais-perigosas-do-mundo>. Acessado em 20/03/2018
- Baggio MA, Formaggio FM. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuido de si. *Cogitare Enferm.* 2008;13(1):67-74.
- Baierl LF, Almendra CAC. A dinâmica perversa do medo e da violência urbana. *Soc Socied.* São Paulo, 2002;23(70):59-74.

- Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 5ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC. 2002. 340 págs.
- Barreto MMS, Heloani R. Assédio moral nas relações sociais no âmbito das instituições públicas. In: Gediel JAP. Estado, poder e assédio: relações de trabalho na administração pública. Curitiba: Kairós Edições, 2015a. 249 págs.
- Barreto MMS, Heloani R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serv Soc Soc*. 2015b;123:544-61.
- Barreto MMS. Uma jornada de humilhações. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC. São Paulo, 2000. 273 págs.
- Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Tradução de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed. 2004. 256 págs.
- Bordignon M, Monteiro MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):939-42.
- Brasil. [Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em 02 de março 2019.
- Brasil. Ministério público do trabalho. Assédio sexual no trabalho: perguntas e respostas. Brasília. 2017. 24 págs.
- Brêtas ACP, Oliveira EM. Envelhecimento, saúde e trabalho: um estudo com aposentados e aposentadas. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2000;13(1):66-79.
- Cahú GRP, Costa SFG, Costa ICP, Batista PSS, Batista JBV. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(2):151-6.
- Canguilhem G. Meios e normas do homem no trabalho. *Proposições*, 2001. 12 (2/3): 109-121.
- Canguilhem G. O conhecimento da vida. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009.
- Car MR, Egry EY. Processo de trabalho da enfermagem na atenção ambulatorial ao adulto com hipertensão arterial: representações e contradições. *Rev Esc Enf USP, São Paulo* (SP) 1995;29(2):180-192.
- Caran VCS. Riscos psicossociais e assédio moral no contexto acadêmico. [dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto; 2007.

- Castellón D, María A. Hostigamento laboral: amenaza permanente para enfermería. *Enferm Global*. 2012;11(28):120-136.
- Castells, M. A Galáxia da internet: reflexões sobre a internet, negócios e a sociedade. 2005. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Cenzo DA, Robbins SP. Administração de recursos humanos. Tradução de Alfredo Barcellos Pinheiro de Lemos. 6ª. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2001.
- Chalil MK, Koikkara R, Obeid J, Greenstein JS, Sanderson IC, Fryar K, Moskowitz J, Gramopadhye JK, An investigation of the efficacy of electronic consenting interfaces of research permissions management system in a hospital setting, *International Journal of Medical Informatics*. 2013;82(9):854-63.
- Chappell D, Di Martino V. Violence at the work. *Asian-Pacific Newslet Occup Health Safety*. 1999;6(1);1-7.
- Chianca TCM, Antunes MJMA, organizadoras. Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS)
- Christ HD. Estudo de adaptação e fidedignidade do Questionário de Atos Negativos Revisado (QAN-R) para o português do Brasil [dissertação] Porto Alegre, 2011.
- Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução 567 de 2017.
- Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Perfil da Enfermagem no Brasil. *Enfermagem em foco*. 2016;7(ESP):1-86.
- Corrêa CR, Rodrigues CML. Depressão e trabalho: revisão da literatura nacional de 2010 e 2014. *Negócios em projeção*. 2017;8(1):65-74.
- Costa KS, Freitas GF de, Hagopian EM. Homens na enfermagem: formação acadêmica posterior à graduação e trajetória profissional. *Rev Enferm UFPE - on line*. Recife, 2017;11(3):1216-26.
- Costa IM, Santos M. Fatores psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. *Int J Work Cond*. 2013;5:39-58.
- Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 2009;18(4):661-9.
- Costa R, Padilha MI, Borenstein MS, Carvalho MAL. Florence Nightingale (1820-1910): As Bases da Enfermagem Moderna no Mundo. In: Padilha MI, Borenstein MS, Santos I. (Organizadores). *Enfermagem: História de uma profissão*. São Caetano do Sul: Difusão, 2011, págs. 183-217.

- D'Aubeterre IAA. Violencia social y discurso político presidencial venezolano: um estudio psicossocial. *Psicol Soc.* 2009;21(3):391-401.
- Dalmolin G L, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress?. *Rev Esc Enferm USP.* São Paulo. 2014;48(3):519-26.
- Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi – Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health 3.01, Module Sample size. Atlanta. 2013. Available from: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
- Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2012: 7ª edição. págs. 13-14.
- Devereux G. Normal and abnormal: the key problem of psychiatric anthropology. In: Bennt JW, Devereux G, Paul BD, Gladwin T (editors). Some uses of anthropology: theoretical and applied. Washington, D.C.: The Anthropological Society of Washington, 1971, págs. 23-49
- Dias EG. Assédio e sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem: uma revisão integrativa da bibliografia. *Rev Univ Vale do Rio Verde, Três Corações.* 2017;15(1):54-66.
- Dutra JS. Administração de carreiras: uma proposta para repensar a gestão de pessoas. São Paulo: Atlas, 1996.
- Einarsen S, Bjorn IR, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: an exploratory study. *Eur J Work Org Psychol.* 1994;4(4):381-401.
- Einarsen S, Hoel H, Notelaers G (2009) Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised, *Work & Stress.* 2009;23(1):24-44
- Einarsen S, Hoel, H. The Negative Acts Questionnaire: development, validation and revision of a measure of bullying at work. Paper presented at the 10th. European Congress on Work and Organizational Psychology, Prague. 2001.
- Faleiros F, Káppler C, Pontes FAR, Silva SSC, Goes FSN, Cucick CDC. O uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(4):e3880014
- Farrel GA, Shafiei T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey: the swab study. *Int Journal Nurs Stud.* 2012; 49(11):1423-31.
- Felli VEA, Costa TF, Baptista PCP, Guimarães ALO, Anginoni BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(Esp2):98-105.

- Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. Equipe Elza Tavares Ferreira, et al. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 2000.
- Fischer FM. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública. 2012;46(3):401-6.
- Freitas GF, Hagopian EM, Silva TA, Mattozinho FCB, Silva EC, Mecone MCC. Regulação do trabalho de enfermagem. In: Vale EG, Peruzzo AS, Felli VEA. Programa de atualização em enfermagem gestão – Proenf. Porto Alegre. Ciclo 5. 2015;(2):109-36.
- Fraga PD. Violência: Forma de dilaceramento do ser social. In: Serviço Social e Sociedade nº 70, Ano XXIII, São Paulo: Cortez, 2002.
- França FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. Acta Paulista Enferm. 2012;25(5).
- Gamarnikow E. Sexual division of labour: the case of nursing. In: Feminism and materialism. Londres, Rout Ledge & Regan Paul, 1978.
- Garcia TR, Nóbrega MML, organizadoras. Sistema de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa (PB): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. (Série Didática: Enfermagem no SUS)
- Gastaldo DM, Meyer D E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. Rev Bras Enferm. 1989;42(1-2-3-4).
- Godino MB, Barbato M, Ramos Laura, Otero M, Briozzo L. Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud. Rev Méd Uruguay, 2014;30(4):235-46.
- Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. 2011. 223 pags.
- Gomes CM. Violência no trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF. 2005.págs:241-271.
- Hagopian EM, Freitas GF, Baptista PCP. Assédio moral no trabalho em enfermagem. Rev Baiana Enferm. 2017;31(1).
- Hagopian EM, Freitas GF de. Moral harassment in the nurses' experiences: phenomenological perspective. J Nurs UFPE on line. 2019;13:e239781 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239781>
- Han BC. Psicopolítica. Herder, 2015a.
- Han BC. Sociedade do cansaço. Rio de Janeiro. Vozes, 2015b. 2 ed.

- Hashizume CM. Violência simbólica no trabalho: Considerações exploratórias sobre a nova ontologia do trabalhador na pós-modernidade. *Rev ambival*. 2014;2(4):137-50. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/Ambivalencias/article/view/3601/3080>. Acesso em: 30 de abril de 2019.
- Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, 2009;18(2):258-65.
- Hipocrates. The sacred disease. In: Kling L. B. (Org.). *A History of Medicine*. Middlesex: Penguin, 1971. p. 54–61.
- Isasi SM, García Zurita A, Felipez Agrelo IM, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enf Global*. 2015;14(3):219-2
- Junior EAS, Dias EC. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2004;2(1):36-54. Available from: <http://www.rbmt.org.br/how-to-cite/234/pt-BR>. Acesso em 20 de abril de 2019.
- Kortum E, Leka S. Tackling psychosocial risks and work-related stress in developing countries: the need for a multilevel intervention framework. *Int J Stress Manag*. 2014;21(1):7-26. Available form: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035033>. Acesso em 10 de abril de 2019.
- Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organ Psy*. 1996;5(2):165-84.
- Leymann H. The mobbing encyclopaedia. [internet] 1996. Disponível em: <http://www.leymann.se/english/frame.html>. Acesso em 05 de maio de 2019.
- Lima MA. Doença: um estudo filosófico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(2):119-20.
- Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Enfermagem em foco. [Internet]. 2016. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>. Acesso em 13 de janeiro de 2019.
- Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR, Junior PB, Justino E, Barbosa C. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enferm Foco*. 2016a;7(esp):63-76. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.695>. Acesso em 07 de março de 2019.
- Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. In: *Enferm Foco*. [Internet]. 2016b;7(esp):63-76 Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>. Acesso em 14 de janeiro de 2019.

- Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. Report Number. 2018. 7ªed. 103 págs.
- Marques D, Silva SI. Violência no trabalho: um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. *Rev. Psicol Org Trab.* 2017;17(4):226-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.4.13886>. Acesso em: 10 de maio de 2019.
- Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência e Saúde. Manguinhos.* 1998, 4(3):513-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>. Acesso em: 29 de abril de 2019.
- Morin E. Rumo ao abismo? Ensaio sobre o destino da humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
- Nielsen MB, Hetland J, Matthiesen SB, Einarsen S. Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. *Scand J Work Environ Health.* 2012;38(1):38-46.
- Notelaers G, Einarsen S. The world turns at 33 and 45: Defining simple cutoff scores for the Negative Acts Questionnaire–Revised in a representative sample. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 2012;22(6):670-82.
- Notelaers G, De Witte H, Einarsen S. A job characteristics approach to explain workplace bullying. *Eur J Work Org Psychol.* 2010;19:487-504.
- Occupational Safety and Health Administration - OSHA. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. Us: Department of Labor, 2016. Available from: <https://www.osha.gov/publications/osha3148.pdf>.
- Oguisso T. Florence Nightingale. In: Oguisso T. Trajetória histórica da enfermagem. São Paulo: Manole, 2014. 1ª edição. Págs. 57 -97.
- Oliveira LP, Camargo FC, Iwamoto HH. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. *REAS [internet]* 2013;2(2NEsp):46-56.
- Organização das Nações Unidas - ONU. (1945, 24 de outubro). Carta das Nações Unidas. Available from: <https://nacoesunidas.org/carta/>
- Organização Internacional do Trabalho - OIT (1984). Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: OIT.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. Relatório mundial sobre violência e saúde. Ginebra, 2002. 360 págs.
- Padilha MICS, Sobral VRS, Leite LMR, Peres MAA, Araújo AC. Enfermeira - A construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. *Rev Latino-Am Enferm.* 1997;(5)4:25-33.

- Pagés M, Bonetti M, Gaulejac V, Descendre D. O poder das organizações. São Paulo: Editora Atlas, 2005.
- Pai DD, Lautert LS, Sônia BC, Marziale MPI, Tavares JP. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(3):457-464.
- Passetti E. Cartografia de violências. *Serv Soc Societ*. 2002;23(70):5-43.
- Pedro DRC, Silva GKT, Lopes APAT, Oliveira JLC, Tonini NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. *Saúde em debat*. 2017;41(113):618-629.
- Peduzzi M, Anselmi ML. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. *Rev Bras Enferm*. Brasília (DF). 2004; 57(4):425-9.
- Piva PJL. Elogio à masturbação: materialismo e saúde em Diderot. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*. 2018;2(33):65-78.
- Prochnow A, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Beck CLC, Lima SBS, Greco PBT. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(6):1298-305.
- Rocha Z. Paixão, violência e solidão: O Drama de Abelardo e Heloisa no Contexto Cultural do Século XII. Editora Universitária UFPE. Recife. 1996, 436 págs.
- Rodrigues MR, Brêtas ACP. At Work from the Perspective of Workers in the Area of Nursing. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(2):343-60.
- Rowbotham M, Astin J, Greene J, Cummings SR. Interactive Informed Consent: Randomized Comparison with Paper Consents. *Plos one*. 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0058603>. Acesso em 26 de fevereiro de 2019.
- Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Os enfoques quantitativo e qualitativo na pesquisa científica. In: Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia e pesquisa*. 5ªed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- Santos AMR, Soares JCN, Nogueira LF, Araújo NA, Mesquita GV, Leal CFS. Institutional violence: routine experiences of the nursing team. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):84-90.
- Santos AT, Santos HS, Silva MN, Coelho ACC, Pires CGS, Melo CMM. Job insecurity among nurses, nursing technicians and nursing aides in public hospitals. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [internet]. 2018; [citado em 19 de abril de 2019] 52: e03411. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050503411>.
- Santos JVT. A violência como dispositivo de excesso de poder. *Sociedade e Estado*. Brasília. 1996;10(2):281-98.

- Schein EH. Career anchors revised: implications for career development in the 21st century. The academy of management executive. Briarcliff Manor, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.5465/ame.1996.3145321>
- Schreiber FCC, Antunes MC. Cyberbullying: do virtual ao psicológico. Boletim - Acad Paul Psicol. 2015;35(88):109-25.
- Scliar M. História do conceito saúde. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva. 2007;(17)1:29-41.
- Silva MP. O pensamento de Maquiavel em “Vingadores: Guerra Infinita”. Rev Proj Dir Soc 2018;9(1):103-18.
- Silva NM, Muniz HP. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. Rev Est Pesq Psicol. 2011;(3):821-40.
- Silva RM, Beck CLC, Prestes FC, Cigana FA, Trindade ML, Santos IG. Sonolência diurna excessiva e os danos à saúde em trabalhadores de enfermagem de clínica cirúrgica. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0455>
- Silva SM, Baptista PCP. The failure experienced by nursing workers on return to work. Cienc Cuid Saude. 2013;12(3):524-530.
- Silveira J, Karino ME, Martins JT, Galdin MJQ, Trevisan GS. Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem. J Nurs Health. 2016;6(3):436-46.
- Smith PK. Bullying: recent developments. Child Adolescent Mental Health. 2004; 9(3):98-103.
- Souza HS. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tencionado. In: Trabalho & Saúde no Capitalismo Contemporâneo. Enfermagem em Foco. Souza HS, Mendes A (organizadores).DOC SABERES. 2016. 1ª ed. Págs. 87-111.
- Souza HS, Mendes A. Trabalho e Saúde. No capitalismo contemporâneo. Enfermagem em Foco. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016. 111 págs.
- Souza ED, Ribeiro AP, Valadares FC, Silva JG, Luz ES et al. Violência: orientação para os profissionais da atenção básica de saúde. Toledo LM, Sabroza PC (organizadores). Caderno n.3. ENSP/FIOCRUZ. 2013. 36 págs.
- Super DE. Psicologia ocupacional. Tradução de Esdras do Nascimento e Jair Ferreira dos Santos. São Paulo: Atlas, 1975.
- Trezza MCAF, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. Rev Bras Enferm. 2008;61(6):904-8.

Vasconcellos IRR, Abreu AMM, Maia EL. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):167-75.

Vasconcelos EF, Palmiere JAF, Araujo KA. Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: organizações que emancipam ou que matam. *Psicol Teor Prát.* 2019;21(1):236-41.

World Health Organization - WHO. Psychological Harassment at Work. Geneva. [internet] 2003 Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4e.pdf. Acesso em 30 de abril de 2019.

Zaluar AM. Violência e crime. In: Miceli S, (organizador). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Editora Sumaré/Anpocs, 1999;1(15-107).

Zanetti R. Assédio moral no trabalho. [Internet]. 2012 Available from: http://www.robsonzanetti.com.br/v3/docs/livro_robson_zanetti_assedio_moral.pdf.

Páginas da WEB consultadas:

<https://www.anamt.org.br/portal/2018/06/07/conheca-as-10-das-profissoes-mais-perigosas-do-mundo>

<https://portal.coren-sp.gov.br/sobre-o-coren-sp/missao-visao-de-futuro-e-atributos>

<https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>

<https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.html

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Item 1. Registro dos esclarecimentos do pesquisador aos participantes da pesquisa.

Convidamos o(a) Sr(a). para participar da pesquisa intitulada “Violência na enfermagem: abordagem quantitativa”, desenvolvida pela Sra. Ellen Maria Hagopian, doutoranda em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas. Essa pesquisa se justifica pela necessidade de propiciar maior visibilidade ao tema para que as estratégias de comunicação sobre a violência laboral contra comportamentos negativos no ambiente de trabalho sejam viabilizadas desde a sua formação até ao processo operacional e gerenciamento da categoria.

Tem por objetivos: discutir a violência no ambiente de trabalho da enfermagem, caracterizar a equipe de enfermagem com relação às variáveis biosociodemográficas, identificar os atos negativos que ocorrem no ambiente de trabalho da enfermagem.

A sua participação na pesquisa é livre e voluntária. O(A) Sr(a). pode ainda se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma.

Para tanto, a pesquisa será realizada pelo método quantitativo para profissionais auxiliares, técnicos e enfermeiros em que será aplicado um questionário individual via online a ser preenchido conforme disponibilidade do profissional. O tempo aproximado para responder o questionário são 10 minutos.

O conteúdo dos resultados, serão utilizados apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Desconfortos e riscos decorrentes do estudo poderão ocorrer, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, desconfortos poderão ser desencadeados mediante ao compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. Neste caso, se houver alguma questão que o entrevistado não queira responder, poderá se recusar.

Ellen Maria Hagopian

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

Meu e-mail para contato é ellen_hagopian@yahoo.com.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira Cesar - CEP: 05403-000 - São Paulo - SP - Telefone: (11) 3061-8858 - e-mail: cepee@usp.br.**

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito o seu aceite no final deste termo para assim, prosseguir com o preenchimento da pesquisa. Para manter uma cópia do termo de consentimento é necessário que copie este arquivo ou link para guarda no computador ou impressão.

Declaro que fui suficientemente informado (a) do caráter científico deste trabalho e ficaram claros para mim quais são os objetivos e finalidade do estudo, entendendo que as informações serão confidenciais e que não haverá identificação nominal. A qualquer momento poderei ter conhecimento dos resultados parciais ou final desta pesquisa entrando em contato com os pesquisadores via telefone ou e-mail descrito neste documento. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa e estou ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento do estudo sem qualquer prejuízo.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Aceite do termo

☐ Li e entendi o termo e desejo continuar a pesquisa.

APÊNDICE B

Questionário de dados sócio-demográficos

- 1- Qual a sua idade? (Responda apenas o número, em anos. Exemplo: 25, 32, 47)
- 2- Qual o seu sexo?
☐ masculino ☐ feminino
- 3- Qual o seu estado civil?
☐ casado(a) ☐ solteiro(a) ☐ divorciado(a) ☐ viúvo(a) ☐ outros
- 4- Quantos filhos você tem?
☐ não tenho filhos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais
- 5- Qual a sua profissão?
☐ auxiliar de enfermagem ☐ técnico(a) de enfermagem ☐ enfermeiro(a)
- 6- Qual das situações a seguir expressa melhor a sua situação na enfermagem nos últimos 12 meses?
☐ sou trabalhador(a) ativo na profissão
☐ sou trabalhador(a) ativo(a), mas atuo em outra área, fora da enfermagem
☐ estou desempregado(a)
☐ estou afastado(a) por motivo de doença, acidente ou incapacidade
☐ sou aposentado(a) por idade/tempo de serviço mas, ainda trabalho na enfermagem
☐ sou aposentado(a) por idade/tempo de serviço e não trabalho mais na área
☐ sou aposentado(a) por invalidez
- 7- Quanto tempo você está na profissão atual? (Responda apenas o número, em anos. Exemplo: 2, 7, 12)
- 8- Você trabalha em qual setor?
☐ privado

- ☐ público
- ☐ ambos os setores (público e privado)
- ☐ organização filantrópica
- ☐ ONGs
- ☐ profissional autônomo
- ☐ não ativo na profissão

9- Qual das situações a seguir expressa melhor a sua área de atuação na enfermagem nos últimos 12 meses?

- ☐ hospital
- ☐ posto de saúde, unidade básica de saúde, assistência médica ambulatorial (AMA)

ou assemelhados

- ☐ pronto socorro, unidade de pronto atendimento (UPA)
- ☐ casas de repouso ou assemelhados
- ☐ serviços de saúde do trabalhador
- ☐ programa de saúde da família (PSF)
- ☐ instituição de ensino
- ☐ representantes de materiais e/ou medicamentos
- ☐ outros
- ☐ não ativo na profissão

10- Qual o seu período de trabalho?

- ☐ diurno ☐ noturno ☐ ambos ☐ folguista ☐ não ativo na profissão

11- Você trabalha em mais de um emprego?

- ☐ sim ☐ não ☐ não estou ativo na profissão

APÊNDICE C

Etapas da modelagem de regressão logística múltipla para análise dos fatores associados à percepção de violência no trabalho

A modelagem múltipla da análise de regressão logística incluiu todas as variáveis que apresentaram valor do $p < 0,20$ na análise bivariada. As etapas da modelagem estão descritas a seguir e os resultados apresentados na Tabela A.

A análise foi iniciada no modelo 1 com a variável "Profissão". A variável foi transformada em variáveis *Dummy*, e a categoria "Enfermeiro" foi a referência.

No modelo 2 foi incluída a variável "tempo na profissão" com a categoria 0,5 a 4,9 como referência. Não houve alteração relevante nos parâmetros (OR, IC e p) da variável sexo. A categoria "10,0 a 14,9 anos" na profissão perdeu significância estatística. Não houve multicolinearidade entre as variáveis ($VIF=1,02$). A variável foi mantida da modelagem.

No modelo 3 foi incluída a variável "situação laboral". A categoria "Estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade" foi agrupada com a categoria "estou desempregado" em função do pequeno número de casos. A categoria "sou trabalhador ativo na profissão" foi a categoria de referência para a transformação em variáveis *Dummy*.

No modelo 4 foi incluída a variável "mais de um emprego", com a categoria "não" como referência. Não houve alteração relevante nos parâmetros (OR, IC e p) das demais variáveis. A categoria "15,0 a 19,9 anos" na variável "tempo na profissão" perdeu significância estatística. Não houve multicolinearidade entre as variáveis ($VIF=1,02$). A variável "mais de um emprego" foi mantida da modelagem.

No modelo 5 foi incluída a variável "período de trabalho", com a categoria "diurno" como referência. Não houve alteração relevante nos parâmetros (OR, IC e p) das demais variáveis. A categoria "15,0 a 19,9 anos" na variável "tempo na profissão" voltou a ter significância estatística. A variável "período de trabalho" foi mantida da modelagem.

No modelo 6 foi incluída a variável "setor de trabalho", com a categoria "público" como referência. Houve inversão da significância estatística desta variável, bem como da variável "mais de um emprego", e redução da significância do período de trabalho

"ambos". Isso se deu em função da associação entre o "setor de trabalho" e as variáveis "situação laboral" e "mais de um emprego" ($p < 0,001$). A variável foi retirada da modelagem.

No modelo 7 foi incluída a variável "sexo", com a categoria "masculino como referência". Não houve alteração relevante nos parâmetros (OR, IC e p) das demais variáveis. A categoria "15,0 a 19,9 anos" na variável "tempo na profissão" voltou a perder significância estatística (foi mantida na modelagem para observação do comportamento). Não houve multicolinearidade entre as variáveis ($VIF = 1,00$). A variável "sexo" foi mantida da modelagem. Como será apresentado adiante, este foi o modelo final.

No modelo 8 foi incluída a variável "área de atuação", com a categoria "hospital" como referência. Como somente a categoria "Pronto socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)" apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à categoria de referência, as demais situações foram agrupadas em uma categoria única como "demais". Não houve alteração relevante nos parâmetros (OR, IC e p) das demais variáveis, mas a área de atuação perdeu significância estatística ($p = 0,053$). Não houve multicolinearidade com as demais variáveis (VIF próximo a 1,00). A variável foi retirada da modelagem.

No modelo 9 foi incluída a variável "faixa etária", com a categoria "18 a 29,9 anos" como referência. Essa variável não tinha significância estatística na análise bivaria, mas a categoria mais velha ("50 e mais anos") adquiriu significância estatística. Também houve alteração dos parâmetros (OR, IC e p) da variável "tempo de profissão". Isso se deu em função da associação entre as duas variáveis ($p < 0,001$), com maiores proporções de trabalhadores mais velhos nas categorias de maior tempo de profissão. A variável PCR foi retirada da modelagem.

Desta forma, o modelo final foi o modelo 7, com as variáveis "profissão", "tempo na profissão (faixas de anos)", "situação laboral", "mais de um emprego", "período de trabalho" e "sexo". O teste de avaliação de resíduos de Pearson ($\chi^2 = 252,06$; $p = 0,523$) e o teste de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2 = 2,15$; $p = 0,976$) mostraram bom ajuste do modelo final.

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 1

Modelo	Variável	Categoria	OR _{95%(aj)}	IC _{95%} (OR _{aj})		P
				Inf.	Sup.	
1	Profissão	Enfermeiro (a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,67	0,55	0,81	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,66	0,52	0,84	0,001
2	Profissão	Enfermeiro (a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,66	0,54	0,81	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,66	0,52	0,84	0,001
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,41	1,09	1,82	0,009
		10,0 a 14,9	1,28	0,98	1,67	0,066
		15,0 a 19,9	1,38	1,02	1,86	0,035
		20,0 a 24,9	1,74	1,21	2,50	0,003
		25,0 e mais	0,91	0,65	1,27	0,573
3	Profissão	Enfermeiro(a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,65	0,53	0,80	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,65	0,51	0,84	0,001
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,43	1,10	1,84	0,007
		10,0 a 14,9	1,29	0,99	1,68	0,062
		15,0 a 19,9	1,37	1,02	1,85	0,037
		20,0 a 24,9	1,64	1,23	2,54	0,002
		25,0 e mais	1,00	0,69	1,43	0,984
	Situação laboral	Sou trabalhador(a) ativo(a) na profissão	1,00			
		Sou aposentado(a) por idade/tempo de serviço MAS AINDA TRABALHO na área	0,70	0,39	1,26	0,234
		Estou desempregado (a) ou estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	1,97	1,29	3,03	0,002
4	Profissão	Enfermeiro (a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,66	0,54	0,80	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,66	0,52	0,85	0,001
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,42	1,10	1,84	0,007
		10,0 a 14,9	1,26	0,97	1,65	0,085

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 1

	15,0 a 19,9	1,34	0,99	1,80	0,059
	20,0 a 24,9	1,67	1,15	2,40	0,006
	25,0 e mais	0,96	0,67	1,38	0,821
Situação laboral	Sou trabalhador (a) ativo (a) na profissão	1,00			
	Sou aposentado (a) por idade/tempo de serviço, MAS AINDA TRABALHO na área	0,72	0,40	1,31	0,280
	Estou desempregado (a) ou estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	0,01	1,31	3,09	0,001
Mais de um emprego	Não	1,00			
	Sim	1,37	1,09	1,71	0,006

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 2

Modelo	Variável	Categoria	OR_{95%(aj)}	IC_{95%} (OR_{aj})		P
				Inf.	Sup.	
5	Profissão	Enfermeiro (a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,67	0,54	0,82	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,67	0,52	0,86	0,002
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,43	1,11	1,85	0,006
		10,0 a 14,9	1,28	0,98	1,67	0,068
		15,0 a 19,9	1,35	1,00	1,82	0,052
		20,0 a 24,9	1,73	1,19	2,50	0,004
		25,0 e mais	0,95	0,66	1,37	0,783
	Situação laboral	Sou trabalhador (a) ativo (a) na profissão	1,00			
		Sou aposentado (a) por idade/tempo de serviço, MAS AINDA TRABALHO na área	0,63	0,34	1,17	0,144
		Estou desempregado (a) ou estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	1,94	1,25	3,00	0,003
	Mais de um emprego	Não	1,00			
		Sim	1,29	1,02	1,63	0,032

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 2

6	Período de trabalho	Diurno	1,00			
		Noturno ou folguista	0,89	0,71	1,11	0,310
		Ambos	1,38	1,01	1,88	0,042
	Profissão	Enfermeiro(a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,65	0,53	0,80	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,68	0,53	0,87	0,002
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,41	1,08	1,82	0,010
		10,0 a 14,9	1,25	0,95	1,63	0,109
		15,0 a 19,9	1,31	0,97	1,77	0,081
		20,0 a 24,9	1,66	1,14	2,41	0,008
		25,0 e mais	0,92	0,63	1,33	0,645
	Situação laboral	Sou trabalhador (a) ativo (a) na profissão	1,00			
		Sou aposentado (a) por idade/tempo de serviço, MAS AINDA TRABALHO na área	0,67	0,36	1,23	0,195
		Estou desempregado (a) ou estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	2,05	1,31	3,20	0,002
	Mais de um emprego	Não	1,00			
		Sim	1,23	0,97	1,56	0,094
	Período de trabalho	Diurno	1,00			
		Noturno ou folguista	0,89	0,71	1,12	0,325
		Ambos	1,37	1,00	1,87	0,049
	Setor de trabalho	Público	1,00			
		Privado	1,04	0,85	1,28	0,700
		Ambos setores (Público e Privado)	1,22	0,88	1,69	0,232
		Organização filantrópica, Organização não governamental ou profissional autônomo	0,73	0,54	0,98	0,035

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 3

Modelo	Variável	Categoria	OR _{95%(aj)}	IC _{95%} (OR _{aj})		P
				Inf.	Sup.	
7	Profissão	Enfermeiro(a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,67	0,55	0,82	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,67	0,52	0,86	0,002
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,42	1,10	1,84	0,007
		10,0 a 14,9	1,27	0,97	1,66	0,077
		15,0 a 19,9	1,35	1,00	1,82	0,053
		20,0 a 24,9	1,73	1,20	2,51	0,004
		25,0 e mais	0,95	0,66	1,36	0,770
	Situação laboral	Sou trabalhador(a) ativo(a) na profissão	1,00			
		Sou aposentado (a) por idade/tempo de serviço, MAS AINDA TRABALHO na área	0,64	0,35	1,18	0,153
		Estou desempregado (a) ou estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	1,96	1,26	3,04	0,003
	Mais de um emprego	Não	1,00			
		Sim	1,36	1,07	1,72	0,012
	Período de trabalho	Diurno	1,00			
		Noturno ou folguista	0,91	0,73	1,14	0,418
		Ambos	1,41	1,03	1,92	0,031
	Sexo	Masculino	1,00			
		Feminino	1,37	1,07	1,75	0,012
8	Profissão	Enfermeiro (a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,67	0,54	0,82	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,67	0,52	0,86	0,002
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,40	1,08	1,81	0,011
		10,0 a 14,9	1,24	0,95	1,63	0,110
		15,0 a 19,9	1,34	0,99	1,81	0,059
		20,0 a 24,9	1,69	1,16	2,45	0,006
		25,0 e mais	0,93	0,65	0,34	0,707
	Situação laboral	Sou trabalhador(a) ativo(a) na profissão	1,00			

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 3

Modelo	Variável	Categoria	OR _{95%(aj)}	IC _{95%} (OR _{aj})		P
				Inf.	Sup.	
		Sou aposentado (a) por idade/tempo de serviço, MAS AINDA TRABALHO na área	0,66	0,36	1,22	0,187
		Estou desempregado (a) ou estou afastado (a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	2,01	1,30	3,12	0,002
	Mais de um emprego	Não	1,00			
		Sim	1,34	1,05	1,69	0,016
	Período de trabalho	Diurno	1,00			
		Noturno ou folguista	0,86	0,68	1,08	0,191
		Ambos	1,38	1,01	1,88	0,043
	Sexo	Masculino	1,00			
		Feminino	1,39	1,09	1,78	0,009
	Área de atuação	Hospital	1,00			
		Pronto socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1,40	1,00	1,96	0,053
		Demais	0,91	0,75	1,10	0,319

Tabela A. Modelagem da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à violência no trabalho, Profissionais de Enfermagem, Estado de São Paulo, 2017 – PARTE 4

9	Profissão	Enfermeiro (a)	1,00			
		Técnico de enfermagem	0,67	0,55	0,83	<0,001
		Auxiliar de enfermagem	0,68	0,53	0,88	0,003
	Tempo na profissão (faixas de anos)	0,5 a 4,9	1,00			
		5,0 a 9,9	1,47	1,13	1,91	0,004
		10,0 a 14,9	1,41	1,05	1,89	0,022
		15,0 a 19,9	1,50	1,07	2,10	0,017
		20,0 a 24,9	2,07	1,36	3,15	0,001
		25,0 e mais	1,32	0,83	0,10	0,246
	Situação laboral	Sou trabalhador(a) ativo(a) na profissão	1,00			
		Sou aposentado(a) por idade/tempo de serviço, MAS AINDA TRABALHO na área	0,73	0,39	1,36	0,324
		Estou desempregado (a) ou estou afastado(a) do trabalho por motivo de doença, acidente ou incapacidade	2,06	1,32	3,20	0,001
	Mais de um emprego	Não	1,00			
		Sim	1,37	1,08	1,74	0,009
	Período de trabalho	Diurno	1,00			
		Noturno ou folguista	0,90	0,72	1,13	0,380
		Ambos	1,37	1,00	1,87	0,047
	Sexo	Masculino	1,00			
		Feminino	1,38	1,08	1,77	0,010
	Faixa etária (em anos)	18 a 29,9	1,00			
		30,0 a 39,9	0,83	0,63	1,09	0,170
		40 a 49,9	0,79	0,57	1,08	0,137
		50 e mais	0,58	0,38	0,89	0,012

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação COREN-SP

- RES: Solicitação de apreciação de projeto de pesquisa - Coren-SP - 1127ª RD (2) ★

● **gabinete** <gabinete@coren-sp.gov.br>
Para 'Ellen Hagopian'

Fev 8 em 12:00 PM ★

Prezada Ellen,

Na 1127ª Reunião Diretoria realizada na data de ontem, foi aprovado o encaminhamento do projeto ao CEP. Após aprovação, solicitamos a gentileza de agendar reunião com a Presidente Dra. Fabíola, para a continuidade dos trâmites.

Atenciosamente,

Juliana Baraldi Ferrareze
Gabinete da Presidência
COREN-SP

Ellen Maria Hagopian

ANEXO 2

Parecer Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONEP - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA <conep@saude.gov.br>

Para: ellen_hagopian@yahoo.com.br

1 de abr às 11:30

Prezada Ellen,

Não há nada em nossa normativa sobre o consentimento online, mas a Conep vem aceitando essa forma de consentimento, desde que devidamente justificada.

Atenciosamente,

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS

Tel.: (61) 3315-5877

Fax.: (61) 3315-5878

- Para suas respostas utilize sempre o endereço de correio conep@saude.gov.br. Nunca responda para o correio conep.respostas@saude.gov.br, pois suas mensagens serão redirecionadas e excluídas.

De: Lidia Pinheiro Gilson em nome de CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Enviado: segunda-feira, 1 de abril de 2019 10:04

Para: CONEP - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Assunto: ENC: Parecer Conep

CONEP,

Segue demanda para conhecimento e acompanhamento.

Atenciosamente.

Conselho Nacional de Saúde

<http://conselho.saude.gov.br/>

Telefone: +55 61 3315-2150

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" - Edifício Anexo, Ala "B" - 1º andar - Sala 103B

CEP: 70058-900 - Brasília, DF

De: Ellen Hagopian [mailto:ellen_hagopian@yahoo.com.br]

Enviada em: domingo, 31 de março de 2019 14:37

Para: CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE <cns@saude.gov.br>

Assunto: Parecer Conep

Prezados, boa tarde.

Meu nome é Ellen Maria Hagopian, sou enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Estou no final da minha tese e gostaria de um parecer junto a este renomado órgão sobre a questão dos termos de consentimentos online os quais, já são fundamentados em referências nacionais e internacionais além de sua utilização expandir-se cada vez mais.

Em relação a CONEP existe algum parecer específico que possa embasar as pesquisas científicas?

Agradeço antecipadamente a atenção,
Ellen Maria Hagopian

ANEXO 3

Questionário de Atos Negativos Revisado (QAN-R)

Os comportamentos assinalados nas 22 afirmações no quadro abaixo são, com frequência, considerados exemplos de comportamentos negativos no local de trabalho. Nos últimos seis meses, com que frequência você foi submetido(a) aos atos negativos no seu trabalho?

Coloque um círculo ao redor do número que melhor corresponde à sua expectativa nos últimos seis meses:

1 = nunca	2 = de vez em quando	3 = mensalmente	4 = semanalmente	5 = diariamente	
1. Alguém reteve informações que podem afetar o seu desempenho no trabalho.	1	2	3	4	5
2. Foi humilhado(a) ou ridicularizado em relação ao seu trabalho.	1	2	3	4	5
3. Foi obrigado(a) a realizar um trabalho abaixo do seu nível de competência.	1	2	3	4	5
4. Áreas ou tarefas de sua responsabilidade foram retiradas ou substituídas por tarefas mais desagradáveis ou mais simples.	1	2	3	4	5
5. Espalharam boatos ou rumores sobre você.	1	2	3	4	5
6. Foi ignorado, excluído ou “colocado na geladeira”.	1	2	3	4	5
7. Foram feitos comentários ofensivos sobre a sua pessoa (isto é, sobre hábitos seus ou suas origens), suas atitudes ou sobre sua vida privada.	1	2	3	4	5
8. Gritaram com você ou você foi alvo de agressividade gratuita (ou demonstraram ter raiva de você).	1	2	3	4	5
9. Foi alvo de comportamentos intimidativos tais como “apontar o dedo”, invasão do seu espaço pessoal, empurrões, bloqueio de seu caminho ou passagem.	1	2	3	4	5
10. Recebeu sinais ou dicas de que você deve pedir demissão ou largar o trabalho.	1	2	3	4	5
11. Foi constantemente lembrado(a) dos seus erros e omissões.	1	2	3	4	5
12. Foi ignorado ou foi recebido com uma reação hostil quando tentou uma aproximação.	1	2	3	4	5
13. Recebeu críticas persistentes ao seu trabalho ou esforço.	1	2	3	4	5
14. Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados.	1	2	3	4	5
15. Pessoas com as quais você não tem intimidade lhe aplicaram “pegadinhas”.	1	2	3	4	5
16. Foi solicitado(a) a realizar tarefas despropositadas ou com um prazo impossível de ser cumprido.	1	2	3	4	5
17. Foram feitas alegações contra você.	1	2	3	4	5
18. Supervisão excessiva de seu trabalho.	1	2	3	4	5
19. Foi pressionado(a) a não reclamar um direito que você tem (por exemplo, afastamento do trabalho, feriado, adicional de salário, bônus, despesas de viagem, etc.).	1	2	3	4	5
20. Foi submetido(a) a sarcasmos ou alvo de brincadeiras excessivas.	1	2	3	4	5
21. Foi exposto(a) a uma carga de trabalho excessiva.	1	2	3	4	5
22. Foi ameaçado(a) de violência ou abuso físico, ou foi alvo de violência real.	1	2	3	4	5

23.No caso de sofrer algum tipo de violência que cargo ocupava o profissional que a realizou?	
☐	Não sofri nenhum tipo de violência
☐	A violência veio de alguém com cargo INFERIOR ao meu
☐	A violência veio de alguém com cargo SIMILAR ao meu
☐	A violência veio de alguém com cargo SUPERIOR ao meu
☐	A violência veio de outro profissional da área da saúde (nutricionista, farmacêutico(a), fisioterapeuta, entre outros)
☐	A violência veio de profissional médico(a)

ANEXO 4

Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA NA ENFERMAGEM: ABORDAGEM QUALI-QUANTITATIVA

Pesquisador: Ellen Maria Hagopian

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64912317.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.070.703

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo que tem como objetivo analisar a violência laboral em enfermagem. Os sujeitos da pesquisa quantitativas serão enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem inscritos no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) que consentam na participação da pesquisa. Os participantes da pesquisa qualitativa serão enfermeiros que tem ou já tiveram cargo de chefia e consentam participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Discutir e analisar a violência laboral no ambiente de trabalho em enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios descritos na Plataforma Brasil:

Os riscos que o estudo proposto apresentam são mínimos e constam na possibilidade do participante poder apresentar desconforto emocional ao resgatar lembranças de situações vivenciadas acerca da violência. Será oferecido o apoio necessário no caso da ocorrência de algum desconforto.

Os benefícios para os profissionais participantes são, com a proposta do estudo, e o entendimento da violência através de seus depoimentos, futuramente, a proposta intervencionista de construção de condutas e políticas que tratem de forma a diagnosticar, tratar e prevenir as práticas de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.070.703

violência no trabalho em enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi requisitado em parecer colegiado anterior : Retirar ou reformular a pergunta de no 23 do questionário de atos negativos.

A pesquisadora reformulou a pergunta de maneira a não apresentar impedimento ético ao projeto em questão, pois substituiu a identificação de um suposto agressor pelo cargo a que ocupava.

Nova apresentação da questão 23 no Projeto detalhado recente: " No caso de sofrer a violência, que cargo ocupava o profissional que a realizou? "

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação em concordância com a resolução vigente.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência referente ao parecer colegiado anterior foi sanada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;

- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_885933.pdf	25/04/2017 19:53:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_dout.docx	25/04/2017 19:53:11	Ellen Maria Hagopian	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.docx	18/03/2017 15:02:06	Ellen Maria Hagopian	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	15/02/2017 15:34:48	Ellen Maria Hagopian	Aceito

Continuação do Parecer: 2.070.703

Outros	aprovacao_coren.docx	11/02/2017 07:22:01	Ellen Maria Hagopian	Aceito
--------	----------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2017

Assinado por:

Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Ellen Maria Hagopian