



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM
SERVIÇO DE HEMODIÁLISE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

Santa Maria, RS, Brasil

2011

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil

2011

C794d Cordenuzzi, Onélia da Costa Pedro
Violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise /
por Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi. – 2011.
99 f. ; 31 cm

Orientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro
de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS,
2011

1. Supervisão de Enfermagem 2. Saúde do trabalhador 3. Violência
4. Diálise renal I. Lima, Suzinara Beatriz Soares de II. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por Simone G. Maisonave – CRB 10/1733
Biblioteca Central da UFSM

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem**

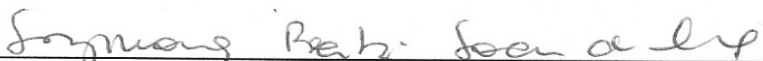
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado


**VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM
SERVIÇO DE HEMODIÁLISE**


elaborada por
Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

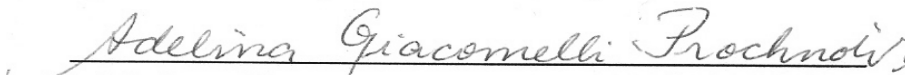
Como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:


Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)


Helena Heidtmann Vaghetti, Dr^a. (FURG)
(Membro Efetivo)


Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr^a. (UFSM)
(Membro Efetivo)


Adelina Giacomelli Prochnow, Dr^a. (UFSM)
(Membro Suplente)

Santa Maria, 29 de agosto de 2011.

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática... é fruto da inserção no real, nele encontrando suas raízes e seus objetivos”

(Minayo, 2007, p.90).

“(...) Penso que cumprir a vida seja simplesmente compreender a marcha e ir tocando em frente (...)
(...) Cada um de nós compõe a sua história, cada um carrega em si o dom de ser capaz... e ser feliz.”

(Almir Sater)

Agradecimentos

Considero que o trabalho é uma construção conjunta, e não conseguimos chegar a lugar nenhum sozinhos. São várias as pessoas a quem devo agradecer, entretanto alguns contribuíram diretamente para que eu chegasse até aqui.

Assim agradeço, especialmente:

À **Deus**, por ter me concedido força, foco e discernimento para planejar, executar e concluir este trabalho.

Ao **meu esposo**, querido companheiro de tantas horas, presença essencial em minha vida! Obrigada por cuidar tão bem de mim, por sempre compreender e respeitar minhas escolhas e aceitar compartilhar sonhos comigo. Em todos os momentos que as dificuldades pareciam grande demais, você estava ali para me acolher, me incentivar e encorajar. Simplesmente amo você!

A minha **querida mãe**: sua simplicidade, humildade e superação constante sempre serão exemplos a seguir. Obrigada pelo amor e carinho! Que Deus lhe retribua em forma de bênçãos por tudo o que fazes por mim!

À **Geni Burg**, por acreditar em mim, por me lapidar e me preparar para assumir desafios, possibilitando meu crescimento como profissional e como ser humano. Obrigada pela sua amizade, carinho e confiança! O teu apoio incondicional me fez acreditar que mesmo diante das maiores limitações e dificuldades é possível vencer! Obrigada por tudo...

À **Francine**, amiga de tantas horas, que sempre enxugou minhas lágrimas de dor e compartilhou calorosos abraços de vitória. Agradeço pelas horas dispostas ao meu lado, pelo apoio sem medidas, por suas valiosas e sábias apreciações, pelo ombro amigo, por seu carinho e incentivo constantes! Tenho tanto a te agradecer que aqui o espaço se torna pequeno. Adoro você!

À minha orientadora: **Profa. Dra. Suzinara Lima**, pela paciência com que soube aguardar meu crescimento, pela liberdade conferida, permitindo com que eu escolhesse meus próprios caminhos! Obrigada! Com certeza: Valeu a Pena!

A **Profa. Dra. Adelina Prochnow**, pela orientação desde a graduação! Por oferecer-me os pilares de minha trajetória acadêmica! Sem seu apoio e carinho não seria possível concretizar o ideal almejado! Obrigada por acreditar sempre em mim!

A **Direção da Clínica Renal de Santa Maria**, que ofereceu a oportunidade para a realização deste estudo, acreditando no benefício futuro para sua equipe! Obrigada pelo apoio e confiança!

Às colegas de trabalho da Clínica Renal de Santa Maria: **Francine, Carina, Macilene, Paty, Daniela, Iara e Odete!** Obrigada pela parceria de sempre, pelo apoio constante, pela valiosa amizade, pelo ombro amigo naqueles momentos difíceis e pela torcida! Contem comigo sempre...

Aos colegas de Santa Cruz do Sul: **Marinês, Vera, Giovane e Rozélia**, que tantas vezes reestruturaram suas rotinas de trabalho para preencher minha ausência. Muito obrigada por sempre “darem um jeito” e tão bem compreenderem este momento!

Às Profas. **Carmem Beck, Helena Vaghetti e Adelina Prochnow** pela acolhida ao papel de examinadoras e pelas valiosas contribuições que possibilitaram o aprimoramento deste trabalho.

À Profa. **Laura Guido**, pela sua atenção, compreensão e empenho nas tramitações finais para a conclusão do Curso! Obrigada!

Às colegas do Curso de Mestrado que compartilharam momentos agradáveis de reflexão e aprendizagem, em especial à **Juliane, Juliana, Carol Junges e Angelita!** Valeu pela convivência e amizade e também pela calorosa torcida. Vocês tornaram mais prazerosa esta caminhada! Adoro vocês!

Ao querido **José Luiz Guedes dos Santos**, pelas leituras e contribuições ainda nas primeiras construções deste estudo. Obrigada!

A **Sabrina Quinhones**, pela tamanha disponibilidade e eficiência na editoração final deste trabalho. Obrigada querida, de coração!

E especialmente, meu profundo agradecimento aos **sujeitos deste estudo**, que aceitaram partilhar de forma tão singular suas vivências e acima de tudo pelo entusiasmo em participar! Sem vocês, este estudo simplesmente não seria possível!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

AUTORA: Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

ORIENTADORA: Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Data e local de defesa: Santa Maria, 29 de agosto de 2011.

A violência no trabalho vem crescendo, sendo a enfermagem uma das profissões da área da saúde mais propensas a sofrê-la. Neste estudo, optou-se por investigar a violência no trabalho de enfermagem em um serviço de hemodiálise. Os objetivos do estudo consistiram em identificar os fatores determinantes da violência no trabalho reconhecidas pelos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise e conhecer as estratégias adotadas frente à questão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como ambiente de estudo um serviço de hemodiálise. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, estar efetivado e trabalhando no serviço no período de coleta dos dados. O grupo focal foi a técnica escolhida para a obtenção dos dados, que ocorreu em junho de 2010, conforme os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos. Os dados receberam tratamento conforme a análise temática, sendo organizados e discutidos em torno de três eixos temáticos: o entendimento dado a violência no trabalho; violência no trabalho no espaço da doença renal crônica quando o paciente é o agressor; e, por último, as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise. Participaram do estudo oito trabalhadores de enfermagem. Evidenciou-se que o conceito de violência no trabalho é complexo, dependendo de concepções individuais de cada trabalhador. A violência foi descrita como cotidiana no contexto de adoecimento crônico, sendo a verbal a principal forma nestes ambientes. O paciente em hemodiálise foi destacado como principal agente de violência neste contexto, sofrendo influência da situação de doença crônica pelas relações com os trabalhadores de enfermagem, por características pessoais do paciente e, por último, por questões do dia a dia. Os participantes afirmaram que a violência causa sofrimento e adoecimento na equipe e adotam como estratégias: tolerância à violência pela condição de saúde do paciente; contornar e ceder para não ser agredido; adotar um posicionamento firme e se afastar do paciente agressor. Pode-se afirmar que a violência no trabalho da enfermagem está presente no serviço de hemodiálise estudado e, com a realização deste estudo, despertou-se para a tomada de ações que busquem formas para o enfrentamento desta realidade. Neste sentido, entende-se que estes resultados não devem ser tomados como absolutos e direcionam-se aos caminhos que podem ser investigados, recomendando-se a ampliação das discussões acerca da violência no trabalho em outros serviços de hemodiálise.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Violência. Diálise renal. Supervisão de enfermagem.

ABSTRACT

**Master's Degree Dissertation
Department of Nursing
Universidade Federal de Santa Maria**

VIOLENCE IN THE WORK OF NURSING IN HEMODIALYSIS SERVICE

AUTHOR: Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

ADVISER: Dr. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Date and place of presentation: Santa Maria, August 29th, 2011.

Violence in the work environment is growing; being nursing is one of the professions in health more likely to suffer it. Throughout this research, it was chosen to investigate violence in the work of nursing in hemodialysis service. The objectives of this study consisted in identifying the determinants of violence at work recognized by the nursing staff of hemodialysis service and know the strategies adopted concerning the issue. It is a qualitative research which had as study environment a service of hemodialysis. Inclusion criteria were: being a nurse, technician or auxiliary nurse, to be a current employee and be working at the period of data collection. The focus group technique was chosen to obtain the data, which occurred in June 2010, according to the ethical guidelines for research involving humans. The data were treated according to theme analysis, being organized and discussed through three theme lines: the understanding given to violence in work environment, workplace violence in the space of chronic kidney disease when the patient is the assailant and, finally, the strategies used by nursing staff to face violence at work in the service of hemodialysis. Eight nursing staff participated in the study. It was highlighted that the concept of workplace violence is complex, depending on individual conceptions of each worker. Violence was described as quotidian in the context of chronic illnesses, being the verbal form the main one in these environments. The patient on hemodialysis was highlighted as the main agent of violence in this context, being influenced by chronic disease status of relations with the nursing staff, due to personal characteristics of the patient and, finally, as a matter of everyday life. Participants stated that violence causes pain and illness in the team, adopting the following strategies: tolerance for violence by the health condition of the patient; giving in not to be attacked, take a strong position and get away from the offender patient. It can be said that violence in nursing work is present in hemodialysis services studied and, with this study, awoke to taking actions that seek ways to face this reality. In this sense, it is understood that these results should not be taken as absolute and direct to the paths that can be investigated, recommending the expansion of the discussions about violence at work in other hemodialysis services.

Keywords: Occupational health. Violence. Kidney dialysis. Nursing supervisory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 A Insuficiência Renal Crônica: conceituação e histórico	16
3.2 A vida e o corpo marcados pela doença renal	20
3.3 Concepções sobre violência relacionada ao trabalho	22
3.4 Violência no trabalho em serviços de saúde: estudo das tendências	25
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 O ambiente de estudo	30
4.3 Sujeitos do estudo	31
4.4 Técnica de coleta dos dados: grupo focal	32
4.5 Operacionalização da coleta dos dados	32
4.5.1 Composição dos grupos focais	33
4.5.2 Planejamento das sessões	33
4.5.3 Condução dos grupos focais	34
4.5.4 Instrumentos de coleta de dados	35
4.5.5 Coleta de dados	36
4.6 Tratamento dos dados	37
4.7 Questões éticas	39
4.7.1 Riscos	39
4.7.2 Benefícios	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo	41
5.2 Violência no trabalho no espaço de cuidado do paciente renal crônico: quando o paciente é o agressor	42
5.3 Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise	53

5.4 Outros aspectos da violência no trabalho da enfermagem no serviço de hemodiálise	61
5.5 Até que ponto eu agrido? E até que ponto eu sou agredido?	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	91
ANEXOS.....	99

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo da violência no trabalho surgiu mediante algumas inquietações despertadas ainda no Curso de Graduação em enfermagem, durante a realização dos estágios na rede hospitalar e atenção básica, quando foi observadas expressões de insatisfação por parte de alguns usuários destes serviços para com os trabalhadores de enfermagem, relativas, em grande parte, ao atendimento ou tratamento recebido por estes ou pela equipe médica ou, ainda, relacionadas à instituição de saúde.

Logo após a graduação, já como enfermeira em serviços de hemodiálise foi possível observar e vivenciar situações de violência na maior parte dos usuários em direção à equipe de enfermagem. O fato de ter presenciado um episódio de agressão, por parte de uma familiar de um paciente em tratamento dialítico, foi marcante na trajetória profissional e despertou muitas inquietações, pois naquele momento deparou-se com abuso verbal e físico contra uma enfermeira do serviço, expresso pela insatisfação da agressora em relação ao tratamento, condutas médicas e de enfermagem, oferecidos ao seu familiar.

Ressalta-se a forma pela qual ocorreu este episódio, especialmente pela maneira como a agressora invadiu a sala de enfermagem, derrubando mobiliários e atirando objetos que se encontravam ao seu alcance em direção à enfermeira. O fato suscitou variadas apreciações por parte de outros trabalhadores do serviço, e, enquanto uma parte entendia o acontecido como parte da profissão, outra acreditava que um registro policial deveria ser realizado, como forma de punição à agressora, além da transferência do seu familiar para outro serviço de hemodiálise.

Após o fato, a colega enfermeira comunicou o ocorrido para a gerência da instituição, sendo necessário seu afastamento do trabalho por alguns dias, em consequência do abalo emocional sofrido, somado ao receio de futuras ameaças e represálias por parte da agressora. Diante disto, pode-se observar os efeitos negativos da violência, quando a exposição direta ou indireta pode resultar em sérios efeitos psicológicos, sendo comum o surgimento de ansiedade depois de ser ameaçado ou agredido (GATES *et al.*, 2011).

Após este episódio, foi adotado um comportamento que visava evitar insatisfações por parte dos usuários do serviço e que pudessem gerar alguma espécie de agressão, temendo vivenciar, novamente, o que havia presenciado, ou seja, havia receio de ser igualmente agredida.

Ainda, passou-se a atentar para as posturas dos trabalhadores de enfermagem nestes serviços, observando que parte destes compreendia as agressões dos usuários como uma situação rotineira e parte do trabalho, ao mesmo tempo em que outros se abstinham em declarar ou mesmo reconhecer estas agressões. Havia, ainda, aqueles trabalhadores que assim como a pesquisadora, expressavam angústia, medo e apreensão na vigência de uma agressão ou de situações que a circundavam. Assim questionava-se: *qual o era entendimento dado à violência no trabalho por parte dos trabalhadores de enfermagem? A violência estaria presente nos ambientes de hemodiálise, no entendimento destes trabalhadores?*

Nesta direção, o estudo realizado por Prestes *et al.* (2010) em um serviço de hemodiálise identificou que as agressões contra os trabalhadores de enfermagem, por parte dos pacientes, podem ocorrer: quando estes desenvolvem algum tipo de hostilidade em relação a um trabalhador em especial; ou quando acontece algum problema relacionado à hemodiálise, como dor no local da punção, problemas com o funcionamento do equipamento, vontade do paciente de interromper a sessão antes do horário prescrito ou mesmo sem um motivo aparente.

Alguns estudos apontam que os profissionais de saúde enfrentam no seu cotidiano de trabalho tipos específicos de violência, que podem ser mais acentuados conforme o local de suas atuações, podendo se manifestar de diferentes formas e acometer diversos grupos de pessoas, tornando-se difícil sua apreensão e definição, o que pode trazer efeito devastador e de longa duração nas pessoas afetadas (COSTA, 2005; COSTA e MARZIALE, 2006).

Lancman *et al.* (2009) acreditam que discutir violência no trabalho é uma tarefa complexa, visto que exige definir o local de trabalho e o conceito de violência, além de estabelecer umnexo causal entre trabalho e violência.

A violência no trabalho tem sido alvo de preocupação de órgãos internacionais, diante do número crescente de incidentes de abuso e violência no trabalho, relacionados aos trabalhadores da área da saúde, especialmente contra os de enfermagem, os quais apresentam índices maiores de agressões, quando

comparados a outras profissões. Uma investigação realizada no Brasil, no ano de 2002, evidenciou que a enfermagem apresentou níveis muito elevados de exposição à violência no trabalho, em comparação a outros países estudados, atingindo uma proporção de 62% dos relatos de violência (DI MARTINO, 2002, 2003; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007).

O International Council of Nurses (ICN) destaca que as repercussões da violência podem interferir na qualidade do atendimento, revelando o impacto negativo na vida profissional e pessoal do trabalhador, o que remete a necessidade de discutir estratégias para a redução da violência nos serviços de saúde (ICN, 2007).

Para Barbosa *et al.* (2011), torna-se necessário investigar a violência nos serviços de saúde, a fim de constatar sua existência e desenvolver estratégias para seu enfrentamento, uma vez que esta deixa marcas invisíveis e pode propiciar o desenvolvimento de doenças, além de prejudicar não somente quem a sofre, mas o coletivo.

Nesta direção, o estudo de Costa (2005) revelou que a violência é um fenômeno indesejável em qualquer contexto, por ser causadora de sofrimentos evitáveis aos seres humanos. Entende-se que no contexto do trabalho de enfermagem, a compreensão de suas manifestações pode possibilitar que se evite sofrimento a um grupo de pessoas já exposto a outros sofrimentos, decorrentes da própria natureza do trabalho.

Frente a estas considerações e ao fato de ter experimentado e presenciado alguns episódios de agressões durante a trajetória profissional é que propôs esta investigação, além do interesse do serviço de hemodiálise em reunir esforços para enfrentar a violência no trabalho neste contexto laboral. Outra razão foi a realização de um estudo, neste mesmo campo de investigação aqui proposto, o qual apontou a violência no trabalho por parte dos pacientes em hemodiálise como um dos fatores que mais gera sofrimento aos trabalhadores de enfermagem (PRESTES *et al.*, 2010).

Pelo exposto, têm-se como objeto de estudo: **violência no trabalho de enfermagem em um serviço de hemodiálise**, tendo como questão norteadora: quais as concepções sobre violência no trabalho de enfermagem por parte dos pacientes em hemodiálise na ótica dos trabalhadores de enfermagem?

Espera-se que este estudo venha contribuir com novas reflexões em torno da violência no trabalho da enfermagem, bem como colaborar para o desenvolvimento de ações que possam prevenir o desencadeamento de episódios deste tipo, assim como possibilitar o desenvolvimento de estratégias para minimizar a violência e suas consequências sobre a saúde dos trabalhadores.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como a violência no trabalho é entendida e vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores determinantes da violência no trabalho, reconhecidas pelos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise.
- Descrever as estratégias de enfrentamento adotadas pelos trabalhadores de enfermagem frente os tipos de violência que ocorrem nas situações de trabalho.

No próximo capítulo será apresentado o referencial teórico que embasou este estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A influência de alguns aspectos relacionados ao ambiente estudado, tais como a contextualização da insuficiência renal crônica e alguns apontamentos sobre a repercussão da insuficiência renal sobre o modo de vida do paciente renal é relevante, no sentido de apontar reflexões iniciais do contexto do trabalho da enfermagem nesses ambientes.

Ainda, serão apresentadas as conceituações de violência em saúde e no trabalho buscando sua aproximação com o trabalho de enfermagem.

3.1 A insuficiência renal crônica: conceituação e histórico

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins, que são os principais órgãos responsáveis pela eliminação de toxinas e substâncias que não são mais importantes para o organismo e também são fundamentais para manter os líquidos e sais do corpo em níveis adequados (AJZEN e SCHOR, 2005). Além disso, auxiliam na produção de alguns hormônios e participam no controle da pressão arterial (SMELTZER e BARE, 2005).

Segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) no censo realizado no ano de 2008, pelo menos 10 milhões de brasileiros apresentavam algum grau de alteração renal e 52 milhões correm risco de desenvolver a doença por serem idosos, obesos, diabéticos ou hipertensos (SBN, 2008)

O alarmante aumento de doentes renais crônicos pode ser observado entre os anos de 2000 e 2008, os quais apresentavam um total de 42.695 no primeiro ano, elevando-se até o ano de 2008 para a 87.044 pacientes em tratamento dialítico (SBN, 2008).

Dentro do contexto referido e diante do aumento nos últimos anos da população em diálise, torna-se fundamental a realização de ações preventivas junto à população, considerando que esses números poderiam ser ainda mais

expressivos visto que cerca de 25% dos pacientes renais vão a óbito antes de iniciar a diálise (BARBOSA e BELASCO, 2008). A efetiva prevenção e retardo da progressão da DRC, nos serviços de atenção básica à saúde, estão atrelados a maiores investimentos na formação de profissionais e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos (BASTOS e BASTOS, 2007)

As experiências demonstradas na literatura tem sido unânimes em apontar que é na atenção básica de saúde onde deve ocorrer a abordagem integral ao paciente desde a identificação dos grupos de risco, diagnóstico, tratamento da doença em seus estágios iniciais até o encaminhamento para especialista. Para tanto são necessários a capacitação de profissionais, estabelecimento de diretrizes clínicas, realização de exames laboratoriais, acesso a medicamentos e a equipamentos para diagnóstico (BASTOS, 2007; SBN, 2007).

Como opções de tratamento de substituição renal, têm-se o transplante renal e os processos dialíticos, dentre eles a hemodiálise, a diálise peritoneal intermitente (DPI), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e a diálise peritoneal automática (DPA), cujo objetivo é manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (SMELTZER e BARE, 2005).

O método terapêutico mais utilizado é a hemodiálise o que de acordo com o censo realizado pela SBN perfaz um total de 90,8% em tratamento nesta modalidade, na qual o sangue é obtido por meio de um acesso vascular calibroso, que permita um fluxo adequado entre 200 e 800 ml por minuto. Este acesso pode ser uma fistula-arteriovenosa, um enxerto sintético de politetrafluoroetileno ou um cateter de duplo lúmen (SBN, 2008)

A hemodiálise, em geral, é realizada três vezes por semana, em sessões com duração média de três a quatro horas, com o auxílio de uma máquina, em clínicas especializadas neste tratamento. Durante a sessão, o sangue é impulsionado por uma bomba para um sistema de circulação extra-corpórea onde se encontra um filtro, chamado dialisador. O dialisador serve como membrana semipermeável sintética, que substitui os glomérulos e túbulos renais como um filtro para os rins lesionados, onde ocorrem as trocas entre o sangue e o líquido de diálise (CANZIANI, DRAIBE e NADALETTO, 2005).

A terapêutica hemodialítica da insuficiência renal crônica de longa duração foi implantada no país na década de 70, e se consolidou após 1976, quando os

serviços prestados passaram a ser reembolsados pelo governo federal (antigo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Nesse período, a diálise cresceu, integrando-se, assim, ao padrão de prestação de serviços à população previdenciária.

Com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Brasileira de 1988, o acesso foi democratizado. Nos anos que se seguiram ao credenciamento dos primeiros centros de diálise, a atividade apresentou uma expansão notável no Brasil, não só no número de pacientes tratados (que passou de 500 em 1976, para 9 mil em 1986, 32 mil em 1996, chegando a 95 mil pacientes em 2008), como também na extensão da oportunidade de acesso a estes tratamentos em todos os estados brasileiros, chegando a números expressivos, com mais de 650 unidades de diálise (SBN, 2008).

Tais números colocam o programa brasileiro entre os três maiores do mundo, sendo, certamente, o maior programa mundial público de diálise. Ao lado destes números, diversos indicadores mostram a excelência dos serviços e a qualidade do tratamento proporcionado (ROMÃO JÚNIOR, 2009).

Cerca de 90% destes tratamentos são financiados com recursos públicos, entretanto, ainda por deficiência do sistema de saúde no que se refere a prevenção das doenças renais, uma parcela dos doentes renais crônicos nem sequer chega a ser diagnosticada (SBN, 2008, ROMÃO JÚNIOR, 2009).

Inicialmente, os serviços de hemodiálise não possuíam normas específicas para serem seguidas e pouco se sabia sobre este tipo de tratamento. A ausência de políticas de saúde que regulamentassem a hemodiálise perdurou até o ano de 1996, quando ocorreu no município de Caruaru, no estado de Pernambuco, um fato trágico e histórico quando 80% dos pacientes de um Centro de Hemodiálise morreram de hepatite tóxica, transmitida por meio da água contaminada durante a realização do tratamento (SPÍNOLA, OLIVEIRA E SCHUENGE, 2008).

Desta forma, a qualidade da água a ser utilizada na terapia de hemodiálise passou a ser discutida no intuito de oferecer o mínimo de risco de infecções que o doente fica exposto, já que a água representa um dos principais veículos de transmissão de doenças para o paciente em hemodiálise.

Em 1996, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.042, estabelecendo o “Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao

Sistema Único de Saúde”, sendo esta a primeira normatização do Ministério da Saúde para o regulamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva. A partir de então, as instituições que oferecem este tratamento estão sujeitas a fiscalização das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, quanto ao cumprimento de todas as normas estabelecidas, bem como a sua adequação dentro das exigências da mesma, para que possam oferecer tratamento de melhor qualidade aos pacientes, minimizando os riscos a que estes estão expostos no decorrer das sessões de hemodiálise (BRASIL, 1996; SPÍNOLA, OLIVEIRA E SCHUENGE, 2008).

De acordo com a Portaria 2.042/96, muitas mudanças na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere ao tratamento de diálise e as exigências são cada vez maiores às unidades de saúde que prestam este serviço, seja com equipamentos e materiais, tratamento da água utilizada, qualificação de recursos humanos e regulamentação financeira no que se refere a cobrança das sessões, além de muitos outros fatores (BRASIL, 1996).

Ainda com o objetivo de oferecer maior segurança do tratamento dialítico, a Portaria 82/2000 prevê que os serviços de hemodiálise devem conter equipamento de osmose reversa para o tratamento da água utilizada, pois é seguro e fornece água de melhor qualidade diminuindo assim os riscos de contaminação por agentes químicos e orgânicos durante o tratamento (BRASIL, 2000).

A Portaria 2.042 provocou uma reestruturação quase que imediata em todos os serviços de terapia renal substitutiva do Brasil, tornando inclusive obrigatório a presença de um enfermeiro para responder pelos procedimentos de enfermagem em cada centro de diálise.

Atualmente a norma em vigor nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva é a RDC¹ 154 de 15 de junho de 2004, e dentre suas principais recomendações, trouxe como requisito aos serviços de nefrologia, dispor de um profissional enfermeiro com Especialização em Nefrologia, a fim de responder pelas atribuições técnicas e gerenciais (ANVISA, 2004).

¹ Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) das Resoluções da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

3.2 A vida e o corpo marcados pela doença renal crônica

A repercussão do diagnóstico de insuficiência renal crônica sobre o modo de vida do paciente pode ser bastante significativa. A adaptação a condição de portador de uma doença crônica requer todo um conjunto de mudanças nos hábitos de vida e é a existência ou não destas mudanças que configura e dimensiona a adesão ao tratamento, fundamental para evitar o agravamento da doença (FAYER, 2010).

No que se refere à conceituação de doença crônica, o termo mais divulgado e reconhecido a descreve como todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais apresentem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixando incapacidade residual; são causados por alteração patológica irreversível, demandando treinamento especial do paciente para sua reabilitação, além de longo período de gerenciamento, observação e cuidado e, potencialmente, alterando a autonomia do indivíduo (BARBOSA e VALADARES, 2009).

Os estudos encontrados na literatura afirmam que os pacientes renais crônicos, dependentes de tratamento dialítico apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais, sendo caracterizada também como um problema social, que interfere no papel que esse indivíduo desempenha na sociedade. Então, estabelece-se um longo processo de adaptação a essa nova condição, no qual o indivíduo precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham (MARTINS e CESARINO, 2005; REIS, GUIRARDELLO e CAMPOS, 2008; VAZQUEZ *et al.*, 2005).

Nesta direção, Diniz (2004) enfatiza que:

ao receber o diagnóstico de IRC, a pessoa “deve” assumir uma condição imposta pela realidade de “ser doente”. Essa condição permanente e irreversível traz mudanças, estigmas e uma complexidade de dificuldades: físicas, sociais, familiares, culturais econômicas e emocionais (p. 373).

A autora acima complementa ainda que a pessoa com IRC passa a ter vivências que incluem novas relações e situações, desencadeiam sentimentos e, geralmente, elaborações que costumam resultar na reestruturação de sua identidade. O paciente necessita fazer um percurso subjetivo para significar e

elaborar a dor advinda do adoecimento. Isto porque as perdas decorrentes da doença renal crônica tem um significado de ruptura na identidade que englobam desde a perda da saúde, as alterações físicas, as mudanças na rotina até a impossibilidade de alguns indivíduos manterem-se na mesma esfera social e corresponderem às próprias expectativas (DINIZ, 2004).

O paciente dependente de hemodiálise sofre o impacto inicial no momento em que percebe as alterações provocadas pelo mau funcionamento ou insuficiência do órgão. Durante esse primeiro contato, ele experimenta um turbilhão de emoções advindas de percepções acerca da doença que ele detinha, ou ainda, vivencia em seu meio social as experiências que “ser doente renal” podem lhes proporcionar, quer sejam de união de esforços para manutenção do equilíbrio e bem-estar, quer sejam situações estigmatizantes (BARBOSA e VALADARES, 2009).

O corpo antes visto como perfeito sofre uma quebra, passa a ter marcas reais: alterações físicas com a fístula ou cateteres, cortes e, em alguns, edemas, palidez, perda de relações e objetos externos; restrições dietéticas e hídricas, horários para sessões de diálise, consultas, exames e, fundamentalmente, a vida depende da máquina (DINIZ, 2004; FAYER, 2010).

Fayer (2010) entende que discorrer sobre o emocional do paciente renal crônico terminal é antes de tudo reconstruir uma trajetória de perdas que vai muito além da perda da função renal. Essa situação de corte, de ruptura com a regularidade de uma vida já estabelecida, a perda significativa da liberdade e da autonomia, marca e distingue o modo de vida anterior e posterior a doença, havendo uma necessidade de se adaptar a um contexto “sem escolhas”: ou dialisa ou, em última instância, morre.

Sua situação de saúde é bastante dinâmica, e as experiências, sentimentos e emoções se seguem de forma intensa durante todo o tratamento independente do estágio no qual esteja inserido. O modo como esses sentimentos se expressam podem impulsionar estes indivíduos a seguir em frente e iniciar a fase de adaptação ou trazer-lhes constantes retomadas de emoções paradoxais em que o paciente ora se sente confortado por observar outras pessoas em posição que consideram pior que as que eles vivenciam ora se sentem injustiçados ou castigados por terem de enfrentar uma condição tão devastadora (BARBOSA e VALADARES, 2009).

3.3 Concepções sobre violência relacionada ao trabalho

Desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência como um problema de saúde pública. Em sua definição, associam-se conteúdos ligados à intencionalidade com a prática do ato propriamente dito - “uso intencional de força física ou poder”; ao seu alvo, a quem ou que grupo esta força/ poder se dirige – “contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade”; e sobre os tipos de sofrimento/dano que resultariam ou poderiam resultar diante desta ação – “que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG *et al.*, 2002).

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados (BRASIL, 2004, p. 6).

A violência no trabalho é vista como um grande problema de saúde pública a nível mundial e que representa um dos principais riscos no trabalho quando comparada com drogas, tabaco, álcool e HIV / AIDS, além de se constituir uma ameaça a prestação eficaz da assistência ao paciente, onde trabalhadores do setor de saúde são os que correm mais risco de tornar-se vítimas de violência no trabalho (ILO, ICN, WHO, PSI, 2005).

A violência no trabalho é definida de acordo com estes órgãos como uma forma de comportamento ou ações negativas nas relações entre duas ou mais pessoas, caracterizada por agressividade que podem ocorrer repetidamente, ou ainda, pode ocorrer de forma inesperada. Pode incluir incidentes em que os empregados são intimidados, ameaçados, agredidos ou sujeitos a atos ofensivos ou comportamentos em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho (ILO, ICN, WHO, PSI, 2005).

Coker *et al.* (2002) complementam que a violência no trabalho pode comprometer a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores e destaca-se por

constituir-se em um problema crescente nas instituições de saúde, particularmente para os enfermeiros.

Entretanto, o fenômeno é difícil de quantificar, porque é difícil de definir, e mais estudos são necessários para esclarecer quais os trabalhadores estão mais suscetíveis à violência no trabalho (SWANSON e COOPER, 2002; WINSTANLEY e WHITTINGTON, 2002, 2004).

Na concepção de Campos (2004) a violência é considerada um acontecimento danoso, porém, evitável, desnecessário, injusto e/ou ilegítimo. Por conseguinte, para ser considerada violência, o evento não pode ser uma fatalidade, nem deve haver justificativa ou legitimação forte para ele, o que enceta o aspecto de construto sócio-histórico desse fenômeno.

No final dos anos 1980 e 1990, houve uma preocupação crescente com o aumento da violência no local de trabalho, particularmente na América do Norte, Europa e Austrália, o que remete a investigação e intervenção neste fenômeno, apoiados pela percepção de que a violência estava se tornando uma realidade comum em muitos locais de trabalho em todo o mundo e para muitos países representava uma epidemia nacional e um problema de saúde ocupacional de proporção significativa (SWANSON e COOPER, 2002).

As causas da violência no trabalho em saúde estão associadas a uma série de fatores, e entre eles fatores individuais como sexo do trabalhador, falta de pessoal no trabalho, longo tempo de espera pelo atendimento e superlotação dos serviços, o que pode impactar negativamente sobre a qualidade percebida do atendimento e aumentar a oportunidade para que as queixas do paciente com a equipe. Além destes, a sobrecarga de trabalho, relações conflituosas entre o grupo de trabalho, ou mudanças iminentes no local de trabalho, trabalhadores inexperientes ou pouco treinados também podem contribuir para a perpetuação da violência no local de trabalho (CONTRERA-MORENO e CONTRERA-MORENO, 2004; SWANSON e COOPER, 2002).

Oliveira e Nunes (2008) destacam que a relação entre trabalho e violência materializa-se, principalmente, pela infração de princípios fundamentais e direitos no trabalho, por isso carrega um profundo sentido de negatividade, já que não contribui para o desenvolvimento da pessoa nem para o aperfeiçoamento do gênero humano.

Quando se debate as definições de violência relacionada ao trabalho, alguns autores distinguem a violência do trabalho da violência no (ambiente de) trabalho

(MACHADO E MINAYO-GOMEZ, 1994; RIBEIRO, 1997; CAMPOS, 2003; DI MARTINO, 2002, 2003; CHAPPEL & DI MARTINO, 2006).

Campos (2003) define a **violência do trabalho** como aquela que se origina no modo de produção e toma corpo na organização do processo de trabalho, provocando sofrimento, desgaste, adoecimento e, finalmente, a morte relacionados ao trabalho.

Essa categoria de violência pode ser compreendida como uma das manifestações da violência estrutural descrita por Minayo (1994) como violência velada, presente na exploração e opressão de trabalhadores, que se manifesta em condições e ambientes de trabalho insalubres e inseguros, bem como no cerceamento de conquistas da sociedade a exemplo de benefícios trabalhistas e previdenciários.

A categoria violência **no (ambiente de) trabalho**, mais utilizada na literatura científica da língua inglesa (*violence at work, workplace violence*), caracteriza a relação entre violência e trabalho enquanto risco para os trabalhadores (CAMPOS, 2003, 2004). Essa classe de violência identifica agressões de diversas naturezas, ocorridas no ambiente de trabalho, que constituem causas de sofrimento, adoecimento e até morte de trabalhadores, podendo ser considerada uma das formas como se apresenta a violência do trabalho.

De acordo com a CAL/OSHA² (2002) a violência no ambiente de trabalho se caracteriza de três formas:

- A **violência externa** que é provocada por alguém que não pertence a organização, ou seja, este tipo de violência é reflexo da violência que se tem nas ruas e é provocado por alguém desconhecido. Neste caso, os trabalhadores de saúde têm um risco maior de serem afetados, dependendo da localização geográfica da instituição de trabalho, como periferias e locais com elevado consumo de drogas;

- A **violência provocada pelo usuário**, no qual os trabalhadores de saúde são uns dos mais afetados por lidar com uma clientela muito diversificada composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, dementes, delinqüentes, drogados, embriagados e até mesmo de ter que lidar com os familiares destes pacientes que se tornam agressivos com estes trabalhadores, principalmente em caso de morte;

² United States Department of Labor – Occupational Safety & Health Administration

- e por último, a **violência interna** que é aquela que ocorre entre trabalhadores de uma mesma instituição, podendo vir tanto da hierarquia como de outros colegas de trabalho, sendo um exemplo deste tipo de violência o assédio moral.

Entretanto, Oliveira e Nunes (2008) apontam que as distinções entre a violência do trabalho e violência no (ambiente de) trabalho, não dão conta de abarcar a magnitude do fenômeno da violência, apresentando características epidêmicas e polissêmicas, de âmbito mundial, e “transborda” para o mundo do trabalho, atingindo os trabalhadores de modo particular, com especificidades. Soma-se a isso, o fato do uso desses conceitos poderem causar mal-entendido, visto que o trabalho, em seu sentido ontológico, não é violento.

Neste estudo, optou-se por adotar o termo “violência no trabalho” o qual foi considerado mais abrangente, uma vez que inclui todos os tipos de episódios de violência que ocorrem na situação de trabalho, e no contexto do trabalho em hemodiálise, pode relacionar-se com a violência por parte do usuário destes serviços.

Neste sentido, Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) apontam que não existem estratégias universais para a prevenção da violência, uma vez que os fatores de risco variam de acordo com cada instituição de saúde, ou ainda entre as unidades intra-hospitalares, havendo a necessidade de investigar os riscos de cada local ou ambiente de trabalho.

Ao debater sobre as dificuldades e possibilidades de prevenir diferentes formas de violência, Minayo e Souza (1999) apontam a violência nos ambientes de trabalho como um dos problemas que mais afligem o Brasil no atual momento histórico.

3.4 Violência no trabalho em serviços de saúde: estudo das tendências

Com o objetivo de analisar a produção científica acerca da violência no trabalho em serviços de saúde, foi realizada uma busca da produção de conhecimento no Banco de Dissertações e Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES) e nos Catálogos do Centro

de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEn/ABEn).

A busca foi realizada no período de dezembro de 2009 a dezembro de 2010 sem estabelecimento de recorte temporal, utilizando os termos “violência” e “saúde do trabalhador”. Foram incluídas as produções que descrevessem a violência relacionada ao trabalho de trabalhadores da área da saúde em seu ambiente de trabalho e excluídas aquelas que abordavam temas de violência de gênero, e outros grupos que, sem dúvida, são utilizados na abordagem à saúde dos indivíduos, família e comunidades.

Por meio desse processo, a amostra final foi constituída por sete produções e, a avaliação crítica destas consistiu na leitura dos resumos e logo após na categorização quanto ao ano de defesa, tipo de estudo, objetivos, locais e grupos de trabalhadores investigados e principais resultados e conclusões.

De forma auxiliar, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo proposta por (Bardin, 2009), por meio da leitura e re-leitura dos objetivos e resultados dos estudos, procurando identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam. Para descrever os achados referentes aos dados analisados, também foi realizada análise estatística descritiva por meio de cálculos de frequência simples e relativa.

Constatou-se que a temática passou a ser investigada a partir do ano de 2002 (n=1), sendo que os anos com o maior número de produções foram os anos de 2005 e 2009 (n=2) e, as demais realizadas nos anos de 2004 (n=1) e 2008 (n=1). Das sete produções selecionadas, 71,4% (n=5) eram dissertações de mestrado e outros 28,6% (n=2) eram teses de doutorado.

A maioria dos estudos buscou identificar as formas, fontes e tipos de violência presentes no ambiente de trabalho (DIAS, 2002; CEZAR, 2005; CONTRERA-MORENO, 2004; MORAIS FILHO, 2009; MOURA, 2005). Os fatores de risco relacionados ao desencadeamento da violência (CEZAR, 2005), as estratégias de defesa adotadas pelos trabalhadores (MOURA, 2005) e as repercussões da violência para a saúde dos trabalhadores (CEZAR, 2005; MORAIS FILHO, 2009; MOURA, 2005) também foram os focos de investigação dos estudos selecionados. Por último, PERES (2009) buscou investigar a ocorrência de assédio moral em um ambiente hospitalar por meio das percepções de enfermeiros gerentes.

O estudo de CONTRERA-MORENO (2004) buscou associar a ocorrência de violência contra trabalhadores de enfermagem e o índice de capacidade para o trabalho (ICT), verificando que as pessoas que sofreram violência apresentaram o referido índice menor quando comparadas aquelas que não sofreram violência.

Entre os locais em que foram realizados os estudos, predominaram os serviços de urgência e emergência (CEZAR, 2005; COSTA, 2005); hospital geral (CONTRERA-MORENO, 2004; MORAIS FILHO, 2009; PERES, 2009) e Programa de Saúde da Família (MOURA, 2005). O estudo de Dias (2002) optou por trabalhar de forma independente, sem envolvimento direto de nenhuma instituição.

Dentre os grupos de trabalhadores investigados, quatro estudos (57%) buscaram investigar todas as categorias de trabalhadores de enfermagem (CONTRERA-MORENO, 2004; CEZAR, 2005; DIAS, 2002; MORAIS FILHO, 2009) e outros três estudos (43%) com enfermeiros (COSTA, 2005; MOURA, 2005; PERES, 2009). Cezar (2005) e Moraes Filho (2009) além de investigar os trabalhadores de enfermagem, também buscaram investigar os trabalhadores da classe médica.

O estudo realizado por Costa (2005) com enfermeiros em um hospital do setor público, investigou a violência no trabalho em sentido mais amplo, tomada de J. Galtung³, que analisa a violência em quatro perspectivas: estrutural, repressiva, alienação e clássica. O referido estudo demonstrou que a violência estrutural (explicitada na sobrecarga física e mental exigida dos profissionais em razão de características organizacionais e do contexto produtivo, como número insuficiente de profissionais e precariedade nas condições de trabalho), a repressiva (manifestada na negação dos direitos dos trabalhadores a um ambiente de trabalho seguro e adequado a realização de suas atividades) e a alienação (revelada na privação do conhecimento e dos sentimentos de prazer no trabalho) contribuíram para o surgimento da violência clássica (expressa na violência física e verbal entre os diferentes atores – usuários, enfermeiros, familiares, médicos), bem como para a perpetuação de outros tipos de violência extremamente negativos no contexto da urgência clínica.

Neste sentido, o estudo de Dias (2002) buscou identificar as formas de violência presentes no cuidado institucionalizado à saúde, a partir das percepções e experiências de trabalhadoras de Enfermagem além de discutir as questões éticas e

³ Em sua obra: *Contribución específica de la irenologia al estudio de la violencia: tipologias*. Paris: UNESCO, 1981.

educativas que envolvem a violência no processo de trabalho de Enfermagem. O estudo trouxe os significados expressos pelas trabalhadoras estudadas quanto a violência na vida social e no seu cotidiano de trabalho, evidenciando o reconhecimento de duas faces do objeto: o trabalhador de Enfermagem enquanto agente de violência e, do outro lado, este mesmo trabalhador como receptor da violência. Também foi possível constatar as diversas formas sob as quais a violência se manifesta e é apreendida pelos sujeitos, assim como os limites e as questões éticas que envolvem a formação destes profissionais e a busca de soluções para o enfrentamento desta realidade.

O estudo de PERES (2009) identificou que existe certa tolerância ao assédio moral tanto em decorrência da inexistência de políticas organizacionais de prevenção, como também pela dificuldade do enfermeiro gerente em trabalhar problemas decorrentes das relações interpessoais. E quando se mescla a estes fatores, as necessidades econômicas da gestão em saúde, além das exigências por resultados competitivos de mercado e, principalmente pelas características extremamente particulares e humanitárias que os usuários de saúde necessitam e exigem deste profissional de saúde, corre-se o risco de uma atuação não condizente destes profissionais.

Dentre os estudos que mensuraram o tipo de violência sofrida pelos trabalhadores, agressões verbais foram predominantes, seguidos das ameaças no local de trabalho, agressão física, assédio moral e sexual (CONTRERA-MORENO, 2004; CEZAR, 2005; MORAIS FILHO, 2009).

Como conseqüências da violência sofrida, foram manifestados sentimentos de tristeza, raiva, irritação, ansiedade e estresse e a mobilização de investimentos afetivos como amor, ódio, amizade, solidariedade (CEZAR, 2005; MOURA, 2005).

O estudo de Moraes Filho (2009) apontou que diante dos episódios de violência, 37,65% dos profissionais relataram o fato para colegas de trabalho; 57,25% tiveram como conseqüência o estresse; em 4,71% dos episódios os profissionais precisaram ausentar-se do trabalho, resultando em absenteísmo relacionado a violência ocupacional.

Observou-se que a temática acerca da violência no contexto do cuidado em saúde e do trabalho de enfermagem ainda é pouco explorada, com pesquisas somente a partir do ano de 2002, o que evidencia que apesar dos estudos já desenvolvidos, há necessidade de incremento em pesquisas nessa temática.

Pode-se inferir que a violência vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem ainda é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais, ao passo que estes trabalhadores em algumas situações podem sentir-se coibidos em declarar e mesmo reconhecer as agressões sofridas.

Os estudos em geral, demonstraram que a violência no trabalho em saúde vem se tornando um problema de saúde pública com repercussões negativas na saúde dos trabalhadores. Algumas discussões apontaram os fatores de risco relacionados à violência no local de trabalho, entretanto, as estratégias de prevenção da violência no ambiente de trabalho foram pouco discutidas, remetendo a necessidade de estudos direcionados a como prevenir e gerir esta problemática.

Como limitações do estudo, destaca-se a carência de descritores específicos utilizados para caracterizar a temática Violência no Trabalho relacionada aos trabalhadores da saúde, o que num primeiro momento trouxe uma gama de estudos relacionados as percepções dos trabalhadores sobre a violência sofrida pelos usuários dos serviços de saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta etapa, se faz necessário apontar o caminho utilizado para a obtenção dos dados, as fontes de informação, os sujeitos do estudo, a técnica utilizada para a captação dos achados e os procedimentos analíticos seguidos para dar sistematização e rigor científico, os quais são imprescindíveis para o desenvolvimento da investigação.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, considerando que o objeto investigado pertence a uma realidade ligada ao mundo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes de ação humana objetiva, apreendidos por meio do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivenciam determinada situação, optou-se por uma proposta metodológica qualitativa (MINAYO, 2007).

Para Leopardi (2001) e Minayo (2007), há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento, tanto do pesquisador quanto dos atores.

4.2 O ambiente do estudo

A presente investigação foi realizada no serviço de hemodiálise da Clínica Renal de Santa Maria Ltda., situada na cidade de Santa Maria, interior do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil.

O serviço de hemodiálise consiste em um setor intra-hospitalar que oferece atendimento terceirizado em duas unidades, sendo uma anexa ao Hospital de Caridade Astrogildo César de Azevedo (unidade matriz) e a outra anexa ao Hospital Casa de Saúde (unidade filial). É um serviço conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), prestador de serviços aos portadores de doenças renais que necessitam de Terapia Renal Substitutiva.

A Clínica Renal de Santa Maria iniciou suas atividades em outubro de 1986, na unidade matriz e, em maio de 1995, iniciaram-se as atividades na filial. Atualmente, atende 334 pacientes em tratamento renal substitutivo (hemodiálise e diálise peritoneal), sendo que a maior parcela (296 pacientes) está em tratamento de hemodiálise (156 pacientes realizam o procedimento na matriz e 140 pacientes na filial).

Em relação à força de trabalho, conta com uma equipe multidisciplinar, atualmente composta por uma gerente de enfermagem, seis enfermeiras assistenciais, treze auxiliares de enfermagem, trinta e cinco técnicos de enfermagem, nove médicos, seis serventes (higienização e copa), um auxiliar de almoxarifado, um porteiro, um assistente social, um gerente administrativo, duas secretárias e dois auxiliares administrativos.⁴

O serviço funciona nos turnos da manhã, tarde e noite, das seis às vinte e duas horas, de segunda a sábado. Cada turno de trabalho encontra-se distribuído da seguinte forma: manhã, das 06 às 12 horas; tarde, das 11 às 17 horas; e noite, das 16 às 22 horas.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos de estudo foram os trabalhadores de enfermagem do serviço de hemodiálise. A opção em investigar estes trabalhadores justifica-se pelo fato dos mesmos permanecerem a maior parte do tempo junto aos pacientes, operacionalizando os procedimentos necessários para a realização das sessões, monitorando-os e acompanhando-os ao longo de sua trajetória em tratamento de

⁴ Fonte: Setor Administrativo da Clínica Renal de Santa Maria. Fevereiro, 2010.

hemodiálise. Desta forma, os critérios de inclusão do estudo foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, efetivado e trabalhando no serviço no período de coleta dos dados.

Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam afastados no período de coleta de dados, por qualquer motivo, bem como os que se encontravam em período de estágio/experiência na ocasião da coleta dos dados.

4.4 Técnica de coleta dos dados: grupo focal

O grupo focal foi a técnica escolhida para a obtenção dos dados, uma vez que oportuniza a verbalização do indivíduo em grupo, o que permite não só o conhecimento do outro mas sua reflexão própria, sendo apontado por Debus e Novelli (1994) como uma técnica qualitativa que permite a interação entre as pessoas, propiciando reflexão e respostas mais ricas e ideias originais.

Na concepção de Ressel *et al.* (2008), o trabalho grupal desperta o desejo de aproximação, como uma forma de acolhimento, empatia e solidariedade, vindo a reforçar a condução ao pensamento crítico, ou seja, a um processo de desalienação.

Gatti (2005) define que o trabalho com grupos focais objetiva a compreensão das práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado.

4.5 Operacionalização da coleta dos dados

Inicialmente o projeto desta investigação foi apresentado ao Setor Administrativo da Clínica Renal de Santa Maria e após obter o aceite deste para a realização do estudo, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM). Ao receber o parecer favorável deste último (ANEXO A), realizou-se o contato formal com a administração do serviço de hemodiálise, com o objetivo de planejar o início da coleta dos dados.

4.5.1 Composição dos grupos focais

Para a constituição dos grupos focais foi realizado convite a todos os trabalhadores de enfermagem por meio de um cartaz (Apêndice E), afixado nos murais das duas unidades do serviço.

Neste cartaz, havia a informação de que os interessados em participar do estudo deveriam entrar em contato com a pesquisadora, para serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e para o agendamento dos encontros do grupo.

Desta forma, do total de 50 trabalhadores de enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão, onze manifestaram interesse em participar voluntariamente da pesquisa.

Debus (1997) considera ideal para a constituição de um grupo focal cerca de seis a quinze participantes, podendo-se utilizar também os minigrupos constituídos de cinco a sete sujeitos. Com base nestas proposições, a proposta inicial consistiu em organizar os grupos com os onze trabalhadores que manifestaram interesse, visto a possibilidade de imprevistos, desistências e faltas aos encontros.

4.5.2 Planejamento das sessões

Para a aplicação desta técnica, é importante que os encontros sejam rigorosamente planejados, em termos de objetivos e metodologias, garantindo ampla participação dos sujeitos da pesquisa na definição dos critérios de funcionamento do grupo; desde horários e locais de reuniões até detalhes, como iluminação, ventilação e espaço para a realização das técnicas, de modo a assegurar conforto, facilidade de acesso e ambiente adequado (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000; RESSEL, GUALDA, GONZÁLEZ, 2002).

Com base nestas recomendações, o local eleito para a realização dos encontros foi o setor administrativo do serviço, em uma sala reservada, que permitiu a formação de círculos, a fim de proporcionar a interação face a face, o bom contato visual e a manutenção de distâncias iguais entre os participantes; permitia, ainda, a comunicação interna não verbal entre a moderadora e a observadora, conforme apontam Ressel *et al.* (2008).

Foi combinado com os participantes um cronograma de atividades, dividido em dois encontros, em datas e horários pré-determinados, de forma a sistematizar a coleta e interferir o mínimo possível na rotina de trabalho dos trabalhadores.

Desta forma, realizaram-se duas sessões do grupo focal, com duração média de 90 minutos, conforme apontam Gaskell (2003) e Ressel, Gualda e González (2002), no sentido de evitar o cansaço, desinteresse, falhas de concentração, sinais que podem vir a prejudicar a qualidade dos dados coletados.

4.5.3 Condução dos grupos focais

Gaskell (2003) preconiza que os grupos focais devem conter um moderador, ou seja, pessoa que conduz a técnica, sendo ele o catalisador da interação social entre os participantes; também deve contar com um observador, cuja função consiste em avaliar a condução da técnica, a forma de interação dos participantes e o foco nos objetivos propostos.

De acordo com Morgan (1997), estes elementos são considerados essenciais para que se consiga a interação, a coesão e a harmonia entre o grupo, cabendo ao moderador encorajar os participantes a expressar livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres, manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desvia dele. O moderador precisa limitar suas intervenções e permitir que a discussão flua, só intervindo para introduzir novas questões e para facilitar o processo em curso.

O mesmo autor coloca que o observador é o encarregado de captar as informações não verbais expressas pelos participantes e, ao final, ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão.

Atendendo a estas recomendações, a moderadora dos encontros foi a pesquisadora e o observador foi uma mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria, previamente orientada pela pesquisadora quanto aos objetivos do estudo e que realizou o registro das informações.

Antes de iniciar o grupo propriamente dito, a moderadora explicitou as regras do grupo focal: somente uma pessoa fala de cada vez; evitam-se discussões paralelas, para que todos participem; ninguém pode dominar a discussão e, por último, todos têm o direito de dizer o que pensam (GONDIM, 2002).

Na condução dos grupos focais, a moderadora procurou deixar o grupo à vontade para expressar suas opiniões; reafirmou, quando necessário, as regras de funcionamento dos grupos focais; explorou, ao máximo, o tópico, antes que o grupo seguisse adiante na discussão; e evitou digressões que distanciem o grupo dos tópicos principais.

As narrativas e discussões foram gravadas em aparelho de microgravador digital *MP3 player*, com o consentimento dos sujeitos, no decorrer das sessões, visando registrar o que foi dito e por quem, a forma como ocorreu o diálogo, a ordem dos temas discutidos, dentre outros aspectos que necessitam ser captados. Essa medida apoiou-se em Gatti (2005, p. 24), que afirma que “o meio mais usado para registrar o trabalho com um grupo focal é a gravação em áudio”.

4.5.4 Instrumentos de coleta de dados

Visando a operacionalização das sessões, foi utilizado um guia de temas, caracterizado por Debus e Novelli (1994) como uma lista compreendendo os temas e as questões a serem abordadas e áreas específicas para indagação, servindo de resumo das questões e objetivos a serem tratados no grupo.

Para Gondim (2002), um bom roteiro é aquele que, não só permite um aprofundamento progressivo (técnica do funil), mas também a fluidez da discussão, sem que o moderador precise intervir muitas vezes.

Esta medida teve o intuito de facilitar a dinâmica grupal e permitir um aprofundamento progressivo das discussões, gerando informações significativas

para a apreensão da violência que ocorre no trabalho da enfermagem em hemodiálise.

Desta forma, elaboraram-se dois guias de temas distintos, sendo um para cada sessão, de acordo com a temática a ser discutida com os participantes (APÊNDICE A).

Por último, visando a caracterização dos trabalhadores de enfermagem, foi criado um formulário com dados referentes à categoria profissional, sexo, idade e tempo de atuação no serviço, para a caracterização do grupo como um todo (APÊNDICE B).

4.5.5 Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu em dois encontros, considerados suficientes, no momento em que se percebeu que todos tiveram a possibilidade de partilhar suas percepções e opiniões e atingir a saturação das respostas de cada tópico proposto.

As sessões foram realizadas no mês de junho de 2010, no setor administrativo do serviço de hemodiálise, com tempo estipulado de, no máximo, uma hora e trinta minutos.

No primeiro encontro, entre os onze trabalhadores que manifestaram interesse em participar do estudo, oito compareceram. Neste encontro, a moderadora explicou novamente os objetivos da pesquisa e solicitou aos participantes que lessem e, em caso de concordância com os termos expostos, assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Posteriormente, a moderadora expôs aos participantes que uma prerrogativa essencial, para o bom desenvolvimento desse tipo de grupo, é a elaboração de um termo de compromisso ético, de sigilo e respeito, firmado entre todos os participantes do grupo.

Neste momento, a moderadora se posicionou como pesquisadora e reafirmou seu compromisso com relação ao sigilo e utilização dos dados obtidos nos grupos focais somente para fins científicos.

Sequencialmente, foi solicitado aos participantes o preenchimento do formulário de caracterização dos sujeitos de pesquisa (APÊNDICE B). Conforme a

ordem de entrega dos formulários, os participantes receberam a identificação por meio da letra “T” que representa o termo “trabalhador”, seguida de números arábicos sequenciais que serão apresentados junto as falas de cada participante, a fim de preservar sua identidade.

Posteriormente, a moderadora solicitou ao grupo que expusesse como compreendia o termo “violência no trabalho” e também solicitou que relatassem possíveis vivências de violência no trabalho em hemodiálise. Cabe destacar que a moderadora utilizou questões auxiliares, visando fomentar a discussão.

Ao final do encontro, foi elaborada uma síntese dos depoimentos, juntamente com os participantes. Tal medida visou recapitular, sintetizar e validar o que foi dito pelos participantes na presença destes, “procurando o confronto de interpretações entre os membros da equipe de pesquisa e buscando com o próprio grupo reflexões sobre significados que o pesquisador pensa ter captado” (GATTI, 2005, p. 70).

No segundo encontro, que ocorreu uma semana após o primeiro, dos oito trabalhadores que participaram do primeiro encontro, seis trabalhadores compareceram. Além da síntese do encontro anterior, foram discutidos os sentimentos e as estratégias dos trabalhadores diante da violência no trabalho em hemodiálise.

Sequencialmente, foi solicitado aos trabalhadores que realizassem uma avaliação dos encontros e de sua participação. Após a avaliação, a moderadora agradeceu a participação dos trabalhadores e foi realizada uma atividade de confraternização do grupo.

4.6 Tratamento dos dados

O propósito da análise dos dados consiste em, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), ordenar as informações coletadas, ou seja, organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa, de modo que possam ser compreendidos e levar a formulações de questões gerais.

A definição de análise de conteúdo, segundo BARDIN (2009) consiste em:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das

mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução destas mensagens (p. 42).

A análise de conteúdo busca conhecer o que está por trás do que foi dito; no intuito de articular o conteúdo dos textos analisados com os fatos que determinaram o discurso, por meio da dedução lógica. Neste método, leva-se em conta a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis (BARDIN, 2009).

De posse das gravações dos grupos, realizou-se a transcrição do material em um editor de texto. A sistematização de análise dos dados obedeceu as três etapas propostas por Bardin (2009): pré-análise (o material das entrevistas é submetido a leitura fluente, buscando o sentido universal dos discursos), a categorização dos dados e tratamento e interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2009).

A análise dos dados foi realizada em torno de três eixos temáticos descritos no quadro a seguir:

Eixos Temáticos	Categorias
Violência no trabalho no espaço de cuidado do paciente renal: quando o paciente é o agressor	A cronicidade da doença e suas relações com a violência.
	Características pessoais do paciente como motivadoras de violência.
	Relações interpessoais construídas no contexto da hemodiálise.
	As questões do dia a dia e a ausência de condutas uniformes entre os trabalhadores de enfermagem como desencadeadoras de violência.
Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise	Tolerar, contornar ou ceder para não ser agredido.
	Adotar um posicionamento firme.
	Se afastar do paciente agressor.
Outros aspectos da violência no trabalho da enfermagem no serviço de hemodiálise	A definição de violência no trabalho é complexa.
	A violência é cotidiana no contexto de adoecimento crônico.
	A agressão verbal é a principal forma de violência.
	A violência causa sofrimento e adoecimento no trabalhador.

Quadro 1 – Eixos temáticos e categorias que emergiram no estudo da violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. Santa Maria, RS, 2011.

4.7 Questões éticas

A questão ética para a inclusão dos participantes foi observada, segundo a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, especialmente (BRASIL, 1996).

Para tanto, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes do estudo, em duas vias, assegurando o seu anonimato, bem como dando-lhes a liberdade de não participarem ou se retirarem da pesquisa em qualquer momento que desejassem (APÊNDICE C).

Os termos e os dados e materiais oriundos da pesquisa estão sob guarda da pesquisadora responsável, na sala 1305a, do Departamento de Enfermagem da UFSM, por um período de cinco anos, conforme preconiza a Resolução nº 196 (BRASIL, 1996). Após este prazo, serão incinerados.

Destaca-se que o material gravado durante os grupos focais foi imediatamente destruído após a digitação no editor de textos.

4.7.1 Riscos

O estudo não apresentou riscos diretos aos participantes. Porém, a temática estudada (violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise) pode apresentar algum risco indireto de sofrimento psicológico ao trabalhador, ao refletir sobre a temática, durante sua participação no estudo.

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física, tampouco acarretará implicações institucionais aos participantes da pesquisa.

4.7.2 Benefícios

Espera-se que os resultados deste estudo forneçam subsídios para a proposição de ações interventivas, que visem minimizar a violência no trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise e, assim, promover a saúde dos trabalhadores.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos da violência no trabalho da enfermagem, sobretudo em serviços de hemodiálise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, será apresentada a caracterização dos trabalhadores de enfermagem que participaram deste estudo. Posteriormente, serão apresentados os eixos temáticos separadamente e as categorias que foram apreendidas durante a realização dos grupos.

Neste capítulo, serão apresentadas as categorias e as discussões que compõem cada eixo temático separadamente, com vistas a sistematizar a apreensão de seus conteúdos, ilustrando-os inicialmente em quadros sinóticos ao início de cada capítulo. Optou-se em apresentar os fragmentos extraídos das falas dos trabalhadores junto às categorias temáticas correspondentes, por entender-se que conferem veracidade e contribuem na elucidação do conteúdo manifesto.

No que se refere à ordem de apresentação dos resultados e discussão, optou-se por sequência que inicia com ***violência no trabalho no espaço de cuidado do paciente renal crônico: quando o paciente é o agressor; estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise e, outros aspectos da violência no trabalho da enfermagem no serviço de hemodiálise.***

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Participaram do estudo oito trabalhadores de enfermagem, sendo que seis eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, pertencendo à faixa etária entre 24 e 49 anos, com tempo de atuação na enfermagem entre 04 e 28 anos. Dos oito participantes, dois eram enfermeiros, quatro eram técnicos de enfermagem e dois eram auxiliares de enfermagem. Em relação à atuação no serviço de hemodiálise, o tempo oscilou de dois a 17 anos.

Estes dados reportam a sujeitos de pesquisa predominantemente do sexo feminino, adultos jovens, com experiência de trabalho no serviço de hemodiálise, o que pode ter favorecido as discussões sobre o tema proposto.

5.2 Violência no espaço de cuidado do paciente renal crônico: quando o paciente é o agressor

Como parte do objetivo de conhecer as fontes de violência no trabalho de enfermagem em um serviço de hemodiálise, merece destaque a violência advinda do paciente em hemodiálise, mencionada pelos trabalhadores de enfermagem como a principal fonte de violência neste contexto laboral, conforme foi apresentado anteriormente.

Assim, por meio da análise temática dos depoimentos obtidos nas sessões de grupo focal, emergiram quatro categorias conforme ilustra o Quadro 02 a seguir:

Tema	Categorias
Violência no espaço de cuidado do paciente renal crônico: quando o paciente é o agressor	A cronicidade da doença e suas relações com a violência
	Características pessoais do paciente como motivadoras de violência
	Relações interpessoais construídas no contexto da hemodiálise
	As questões do dia a dia e a ausência de condutas uniformes entre os trabalhadores de enfermagem como desencadeadoras de violência

Quadro 02 – Categorias referentes a violência no espaço de cuidado do paciente renal crônico: quando o paciente é o agressor. Santa Maria, RS, 2011.

Na categoria a cronicidade da doença e suas relações com a violência, os trabalhadores associaram a s formas de enfrentamento e reações da maior parte dos pacientes perante a doença renal crônica e o tratamento aos episódios de violência contra a equipe de enfermagem neste contexto laboral.

A necessidade de o paciente submeter-se ao tratamento de hemodiálise como condição indispensável para a manutenção de sua vida e o fato de conviver com as limitações impostas pela doença e tratamento foram referidas pelos trabalhadores como os principais fatores que levam a ocorrência das agressões por parte dos pacientes nestes ambientes.

Neste sentido, os trabalhadores entendem que a não aceitação da doença crônica, a situação de dependência de uma máquina e de uma equipe, como únicas

formas de manter a vida, são manifestados, em grande parte, por meio de sentimentos negativos, como raiva, revolta e frustração. Quando revelados aos trabalhadores, estes sentimentos representam uma das formas de violência no trabalho da enfermagem no serviço de hemodiálise, cujos aspectos podem ser observados a seguir.

Não aceitação da doença, dependência da máquina, não aceita a dependência de outra pessoa [...] às vezes são outras coisas que eles estão sofrendo e chegam na clínica e “descontam” no funcionário (T4).

Eles estão pressionados, eles estão insatisfeitos e agridem (T5).

As reações dos pacientes perante a doença renal crônica e o tratamento podem ser associadas aos achados de Bezerra e Santos (2008), que avaliaram a percepção das pessoas com insuficiência renal crônica sobre o cotidiano. Os autores destacaram as limitações físicas, sociais e emocionais, às quais incluem dificuldades no desempenho ocupacional, restrições hídricas, dietas especiais, consultas médicas e sessões de hemodiálise, que desestruturam o seu cotidiano e que são permeadas por perdas que vão além da função renal.

A situação de dependência do tratamento, para Campos e Turato (2010), pode despertar múltiplos significados que podem ser dados a um procedimento que tem por finalidade a “substituição da função” de um órgão importante para a manutenção de funções vitais. O paciente em hemodiálise defronta-se com uma realidade intrínseca à própria convivência quase que diária com o tratamento pois ao mesmo tempo, que pode aliviar a dor da doença (mesmo que momentaneamente), traz a angústia da possibilidade de finitude.

A necessidade de conviver com as máquinas de diálise é um dos principais elementos desencadeadores de conflito intrapsíquico nos pacientes em hemodiálise, pois a máquina, ao substituir uma de suas funções vitais, impõe uma situação de dependência e passividade, passando a representar suas incapacidades. Neste contexto de doença crônica, por serem os trabalhadores que mais tempo permanecem junto aos pacientes, os enfermeiros encontram-se mais expostos às desorganizações psíquicas e manifestações agressivas dos pacientes e familiares (DINIZ, 2004).

Hahn *et al.* (2010) acreditam que pacientes que enfrentam obstáculos resultantes da condição crônica tendem a vivenciar sentimentos de frustração,

ansiedade ou raiva, sentimentos que podem se manifestar na forma de conflitos com o pessoal de enfermagem, com comportamento agressivo e uma maior ocorrência de violência.

Nesta direção, durante os grupos focais, alguns trabalhadores referiram que percebem as agressões como resultado de um possível enfrentamento negativo da doença e assim entendem como uma forma de “explosão” ou “desabafo”, defendendo a ideia de que o paciente não possui a intenção de agredir ou não se percebe como um agressor, adotando um comportamento violento na tentativa de defesa de sua condição. Estes aspectos são observados a seguir:

Acho que a agressão do paciente muitas vezes não é em relação a tua pessoa... é em relação ao estado dele (T4).

Muitas vezes, o paciente não se dá conta de que está agredindo, para ele é uma defesa dele. Te agredir é uma defesa da frustração dele [...] ao mesmo tempo em que ele te agride, depois ele não quer te agredir, eu penso assim, ... a idéia não é te agredir, a idéia é ficar numa boa de novo contigo [...] acho que essa violência é só um..... “BUM” (T2).

As reações do paciente frente ao tratamento de hemodiálise são compreendidas por Campos e Turato (2010) como individuais e variadas. Os mesmos autores enfatizam que o tratamento de hemodiálise, ao mesmo tempo em que o aproxima da possibilidade de continuar a existir, também o coloca frente à angustiante possibilidade da finitude. A tomada de ciência da necessidade do tratamento e suas restrições, para alguns pacientes, revelam-se como uma situação de extrema angústia.

Na busca de conhecer as experiências do paciente renal crônico diante do tratamento dialítico, o estudo de Pietrovski e Dall’Agnol (2006) revelou a necessidade e obrigatoriedade em aceitar o tratamento como única forma de manutenção da vida, permeada por um período complexo de adaptação que mobiliza estruturas individuais.

Zampieron *et al.* (2010) enfatizam que muitos pacientes podem não ser plenamente conscientes da sua situação e possuir alguma dificuldade em compreender as ações do profissional da saúde e, assim, desencadear um episódio de violência.

Entretanto, os mesmos autores alertam que os profissionais de enfermagem e as instituições de saúde devem reduzir a sua tendência em justificar o

comportamento agressivo por parte de seus pacientes, uma vez que o comportamento agressivo não deve ser considerado uma reação normal e nem como parte integrante de estar doente (ZAMPIERON *et al.*, 2010).

Outra situação de violência relatada pelos participantes, durante os grupos, foi a de alguns pacientes que manifestam seus descontentamentos com outros profissionais que prestam assistência no serviço ou ao próprio serviço de hemodiálise para os trabalhadores de enfermagem. Esta é uma situação que, para os participantes, ocorre devido ao fato de serem os que permanecem a maior parte do tempo junto aos pacientes nas salas de hemodiálise, conforme se verifica abaixo:

[...] e aí tu escuta em sala... as enfermeiras saem e aí eles "sentam o pau" nas enfermeiras, e daí falam, falam, falam, e tu fica escutando... a gente absorve a violência que é direcionada para as enfermeiras, direcionada ao médico, a clínica, porque é a gente que está ali no dia-a-dia (T3).

Se o médico atrasou 15 minutos e chegou sete e meia ao invés de sete horas, é muito mais fácil o paciente falar para nós do que para o médico (T4).

Estes aspectos podem estar relacionados as diferenças reveladas no trabalho hospitalar, as quais, por uma condição histórica direcionam a uma supremacia do saber hegemônico do médico que delega partes do trabalho assistencial a outros trabalhadores que embora tenham relativa autonomia, dependem do trabalho médico, especialmente aqueles de nível médio e elementar. Estes aspectos podem por sua vez, estimular uma escala hierárquica em que as categorias profissionais diferentes da medicina disponham de baixa autonomia, autoridade e prestígio (JESUS e SAID, 2008).

Diante destas situações, os trabalhadores afirmaram que se sentem agredidos, pois acreditam que estes descontentamentos não deveriam ser expostos à figura do trabalhador de enfermagem, culminando a sensação de impotência e injustiça. O fragmento abaixo complementa:

Eu me sinto agredida, estou sendo xingada, não tenho nada a ver. Poxa, até eu que não tenho nada a ver tenho que estar ouvindo também, indiretamente (T2).

Este dado vem ao encontro dos resultados encontrados na literatura, que apontam a enfermagem como a categoria profissional que mais tem sofrido violência

no trabalho (CAMERINO *et al.*, 2008; CEZAR, 2005; JACKSON e ASHLEY, 2005; MERECZ *et al.*, 2006; MORAIS FILHO, 2009).

O estudo realizado por Palácios *et al.*, (2008), no Brasil, evidenciou que, dentre todas as categorias profissionais, a de auxiliar de enfermagem apresentou a maior frequência de vítimas, sendo que os enfermeiros encontram-se em situação intermediária entre o médico e os auxiliares.

Estudo realizado por Cezar e Marziale (2006), em um serviço de urgência de um hospital geral em Londrina (PR), junto a 33 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 14 médicos, apontou que 12 (85,7%) dos médicos, 7 (100%) dos enfermeiros, 8 (88,9%) dos técnicos em enfermagem e 15 (88,2%) dos auxiliares de enfermagem foram vítimas de violência ocupacional nos últimos doze meses.

Pela dinâmica e características dos serviços de hemodiálise, verifica-se que a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem assiste diretamente o paciente durante o tempo integral de tratamento. Assim, a aproximação entre pacientes e profissionais vem da atuação no contexto laboral e abre caminhos para além da expressão de sentimentos em relação ao seu estado de saúde, mas também para revelar seus descontentamentos junto a outros membros da equipe e ao serviço.

Outro fator mencionado durante os grupos focais foi a personalidade agressiva e/ou explosiva de alguns pacientes, que pode acentuar e predispor manifestações de violência. Estes aspectos representam a segunda categoria: **características pessoais do paciente como propulsora de violência**, que é ilustrada nos fragmentos a seguir:

Acredito que a agressividade está muito na personalidade de cada um; tem uns mais agressivos, tens uns mais educados, tem uns de personalidade mais forte, e isso vem muito da natureza, da índole, da criação [...] às vezes é tão comum de determinados pacientes, que tu já espera aquilo (T2).

É o jeito dele, ele é explosivo, então eu já conheço ele, e não deixei de gostar dele por causa disso. Mas isso é quanto tu não liga ele rápido [referindo-se ao instalar a hemodiálise]... então, agora ele acalmou, ele se sente incomodado se não é ligado rápido (T8).

Outra questão que eu vejo é relacionada ao comportamento [...] qual o comportamento da pessoa? Eu lembro de uma pessoa que agride com frequência [...] então, qual o comportamento dentro da clínica? E em casa? [...] então entra todas as características dessas pessoas, pois elas têm aquilo meio que histórico e natural até (T1).

Quando você olha o histórico de cada paciente, você vê que com a doença, ele mantém a personalidade, às vezes ele já é um paciente muito prepotente, ele mantém suas características, só que agrava um pouco (T5).

Os relatos demonstram que os trabalhadores já conhecem os pacientes mais agressivos, especialmente pela reincidência das agressões. Assim, tornam a agressão esperada, ao mesmo tempo em que buscam justificar e compreender as manifestações desta, especialmente por razão da personalidade do paciente.

O conteúdo desta categoria remete ao estudo de Costa (2005), que afirma que a violência tem como gênese o próprio comportamento dos usuários, que são pessoas violentas por natureza e não deixam de sê-lo quando estão doentes, sendo que, em algumas situações, podem até se tornar mais violentas.

O comportamento agressivo do paciente é considerado um fator de risco para o acontecimento da violência no trabalho, especialmente se o usuário possuir antecedentes de agressão e características agressivas. O histórico de abuso de drogas e álcool, distúrbios de saúde mental, pouca capacidade de enfrentamento e interação social podem acentuar as agressões diante de uma situação de estresse significativo, como acontece neste caso, na situação de estar doente (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES – VICTORIA, 2005).

Alguns trabalhadores acreditam que a adoção de atitudes e posturas firmes, que objetivem situar o paciente de natureza agressiva, possam contribuir para a redução das agressões e evitar a disseminação da violência. Entretanto, esta medida requer que o trabalhador reaja diante do ato violento e negue seu consentimento perante a situação. Os fragmentos abaixo demonstram:

Ele agride porque tem certeza que coisa grave não aconteceria, porque eu acho que dependendo do grau e que nesse tipo tem que intervir, tem que ter um posicionamento, o profissional não pode ser agredido [...] a violência está aumentando e a gente diz que é até normal porque o paciente está em crise, talvez até pela atitude dos profissionais (T5).

Mostrar para o paciente que ele não faz o que ele quer. Tem paciente que acha, na cabeça dele: eu faço o que eu quero! E não é por aí, né! Tem paciente que necessita de acompanhamento psicológico, outro que é só rebeldia, tem que chegar para ele e situar ele (T2).

Como se verifica no depoimento do T2, além do posicionamento do profissional diante do ato violento, o acompanhamento psicológico também foi

apontado como alternativa para redução da violência contra o trabalhador. Os fragmentos abaixo exemplificam:

Nós temos que encaminhar, então a gente tinha que ter um lugar onde a gente encaminhasse estes pacientes, é por falta de encaminhamento que a gente sofre tanta violência (T5).

Eu acho que para diminuir a agressão do paciente conosco só o encaminhamento mesmo. Para alguns, só o encaminhamento mesmo para resolver (T6).

Neste sentido, Resende *et al.* (2007) explicitam a importância do atendimento psicológico para pacientes com insuficiência renal crônica, com vistas a promover tanto a reestruturação psíquica do paciente quanto a adesão ao tratamento.

A terceira categoria que emergiu neste eixo temático foram as **relações interpessoais construídas no contexto da hemodiálise**, consideradas pelos trabalhadores de enfermagem como influentes para o acontecimento da violência.

Os participantes acreditam que as relações interpessoais entre trabalhadores e pacientes em hemodiálise permeiam a atuação neste contexto laboral, oferecendo caminhos para o paciente dividir momentos pessoais, significações e sentimentos. Desta forma, o trabalhador passa a agregar a sensação de ser a única ou última alternativa para o paciente se expressar. Estes aspectos podem ser observados a seguir:

Geralmente é com a gente que eles mantêm o diálogo, que conseguem se abrir ou conversar, mesmo por uma coisa boa ou ruim, é com a gente no dia a dia ... a gente é a última ou única opção que eles podem expressar o que eles estão sentindo... a gente acaba sendo tudo o que eles têm depois da doença (T3).

Nesta direção, o estudo de Prestes *et al.* (2011) revelou que os trabalhadores acreditam ser, em algumas situações, a referência afetiva para os pacientes em hemodiálise, tendo em vista os laços de amizade construídos durante o convívio e os momentos de escuta durante as sessões de hemodiálise.

Petrovski e Dall'Agnol (2006) destacam a interação que se estabelece entre o paciente renal crônico e a equipe de saúde, uma vez que, em muitos momentos do tratamento, esta interação fomenta uma inevitável relação de dependência por parte do paciente para com os profissionais. Na qual se destaca a importância da equipe de saúde para os usuários na prestação de um atendimento efetivo, contribuindo

para proporcionar segurança, na medida em que há um real investimento nas relações interpessoais.

Entretanto, alguns trabalhadores, ao mesmo tempo em que acreditam que relações positivas são construídas diante dos longos períodos de convivência, gerados pela cronicidade da doença renal, que favorecem interação e o estabelecimento de afetividade entre o trabalhador e o paciente, também reconhecem a possibilidade de surgimento de conflitos entre estes, conforme se verifica a seguir:

Tu trabalha com pacientes crônicos, às vezes é uma relação muito boa, pacientes amigos, familiares, que tu tem uma interação ótima, mas ao mesmo tempo pode ter a relação amor e ódio [...] então são anos, às vezes 15 anos, às vezes 20 anos de convivência... ele já te conhece, tu já conhece ele, as vezes a relação pode ser boa, é uma coisa muito forte (T1).

Um estudo semelhante, realizado em um hospital geral da Suíça, apontou altos níveis de violência em unidades de reabilitação que assistem pacientes com enfermidades crônicas, relacionados à intensidade do trabalho exigido e as relações de longo prazo estabelecidas entre trabalhadores de enfermagem e pacientes (HAHN *et al.*, 2010).

Nesta direção, a ausência de afinidade ou maior identificação com um determinado trabalhador na prestação do cuidado oferece um terreno fértil para a ocorrência das agressões. Cabe destacar que o fato do paciente possuir maior afinidade ou simpatia por um determinado trabalhador de enfermagem foi considerado uma das formas de violência no trabalho, especialmente quando o paciente revela esta preferência perante aos demais trabalhadores. Os fragmentos a seguir abordam estas questões:

Até a própria simpatia que eles têm por uns do que pelos outros, e assim acabam agredindo, porque tu não é tão simpático [...] alguns pacientes, quando a gente chega para puncionar, eles dizem: não, eu não quero que tu me puncione, porque dói! Então tu sai e chama os colegas (T6).

Às vezes, por se identificar com o trabalhador ou mesmo não gostar... eu posso gostar dele e ele não gostar de mim e tem que conviver (T7).

Nesse sentido, Ibrahim (2004) elucida um mecanismo de defesa comumente usado pelos pacientes em diálise, que consiste em “eleger” o profissional bom e o ruim. Desta forma, o paciente passa a adotar atitudes negativas em relação ao

profissional eleito como “ruim”, como realizar cobranças, depreciar o trabalho, questionar condutas e projetar a culpa pelo seu estado ou piora no trabalhador.

O estabelecimento de relações de afinidade e identificação também foi mencionado na relação trabalhador-paciente; isto é, assim como os pacientes, os trabalhadores de enfermagem também possuem maior afinidade ou identificam-se mais com determinados pacientes.

Desta forma, este fato pode ser interpretado como a oferta de um tratamento diferenciado ou privilegiado, direcionado àquele paciente com o qual o trabalhador possui maior afinidade, abrindo caminhos para a ocorrência de uma agressão, no momento em que outros pacientes podem se sentir indiferentes ou menosprezados pelo trabalhador, conforme se verifica a seguir:

Às vezes a gente tem simpatia só com um determinado paciente, com dois, às vezes nós temos uma sala com dez pacientes e não sei se a gente conversa, que tem uma troca com os dez [...] até a indiferença em relação a um paciente pode gerar uma agressão, pode gerar um posicionamento dele que se torne agressivo (T4).

Às vezes eles podem se sentir indiferentes no tratamento e podem achar que eu estou tratando melhor o outro do lado, ou achar que fulano tem mais dinheiro, mas aí entra muito as questões deles, ele acha, ele pensa [...] Então tudo isso pode gerar na cabeça dele, situações que podem estimular uma raiva, uma agressão (T8).

Em as questões do dia a dia e a ausência de condutas uniformes entre os trabalhadores de enfermagem como desencadeadoras de violência os trabalhadores expressaram algumas situações decorrentes do dia a dia do trabalho que podem desencadear insatisfações e servir como propulsoras para a ocorrência das agressões.

Nesta direção, os trabalhadores mencionaram as acomodações como máquinas de hemodiálise com problemas técnicos e que podem acarretar atrasos nas sessões, poltronas consideradas desconfortáveis, temperatura da sala de hemodiálise indesejada ou a posição na sala onde se acomodam para realizar a sessão não ser a preferida⁵.

⁵ Os turnos da hemodiálise possuem escala pré-definida de pacientes, organizada entre os horários da manhã, tarde e noite. Eventualmente, esta escala sofre alterações, em decorrência da necessidade de inserir pacientes que necessitam realizar o tratamento fora de sua escala ou daqueles que se encontram internados. Assim, em situações especiais ou emergenciais, é necessário realocar os demais pacientes dentro da sala, trocando a posição de uma máquina para outra, no sentido de evitar atrasos nas sessões ou mesmo favorecer a entrada de macas ou camas.

Na visão dos participantes, estes são fatores preponderantes para desferir as agressões contra os trabalhadores, os quais são exemplificados a seguir:

Logo a minha máquina estragada! e é aquele stress... é sempre a minha! Deus do céu! E aí a gente ouve tudo, ouve horrores, e quando chega a enfermeira eles ficam quietinhos (T8).

Tudo é motivo de violência, o ar-condicionado ligado, a janela aberta [...] ah, porque esse lugar é frio ou é muito quente (T2).

As cadeiras, quando reclamam das poltronas eu digo vai falar com a chefe, eu não sou dona delas (T7).

Neste sentido, os pacientes em hemodiálise podem considerar que não estão sendo bem atendidos pelo serviço e pelos trabalhadores de enfermagem, o que converge com o que afirma Palácios *et al.* (2008), quando afirmam que as agressões dos pacientes podem estar relacionadas às más condições de trabalho e atendimento, uma vez que um paciente angustiado pela doença e frustrado com um atendimento sem recursos pode ter maior suscetibilidade a agredir.

Estudo com pacientes em hemodiálise evidenciou a importância que os usuários dão ao ambiente, relacionado ao conforto que o serviço proporciona em termos de hotelaria, enfatizando as queixas relacionadas ao barulho na sala de hemodiálise, ao ambiente, por vezes considerado muito frio e à falta de lazer durante o tempo em que se submetem ao tratamento hemodialítico (PIETROVSKI e DALL'AGNOL, 2006).

Para os autores acima, o que é visto pela equipe de saúde como boa estrutura e ambiente adequado não é percebido da mesma forma pelos usuários do serviço. Nem sempre o que é preconizado e instituído formalmente, visando contemplar normas de qualidade, atende às reais necessidades dos pacientes (PIETROVSKI e DALL'AGNOL, 2006).

Outro fator mencionado pelos trabalhadores de enfermagem, relacionado às questões do dia a dia, foi o monitoramento da pesagem dos pacientes. Uma rotina do serviço recomenda que o trabalhador de enfermagem acompanhe o paciente junto à balança e registre seu peso no prontuário, tanto no início quanto no término da sessão.

Esta medida visa oferecer subsídios para a prescrição médica da quantidade de líquidos a ser retirada nas sessões de hemodiálise, a fim de evitar possíveis erros ou distorções por parte do paciente quando a realiza sem auxílio do profissional.

Destaca-se que um equívoco na pesagem do paciente implicará em intercorrências clínicas durante a sessão de hemodiálise, que podem colocar em risco a vida do paciente.

Outra situação comum está relacionada à prescrição do volume de líquidos a ser retirada prescrita pelo médico. Quando a prescrição não é a idealizada pelo paciente e o trabalhador de enfermagem a executa sem consultar o paciente, o descontentamento junto ao trabalhador é revelado e, na maior parte das vezes, de forma agressiva e hostil. Estes aspectos são observados a seguir:

O volume de líquidos para retirar é um quesito básico de discussão em sala, de eles não aceitarem e a gente acabar escutando. Se eles estão dormindo e o doutor prescreve a quantidade de líquido a remover e a gente coloca e não os avisa, no final tu vai escutar certo, pode esperar! (T3)

A ausência de condutas uniformes entre os trabalhadores de enfermagem como desencadeadoras de violência foi considerada como um dos principais fatores que colaboram para a propagação da violência no serviço de hemodiálise, uma vez que este contexto laboral exige da equipe compartilhar das mesmas condutas ao executar suas atividades, especialmente pela característica do setor de hemodiálise, o qual é baseado em rotinas e protocolos específicos e horários de funcionamento bem definidos.

A posição contrária, entre os trabalhadores, às orientações específicas do serviço pode oferecer subsídios para as agressões, no momento em que a “regra” ou a “rotina” não é seguida, conforme se verifica nos fragmentos a seguir:

Acho que aí entra a nossa própria postura, entre nós colegas, é norma, ele tem que saber que o certo é assim, e aí tu tenta fazer o certo e aí chega um colega, e abre toda aquela exceção (T6).

Um pouco o problema é a equipe porque às vezes quebra a regra – ah eu não vou me incomodar hoje, vou abrir uma exceção, então tu vê aquilo e pensa por isso que o fulano é camarada [...] porque o colega permite, tu não quer permitir! Pois o colega que não vai permitir vai acabar sendo agredido (T2).

Talvez falar a mesma língua seja o que nós próprios não fizemos, e daí... Nós tivemos uma reunião e ficou acertado que nós iríamos ver o paciente se pesar [...] não era para anotar aquilo que o paciente falasse [...] e aí no outro dia, o paciente chegou e sentou direto na poltrona [...] e aí a gente pergunta: quem foi que te pesou? e ele diz: fui eu. Então vamos lá pesar! e aí ele começa a dizer que não... e aí você explica que foi feita uma reunião, que é uma determinação [...] e aí chega um colega na tua frente e diz, não precisa, deixa assim! (T4)

O depoimento de T4, acima, demonstra que uma agressão pode ser gerada quando o paciente realiza a pesagem sem auxílio e não aceita retornar à balança, quando o trabalhador opta por acompanhar a pesagem, de forma a atender as determinações do serviço, ao mesmo tempo em que outros não adotam esta posição.

Diante dos relatos, observam-se as dificuldades que emergem e que abrem precedentes para as agressões, no momento que a equipe adota condutas divergentes entre si, perante o paciente. De acordo com os participantes, este fato retrata uma possível falta de integração ou união entre colegas, frente a situações que exigem compartilhar da mesma conduta, expresso como “falar a mesma língua” e que podem potencializar a ocorrência de violência nestes ambientes.

Nesta direção, Pereira e Lima (2009) enfatizam que o trabalho em equipe só é possível quando os trabalhadores constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado, que é comum à maioria dos trabalhadores.

Desta forma, é notável que a violência no trabalho advinda do paciente em hemodiálise no serviço estudado seja evidenciada, pelos participantes deste estudo, como uma das fontes de violência mais frequente no contexto laboral da hemodiálise.

Cabe destacar que os fatores que contribuem para a ocorrência de um incidente violento foram pontos de reflexão constante durante as discussões realizadas no grupo, incluindo as características dos indivíduos, a natureza e a motivação para a ocorrência das agressões, bem como o contexto em que ocorrem, o que pode subsidiar futuras discussões acerca da prevenção e da propagação da violência por parte do paciente neste contexto laboral.

5.3 Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise

Neste capítulo, serão apresentadas as categorias que compõem o eixo temático referente às estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência por parte do paciente no serviço de hemodiálise.

Neste sentido Monteiro e Machado (2010) acreditam que, muitas vezes, a violência é perpetrada de forma silenciosa e individualizada, o que dificulta a mobilização coletiva na busca de estratégias defensivas e de enfrentamento da situação.

Como descrito no capítulo anterior, os pacientes em hemodiálise são os principais autores de violência contra os trabalhadores de enfermagem. As estratégias utilizadas pelos trabalhadores, diante desta fonte de violência, foram agrupadas em quatro categorias, conforme demonstra o Quadro 03 a seguir:

Tema	Categorias
Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise	Tolerar, contornar ou ceder para não ser agredido
	Adotar um posicionamento firme
	Se afastar do paciente agressor

Quadro 03 – Categorias referentes as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência no trabalho no serviço de hemodiálise. Santa Maria, RS, 2011.

Na primeira categoria **tolerar, contornar ou ceder para não ser agredido**, os trabalhadores mencionaram que compreendem o comportamento violento dos pacientes como uma manifestação da não aceitação de sua condição crônica e da dependência do tratamento, buscando “contornar” situações potenciais de conflito, evitando discordar por meio do silêncio ou cedendo à vontade do paciente, mesmo que isso contrarie as normas do serviço, a fim de evitar que sejam agredidos.

Nesta direção, os participantes relataram que, em algumas situações, se colocam no lugar dos pacientes e concluem que teriam um comportamento semelhante se precisassem se submeter ao tratamento de hemodiálise, o que denota certa tolerância ao comportamento violento, diante das restrições impostas pela doença e tratamento, como se observa nos fragmentos abaixo:

Às vezes eu me coloco no lugar do paciente e sabe de uma coisa? Se eu estivesse fazendo hemodiálise e quisesse chegar atrasado, eu não estaria nem aí, entendeu? Então existe um conflito muito grande, se eu pensar e me colocar muitas vezes no lugar do paciente (T1).

Eu me questiono, eu ficar dependendo de uma máquina e de uma pessoa, ficar dependente financeiramente. Eu acho que eu ficaria muito revoltado se precisasse me privar de determinadas coisas na minha vida, um chimarrão, então eu me questiono às vezes (T4).

É possível verificar que os trabalhadores demonstram como percebem o outro, ao mesmo tempo em que acreditam que, ao se colocarem no lugar do paciente, experimentariam os sentimentos em relação à doença que o paciente possa estar demonstrando quando é agressivo e, assim, isto leva à tolerância das agressões.

Neste sentido, percebe-se que os trabalhadores de enfermagem participantes deste estudo, no lugar de se preocuparem somente em relação aos processos do corpo e à visão técnica e reducionista do tratamento e doença, demonstraram preocupação e atenção com o paciente, buscando valorizar as reações e sentimentos deste diante da doença.

Entretanto, para Martins, Robazzi e Bobroff (2010), o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem é gerador de sentimentos ambíguos; ora ele pode colaborar para vivências de prazer, ora para vivências de sofrimento e, ao se deparar com o sofrimento alheio, com a morte, com a dor e/ou situações difíceis de serem superadas, o trabalhador também sofre.

A tolerância a violência é ratificada pela estratégia de contornar e ceder para não ser agredido. A utilização desta estratégia pode estar relacionada ao fato de que o paciente autor da violência irá continuar a frequentar o serviço, ou seja, o trabalhador vítima da violência, provavelmente, terá de prestar cuidados ao paciente em um futuro próximo. Esta convivência, durante os anos de tratamento, permite que os trabalhadores identifiquem os pacientes com histórico de comportamento violento e as situações que podem desencadear conflitos, o que pode repercutir nas estratégias adotadas frente à violência.

Além disso, os trabalhadores justificaram a estratégia de ceder e contornar determinadas situações no intuito de não agravá-las, bem como de não causar um malestar geral, uma vez que as salas de hemodiálise são coletivas e os demais pacientes presenciam os episódios de violência. Os fragmentos que seguem elucidam a categoria:

[...] a gente vai levando, vai tentando adequar, vai contornando. Se a gente não contornasse muitas situações, as agressões seriam muito maiores (T5).

Porque se tu for te posicionar, aquilo ali gerar um mal estar geral dentro de uma sala, então é melhor levar na brincadeira, ou tentar contornar, e não bater de frente (T4).

Muitas vezes, eu tentei conversar, tentei apaziguar. Muitas vezes ajudava, porém em outras percebi que a melhor coisa era ficar quieta. Só que lá no íntimo eu estava sofrendo... (T1).

A ideia é evitar a agressão! Eu vou estar certa se estiver agindo de acordo com as normas e as regras da empresa! Mas é uma defesa da gente, pois não quero ser agredida, eu quero trabalhar bem, quero que ele fique bem, e daí tu acaba cedendo, entende? Então eu não quero gerar um ambiente de agressão (T2).

A gente quer manter a harmonia e sempre tento que fique uma coisa agradável e que não fique aquela coisa mal. Isso porque a gente vai conviver de novo, outro dia vai ser outro dia, uma nova situação, mas acho que é através da conversa, do diálogo, ou então muitas vezes do próprio silêncio. Porque eu sou o profissional que está ali na hora, e aí entra aquela questão: violência gera violência, então eu não vou ter que atacar da mesma forma que ele está me agredindo, eu não vou estar xingando ele também (T6).

Moura (2005), quando buscou compreender as estratégias utilizadas por enfermeiros de um Programa de Saúde da Família, evidenciou que esta estratégia pode ser adotada na tentativa de minimizar os efeitos da ansiedade resultante das agressões por parte dos usuários, já que ao estabelecerem-se relações muito próximas com estes usuários, passam a negar estas adversidades presentes no processo de trabalho, na tentativa de “ceder”, o que aproxima-se com os resultados obtidos neste estudo.

No entendimento de Mendes e Araújo (2010), um comportamento defensivo ocorre, na maioria das vezes, pela incapacidade do indivíduo de simbolizar o fato e pelo estado de desamparo em que se encontra, impossibilitando-o de expressar o seu incômodo para mudar a situação.

Adotar a cautela, como uma forma de evitar maiores problemas diante de um ato de agressão, foi relatado por profissionais vítimas de violência em serviços de saúde na Alemanha, os quais demonstraram reações mais cuidadosas junto ao paciente agressor (FRANZ *et al.*, 2010).

Apesar de a estratégia supracitada ser bastante utilizada e considerada eficaz, como se observa na fala acima, “*se a gente não contornasse muitas situações, as agressões seriam muito maiores...*”, parte do grupo discorda desta postura e acredita que, ao ceder à vontade do paciente, pelo receio de ser agredido, estimula-se ainda mais a violência, especialmente contra os colegas que seguem as normas do

serviço, uma questão abordada anteriormente quando apresentou-se as diferenças de condutas entre os profissionais como motivos de violência. O fragmento baixo exemplifica a questão:

Tu ameniza hoje e gera a violência para o colega amanhã (T2).

Nesta direção, parte do grupo utiliza como estratégia a **adotar um posicionamento firme**, especialmente nos casos de violência considerados mais graves e que envolvem pacientes com histórico de agressões.

Os trabalhadores acreditam que a adoção de uma postura firme, por meio de um diálogo reservado e da adoção de um posicionamento que sinalize a não aceitação da violência pode, mesmo que não resolva o problema, evitar ou amenizar novos episódios de agressões. Esta categoria é exemplificada nos fragmentos que seguem:

Quando eu acho que passou do limite tem que ser severo, acho que a postura da gente, ali, na posição que a gente tá, que a gente está se doando, frente ao cuidado, eu acho que a gente tem que ter o pulso mais firme, mesmo que isso vá gerar um mal estar ou que a sala vai ficar mais conturbada, gere um clima, porque na próxima vez que o paciente pensar em te agredir, ele vai pensar diferente (T3).

O pulso firme é uma questão muito importante, o seu João tem enfermeiras que tem o pulso firme com ele e quando a gente tenta levar de uma maneira mais amena, não adianta, ele se passa mesmo! Tem que falar sério para dar uma “maneirada”, não quer dizer que pare, ele não parou com as agressões (T6).*

Resolver às vezes a gente não consegue, mas a gente tenta conversar com o paciente de forma reservada, um pouco adianta (T5).

Como se pode observar no fragmento supracitado, a adoção de uma postura firme com os pacientes, diante da violência, é considerada uma estratégia parcialmente eficaz, uma vez que ameniza, mas não resolve o problema.

Destaca-se que os participantes questionaram as situações em que esta estratégia deve ser utilizada. Por um lado, acreditam que o trabalhador deve adotar uma postura firme, a fim de sinalizar a não aceitação da violência e, por outro, consideram que, em determinadas situações de violência, esta não é a melhor estratégia a ser utilizada, pois pode desencadear um conflito ainda maior que seria um novo problema.

* Nome fictício a fim de preservar a identidade do sujeito.

Esta questão é exemplificada pelos fragmentos:

Porque a gente tem se colocar, também acho que o silêncio é a melhor forma, o silêncio, mas às vezes eu acho que não é aceitável... porque o que eu vejo às vezes é que a recorrência da agressão é dos mesmos pacientes (T3).

É que às vezes a gente se posicionar vai virar uma bola de neve, e as vezes é necessário tu te posicionar, então isso vai muito da compreensão de como é, daquele momento como é que tu tá... porque se tu for às vezes te posicionar, e aquilo ali virar um mal estar geral dentro de uma sala, e tem todo um contexto, daí acaba, então é melhor levar na brincadeira, ou tentar contornar, e não bater de frente (T4).

Costa (2005) afirma que, algumas vezes, a violência do paciente tem como causa a postura do profissional assumida durante o atendimento, já que uma resposta grosseira ou mal colocada pode originar uma reação violenta por parte do paciente ou acompanhante.

Entretanto, Rowe e Sherlock (2005) apontaram que muitos trabalhadores adotam o silêncio e a passividade diante das situações de agressões; porém, estas estratégias podem influenciar negativamente a satisfação do trabalhador.

Se afastar do paciente agressor é outra estratégia utilizada pelos trabalhadores de enfermagem do serviço de hemodiálise. Nesta categoria, os trabalhadores afirmaram que, após o episódio de violência, evitam prestar cuidados e até mesmo conversar com o paciente. Os fragmentos que seguem compõem a categoria:

Um escudo de defesa, eu não vou para não ser agredido e a maioria dos colegas fica na defensiva [...], já nem vou atender “aquele paciente” que é para não me incomodar... Pois depois de uma agressão a gente precisa dar um tempo, para a gente e para o paciente, e pelo menos por uns dias tu vai se afastar, tu precisa se afastar (T2).

Eu vejo que às vezes alguns trabalhadores ficam com receio e tentam evitar o paciente... então muitas vezes ele não tem outra coisa para fazer e o que ele faz: eu não vou punccionar aquele ali porque aquele esses dias me disse isso, isso e isso. Aí então se tenta evitar para contornar uma situação. A gente vê o pessoal com receio, só que muitas vezes é uma ansiedade grande... às vezes a pessoa tem que ficar na sala... ou às vezes ela ficando na sala tendo escutado aquele horror de coisas e ainda não conseguiu metabolizar tudo né, e ter que ficar e convivendo com aquilo ali o tempo inteiro (T5).

Mendes e Araújo (2010) acreditam que, além das estratégias individuais, os trabalhadores constroem coletivamente estratégias defensivas como um recurso

para negar ou minimizar a percepção da realidade adversa que lhes causa sofrimento.

Conforme os participantes, esta é uma estratégia também utilizada de forma coletiva, ou seja, os demais membros da equipe cooperam para que o trabalhador vítima de violência não precise prestar cuidados ao paciente autor da violência. Na mesma perspectiva, nos casos mais graves, a chefia intervém e, se necessário, o trabalhador é trocado de unidade, a fim de evitar novas agressões. Os fragmentos exemplificam tais situações:

Grande parte dos colegas age na defensiva! E tenta se defender! E daí no espírito de equipe, o colega já comenta sobre aquele paciente que se tem mais dificuldade. Assim a gente combina e dá certo! então eu não tenho problema, deixa que eu vou atender o paciente (T2).

Têm pacientes que possuem uma fístula maravilhosa e que, por algum motivo tu não consegue acertar a punção, então tu já evita, e normalmente a gente chega para o colega e diz vai naquele paciente que eu não tenho acertado, pois é para não acontecer de tu errar e ele poder vir a te agredir (T6).

É assim, a chefia intervém no caso de ser uma agressão muito grave, faz uma troca (de unidade), assim, eu vim uma vez para cá por causa de um paciente, sabe, e isso alivia também, sabe, então eles tentam fazer alguma coisa para nos ajudar, nunca deixaram... de nos ajudar, nunca deixaram de ouvir a gente, das agressões assim... (T8).

Este dado converge com os resultados de estudos que evidenciaram que os prestadores de cuidados de saúde que já sofreram violência tendem a evitar o paciente que foi ou possa vir a tornar-se violento (GILLESPIE *et al.*, 2010; GATES *et al.*, 2011).

Nesta direção, Moura (2005) acredita que esta medida pode estar relacionada ao fato do trabalhador procurar evitar a angústia, medo e insegurança, advindos da violência no trabalho, passando a adotar comportamentos de passividade e fuga.

Dal Pai e Lautert (2009) constataram algumas estratégias de enfrentamento adotadas pela coletividade trabalhadora que, diante de situações desfavoráveis no trabalho em um setor de emergência, passam a representar um importante fator de proteção por intermédio de comportamentos e atitudes que, por vezes, demonstraram frieza, distanciamento e acarretam em despersonalização do usuário.

Entretanto, o depoimento de T8 acima evidencia o apoio prestado pela gestão do serviço de hemodiálise expresso por “a chefia intervém no caso de ser uma agressão muito grave”. Esta ação vem ao encontro das recomendações de órgãos

internacionais quando acreditam que a gestão dos serviços de saúde deve prestar assistência a todos os trabalhadores afetados pela violência no local de trabalho, reunindo medidas que objetive minimizar o impacto e as conseqüências imediatas da violência, como o afastamento temporário do trabalhador e apoio e escuta atenta e compreensiva visando a superação das vivências de episódios violentos. Desta forma, um estilo de gestão baseado na abertura, comunicação e diálogo, em que o cuidado e respeito a dignidade dos indivíduos são prioridades, pode contribuir significativamente para a minimização da violência no trabalho. (ILO/ICN/WHO/PSI, 2005; OIT, 2003).

Assim como nas demais categorias, a estratégia de se afastar do paciente também foi questionada por parte do grupo devido à possibilidade de, em algum momento, após o episódio de violência, acontecer uma intercorrência com o paciente e o trabalhador precisar prestar cuidados imediatos. Sob este prisma, “T1” alerta para a necessidade de esta tendência ao trabalhador se afastar do paciente após a agressão ser trabalhada, como se observa no fragmento abaixo:

Acho que é uma coisa que precisa ser trabalhada, porque tu é um profissional. Eu já presenciei isto, por ter acontecido uma situação com funcionário e um paciente, e lá estava o paciente hipotenso... Porém a pessoa até foi prestar o cuidado, mas daquele jeito. Entendo que as vezes a pessoa precisa de um tempo, precisa trocar de sala e entendo que o pessoal precisa enfrentar (T1).

O estudo realizado pelo “*Victorian Taskforce on Violence in Nursing*” revelou que habilidades pessoais, além das características pessoais do trabalhador, exerceram influências positivas, podendo ser consideradas fatores importantes para se proteger da violência no trabalho, o que se aproxima com os resultados aqui encontrados (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES – VICTORIA, 2005).

Entretanto, o mesmo estudo apontou que trabalhadores que sofreram violência por parte dos usuários tendem a adotar atitudes negativas em relação a estes, o que pode comprometer a qualidade do atendimento que é dado e desempenhar um papel no desencadeamento de episódios futuros de violência (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES – VICTORIA, 2005).

Observa-se que os trabalhadores de enfermagem participantes deste estudo diante das agressões ou de situações que podem desencadeá-las, buscam organizar-se individual e coletivamente, na tentativa de evitar as agressões por parte

do paciente em hemodiálise, o que foi considerado eficaz pelos participantes deste estudo.

Entretanto, é razoável supor que uma proporção de eventos violentos por parte dos pacientes é passível de prevenção, diante do que se apresentou até aqui nesta investigação. Contudo exigem não somente o investimento pessoal do trabalhador que adota as estratégias de tolerar, contornar ou ceder, se afastar do paciente ou mesmo posicionar-se diante de uma agressão, e sim, evocar a discussão de medidas organizacionais efetivas, que possam combater ou minimizar a exposição a violência no trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise.

5.4 Outros aspectos da violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise

Como parte dos objetivos deste estudo, procurou-se conhecer como os trabalhadores de enfermagem entendiam e vivenciavam a violência no trabalho em hemodiálise, buscando identificar as formas e as fontes de violência reconhecidas por estes trabalhadores.

Tema	Categorias
Outros aspectos da violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise	A definição de violência no trabalho é complexa
	A violência é cotidiana no contexto de adoecimento crônico
	A agressão verbal é a principal forma de violência.
	A violência causa sofrimento e adoecimento no trabalhador

Quadro 04 – Outros aspectos da violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. Santa Maria, RS, 2011.

Na primeira categoria, **a definição de violência no trabalho é complexa**, os trabalhadores expressaram dificuldades em encontrar uma definição para a violência no trabalho, apontando que o seu entendimento está associado a “concepções individuais” de cada trabalhador. Este entendimento vem ao encontro de Campos

(2004), que afirma que a violência no trabalho está associada ao contexto em que o evento ocorre e ao julgamento do observador.

Para os participantes, o entendimento dado a violência sofre influência de fatores relacionados ao momento pessoal, profissional e emocional de cada trabalhador, conforme se verifica nos fragmentos a seguir:

Depende de quem sofre a violência, do momento que a gente vive.. (T3).

Depende muito do momento, “de como tu está no momento, da maneira como tu está emocionalmente”, porque muitas vezes tu pode encarar aquilo de uma forma talvez amigável, mas tu vai estar sofrendo (T1).

Depende de cada um de nós... e de como é que a gente encara o que é agressão; às vezes, eu posso encarar que passar pela colega e não cumprimentar é uma agressão (T4).

Além destes fatores, os participantes mencionaram que o “grau de uma agressão recebida” está igualmente vinculado às concepções individuais de cada trabalhador, conforme é demonstrado a seguir:

Depende do grau dessa agressão, como é que ela está sendo colocada, às vezes a gente leva em tom de brincadeira, às vezes tu consegue contornar, às vezes tu tem que se posicionar, mas vai muito do momento, de como tu está e do momento que tu estás [...] (T4).

Diante do relato, verifica-se que a violência no trabalho está associada às percepções e interpretações individuais do trabalhador, sendo que as experiências de vida e experiências individuais desempenham um papel importante na forma como concebem e reagem à violência no trabalho.

Neste sentido, discussões realizadas por órgãos internacionais afirmam que a violência no local de trabalho possui um significado universal, podendo a percepção e compreensão variar entre diferentes culturas (ILO, ICN, WHO e PSI, 2005).

Para Oliveira e Nunes (2008), a falta de uma definição consistente de violência por parte das vítimas faz com o entendimento da mesma tenha muitas variações, conforme foi apresentado neste estudo, o que dificulta ainda mais um diagnóstico da realidade.

Estudo realizado na Austrália, no ano de 2005, pelo *Victorian Taskforce on Violence in Nursing*, buscou identificar e analisar os sistemas, procedimentos e políticas existentes nos serviços de saúde e, ainda, recomendar estratégias para

reduzir a incidência de violência. Este estudo evidenciou que existem barreiras para o planejamento de estratégias propostas, que são a falta de definições claras e consistentes, bem como a subnotificação da violência por parte das vítimas da violência no trabalho (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES – VICTORIA, 2005).

A maior parte das dificuldades em conceituar a violência no trabalho advém do fato de ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Na segunda categoria, **a violência é cotidiana no contexto de adoecimento crônico**, os trabalhadores relataram que a violência no trabalho é parte do contexto laboral em hemodiálise e é influenciada pela situação de adoecimento dos pacientes em hemodiálise.

No que se refere à violência como parte do contexto laboral em hemodiálise, os participantes apontaram a violência como uma situação “diária”, “presente no dia a dia”, o que a torna comum, repetitiva e parte do trabalho da enfermagem no serviço de hemodiálise. Desta forma, surge a possibilidade de banalização ou mesmo da dificuldade em reconhecê-la, conforme se verifica a seguir:

A agressão é uma coisa tão presente no dia a dia da gente que passa despercebida... Até esqueci que havia sido agredida. Acho que o tempo faz com que aquilo vire uma rotina, e tu não passa a ver como uma agressão (T2).

A gente acha tão normal essa violência (T4).

Nesta direção, a violência vivenciada pelos profissionais de saúde vem causando uma conseqüente naturalização do fenômeno, uma aceitação, como se fosse algo normal, que não comove e não choca mais. Acredita-se que o motivo principal deve-se ao fato de estar próxima e presente de forma cotidiana na rotina de trabalho (SANTOS *et al.*, 2011).

A prevalência e as características da violência no trabalho foram descritas em um estudo realizado em um hospital geral, em que 30% dos participantes do estudo afirmaram que a violência faz parte do trabalho, que acontece o tempo todo e é esperada. Os trabalhadores, por se considerarem receptores de violência, a entendem como normal, parte da natureza de seu trabalho e parte da profissão de enfermagem (CHAPMAN *et al.*, 2010).

O entendimento de que a violência no trabalho é parte do contexto laboral em hemodiálise foi amplamente relacionado às agressões verbais sofridas pelos trabalhadores, por parte dos pacientes em hemodiálise, o que se constituiu uma tônica dos relatos, representando a forma mais frequente de violência neste contexto, como expressa o fragmento a seguir:

Eu vejo como uma situação diária, e que às vezes a gente nem reconhece como violência no momento... é tão comum de determinados pacientes, que tu já espera aquilo e nem te abala mais”, é repetitiva a situação – é o paciente crônico” (T3).

O depoimento acima introduz ao próximo aspecto mencionado pelos trabalhadores, que se refere ao contexto de adoecimento crônico como influente na ocorrência da violência. No entendimento destes, o ambiente sofre influências do contexto de adoecimento crônico, uma vez que é dotado de muito sofrimento por parte dos pacientes e familiares, o que pode favorecer manifestações agressivas perante esta condição. Estes aspectos podem ser observados a seguir:

A gente já trabalha num ambiente “pesado”, a gente lida com muito sofrimento dos pacientes e também dos familiares... Um ambiente que é agressivo aos outros (T4).

Para Costa e Marziale (2006), os serviços de saúde não estão livres da presença da violência, tornando-se necessário entender o mecanismo que transforma um ambiente terapêutico em um local de violência e degradação, especialmente no que tange à organização do processo de trabalho em saúde, o que pode ser caracterizado como uma forma de violência sobre o corpo dos trabalhadores e das pessoas assistidas no processo terapêutico.

Bila (2008) alerta que, diante da sensibilidade do trabalhador, que percebe o sofrimento de outrem, é possível a presença de um sentimento de impotência, gerando desencanto, desilusão e desesperança, no sentido do trabalho e amargura, que pode se constituir como uma violência à saúde psíquica do trabalhador.

A rotina do trabalho em hemodiálise foi outro fator destacado pelos participantes como influente na ocorrência da violência no trabalho. Nesta direção, os participantes enfatizaram os aspectos técnicos e o grau de complexidade do trabalho específico que este contexto laboral exige, caracterizado como uma forma de pressão no seu trabalho, uma vez que erros ou falhas na execução dos

procedimentos podem colocar em risco a vida do paciente, além da pressão do tempo pré-determinado para a execução destes.

Assim, os trabalhadores enumeraram a pressão por um atendimento cronometrado com exigência de quantidade e qualidade que remete a realização do trabalho sob pressão, também considerado como uma forma de violência no trabalho, explicitado nos fragmentos a seguir:

É uma pressão no ambiente, é uma pressão na chegada para ligar, é uma pressão para desligar [...] pressão de não deixar o paciente esperando, é o que quer voltar mais cedo para casa, aquele que fica esperando o transporte... é o paciente que tem pressa (T8).

Tu trabalha com a pressão da qualidade, tu tem a responsabilidade porque tu tem vidas na tua mão, porque um erro, por menor que seja, é a vida das pessoas que está na tua mão, isso aí é uma pressão enorme (T4).

Desta forma, a execução de procedimentos técnicos de alta complexidade foi reconhecida como inerente ao trabalho da enfermagem no contexto laboral em hemodiálise, porém geradora de apreensão, pela exigência de um nível elevado de atenção e precisão na prestação do cuidado.

Para Costa e Marziale (2006), o tempo de trabalho é um aspecto que merece ser estudado, principalmente quando se considera que o produto do trabalho em saúde é consumido conjuntamente com a sua produção. Deste modo, a organização do processo de trabalho em saúde, ao adotar o tempo linear e quantitativo na condução das atividades de saúde, pode causar danos à integridade dos trabalhadores, o que pode ser caracterizado como uma forma de violência sobre o corpo dos trabalhadores e das pessoas assistidas no processo terapêutico.

As autoras acima acreditam que a forma de organização e a quantidade de tempo destinada ao trabalho assistencial hospitalar podem se constituir em causa de violência que afeta a vida de trabalhadores e usuários e destacam que essa pressão constante do tempo participa na gênese da violência, pois o trabalhador, ao realizar atividades apressadamente pode cometer imperícias e negligências e, com isto, desencadear reações violentas nos usuários.

Nesta direção, o trabalho realizado sob pressão no contexto laboral de hemodiálise, conforme mencionado pelos participantes deste estudo, direciona o trabalhador de enfermagem a executar suas atividades com conhecimento, destreza técnica e sob pressão do tempo, o que pode comprometer a atenção dada ao

paciente em hemodiálise, o qual pode sentir-se insatisfeito e manifestar sua insatisfação de forma violenta.

Pesquisa sobre a dinâmica do trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise menciona características, como a realização do trabalho em turnos, a necessidade de os trabalhadores de enfermagem desenvolver as atividades em um determinado espaço de tempo, a realização do mesmo procedimento diariamente e, com isso, a repetição de tarefas, somadas ao fato de serem os mesmos pacientes. Além da pressão do tempo, a pesquisa ainda afirma que existe a pressão por acertar, principalmente no sentido de não prejudicar a hemodiálise ou colocar o paciente em risco (PRESTES *et al.*, 2011).

Em **a agressão verbal é a principal forma de violência**, terceira categoria que compõe este eixo temático, os participantes mencionaram os episódios de agressão verbal por parte dos pacientes em hemodiálise.

Os trabalhadores destacaram que os episódios de agressão verbal, por parte dos pacientes, mesmo não se constituindo uma forma tão visível como a violência física, geralmente acontecem de forma inesperada e se caracterizam pelo emprego de tom de voz áspero, elevado ou alterado, na forma de xingamento com ofensas pessoais ao trabalhador. Os fragmentos abaixo representam a categoria.

A violência no trabalho se reflete muito mais na questão das palavras, do que na própria violência que a gente pode lembrar no caso da agressão física, mas principalmente das palavras (T1).

As formas de agressão, na maioria das vezes, é com palavras, tom de voz alto, exagerado, áspero (T2).

A violência física, apesar de ser em menor quantidade, é, eventualmente, em compensação a palavra... tu nunca sabes quando vem (T6).

O paciente me chamou de "cadela", ele baixava o nível, uma vez eu pedi para ele tirar o casaco antes de ser pesado, ele me chamou de tudo, me disse horrores! (T8).

Os relatos demonstram que a violência verbal é a forma mais frequente de violência neste contexto, o que converge com investigações realizadas com enfermeiros nas quais o abuso verbal é tipo mais comum de violência no trabalho (CEZAR, 2005; CHAPMAN *et al.*, 2010; HAHN *et al.*, 2010; MORAIS FILHO, 2009).

O estudo de Hahn *et al.* (2010) revelou que a violência física foi a segunda forma mais frequente de violência (41,9%), seguido de ameaças verbais (27,1%), proveniente, em maior parte, dos pacientes.

Frente às formas como a violência no trabalho pode se apresentar, órgãos internacionais alertam que mais da metade dos trabalhadores da saúde já sofreram ou irão sofrer violência verbal no decorrer de sua trajetória profissional, sendo que o Brasil está entre os países com maior incidência de abuso verbal (ILO, ICN, WHO, PSI, 2005).

Durante os grupos, os participantes identificaram outras fontes de violência, como as advindas da própria equipe de trabalho e dos familiares dos pacientes em hemodiálise, as quais ocorrem em menor proporção, mas com efeitos semelhantes e cumulativos ao trabalhador.

Neste sentido, Santos *et al.* (2011) acreditam que a equipe de enfermagem encontra-se mais susceptível a vivenciar episódios de violência no seu ambiente de trabalho, devido a maior aproximação com pacientes e acompanhantes.

Estes aspectos podem ser observados nos fragmentos abaixo.

A agressão tem cada vez uma amplitude maior, de paciente, de familiar, da equipe, de outros segmentos da equipe que você vai sofrendo. Então tem que ver até que ponto o profissional tem que sofrer... Porque tudo isso é uma pressão emocional e mais cedo ou mais tarde vai estourar em algum lugar (T5).

Tem outras agressões no trabalho, até da equipe, a gente pode agredir até sem se dar conta, mas às vezes tu se dá conta que foi agredido também, verbalmente, ou com palavras, com gestos, com ironia, a gente é agredido também, não só pelo paciente (T2).

A violência no trabalho entre colegas, uma das fontes de violência apontada pelos participantes durante a realização dos grupos focais, foi relacionada a conflitos nas relações interpessoais entre os trabalhadores de enfermagem. Assim, alguns trabalhadores mencionaram a exclusão ou a sensação de sentir-se excluído, a falta de confiança entre a equipe na execução das atividades laborais e a adaptação às diferenças de personalidades como as principais configurações desta forma de violência. Os depoimentos a seguir exemplificam a categoria:

Às vezes a gente exclui alguém. E eu também já fui excluído, eu já ouvi literalmente, "eu não quero trabalhar contigo", tu não é aqui nesta sala, tu é lá na outra. E às vezes a gente não pensa na hora, porque aquilo é tão do

cotidiano e tu não vê como uma agressão. Mas quem é excluído se sente agredido (T2).

Me agride muito quando o colega parece que não confia em ti... e que tu não sabe fazer as coisas... Eu me acho digna de confiança, sabe. E o quanto bom, e o quanto menos trabalhoso, tu poder trabalhar unido, confiando, seguramente no que está sendo feito (T6).

A personalidade difícil de um colega gera muito mais violência e sofrimento do que a própria rotina de trabalho (T3).

Os aspectos evidenciados nos depoimentos apontam que a causas de agressões entre os profissionais são majoritariamente por problemas de relacionamento interpessoal, o que vem ao encontro do que acreditam Zampieron *et al.* (2010), quando destacam as possíveis causas de agressões entre os profissionais de saúde.

A existência de sofrimento gerado por dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho foi relatado no estudo realizado em um serviço de hemodiálise por Prestes *et al.* (2010), em que os trabalhadores afirmaram que trabalhar com um colega com quem não têm afinidade desencadeia sofrimento.

Os mesmos autores compreendem que esse é um aspecto relevante ao se considerar a organização do trabalho no serviço de hemodiálise, uma vez que os trabalhadores atuam em salas coletivas, em que todos são responsáveis pelos cuidados dos pacientes em hemodiálise, ou seja, existe a necessidade de cooperação e diálogo constante durante o turno de trabalho.

Os aspectos mencionados pelos trabalhadores de enfermagem aproximam-se das definições de assédio moral de forma horizontal, isto é, quando parte de um ou mais trabalhadores em relação a um colega de trabalho, configurando-se em ações que destinam-se a isolar a vítima, desacreditá-la pessoal e profissionalmente (HUTCHINSON *et al.*, 2006).

Embora não visível, o assédio moral é um tipo de violência destrutiva, pois ocorre de forma repetitiva e não assinalável, comprometendo a autoestima e a autoimagem, enfim, a integridade física e emocional da pessoa vitimada (COSTA e MARZIALE, 2006).

No trabalho de enfermagem, este tipo de violência normalmente ocorre de forma sutil e tende a aumentar ao longo do tempo, tanto quantitativamente como em intensidade, exercendo um efeito negativo na saúde das vítimas, dada a sua incapacidade de encontrar estratégias de enfrentamento (FORNÉS *et al.*, 2011).

Cabe destacar que estes aspectos, ao serem discutidos pelo grupo, suscitaram contradições entre os participantes, pois enquanto para alguns trabalhadores estes aspectos eram considerados representações de violência, para outros eram inerentes às relações de trabalho e também parte das “exigências do mercado de trabalho”, indicando a necessidade de o trabalhador desenvolver habilidades de interação e adaptação frente a estes. Os fragmentos a seguir destacam estes aspectos:

A gente conhece as personalidades dos outros, tu vai se adaptando, acho que é difícil trabalhar com as diferenças, mas isto não é uma agressão...isso tu sofre no mercado de trabalho todo, porque se tu não te interar com uma equipe, vai ser impossível, tu não vai trabalhar em lugar nenhum (T4).

Mas aí entra a questão de ser profissional, de desenvolver, de socializar, de cada um saber o que tem que fazer para andar o serviço, seguindo as normas, as regras, a pessoa entra sabendo que tem que fazer isso ou aquilo, e o final é eu tenho que atender aquele paciente e executar o procedimento! Daí entra a questão de ser profissional! (T1).

Por ser considerada uma forma de violência para alguns participantes, a violência no trabalho, entre colegas, provoca uma alteração imediata e duradoura das relações interpessoais e da organização do trabalho. Ao mesmo tempo, que gera reflexões acerca do seu entendimento, especialmente no que tange a dificuldade de entender ou aceitar seu acontecimento, por considerar que o colega não possui um motivo que justifique a agressão. O fragmento evidencia este aspecto:

Essa questão [referindo-se a uma agressão sofrida por um colega de trabalho] para mim foi muito mais séria, porque o paciente tu tenta te colocar no lugar dele, tu tenta dar uma justificativa... Mas de uma pessoa que tu precisa conviver é difícil de entender (T2).

Neste sentido, o estudo de Zampieron *et al.* (2010) demonstrou que a agressão por parte dos pacientes possui a tendência de ser causada pela insatisfação relacionada ao tratamento, instituição ou aos profissionais, enquanto a violência entre os profissionais de saúde pode ser causada por problemas de relacionamento e que podem ser superadas pela ação gerencial em lidar com os conflitos

Diante das questões apresentadas, verifica-se que a violência no trabalho da enfermagem em hemodiálise encontra-se presente, sendo seu entendimento

individualizado para cada trabalhador e amplamente vinculada ao contexto de adoecimento crônico em hemodiálise.

Os depoimentos direcionam para uma possível aceitação da violência e da agressão como "parte do trabalho", o que remete a importância de se discutir estes fatores, que vêm sendo concomitantemente agravados pela falta de definições claras e coerentes e que se constituem em barreiras para o enfrentamento da violência contra a enfermagem.

Para Bila (2008), o trabalhador sofre violência advinda de fatores externos ao seu trabalho, tanto pela agressão física e verbal infligidas a este quanto pelo contato e sensibilização com a dor alheia. Desta forma, a violência causa danos à saúde dos trabalhadores, afetando sua integridade física e psíquica, sendo que, na maioria dos casos, essas agressões são descaracterizadas ou omitidas da sua relação com o trabalho. Assim, torna-se imprescindível a abordagem, não só das causas de violência nestes ambientes, mas também de suas consequências para a saúde dos trabalhadores.

Nesta direção, os participantes mencionaram que **a violência causa sofrimento e adoecimento no trabalhador**, categoria que introduz as reações dos trabalhadores diante da exposição à violência do paciente, conforme se observa nos fragmentos a seguir:

A gente fica assim pela maneira como ele te xinga, te coloca lá no chão, e tu te sente um lixo, tu te sente assim muito mal, tu te sente impotente, mas aí tu lembra na hora que tu é um profissional, e que tu tá ali, e que tu tem que saber trabalhar com isso (T1).

E aí quando a gente escuta a ofensa, é muito complicado... de metabolizar... é muito difícil... Eu não sei dizer o que eu sinto na hora que eu escuto alguma coisa assim negativa... eu senti raiva pela situação toda, por ser uma injustiça aquilo ali, era inadmissível, era um absurdo alguém dizer que eu agredi ele, era impossível de aceitar aquilo ali na hora... só que depois de ele seguir falando, me agredindo... me chamando de irresponsável... isso gera um conflito interno muito, muito complicado. E às vezes tu gera uma violência contra ti mesmo, porque tu pensa: eu sou um nada [...] às vezes te gera uma certa frustração assim (T3).

Os depoimentos ilustram manifestações de sentimentos de raiva, sensação de impotência, frustração, tristeza e injustiça, além de gerar conflitos para o trabalhador e exigência de superação, conforme expresso no depoimento de T3, quando expõe uma situação vivenciada de agressão por parte de um paciente em hemodiálise.

Estas reações emocionais são relatadas em estudos realizados com profissionais de saúde na Suíça, Itália e Alemanha, as quais incluem raiva, tristeza, frustração, ansiedade, irritabilidade, apatia, decepção, desamparo e impotência (GATES, FITZWATER e SUCCOP, 2003; GILLESPIE, *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010).

Dos sentimentos que emergem após as agressões, aparecem em destaque a irritabilidade, seguida da raiva, tristeza e diminuição da autoestima o que, no entendimento de Barbosa *et al.* (2011) configuram-se em violência psicológica.

Um estudo italiano, que teve como objetivo examinar como a relação da violência por parte de pacientes e visitantes está relacionada com o desempenho do trabalho, evidenciou que a violência está significativamente relacionada à diminuição da produtividade, sendo que 37% dos pesquisados apresentaram uma redução no desempenho após um evento violento. Parte dos participantes (32%) referiu dificuldades em manter a mente no trabalho, 26% em pensar com clareza, 23% referiram dificuldades de concentração e outros 23% afirmaram ter dificuldade no controle de reações emocionais (GATES *et al.*, 2011).

Contudo, alguns trabalhadores relataram que as situações de violência experienciadas suscitam reflexões, de tal modo que buscam encontrar possíveis justificativas para suas ações ou examinar as possíveis razões que levaram o paciente a agredi-lo. Em alguns momentos, além dos sentimentos mencionados anteriormente, pode emergir o sentimento de culpa pela situação ocorrida. Assim:

Culpa, será que eu fiz certo, será que eu fiz errado? Será que realmente, de tudo que ele está reclamando, de tudo que ele xingou, será que ele tem algum pontinho de verdade? (T1).

Eu guardo um rancor, assim lá no fundo, e eu fico me justificando e tentando me justificar da situação porque sempre deixa alguma coisa... principalmente coisas negativas... tu sempre guarda e reflete pensando, será que ele tinha razão? Será que eu não tenho que mudar mesmo? (T3).

O estudo de Gillespie *et al.* (2010) também evidenciou que, entre os sentimentos apresentados por trabalhadores da saúde após as agressões, ocorreu o surgimento de culpa pela situação de agressão.

A culpabilização do trabalhador perante a agressão por parte do paciente pode estar relacionada ao fato do trabalhador estar disposto a examinar suas atitudes e os motivos que levaram o paciente a agredi-lo e, assim, em alguns

momentos, perceber-se não somente como vítima de violência mas também como agente desta.

Outra situação causadora de sofrimento no trabalho e também caracterizada como uma das formas de violência foi o fato de o paciente ir embora sem realizar tratamento quando insatisfeito, conforme se verifica a seguir:

Quando o paciente vai embora, eu no meu íntimo sofro muito, é uma violência muito grande para mim, porque eu me preocupo muito com o estado de saúde dele, e de como ele vai voltar. É muito dolorido! Hoje é que eu consigo não ligar e procurar ele porque a gente tem uma orientação mais clara do serviço em não procurar. Mas antes eu ia atrás do meu paciente, tentando colocar ele de volta, porque eu me preocupava muito com a situação de saúde dele (T1).

Quando eu fui agredida verbalmente, o paciente até fez aquela sessão assim meio na marra, sob pressão. Ele não veio na próxima sessão, e só eu sei assim o peso que eu senti. Parecia que eu tinha culpa, mas eu não tinha culpa, mas eu acabei me sentindo culpada porque ele não veio, é um sofrimento (T2).

A reflexão do trabalhador perante a uma condição como esta representa uma forma de sofrimento, em que sentimentos de culpa e preocupação com o estado de saúde do paciente são evidentes. Neste sentido, buscando amenizar o sofrimento, umas das estratégias possíveis seria o envolvimento da família como desejável e positivo vindo ao encontro do que propõe a Organização Mundial da Saúde que enfatiza a necessidade de prover a família do paciente de apoio psicológico para lidar com as dificuldades e imposições da doença (WHO, 1998).

Diante da exposição à violência, os participantes mencionaram que o sofrimento causado é cumulativo e transcende o tempo destinado ao trabalho, podendo repercutir negativamente em outros segmentos de sua vida, especialmente em sua saúde. Os fragmentos a seguir retratam estes aspectos:

[...] a gente vai para casa violentado (T2).

Quanta coisa a gente absorve no dia a dia sem nem perceber que é violência. Como que a gente não quer sair sobrecarregado do plantão? É impossível! A gente está sendo "atacado" continuamente em sala, se a gente não relevar um pouco, se não for flexível, realmente tu vai ficar doente logo (T3).

Porque não é só a vida aqui dentro, é a vida lá fora. E uma coisa afeta a outra, de qualquer forma, uma coisa afeta a outra (T6).

Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, as interferências do labor não se restringem apenas ao ambiente de trabalho, mas às situações de trabalho, na vida familiar e na vida pessoal dos trabalhadores, o que é verificado nos depoimentos dos trabalhadores de enfermagem neste estudo (BECK *et al.* 1999, DEJOURS, 1986).

Cezar e Marziale (2006) reiteram que atitudes violentas têm efeitos inquietantes e englobam uma variedade de consequências preocupantes, que incluem desde a lesão física a problemas emocionais, como depressão, medo, estresse, perda da autoestima, entre outros, comprometendo a qualidade do serviço e cuidados prestados.

O depoimento de T3 remete às estratégias utilizadas diante da exposição à violência por parte do paciente em hemodiálise, as quais serão discutidas no capítulo a seguir, necessárias diante das consequências da violência para sua saúde relatadas pelos participantes.

Prestes *et al.* (2010) destacam que a exposição à agressividade no trabalho, por parte dos pacientes, em um serviço de hemodiálise, é uma realidade que repercute em sofrimento aos trabalhadores de enfermagem e que necessita de intervenção imediata por parte dos gestores destes serviços.

5.5 Até que ponto eu agrido? E até que ponto eu sou agredido?

Após elencar as categorias que compuseram os eixos temáticos, optou-se por apresentar uma questão complexa que permeia o acontecimento da violência em serviços de hemodiálise e suscita reflexões acerca de suas possíveis implicações. Neste estudo, os trabalhadores de enfermagem perceberam-se não somente como vítimas, mas também como possíveis autores de violência.

Neste processo, Mendes e Araújo (2010) salientam a importância de se estudar a violência no trabalho vinculada a outros fenômenos, como o sofrimento e a defesa do trabalhador, pois quando não se consegue resistir a estas adversidades, sucumbe-se a cruel realidade, seja como agressores seja como vítimas de situações de violência.

Assim, durante os grupos, alguns trabalhadores refletiram sobre as possíveis razões que levaram o paciente a ter um comportamento violento, e, diante destas reflexões, emergiu o seguinte questionamento: “até que ponto eu agrido o paciente e até que ponto eu sou agredido por ele?”.

O fragmento abaixo exemplifica a questão:

O nosso cotidiano, o nosso dia a dia é isso: de uma maneira ou de outra nós estamos agredindo eles todos os dias, mesmo “enfiaando” duas agulhas que é para ajudar, salvar e manter eles vivos, nós estamos causando dor neles! Talvez errar uma punção seja uma agressão (T4).

Observa-se que os trabalhadores pesquisados neste estudo, apesar dos inúmeros relatos de violência que sofrem dos pacientes em hemodiálise, também consideram, que em algumas situações, mesmo que indiretamente agredem os pacientes, expresso pela expressão “*de uma maneira ou de outra nós estamos agredindo eles todos os dias*”.

Exemplo disso é o ambiente em que ocorrem as sessões de hemodiálise que, para alguns pacientes pode ser considerado hostil, diante da máquina de hemodiálise, a qual é dotada de tecnologia de ponta, pela imposição de regras e normas e a necessidade de duas punções arteriovenosas a cada sessão de tratamento, entre outros.

O nível de processamento cognitivo para dispensar o atendimento ao paciente rotineiro nestes serviços requer atenção, agilidade, habilidades específicas e repetitivas altamente afinadas pelos trabalhadores, diante do aparato tecnológico que, na maior parte das vezes, é realizada rapidamente e automaticamente, podendo ser percebido com uma agressão àquele paciente que almeja um atendimento individualizado. O fragmento a seguir ilustra este aspecto:

Às vezes eu paro e penso que a gente é muito técnico, às vezes não sei se a gente estabelece uma troca mais humanizada com todos os pacientes na sala, e isso é uma agressão! (T4)

Por último, os trabalhadores admitem que agredem o paciente ao revidar o que interpretam como uma agressão. Esta atitude pode estar condicionada a um somatório de situações, inclusive de cunho pessoal, que em algum momento se reflete durante o trabalho, como se observa nos fragmentos abaixo:

São explosões tão momentâneas do paciente e daí vem um reflexo: a resposta da gente... e para ti evitar uma situação tu tem que estar preparado! E às vezes tu não estás preparado... e quando fui puncionar não estava preparada para ouvir um mar de agressões e acabou sendo foi uma coisa que veio assim, eu reagi e agredi também. Depois me gerou um conflito grande! (T2).

Uma vez um funcionário foi na frente do Sr. João e adotou uma posição bem rude com ele, pois acho que ele agiu na hora sem pensar porque o paciente estava bem alterado e também agredia a equipe sempre. Até deu certo, pois o Sr. João se acalmou. Só que fiquei me perguntando se aquilo era certo sabe, pois até que ponto ser rude resolveria? (T1).*

Desta forma, ao contrário da naturalização ou banalização da violência que, de acordo com Monteiro e Machado (2010), tendem a induzir o trabalhador à alienação, os trabalhadores deste estudo buscaram refletir não somente sobre as questões que interferem na organização do trabalho como influentes no acontecimento na violência, mas também examinar o seu comportamento e desempenho diante de tais situações.

O surgimento desta questão, “até que ponto eu agrido” e “até que ponto sou agredido”, suscitou diversas inquietações, tanto nos trabalhadores que participaram do estudo quanto na pesquisadora, no sentido de repensar o contexto de trabalho e as manifestações de violência. Assim, ratifica-se a complexidade que permeia o estudo da violência em serviços de saúde, especialmente, no que tange a sua gênese.

* Nome fictício, a fim de preservar a identidade do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, pode-se afirmar que a violência no trabalho da enfermagem encontra-se presente no serviço estudado. Entretanto, constatou-se que o entendimento dado a violência no trabalho está associado às percepções e interpretações individuais do trabalhador, sendo que as experiências individuais desempenham um papel importante na forma como percebem e reagem a violência, o que torna sua definição complexa e constitui-se em uma das possíveis barreiras para seu enfrentamento.

A violência no trabalho foi entendida como parte do contexto laboral do trabalho em hemodiálise, por se tratar de uma situação diária e presente no dia a dia, surgindo a possibilidade de banalização bem como dificuldades para o seu reconhecimento.

No entendimento dos trabalhadores, a violência é influenciada pelo contexto de adoecimento crônico dos pacientes, sendo as agressões advindas dos pacientes em hemodiálise a forma mais presente e marcante no trabalho de enfermagem neste contexto, expressas, em grande parte, pelo uso da violência verbal.

Assim, esta violência foi caracterizada pelas agressões verbais advindas dos pacientes, as quais ocorrem de forma inesperada, empregadas sob um tom de voz áspero, elevado ou alterado ou mesmo na forma de xingamentos, com ofensas pessoais ao trabalhador.

Como possíveis razões para o desencadeamento deste tipo e forma de violência, os trabalhadores acreditam que a necessidade de submeter-se ao tratamento de hemodiálise como condição indispensável para a manutenção da vida e o fato de conviverem com as limitações impostas pela doença são principais fatores motivar uma agressão, especialmente quando manifestados por meio de sentimentos negativos como raiva, revolta e frustração.

No entendimento de alguns trabalhadores, as agressões por parte dos pacientes representam uma “explosão” ou “desabafo” perante sua condição de doente e de uma possível não aceitação da doença. Assim, alguns trabalhadores entendem que o paciente não possui a intenção de agredir o trabalhador, ao mesmo tempo em que não se percebe como um agressor. Para estes, o paciente somente objetiva defender-se de sua condição, adotando um comportamento violento.

No entendimento dos participantes do estudo, a personalidade de natureza agressiva ou explosiva do paciente pode acentuar e predispor as agressões contra os trabalhadores, o que leva-os a reconhecer os pacientes mais agressivos, especialmente pela reincidência das agressões. Os profissionais acabam prevendo as agressões, ao mesmo tempo em que buscam compreender as manifestações destas por razão da personalidade do paciente.

No entanto, para outros participantes do grupo, uma reação do trabalhador diante do ato violento e que demonstre o seu não consentimento é uma possibilidade para a redução das agressões e disseminação da violência, neste contexto laboral, por parte do paciente renal com este tipo de personalidade.

Dentre os caminhos que favorecem a expressão de violência por parte dos pacientes em direção aos trabalhadores, foram mencionadas as relações estabelecidas neste contexto, as quais ultrapassam a dimensão estrita da saúde biológica e atividades de cunho técnico e possibilitam uma maior interação entre trabalhadores e pacientes. Estas relações foram comparadas a relações familiares, favorecidas pela convivência grupal e cotidiana, e que possibilitam demonstrações de significações e sentimentos por parte do paciente junto ao trabalhador.

O estabelecimento de situações contraditórias, conflitos, discussões ou divergências parte das questões do dia a dia entre trabalhadores e pacientes também passam a abrir precedentes para o desencadeamento dos episódios de agressões. Estas situações ainda podem se acentuar quando relações de afinidade ou maior identificação entre o trabalhador e o paciente renal encontram-se ausentes. As questões do dia a dia foram relacionadas ao atendimento oferecido e que podem desencadear insatisfações, tais como acomodações, pesagem e volume de líquidos a ser extraído na sessão de hemodiálise.

A ausência de condutas uniformes entre os trabalhadores de enfermagem perante o paciente na prestação do cuidado foi considerada como um dos principais fatores que podem desencadear as agressões, especialmente pela especificidade dos serviços de hemodiálise, que requer que a equipe compartilhe das mesmas condutas. Ao adotar posições contraditórias perante o paciente, o trabalhador pode ser interpretado como o bom ou o ruim, ou seja, aquele que transgride as normas estabelecidas e atende aos desejos do paciente e aquele que opta por segui-las e acaba sendo agredido.

A rotina do trabalho característica destes ambientes foi considerada uma forma de violência, especialmente pela realização do trabalho sob pressão, relacionado a um procedimento de alta complexidade que requer atenção e precisão por parte do trabalhador ao executá-lo, além de um tempo pré-determinado na realização deste. Assim, o trabalho realizado sob pressão pode direcionar o trabalhador a executar suas atividades com conhecimento e destreza, mas sob pressão do tempo, o que pode comprometer a atenção dispensada ao paciente e levá-lo a manifestar sua insatisfação de forma violenta.

Algumas atitudes ou comportamentos por parte do paciente, como ir embora sem realizar o tratamento ou mesmo o fato de não serem tão receptivos com determinados trabalhadores, foram considerados como formas de violência igualmente marcantes e causadoras de sofrimento no trabalho.

Os participantes discorreram sobre outras fontes de violência presentes neste contexto, como aquelas advindas da própria equipe de trabalho ou dos familiares dos pacientes, as quais ocorrem em menor proporção, mas com efeitos semelhantes e cumulativos no trabalhador.

Diante das formas e fontes de violência no trabalho do serviço de hemodiálise, os participantes expuseram que a violência causa sofrimento e adoecimento na equipe, ao abarcar reações e manifestações de sentimentos negativos como raiva, medo, sensação de impotência, culpa ou arrependimento, frustração, tristeza e rancor. O sofrimento causado foi mencionado como cumulativo e que transcende o tempo destinado ao trabalho, podendo influenciar a postura profissional e repercutir negativamente em outros segmentos da vida dos trabalhadores, especialmente em sua saúde.

Diante da exposição à violência no trabalho por parte do paciente renal, os participantes relataram que adotam como estratégias tolerar a violência pela condição de saúde do paciente, contornar e ceder para não ser agredido, adotar um posicionamento firme ou se afastar do paciente agressor.

Contudo, percebe-se que as estratégias adotadas em maior parte são individuais e requerem um investimento pessoal do trabalhador na tentativa de enfrentar a violência. No entanto, acredita-se que além destas, seja necessária a mobilização do serviço como mediador na busca pela prevenção de sua ocorrência e propagação.

Discorrer sobre a violência no trabalho suscitou muitas reflexões para os trabalhadores de enfermagem investigados, pois possibilitou examinar percepções de si, dos colegas de grupo e do paciente a quem dispensam o cuidado. Desta forma, os participantes colocaram-se em posição de refletir acerca de suas ações perante a violência e, assim, perceberam-se não somente como vítimas de violência, mas também como autores ao lançarem a possibilidade de estarem agredindo em algumas situações, questionando-se até que ponto agredem e até que ponto são agredidos.

Na busca de alternativas para o enfrentamento da violência no trabalho do serviço de hemodiálise, os trabalhadores de enfermagem acreditam que, dentre os caminhos que podem colaborar para a redução desta, estejam a discussão e o estabelecimento de diretrizes institucionais que visem combater esta questão tão presente no serviço estudado.

Outra questão apontada foi a possibilidade de dar continuidade ao espaço de discussão proporcionado por meio da realização dos grupos acerca da temática pesquisada, considerando que deveria ser um objeto de constante reflexão junto aos demais trabalhadores de enfermagem do serviço, buscando outras perspectivas e reflexões que possam direcionar para a compreensão da violência e, coletivamente, buscar estratégias de prevenção e enfrentamento.

Cabe destacar que os resultados preliminares desta investigação foram apresentados a todos os trabalhadores de enfermagem e ao setor administrativo, em reunião coletiva realizada por solicitação do serviço. Os resultados aqui apresentados mobilizaram o serviço a buscar alternativas para gerir esta problemática e levaram ao desenvolvimento de um plano de ação junto aos trabalhadores com a condução de um psicólogo, que tem por objetivo proporcionar um espaço de escuta e acolhimento, continente à expressão de sentimentos a respeito das vivências vinculadas ao processo de trabalho no contexto do tratamento hemodialítico.

Como fatores limitantes deste estudo, acredita-se que, embora não se trate de uma questão nova, a violência no trabalho no Brasil ainda é pouco discutida e representou em um desafio para o prosseguimento desta investigação, o que tornou possível discuti-la com dados advindos de outras realidades em sua maioria, aliado à ausência de estudos direcionados à violência no trabalho em serviços de hemodiálise.

Além destes fatores, acredita-se que o reduzido contingente de trabalhadores que participaram das discussões, quando num primeiro momento a proposta era de formar mais grupos de discussão, limitou a obtenção sobre o que compreendiam outros trabalhadores que atuavam no serviço.

Por último, compreende-se que estes resultados não devem ser tomados como absolutos e sim lançar possibilidades para novos caminhos que merecem ser investigados, recomendando-se a ampliação das discussões aqui apresentadas acerca da violência no trabalho em outros serviços de hemodiálise, na tentativa de favorecer sua compreensão e a busca de alternativas para o enfrentamento desta realidade.

REFERÊNCIAS

AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de nefrologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução RDC nº 154**, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.

BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Desafios e estratégias para a Enfermagem em Nefrologia no cenário da globalização. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. spe., p. vii-viii, 2008 .

BARBOSA G. S.; VALADARES G.V. Atitudes e sentimentos: base para o cuidar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 17-23, jan./mar., 2009.

BARBOSA, R. *et al.* Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 26-32, mar., 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Tradução de Reto, L. A., Pinheiro, A. Portugal: Edições 70 (LDA), 2009.

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do programa saúde da família na prevenção da doença renal crônica. **J Bras Nefrol.**, São Paulo, v. 29, p. 32-33, 2007.

BECK C. L. C., BUDÓ M. L., GONZALES R. M. B. A qualidade de vida na concepção de professores de enfermagem: elementos para reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 348-354, dez., 1999.

BEZERRA K. V., SANTOS J. L. F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-ameríc Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 686-691, jul./ago., 2008.

BILA, N. I. G. F. A. **A banalização da injustiça social no cotidiano de trabalho: a propósito da violência no trabalho e ameaça à saúde do trabalhador**. 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

BRASIL. **Portaria 2042, de 11 de outubro de 1996.** Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde. Brasília, 1996.

_____. **Portaria nº 82/GM: em 03 de janeiro de 2000.** Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde.

_____. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética.** p. 36-38, Abr./Jun. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências:** Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf. Acesso em 18.01.2011.

CAL/OSHA. Guidelines for workplace security. 2002. Disponível em:
<http://www.osha.gov>. Acesso em 17 Jan 2010.

CAMERINO, D. *et al.*. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. **International journal of nursing studies**, v. 45, n. 1, p. 35-50, jan., 2008.

CAMPOS, A. S. **A violência como objeto para a saúde do trabalhador:** agressões contra trabalhadores das unidades básicas de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

CAMPOS, A. S. Violência e trabalho. In: MENDES, R (Org.). **Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1641-1655.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 799-805, set./out., 2010.

CANZIANI, M.E.F., DRAIBE A.S., NADALETO M.A.J. Técnicas dialíticas na Insuficiência Renal Crônica. In: Ajzen H, Schor N. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia**. Barueri: Manole, Cap. 15, p. 195-209, 2005.

CEZAR, E. S. **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina – Paraná**. 2005. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, 2005.

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

CHAPPEL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at Work**. Genebra: International Labour Office (ILO), 2006.

CHAPMAN R. *et al.*. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. **J Clin Nurs.**, v. 19, n. 3-4, p. 479-488, feb., 2010.

COKER *et al.*. Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. **Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine**, v. 11, n. 5, 2002.

CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 746-749, nov./dez., 2004.

CONTRERA-MORENO, L. **Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem**. 2004. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Campinas, 2004.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público**. 2005. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

COSTA, A.L.R.C.; MARZIALE, M.H.P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 337-343, mai./jun., 2006.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009.

DANTAS, R. A. N. T.; *et al.*. Tendências da produção científica brasileira de enfermagem sobre violência, no período de 2003 a abril de 2008. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 421-427, jul./set., 2008.

DEBUS M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington(USA): Academy for Educational Development; 1997.

DEBUS M., NOVELLI P. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales: communication for child**. Washington(USA): Health Com; 1994.

_____. **Le Facteur Humain**. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986.

DEPARTMENT OF SERVICES HUMANS – VICTORIA. Victorian taskforce on violence in nursing. Final report. State of Victoria , November 2005. Disponível em: <www.health.vic.gov.au/nursing>.

DIAS, H. H. Z. R. **O “des”cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho da enfermagem**. 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in health sector**. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Geneva: 2002. Disponível em: <<http://www.icn.ch/SynthesisReportWorkplaceViolenceHealthSector.pdf>> Acesso em 10 de junho de 2010.

_____. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI/. Joint Programme on workplace violence in the health sector; 2003. 33p

DINIZ, D. P. Aspectos psicológicos da violência contra enfermeiros. In: **Atualização de enfermagem em nefrologia**. LIMA, E. X, SANTOS, I. (Orgs.) Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2004.

FAYER, A. A. M. **Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento dialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio.** Dissertação (Mestrado). São Paulo, 2010. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FORNÉS J., *et al.*. Psychological harassment in the nursing workplace. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 25, n. 3, p. 185-194, jun., 2011.

FRANZ C., *et al.*. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. **BMC Health Services Research**, Germany, v. 10, n. 51, p. 203-210, feb, 2010.

GASKELL G. **Entrevistas individuais e grupais.** In: Bauer MW, Gaskell G, editores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2ªed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2003.

GATES, D. M, *et al.*. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. **Nurs Econ.**, v. 29, n. 2, p. 59-66, mar./apr., 2011.

GATTI, B. A. Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005.

GATES, D.; FITZWATER, E.; SUCCOP, P. Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 24, n.8, p. 775–793, dec., 2003.

GILLESPIE, G. L., *et al.*. Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. **Advanced Emergency Nursing Journal**, v. 32, n. 1, p. 68–82, jan./mar., 2010.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2010.

HAHN, S., *et al.*. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 3535-3546, dec., 2010.

HUTCHINSON, M., *et al.* "I'm gonna do what I wanna do!": Organizational change as a vehicle for bullies. **Health Care Management Review**, v. 30, n. 4, p. 331-336, oct./dec., 2005.

IBRAHIM S. Y. Psiconefrologia: a enfermagem em nefrologia como agente de transformação. In: Lima, EX; Santos I, organizador. **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro (RJ): Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2004. p.43-67.

ILO/ICN/WHO/PSI. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International . **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in Health Sector**: Training Manual. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector, 2005. 132p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). 2007. **Guidelines on coping with violence in the Workplace**. [s.l.]

JACKSON M., ASHLEY D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica*, v. 18, n. 2, p. 114-121, 2005.

JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 410-421, jul./set., 2005.

KRUG, E. G. *et al.* (Org.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LANCMAN, Selma *et al.*. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, ago., 2009.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria (RS): Palloti; 2001.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GÓMEZ, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, supl 1. v. 10, p. 74 - 87, 1994.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-111, dez., 2010.

MARTINS M. R. I.; CESARINO C. B., Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out., 2005.

MENDES A. M., ARAÚJO, L. K. R. Violência e sofrimento ético: contribuições da psicodinâmica do trabalho. In: **Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica**. Ana Magnólia Mendes (org.) São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010. pág. 91-106.

MERECZ, D., *et al.*. Violence at the workplace - a questionnaire survey of nurses. **European Psychiatry**, v. 21, n. 7, p. 442-450, out., 2006.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MONTEIRO J.K.; MACHADO, C. Violência no Trabalho em um hospital público. In: **Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica**. Ana Magnólia Mendes (org.) São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010, p. 139-154.

MORAIS FILHO, L. A. **Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência**. 2009. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. SAGE Publications: London, 1997.

MOURA, F. J. M. **O mundo do trabalho da enfermeira no programa de saúde da família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural.** 2005. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, R. P. de; NUNES, M. de O. Violência Relacionada ao Trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.4, p. 22-34, 2008.

OIT (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO). **Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla.** Ginebra, 2003. 18 p.

PALACIOS, M., *et al.*. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 15-22, 2008.

PEREIRA, W. A. P; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 320-337, jun., 2009.

PERES, R. M. **A visão do enfermeiro gestor sobre o assédio moral no trabalho: uma reflexão bioética.** 2009. Dissertação (Mestrado em Bioética), União Social Camiliana, 2009.

PIETROVSKI, V.; DALL'AGNOL, C. M. Situações significantes no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 630-635, set./out., 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRESTES, F. C., *et al.* Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de hemodiálise. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar., 2011.

PRESTES, F. C.; *et al.* Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 738-745, dez., 2010.

REIS, C. K. ; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 336-341, jun., 2008.

RESSEL, L. B. ; *et al.*. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez., 2008.

RESSEL L.B., GUALDA D.M.R., GONZÁLES R.M.B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **Int J Qual Methods [periódico da internet]**. 2002 May [acesso em 2002 Jun 20]; 1(2): Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/ressel.pdf>. Acesso em 12 Fev 2010.

RESENDE, M. C., *et al.* Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.87 – 99, dez., 2007.

RIBEIRO, H. P. **A violência do trabalho no capitalismo: o caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários.** 1997. 363f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. USP, São Paulo, 1997.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Da criação do rim artificial à consolidação do tratamento em solo nacional: os 60 anos da hemodiálise no Brasil. **Nefro SP**: jul./ago./set., 2009. Ano V, n. 16, p. 3-7.

ROWE, M. M.; SHERLOCK, H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? **J Nurs Manag.**, v. 13, n. 3, p. 242-248, may., 2005.

SANTOS, A. M. R., *et al.* . Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, jan./fev., 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner & Sudarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de Diálise SBN 2008.** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censoSBN2008.pdf>>. Acesso em: 19/05/2009.

_____. Grupo multisetorial de doença renal crônica. **Perfil da doença crônica: o desafio brasileiro**. [citado em 15 abr 2007]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf>.

SPÍNOLA, C. G.; OLIVEIRA, L. A. de; SCHUENGE, C. M. de O. L. O impacto da Portaria 2. 042 nos serviços de terapia renal substitutiva. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde**. v.3, n. 1, p. 137-147, 2008.

SWANSON, N., COOPER, Cary L. **Workplace violence in the health sector**: State of the Art. 2002.

VAZQUEZ I., *et al.*. Spanish cooperative renal patients quality of life study group psychosocial factors and health-related quality of life hemodialysis patients. **Qual Life Res.**, v. 14, p. 179-190, feb., 2005.

VICTORIA, C., KNAUT, D. R.; HASSEN, M. de N. **A pesquisa qualitativa em saúde**: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: 2000. Tomo Editorial.

WHO (World Health Organization). **Therapeutic Patient Education**. Copenhagen: WHO, 1998.

WINSTANLEY S.; WHITTINGTON, R. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency inpatient wards. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, v. 106, p. 144-147, 2002.

_____. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. **J Clin Nurs**, v. 13, n. 1, p. 3-10, jan., 2004.

ZAMPIERON, A; *et al.*. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. **J Clin Nurs.**, v. 19, n. 15-16, jun., 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Guia de Temas

GUIA DE TEMAS (1ª SESSÃO)

- Investigar junto aos trabalhadores o entendimento sobre a violência no trabalho da enfermagem.
- Discutir as manifestações e as causas de violência reconhecidas pelos trabalhadores de enfermagem.

Questões norteadoras:

Qual a primeira idéia que lhe vem quando falamos em violência no trabalho?

Quais as situações que você considera violência no trabalho e que já experienciou em serviços de hemodiálise?

Questões de apoio:

- A que fatores você acredita que a violência no trabalho de enfermagem possa estar relacionada?
- No seu entendimento, há situações, espaços ou circunstâncias que podem desencadear a violência?

A. Introdução - (15 minutos)

- Agradecimento e boas vindas aos participantes, apresentações interpessoais, da pesquisadora e observadora.
- Esclarecimento sobre a função e consecução do grupo focal, do papel da moderadora e da observadora. Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinatura e recolhimento do TCLE.
- Preenchimento e entrega do Formulário de Caracterização dos Sujeitos.

B. Dinâmica do grupo - (45 minutos)

- **1º momento:** Discussão a partir da questão norteadora: Qual a primeira idéia que lhe vem à mente quando falamos em violência no trabalho?
- **2º momento:** Nesse momento será realizada uma discussão acerca das manifestações e as causas de violência no trabalho relatadas pelos trabalhadores de enfermagem. Para tanto, será utilizado o seguinte questionamento: Quais as situações de violência no trabalho que você já experienciou no serviço de hemodiálise?
- Para esclarecer as idéias e aprofundar as discussões lançadas pelo grupo, serão utilizadas perguntas-chave, quais sejam: O quê? Para quê? Por quê? Como? sendo

solicitado aos trabalhadores que exemplifiquem suas idéias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer as suas falas.

C. Encerramento / Conclusão – (30 minutos)

- Recapitulação, síntese e validação do que foi dito pelos participantes.
- Abertura para os sujeitos se manifestarem acerca da temática abordada.
- Agradecimento pela participação.
- Agendamento e confirmação da próxima reunião (data e horário).

Data: ____/____/2010.

Início: ____ horas Término: ____ horas

Total de participantes:

Observações da pesquisadora:

GUIA DE TEMAS (2ª SESSÃO)

Objetivo: Descrever as repercussões da violência e estratégias utilizadas pelos trabalhadores diante da violência no trabalho.

Questões norteadoras: Como você se sente diante da violência no trabalho? Quais estratégias você adota diante da exposição a violência?

Questões de apoio:

- Como você se sente ao se deparar com situações de violência no trabalho?
- Como você reage/reagiu quando experienciou uma situação de violência?

A. Introdução - (15 minutos)

- Agradecimento e boas vindas aos participantes.
- Leitura da síntese do primeiro encontro.
- Validação da síntese junto aos participantes.

B. Dinâmica do grupo - (50 minutos)

- Discussão a partir das questões norteadoras.

C. Encerramento / Conclusão – (40 minutos)

- Recapitulação, síntese e validação do que foi dito pelos participantes.
- Avaliação do grupo pelos participantes.
- Agradecimento pela participação.
- Confraternização.

APÊNDICE B

Formulário de Caracterização dos Participantes da Pesquisa

1. Qual é a sua idade?

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Você é:

Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem

4. Qual o tempo de atuação na enfermagem?

5. Há quanto tempo você trabalha na Clínica Renal de Santa Maria?

Obrigada!

Enf^a Mestranda Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO: A violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise.

PESQUISADORA: Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi

ORIENTADORA: Prof^a Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Eu, _____ fui esclarecido (a) de forma clara, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa “A Violência no trabalho de enfermagem em um serviço de hemodiálise”, da autoria da mestrande Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi sob orientação da Prof^a. Dr.^a Suzinara Beatriz Soares de Lima, tem como objetivo analisar como a violência no trabalho é apreendida pelos trabalhadores de Enfermagem em um serviço de hemodiálise.

Esta pesquisa se justifica pela contribuição no conhecimento acerca da dinâmica da violência no trabalho da equipe de enfermagem em um serviço de hemodiálise, buscando dar visibilidade a violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem. Espera-se que os resultados deste estudo forneçam subsídios para a proposição de ações interventivas que visem minimizar a violência no trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise, e assim, promover a saúde dos trabalhadores. Os benefícios desta pesquisa não serão diretos a mim, mas incluem a reflexão dos profissionais acerca da violência no trabalho em serviços de hemodiálise.

A obtenção dos dados ocorrerá por meio de grupos focais. A minha participação será voluntária e foi-me garantido que serão esclarecidas quaisquer dúvidas, em todos os momentos da pesquisa. Foi-me salientado que, durante a realização do grupo focal, poderei sentir algum desconforto emocional ao discutir o tema da pesquisa, e neste caso, retomaremos os objetivos acadêmicos da pesquisa e a importância de minha participação, possibilitando-lhe o direito de não participar da pesquisa.

Foi destacado que tenho a liberdade, de participar ou não do estudo e/ou deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália. Foi-me esclarecido que haverá a garantia do direito de privacidade, não havendo exposição pública de minha pessoa e que, no uso de

minhas informações, será resguardada confidencialmente minha identidade. Igualmente, foi explicado que as informações do estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde, especialmente para a enfermagem. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área da enfermagem, ficando assegurada a garantia do anonimato.

Foi-me informado que os arquivos com os dados do estudo serão mantidos por cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora, para possíveis publicações científicas. Após esse período, os dados serão destruídos. As pesquisadoras ficam comprometidas com a apresentação do relatório de pesquisa para o serviço no qual será realizado o trabalho.

Ciente e em concordância com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar da pesquisa, assinando este consentimento, em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Este documento foi revisado e aprovado pela Direção da Clínica Renal de Santa Maria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante - RG

Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi
Pesquisadora Mestranda

Suzinara Beatriz Soares de Lima
Pesquisadora/ Orientadora

Para maiores informações:

Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi. Tel.: (55) 8144.0320; e-mail: oneliacosta@yahoo.com.br

Profa. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima. Tel.: (55) 99784509; e-mail: suzibslima@yahoo.ufsm.br

Para dúvidas ou considerações sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS. Tel: (55)3220 9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

• Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: A VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE.

Pesquisadora responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Enfermagem

Telefone para contato: (055) 3220.8029

Local da coleta de dados: Clínica Renal de Santa Maria Ltda

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos trabalhadores da Clínica Renal de Santa Maria Ltda, cujos dados serão coletados a partir da realização de grupos focais. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem/UFSM, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Enf^a. Prof^a. Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima. Após este período os dados serão destruídos.

Santa Maria, 10 de março de 2009.

Enf^a. Prof^a. Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima
(Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE E

Convite lançado aos trabalhadores de enfermagem para a participação no estudo

CONVITE



O que é violência no trabalho para você?

**Se você é Trabalhador de ENFERMAGEM efetivado neste serviço, venha compartilhar o que você pensa, no meio de muita conversa e um delicioso coquetel!
Sua opinião será muito valiosa!
Aguardamos por você!**

Saiba dos objetivos, de como você pode participar e dos dias dos encontros procurando pela pesquisadora - Enf^a Onélia Cordenuzzi -

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: A violência (in) visível no trabalho de enfermagem em um serviço de hemodiálise: contribuições para a saúde do trabalhador.

Número do processo: 23081.003524/2010-85

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0017.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Abril / 2011- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 30/03/2010

Santa Maria, 31 de março de 2010.



Elisete Medianeira Tomazetti
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.