



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VIOLÊNCIA ÀS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE**

MOMETTO, DANIELLE DE SOUZA¹

SOARES, JOANA D'ARC DANTAS²

RESUMO

A Enfermagem possui a esfera gerencial e assistencial, sendo esta última uma escolha majoritariamente feminina e que possui a violência como entrave no seu ambiente de trabalho. O presente estudo teve como objetivo identificar os tipos de violências sofridas pelas mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Rio Grande do Norte, descrever e delinear as sensações e sentimentos frente às violências vivenciadas pelas profissionais de Enfermagem. A pesquisa teve caráter exploratório e descritivo, analisada pelo método de análise de conteúdo de Bardin. As violências mais frequentes foram a física, moral e psicológica. Quanto aos sentimentos, foram encontrados: exposição, desconforto ou receio, raiva, constrangimento, decepção ou frustração, medo e sensibilidade aguçada; já o que tange a sensações obteve-se: impotência, culpa ou responsabilidade pela situação de agressão, surpresa negativa, rotina como causadora de desânimo e frieza, insegurança, desânimo, rejeição ou exclusão, solidão, coação, dúvida e falsa superação. Sendo relatados, no estudo, os mais frequentes e discutidos à luz da literatura. Essas emoções podem prejudicar as atividades profissionais e pessoais, assim como os relacionamentos, sendo necessárias reflexões e implementações para combate e enfrentamento dessas violências.

PALAVRAS-CHAVE: Violência de Gênero; Enfermagem; Atendimento Pré-Hospitalar;

¹Discente em Enfermagem pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

²Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN; Docente em Enfermagem pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem desde seu início até os dias atuais carrega para o si a personalização do cuidar. Este compreende a esfera gerencial e assistencial em diversos campos, atuando com planejamento de ações de cuidados, previsão e provisão de recursos necessários à assistência, educação em saúde e potencializando as interações multiprofissionais (SANTOS *et al.*, 2013), visando à promoção, manutenção da saúde e reabilitação do indivíduo, respeitando sua singularidade e dignidade.

Quando se refere o cuidar em seu contexto histórico, pode-se retomar que essa atividade era exercida por sacerdotes e um público feminino de classe alta, onde a manutenção da vida era compreendida como feito divino (GEOVANINI *et al.*, 2005). Logo, com as consequentes experiências, a conotação de valores, como, por exemplo, altruísmo, espírito de serviço e submissão tornaram-se marcos da futura profissão.

Segundo o referido autor, após o período de progressos políticos, econômicos e científicos ocorridos na Europa entre os séculos XIII e XVI, a prática de cuidados decaiu devido à expulsão dos religiosos católicos, encarregados do cuidar, pela Reforma Protestante, causando a substituição destes por um público feminino leigo e de escorço moral e social desfavorável. Estas mulheres efetivavam atividades essencialmente domésticas em troca de um baixo salário, precária alimentação e extensa carga horária contínua, chegando a 48 horas.

Apenas após o século XVIII, na Europa, os cuidados à população começaram a assumir a forma terapêutica com a finalidade de diminuir óbitos de soldados em batalhas e preservar a força de trabalho do proletariado advindo do capitalismo. Desta forma, estendendo o significado de saúde, na economia, como objeto de consumo, instituindo a ideia de desejo para uns e lucro para outros. Para este fim seria necessário um novo corpo profissional que alcançasse práticas inovadoras fundamentadas teoricamente, ou seja, profissionais disciplinados e fragmentados em especialidades (PEREIRA, 2008; GEOVANINI *et al.*, 2005; LEOPARDI, 2006).

Assim, através de princípios organizadores do hospital e da profissão, houve o processo de institucionalização da Enfermagem, promovido por Florence Nightingale, no século XIX, na Inglaterra. A qual implantou o ensino formal para enfermeiros, que rapidamente transformou-se em Nível Superior, atraindo a população feminina de camada social mais elevada, exigindo valores específicos, como: disciplina e qualidades morais (LEOPARDI, 2006).

A influência do modelo Nightingaleano favoreceu a feminização da Enfermagem,

devido à ideia da sociedade patriarcal de vocação feminina para a realização do cuidar e afazeres domésticos, atividades consideradas menos prestigiadas. Esta ideia dicotômica entre trabalho manual e intelectual e a posição inferior da mulher, foram consideradas fatores determinantes na segregação sexual técnica, política e social do trabalho, fornecendo menor valor profissional a praticante (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Atualmente, ainda é possível notar essa dicotomia, porém de forma branda em relação ao período mencionado. A mulher, hoje, está conquistando o papel ambíguo, quando comparada à mentalidade patriarcal, sendo assim, assume funções, antes “femininas”, de cuidados domésticos, cuidados da família e, também, as consideradas “masculinas”, como a de manutenção financeira do lar e de prestígio profissional, intelectual e social. Logo, vem conquistando seu espaço e requerendo equidade como cidadã perante a constituição e profissional quanto às leis trabalhistas.

O exemplo do sucesso feminino é estampado por diversas mídias sociais, sendo representado por mulheres em cargos antes nunca alcançado pelo gênero, como: a primeira presidente brasileira; a primeira astronauta; a Primeira-ministra da Grã-Bretanha; ganhadoras do Prêmio Nobel, etc. Porém ainda há resquícios históricos, que oprimem o gênero feminino, por entendê-lo como mais frágil, influenciando os campos intelectuais, econômicos, políticos, cívicos e, inclusive, sexuais da mulher.

Diante do contexto, as mulheres enfrentam barreiras que tentam diminuir sua relevância social, pois muitas vezes são subestimadas em função do porte e da aparente fragilidade física. Pode-se destacar, então, a violência como principal entrave para a efetivação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem, desde aquelas cometidas por superiores até aquelas executadas por pacientes, pessoas exteriores à organização e colegas de trabalho nas mais diversas posições institucionais. Nesse sentido, as questões de gênero, também se revelam na área da saúde, pois fazem parte de um sistema imposto socialmente, podendo surtir em agravos concretos e empíricos camuflados de questões hierárquicas e de classe.

Logo, pode-se definir a violência no trabalho como qualquer ato de abuso da força ou poder de alguém sobre outro com objetivo de constrangimento físico, moral e psicológico, podendo ser expressa em forma de: abuso físico, sexual, moral, patrimonial e coação (MOREIRA, 2012; BARBOSA *et al.*, 2011).

Nesse contexto, dependendo da atividade realizada pela mulher, notoriamente, a profissional de enfermagem, tem diversos desafios a serem enfrentados por elas diante de situações geradoras de violência, por exemplo, encontrar o meio de se portar mediante estes

agravos ou modo de evitá-los, como lidar com o aspecto emocional, sexual e social pós-agressão, ou seja, meios interpessoais e organizacionais do trabalho (BARBOSA *et al.*, 2011).

Dentre as atividades de saúde que as profissionais de Enfermagem podem desenvolver estão àquelas relacionadas ao Atendimento Pré-Hospitalar (APH), que por serem realizadas em ambientes externos ao hospital, expõem suas executoras a um maior risco de agravos no trabalho.

Segundo Lúcio, Gusmão e Torres (2013), a equipe de APH possui risco iminente de violência no trabalho, podendo ser expressos, por exemplo, em forma de agressões de vítimas, familiares e populares, além de exposição a acidentes automobilísticos. No Brasil, uma das organizações responsáveis pelo APH é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que presta assistência a urgências e emergências clínicas e/ou traumáticas fora do ambiente hospitalar. Seu corpo profissional é composto por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (SOERENSEN *et al.*, 2008). Sendo estes profissionais vulneráveis aos tipos de violências, já descritos, no meio de trabalho.

Diante da temática exposta, surgiram os seguintes questionamentos: As profissionais de Enfermagem de um SAMU sofrem violências? Como elas enfrentam tais circunstâncias sofridas no trabalho?

O estudo teve como objetivo identificar a incidência dos tipos de violência sofridos pelas trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Rio Grande do Norte, descrever as sensações imediatas e delinear os sentimentos frente às violências vivenciadas pelas profissionais de enfermagem de um SAMU no RN.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO INSTITUCIONALIZADA

No processo de entendimento organizacional das profissões é preciso inserir os sujeitos no contexto histórico-social em que vivem (LEOPARDI, 2006). Dessa forma, compreendendo-se que o cenário de institucionalização da Enfermagem ocorreu em meio a Revolução Industrial, no século XVIII, a qual fora destacada como um dos principais movimentos de ascensão capitalista, acelerando a expansão econômica e científica através de melhorias tecnológicas, entende-se o quanto esta originou o surgimento de novas profissões (GIOVANINI *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2014).

Uma das consequências do movimento foi a urbanização, a qual resultou na expulsão de camponeses para a formação de novos polos industriais e, conseqüentemente, o crescimento da cidade. Logo, essa classe transformou-se, em sua maioria, parte do proletariado, o qual não possuía domínio de seu ofício, já que incentivados pelos modelos de produções, realizavam apenas atividades parciais específicas e automáticas transformando-se na parcela oprimida pelo poder capitalista. Dessa forma, enfrentavam diariamente as práticas insalubres e a exploração contínua do trabalho, justificadas no sistema pela desigualdade econômica. Isso aumentou a propagação de doenças transmissíveis e, também, a mortalidade pelo trabalho infantil e feminino (GIOVANINI *et al.*, 2005).

Pode-se ilustrar claramente que a doença se tornou um grande problema para a força produtiva, diminuindo a produção e, conseqüentemente, aumentando o transtorno econômico e político. Logo, a saúde deixa de ser uma necessidade básica e passa a ter o significado de objeto de consumo e lucro. Com isso, o Estado toma a decisão de assumir o controle da assistência à saúde, para garantir uma economia favorável por meio da manutenção da mão de obra saudável. Entretanto, seria necessária a reorganização da unidade hospitalar através do processo de disciplinarização da Enfermagem (PEREIRA, 2008; GIOVANINI *et al.*, 2005).

O processo, referido anteriormente, visava o aproveitamento máximo do indivíduo em sua singularidade, obedecendo ao sistema de hierarquia, dentro do espaço. No hospital, o fenômeno é garantido pelo controle e desenvolvimento de ações, distribuição espacial dos indivíduos no interior da unidade e pela vigilância constante destes. E, para garantir o poder institucional, serão utilizadas normatizações visando alcançar os objetivos do sistema (GIOVANINI *et al.*, 2005; LEOPARDI, 2006; PEREIRA, 2008).

As unidades hospitalares militares foram os primeiros a adotarem o processo de

reorganização, já que esta reduzia significativamente a perda econômica relacionada ao impacto das guerras: o número exacerbado de soldados mortos. Ainda assim, o hospital continuava insalubre, devido a doenças contagiosas e falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes (PEREIRA, 2008).

Segundo o referido autor, com a Guerra da Criméia (1854-1856), Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem, foi convidada para trabalhar cuidando dos soldados feridos em combate. Realizou-se, então, uma seleção de mulheres para acompanhá-la, as quais teriam de obedecer aos requisitos de padrão moral e intelectual, já que a classe, na época, era mal vista e necessitava de um novo perfil profissional para atrair mulheres de elevado nível social (GIOVANINI *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2014).

Florence destacou-se através de suas concepções, que se baseavam em quatro pilares fundamentais: o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a Enfermagem, permanecendo até hoje como bases humanísticas da profissão. Além disso, concluiu que a Enfermagem trabalhava para manter o doente em condições favoráveis a cura e manter as condições dos saudáveis, dando ênfase à necessidade de saneamento e higienização dos hospitais e moradias, diferentemente da Medicina, a qual se importava apenas com a saúde e doença, propriamente ditas (GIOVANINI *et al.*, 2005; ZORBOLI e SCHVEITZER, 2013; SANTOS *et al.*, 2014).

Após o final da guerra, Nightingale delineou o modelo de ensino através da criação de uma escola específica. Porém, o profissional médico foi o único considerado como qualificado para ensinar esse novo corpo profissional que estava prestes a surgir socialmente. Então, as primeiras escolas foram consideradas como estratégia da classe médica e governamental para manter domínio e instituir regras para formação e exercício das atividades de Enfermagem (PEREIRA, 2008; SANTOS *et al.*; SOUZA, 2014).

Ainda no contexto de formação profissional, os requisitos exigidos para a graduação da enfermeira, que se encaixava perfeitamente a cadeia hierárquica e empreendedora do sistema social e econômico, pregadas no processo de disciplinarização, deram origem a profissão, no século XIX (GIOVANINI *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2014).

Leopardi (2006) refere que a profissão é definida como um trabalho que responde às questões no âmbito da atividade legal e aos níveis de exigência sociais, ou seja, a profissão é uma aplicação do conhecimento científico na prática como atividade com uma finalidade. Seus critérios de definição são: autonomia relacionada ao controle da prática, identidade reconhecida quanto ao corpo de conhecimento próprio e registro social através de trabalhos úteis a sobrevida e bem-estar da sociedade, sendo consolidada legalmente.

Assim, a profissionalização da Enfermagem surge como uma prática social assalariada, que utilizando o saber biotecnológico atende à necessidade de mão de obra hospitalar, constituindo-se como prática institucionalizada e específica, também contribuindo para a produção de conhecimentos científicos de saúde, assim como outras profissões, vinculada a instituições sociais (ZORBOLI e SCHVEITZER, 2013; GEOVANINI *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2014). Segundo Pereira (2008), Jesus *et al.* (2008) e Giovanini *et al.* (2005) a profissão dividia-se em duas categorias:

- *Matron e Ladies*: moças, de classe social mais elevada, que praticavam funções de chefia e liderança, como: administração, supervisão, direção e controle dos serviços de Enfermagem;
- *Nurses*: moças, de nível social mais baixo, que desenvolviam o trabalho manual de assistência direta ao paciente, sob a direção das ladies.

Essa divisão da classe trouxe a hierarquia, na qual existe um papel mais elevado para poder coordenar a assistência como um todo, já que é necessária uma formação de conhecimento intelectual mais profundo (LEOPARDI, 2006; SANTOS *et al.*, 2014).

Na medida em que a enfermagem era introduzida no hospital e o nível de complexidade técnico-científica de Medicina crescia, requerendo maior capacidade intelectual, as tarefas manuais de saúde referente ao médico foram passando para a enfermeira, cabendo ao primeiro apenas o estabelecimento de hipóteses, diagnóstico, prescrição e tratamento. Logo, a Enfermagem nasce como uma profissão complementar a prática médica, também sujeita às normas da ciência e tecnologia, economia e política (GEOVANINI *et al.*, 2005; LEOPARDI, 2006).

Devido ao estímulo do modelo de produção, a Inglaterra tornou-se potência econômica mundial, abrindo caminho para o modelo de ensino nightingaleano difundir-se pelas Américas através das alunas egressas de sua escola (PEREIRA, 2008).

A prática profissional da Enfermagem, no Brasil, que requer formação específica, é normatizada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, como parte essencial da sociedade. É baseada em contrato social que apresenta os direitos profissionais, responsabilidades e o mecanismo de controle social, que exigem princípios éticos, podendo estar sujeito a constantes transformações. Porém ainda enfrenta dificuldades quanto a sua autonomia profissional, legitimidade e valorização do trabalho no meio social, devido a ignorância social expressa através de estigmas e preconceitos, necessitando desenvolver visão ampla e compreensiva de saúde da sociedade (LEOPARDI, 2006; ZORBOLI e SCHVEITZER, 2013; SANTOS *et al.*, 2014).

Ainda segundo Leopardi (2006) e Santos *et al.* (2014), a definição moderna de Enfermagem convencionase que além de atividade científica, é, também, uma arte relacionada a qualidade de vida dos indivíduos e sua respectiva família, visando à promoção, manutenção da saúde e reabilitação, respeitando a singularidade e dignidade. Sendo, então, responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de respostas humanas a problemas de saúde atuais ou potenciais. Esse cuidado é resultado de um trabalho coletivo, no qual os profissionais aplicam a teoria à prática, interferindo no processo de doença, educação em saúde e a prestação de assistência administrativa, sendo necessária, também, a mediação com as demais equipes multiprofissionais.

Para que ocorra o desenvolvimento dessa prática social, enquanto profissão, e a ética no cuidado, são necessários valores e competências técnicas aplicadas, além da responsabilidade e a prática do acolhimento, requerendo: interesse, respeito, atenção, compreensão e afeto pela população e indivíduo. Esse compromisso é que caracteriza a singularidade, o respeito de autonomia, cidadania, dignidade e saúde (ZORBOLI e SCHVEITZER, 2013).

2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A QUESTÃO DE GÊNERO

As práticas da Enfermagem, desde seu início foram marcadas pela feminização, ou seja, a integração da equipe formada totalmente ou principalmente pela mão-de-obra feminina, também influenciada por questões históricas e sociais, como raça, classe social, religião, idade e evolução tecnológica. Sendo necessária essa compreensão para poder chegar a uma ação profissional democrática e igualitária, sem preconceitos e estigmas relacionados ao gênero, que ainda ocorrem atualmente (PEREIRA, 2008; GIOVANINI *et al.*, 2005; LEOPARDI, 2006; SANTOS *et al.*; SOUZA, 2014).

O gênero considerado, neste capítulo, é aquele baseado em construções sociais, o qual explica atributos culturais específicos relacionados ao masculino e feminino, deixando de lado a questão biológica referente ao sexo propriamente dito. Esse influencia o agir individual, delimita campos para atuação e suas desigualdades refletem-se na política, sociedade e cultura (FERNANDES e NARCHI, 2007).

A questão em pauta, ou seja, a de gênero na Enfermagem, pode ser subdividida em 2 aspectos principais: a prática de cuidados como atividade principal da profissão e seu percurso interligado majoritariamente ao gênero feminino (SIMÕES e AMÂNCIO, 2004).

Devido à mentalidade da sociedade pré e patriarcal, apenas as tarefas consideradas

domésticas eram delegadas as mulheres, sendo consideradas as atividades masculinas, aquelas que exigiam maior força física e de maior conhecimento intelectual. Presume-se, então, que as atividades de gênero relacionadas ao cuidar surgem pelas concepções antigas de que a mulher é aquela responsável pelo cuidado da casa, dos filhos, do marido, dos idosos, dos pobres e por repassá-las as próximas gerações femininas. Esta situação surtiu importante efeito na divisão trabalhista de classes para a Enfermagem futuramente. (SOUZA, 2014).

Durante a Idade Média, dentro das concepções patriarcais e da Era Cristã, eram delegadas às mulheres as atividades referentes ao cuidado e manutenção da higiene dos doentes e a organização do ambiente, que eram tidos como sujos para as mãos dos médicos, os quais foram ensinados a não tocar nos doentes. Logo, representa-se uma maior simbologia e valor ao ato do curar, atividade médica, do que ao ato do cuidar, atividade tida como banal e repetitiva do cotidiano feminino. Além disso, é preciso frisar que as mulheres que fossem audaciosas o suficiente para auxiliar as atividades de cura ou partos fora do hospital eram queimadas vivas ou torturadas, sendo relacionadas à feitiçaria, até compartilharem seus métodos de cura (GIOVANINI *et al.*, 2005; PEREIRA, 2008; SANTOS e LUCHESI, 2002).

Logo após esse período, iniciaram-se movimentos de reforma religiosa, os quais deram início a ocorrência de momentos críticos quanto a relação a saúde, já que as atividades de cuidar realizadas nos hospitais de caridade eram efetivadas por sacerdotes e mulheres de poder aquisitivo elevado, e com a Reforma Protestante, estes foram expulsos. Sem haver organização, vários hospitais fecharam suas portas, precisando, então, recrutar indivíduos que seriam remunerados para o acompanhamento dos doentes. Assim, para exercer os serviços pesados, de extensas jornadas, com a remuneração baixa e falta de organização, foi apresentado um público feminino de escala social inferior e de moralidade duvidosa, como: meretrizes, alcoólatras e analfabetas (GIOVANINI *et al.*, 2005; PEREIRA, 2008; SANTOS e LUCHESI, 2002).

Com isto, os doentes que tinham condições de se manter em casa, recusavam-se a serem tratados no hospital, pois os cuidadores do ambiente hospitalar abandonavam os doentes, extorquiam dinheiro e não higienizavam o ambiente. Aquelas mulheres que optavam por exercer tal serviço remunerado eram consideradas pessoas que não haviam tido melhor oportunidade de formação profissional e por si só decidiram uniformizar-se e cuidar dos doentes (GIOVANINI *et al.*, 2005; PEREIRA, 2008; SANTOS e LUCHESI, 2002).

Com a institucionalização da Enfermagem, no século XIX, promovida por Florence, com a mudança do corpo profissional e a criação de escolas, o ensino da Enfermagem era influenciado pelo ideal de que o cuidar era a vocação e o instinto feminino. Então a divisão e

coexistência de duas classes eram necessárias no ambiente hospitalar: a equipe médica já pré-existente e a equipe de enfermagem advinda da necessidade da assistência contínua ao paciente (GIOVANINI *et al.*, 2005; LOPES e LEAL, 2005).

Naturalmente, a classe Médica não compartilhava seu conhecimento, mas concedia alguns a Enfermagem, dando continuidade a seu domínio do ambiente e tornando a segunda classe em subordinada. A primeira equipe composta exclusivamente pelo sexo masculino, tida como dominadora das práticas do tratar, pelo ideal da época, e de maior prestígio social e a segunda equipe composta absolutamente pelo sexo feminino, condicionadas ao trabalho manual, submissão da classe médica e sem conceitos de responsabilidade social, tornou-se personagem tido como secundário na saúde. Isso deu origem a uma divisão sexual do trabalho (LOPES e LEAL, 2005; SIMÕES e AMÂNCIO, 2004).

Esses papéis, referidos anteriormente, também foram adotados na instituição do ensino de Enfermagem. Com isso a influência histórica social do trabalho, das mulheres, da cultura e dos cuidados influenciam diretamente no modelo assistencial de saúde, o qual viveu períodos de mudanças. Essas se devem a relação entre homens e mulheres e suas representações de gênero estarem constantemente se modificando no âmbito social, podendo gerar períodos e situações dicotômicas ou igualitárias (SOUZA, 2014).

Retomando a associação do cuidar a feminilidade, decorrente da história do cuidar e da Enfermagem, o fato é apontado como a principal razão da falta de reconhecimento e valorização social e baixo estatuto da Profissão, porém pode somar-se, ainda, com a recusa dos clientes à consulta e cuidados de enfermagem, realização de treinamentos médicos separados dos enfermeiros e falta de preparo do enfermeiro na área de educação profissional. Dessa forma, trazendo outros problemas à tona, como, por exemplo, os preconceitos e estereótipos da profissão, a sexualidade dos profissionais como obstáculo e a sub-representação dos personagens masculinos nos níveis de gestão e supervisão dentro da Enfermagem e a falta do exercício ético da profissão (SIMÕES e AMÂNCIO, 2004; JESUS *et al.*, 2008; COSTA e COELHO, 2013).

Um estudo, o qual revelou alguns dos grandes preconceitos da categoria, apontou que as principais atitudes decorrentes são: a comparação do profissional enfermeiro com o médico, a crença dos usuários de que o último é mais capacitado e sua supervalorização do mesmo em relação a outras profissões. Além disso, foram relatados descréditos em relação à enfermeira, devido à erotização de sua imagem (JESUS *et al.*, 2008).

Uma das principais degradações de imagem da profissional enfermeira foi estimulada pela mídia, a qual visava lucro. Esta quando começou a se pronunciar nessa área, utilizou

representações opostas de sagrado e profano, santas e meretrizes, das mais diversas formas. Logo, tornou-se uma grande inimiga da profissão, devido ao uso da imagem da profissional como símbolo sexual, com uma classe predominantemente feminina e de nível social inferior, fazendo com que a Enfermagem se tornasse repudiada perante a sociedade, formando a realidade da concepção de estereótipos e preconceitos, que, infelizmente, permanecem até hoje (PEREIRA, 2008; SANTOS e LUCHESI, 2002).

Um estereótipo pode ser definido como organização duradoura de um conjunto de crenças e cognições pessoais, influenciada por cargas afetivas positivas ou negativas em relação a um grupo ou indivíduo, sendo gerado pelo meio social. Já o preconceito é definido por atitudes individuais hostis ou negativas, não necessariamente gerando atos, mas perpetuando-se por meio cultural e social. Estes podem advir de influências devido à questão de gênero e status social da profissão (JESUS *et al.*, 2008).

Segundo o referido autor, esses problemas podem contribuir para a negatividade da imagem social do enfermeiro, prejudicando o recrutamento profissional, comportamentos, percepção e valorização de si e sua insatisfação pessoal. Sendo, então, necessárias ações para atrair novos profissionais e despertar os estudantes para a Enfermagem Moderna e Científica, promovendo reconhecimento social e melhoria da autoestima da classe (LUCHESI *et al.*, 2009).

A alteração do mercado de trabalho, atualmente, para a mulher e a crescente representação de lideranças femininas em áreas, antes consideradas masculinas, documentadas em várias mídias, podem trazer mudanças futuramente, como uma maior agregação de profissionais masculinos, ou seja, de forma igualitária para ambos os gêneros, porém cerca de 90% do corpo profissional da classe ainda é formado por mulheres (LUCHESI *et al.*, 2009; JESUS *et al.*, 2008).

Essa presença masculina na profissão ainda é discutida de forma intensa, herdada de uma sociedade patriarcal e preconceituosa, principalmente quando relacionadas ao cuidado direto a indivíduos nos hospitais, já que existem tabus relacionados ao constrangimento causado aos pacientes, como, por exemplo, na norma heterossexual, o banho no leito realizado por um profissional de sexo diferente do paciente. Essa situação se torna ainda mais evidente quando homens cuidam de mulheres, as quais só aceitam em casos de maior conhecimento científico, quando presentes. Para evitar tais situações, são remanejadas pessoas do mesmo sexo para realização de tais atividades (COSTA e COELHO, 2013).

Segundo os referidos autores, visando impedir esses constrangimentos, a profissão moderna, prega a impessoalidade, neutralização dos corpos e a interdição da sexualidade, que

são imprescindíveis na formação. Mas nem sempre, esses profissionais são considerados assim, pela sociedade, inclusive pelos colegas de trabalho, que entendem este profissional masculino como feminino, remetendo-se a homossexualidade. Dessa forma, fazendo da atividade exercida uma generalização da sua sexualidade. Devido a esse preconceito, dentro da própria categoria, os homens procuram atividades menos relacionadas ao cuidado direto e mais incluídas no meio das tecnologias mais complexas, áreas de gestão e que demandem mais envolvimento político. Evidenciando-se, então, a consciência de gênero relacionada à divisão sexual do trabalho dentro da profissão.

Além dessa questão masculina remetendo-se a sexualidade, também existe a visão quanto ao diferente da heterossexualidade relacionando os gêneros: a homossexualidade dentro da Enfermagem, a qual frisa-se estar diretamente ligada à concepção de gênero e ao preconceito. A orientação sexual, tida como fora do padrão heterossexual, ainda é motivo de constrangimento para o corpo profissional, deixando lacunas e silêncios. Essa questão quando e se abordada, dá a entender que a homossexualidade ainda é proibida e imoral, a qual origina um confronto entre a moral de cada profissional e os princípios éticos socialmente impostos (COSTA e COELHO, 2013).

A sexualidade que foge da heterossexualidade ainda é abordada por profissionais como circunstancial, e não um desejo sexual possível por pessoas do mesmo gênero. Ou seja, tais trabalhadores possuem dificuldades para deixar de lado seus valores e julgamentos para realizar o atendimento, podendo causar constrangimento para ambos os lados. Consequência, muitas vezes, da falta de preparo durante a formação para enfrentar situações que remetem a esse tema específico (COSTA e COELHO, 2013).

Então, para que a igualdade de gênero e sexualidade ocorra, é necessária uma ruptura de barreiras e preconceitos, além da reconstrução da imagem social da Enfermagem, através de um modelo baseado em caráter da igualdade de gênero e de sexualidade enquanto profissionais, desenvolvimento e melhoria de competências e produção de conhecimentos científicos pautados nos princípios éticos e legais, dessa forma gerando sua própria autonomia quanto a área de saúde (COSTA e COELHO, 2013; LUCHESI *et al.*, 2009; SIMÕES e AMÂNCIO, 2004).

Assim, para finalizar o referencial teórico relacionado a gênero, é necessário um conhecimento prévio da verdadeira História da Enfermagem enquanto profissão, pois muitos indivíduos, inclusive profissionais, não possuem acesso a essa informação, o que contribui para a manutenção de velhos códigos morais internalizados, aumentando os indícios de preconceitos, estereótipos e violências. Estas situações podem ocorrer e gerar inúmeros

agravos, os quais, em sua maioria, são remetidos à mulher, pois o sexo feminino compõe a maior parte do corpo da Enfermagem. Além disso, o profissional, como agente responsável por sua imagem, deve ser capaz de identificar e abolir comportamentos que possam ser nocivos, superando-os através de mudanças.

2.3 A MULHER E A VIOLÊNCIA NO TRABALHO

A violência é considerada uma prática social contemporânea, a qual pode ser classificada em diversos tipos, porém é uma atividade que corrói os direitos humanos e fragmenta relações de sociabilidade. Estes compõem um conjunto de direitos básicos, como: civis, políticos e sociais, necessários a convivência digna e justa entre cidadãos, a fim de melhorar a sociedade, retomando valores morais relacionados a paz e a tolerância (SOARES, 2014; NUNES, 2013).

Essa prática, além de fenômeno social, constituiu-se, também, como histórica, pois se associa a crises dos sistemas de segurança pública, crescimento de injustiças sociais e esvaziamento de direitos relacionados a origem do território brasileiro. Dessa forma cabem-se várias análises, por exemplo, quanto a sua classificação, atores sociais e responsabilidades de ordem pública (SOARES, 2014).

Ainda segundo o autor, evidencia-se, no processo histórico de colonização portuguesa do Brasil, a violência, que se demonstra como práticas de poder autoritário, na qual o colonizador subjuga os nativos e escraviza-os, agredindo fisicamente tanto por castigos, extermínios dos rebeldes, quanto pela promoção de estupros. Além da violência física e sexual, coexistia a verbal e a moral, tidas, então, como heranças históricas da dominação exploratória sobre o país, baseadas em relações de poder, injustas e patrimonialistas que disseminam a cultura do medo e repercutem até hoje. Ou seja, o problema de subordinação, discriminação e exploração não está no que foi agredido, mas está na forma de organização e convívio, ambos atualizados pelo meio social (PRESTES e OLIVEIRA, 2005).

Uma das mais conhecidas expressões do fenômeno abordado, é a violência no trabalho, a qual é frequentemente disfarçada por questões hierárquicas e de classe, abrangendo inclusive as de gênero, referente à violência entre os sexos. Essa situação pode ser ilustrada pelo mercado de trabalho atual, resultante da evolução dos encargos femininos, onde mulheres ocupam posições que exigem maior qualificação comparando-se ao passado, como abordado no capítulo anterior. Então, nota-se a evolução como trabalhadora, porém os

preconceitos e estigmas sociais antigos, também referidos anteriormente, ainda existem (SILVA, 2010).

O quadro referido também pode ser exemplificado, atualmente, por meio da discriminação sexual pela diferença de remuneração relacionada ao gênero; sobrecargas de trabalho; da predominância do contingente feminino nas atividades domésticas caracterizada por precariedade, baixa proteção social, condições inadequadas de trabalho, baixo salário e informalidade. Esses modelos circunstanciais somam-se a outros fatores que podem gerar diversos meios de agravos, dentre eles a vulnerabilidade feminina à violência relacionada ao ambiente de trabalho. Esta originada pelo costume herdado através dos castigos do período de colonização (FERNANDES e NARCHI, 2007; PRESTES e OLIVEIRA, 2005).

Então, pode-se definir a violência no trabalho ou violência ocupacional como qualquer ato de abuso, no qual o trabalho é vítima. Esse não ocorre apenas no ambiente, mas estende-se ao trajeto de ida para e volta da atividade. Tal evento pode ser expresso em diversas formas, sendo elas: agressão física, sexual, moral, patrimonial e coação, no meio profissional (SOUZA, COSTA e GURGEL, 2014; MOREIRA, 2012; BARBOSA *et al.*, 2011).

Tais violências, quando aplicadas especificamente contra as mulheres, segundo o Artigo 7º da Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), da Constituição Federal (BRASIL, 2006), podem ser conceituadas como:

- Física: qualquer conduta que prejudique sua integridade ou saúde corporal;
- Sexual: qualquer conduta que cause constrangimento a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, em meio a uso de força, intimidação, ameaça ou coação; que comercialize ou utilize sua sexualidade, impedindo de utilizar método contraceptivo ou a force ao matrimônio, gravidez, aborto ou a prostituição, em meio a coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que anule ou limite o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- Moral: qualquer conduta remetida a calúnia, difamação ou injúria;
- Patrimonial: qualquer conduta que signifique retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo aqueles destinados a satisfazer suas necessidades;
- Psicológica: qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças, por meio de ameaças,

constrangimentos, humilhações, manipulações, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause danos a saúde psicológico e à autodeterminação.

Como cidadã, a mulher deve ter assegurada a livre expressão de pensamentos, participação política, autonomia e execução de direitos sociais, devendo ser protegida contra as referidas violências relacionadas ao gênero e ao sexo, tendo a garantia de apoio e atendimento de órgãos públicos com respeito e humanidade a fim de diminuir as sequelas da discriminação, frustração e violação de seus direitos (FERNANDES e NARCHI, 2007).

Tais consequências, geralmente, são advindas do domínio masculino, demonstrando, então, a intenção de controle pela força e intimidação, para submeter a mulher às suas necessidades. Assim, a violência de gênero também pode se estender a indivíduos do mesmo sexo, devido à concepção machista, resgatando valores referentes a discriminação, submissão, intolerância ou qualquer outro motivo de agressão, estando enraizada, portanto, na história social (PRESTES e OLIVEIRA, 2005; SILVA, 2010).

Ainda segundo Prestes e Oliveira (2005), quando uma mulher se silencia, o agressor fica impune, assim a violência continua. Muitas vezes, a taciturnidade é fundamenta pela vergonha, medo, dependência, influencia, embaraço e humilhação nas delegacias ou implicações do ambiente de trabalho. Essa situação, ainda quando denunciada, causa resultados negativos para a mulher, além das consequências físicas, a mesma pode sofrer em longo prazo com outros problemas de saúde, como dores e desconfortos intensos, incapacidade física, alcoolismo e dependência química, depressão, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, torturas psicológicas, comprometendo sua qualidade de vida e podendo levá-la ao suicídio (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Ainda segundo os autores, já que a violência implica na condição de vida, organização social e econômica da mulher, ela constitui um agravo de saúde, tornando-se um problema social e de saúde pública, adentrando no campo de saúde da mulher, sendo necessária a conscientização de sua existência, meios de denúncia e enfrentamento, para que sejam definidos os papéis a serem desempenhados por cada instância e futuramente alcance a erradicação.

O combate à violência de gênero e do trabalho, independente da forma expressada, se torna um meio de busca para a universalidade e igualdade entre todos os indivíduos e o reconhecimento do outro. Assim, luta com a herança histórica da mentalidade androcêntrica, que compreende a mulher como inferior, através da elaboração e estimulação de instrumentos

para a promulgação da cidadania e direitos das mulheres (PRESTES e OLIVEIRA, 2005; SILVA, 2010).

Ainda assim, mesmo com estratégias existentes, há problemas relacionados a categorias sobrecarregadas devido a responsabilidades profissionais, como no caso da Enfermagem. Nesta, as integrantes de sua equipe se tornam vulneráveis à agravos, e, muitas vezes, incapazes de procurar um meio de combate, enfrentamento e, inclusive, um serviço de saúde que ofereça apoio. Essa situação justifica-se muitas vezes pela longa jornada de trabalho, multiplicadas em mais de um vínculo empregatício e sua dependência, atividades domésticas sem remuneração que devem ser realizadas, entre outros. Então, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das violências, para que ocorra o reconhecimento e a elaboração de novos meios e protocolos visando uma maior eficiência referente à segurança para as trabalhadoras.

2.4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E A VIOLÊNCIA NO TRABALHO

O Atendimento Pré-Hospitalar teve seu início com os atendimentos realizados no local e período das grandes guerras do século XVIII, onde os soldados eram transportados em carroças para serem atendidos longe dos conflitos, por médicos. No final do século, os cuidados iniciais passaram a ser executados no local de batalha para prevenir futuras complicações, dando origem a formação da Cruz Vermelha Internacional em 1863. Essa instituição forneceu treinamentos de primeiros socorros possibilitando atendimento rápido e, também, durante o transporte até o hospital. Destaca-se que a inserção da classe de Enfermeiras nesse suporte ocorreu apenas na I e II Guerras Mundiais (RAMOS e SANNA, 2005).

No Brasil, a ideia de atendimento prévio no local da emergência também ocorria, mas apenas em 1899, o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro colocou a primeira ambulância – carroça, para realizar o serviço. Já em São Paulo, os médicos da Polícia Civil do Estado ficaram responsáveis por tal atividade, através do decreto n. 395 de 7 de outubro de 1893. Em 1950, instalou-se, então o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), tornando o município responsável por sua prática. Nos demais locais, esse serviço de caráter Público e privado eram responsabilidades de seus Estados (RAMOS e SANNA, 2005).

Para os referidos autores, a evolução das políticas relacionadas ao APH nos estados brasileiros, houve a descentralização desses serviços para os órgãos de saúde, além da inserção da enfermeira na assistência pré-hospitalar, na década de 90, pela primeira vez,

dando origem a novas possibilidades da ampliação de sua atuação nos demais serviços da área futuramente implantados no país.

Os autores ainda referem que o Atendimento Pré-Hospitalar foi considerado uma assistência primária a portadores de quadros de urgência e emergência de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica fora da unidade hospitalar, sendo implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências 192 (SAMU 192).

Segundo a Portaria, nº 1.010, de 21 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a equipe do serviço deverá ser composta, tanto na Regulação Médica, como nas unidades pelas seguintes classes profissionais: Condutores de Veículos de Urgência, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos, Rádio Operadores e Técnicos Auxiliares de Regulação Médica. Os profissionais devem possuir formação, experiência profissional, habilidade, capacidade física, definir prioridades, pensar rapidamente e trabalhar em conjunto.

Esse corpo profissional é estruturado em: Equipe de Regulação Médica, Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV consiste na manutenção da vida, sem manobras invasivas com atendimento realizado por pessoas devidamente capacitadas em primeiros socorros, atuando sob supervisão da Equipe de Regulação Médica. O SAV realiza manobras invasivas, com maior complexidade, sendo executadas por Médico ou Enfermeiro (MAIA *et al.*, 2014; OLIVEIRA, SANTOS e ZEITON, 2014).

Esta última categoria, assim como outras, está ligada a várias situações de estresse psicológico e físico que influenciam diretamente na sua satisfação pessoal, motivação e convivência com a equipe em relação ao meio de trabalho, agravando sua vulnerabilidade e a tornando mais susceptível a sofrer violências como as já descritas em capítulos anteriores. Tendo como exemplos dessas variáveis: contato direto com a morte, situações inesperadas de ambientes, climas e traumas, trabalhos noturnos, condições insalubres, e rotina de casos de urgência e emergência. Então, torna-se notável a necessidade de estudos para obter perspectivas das vítimas, para que se possa combater agravos e situações reacionais extremas. (CAMPOS, 2005; MARTINS, VIEIRA e SANTOS, 2012).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de modalidade exploratório, descritivo com uma abordagem qualitativa. Foi realizado em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Rio Grande do Norte, o qual oferece a população atendimento de urgência médica móvel 24 horas, segundo as normas da portaria nº814/GM de 01 de junho de 2001 (BRASIL, 2004).

A pesquisa teve como amostra 15 profissionais de enfermagem do sexo feminino que possuíam vínculos empregatícios ativos na unidade em que ocorreu a investigação, tendo como critérios de inclusão: mulheres, profissionais de enfermagem, acima de 18 anos, que possuam vínculos empregatícios ativos com o núcleo do SAMU escolhido e que possuíam experiência mínima de 1 ano trabalhando no local.

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2016, através de uma entrevista semiestruturada, aplicada individualmente. Para isso foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A) constituído por questões de perfil socioeconômico e questões objetivas com a finalidade de caracterizar a amostra e 04 questões norteadoras específicas ao objeto de estudo. Vale ressaltar que os profissionais foram abordados e quantificados a partir da disponibilização da escala de horários pela unidade em questão.

Considerando as questões éticas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (CEP/LIGA), o qual foi aceito diante do parecer 1.266.761 e CAAE 49018815.8.0000.5293 (ANEXO H), carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE F) e termo de concessão do Coordenador Geral da unidade do SAMU (APÊNDICE G).

Assim, após a apresentação do objetivo, finalidade da investigação, caráter voluntário, importância de participação e garantia de anonimato, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e Termo de Autorização de Gravação de Voz (APÊNDICE D) foram realizadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade da mulher, atendendo a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012).

Os depoimentos passaram por um processo de pré-análise seguido de exploração do material, identificação das unidades de significados, codificação, interpretação e análise, seguindo os preceitos de discussão propostos por Bardin (2009) e tendo como base, referenciais teóricos sobre as categorias a seguir apresentadas.

Para maior facilidade de compreensão e garantia de anonimato, as entrevistadas

receberam pseudônimos correspondentes a mulheres que tiveram papel importante na história mundial, uma vez que este estudo destaca aspectos que podem interferir de modo negativo na execução das atividades da trabalhadora.

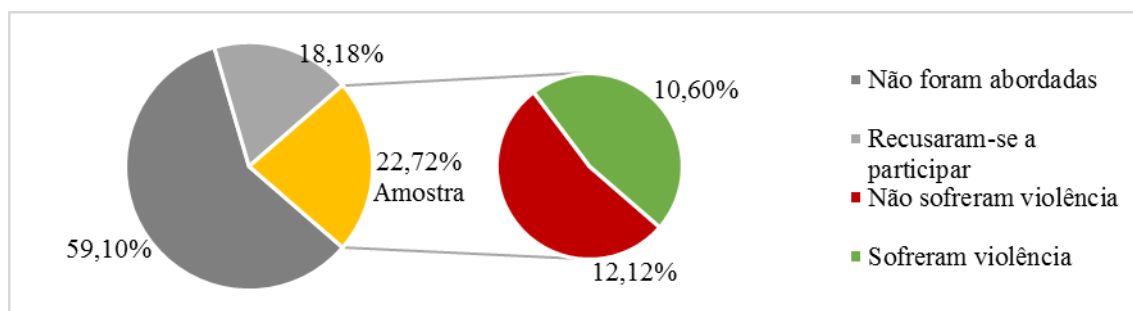
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a anuência do parecer do comitê de ética em pesquisa da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer obteve-se acesso as unidades de um SAMU no Rio Grande do Norte e suas escalas de trabalho, assim, dando início ao mapeamento de dados e abordagem das mulheres para realização da entrevista, no período compreendido entre os meses de abril e maio de 2016.

Dentro desse período foi computado o número total de funcionários de enfermagem da unidade que totaliza 107, onde 41 indivíduos são do sexo masculino e 66 do sexo feminino. Dessa forma, excluindo todos os que não pertenciam ao critério de inclusão, obtemos, especificamente, 24 enfermeiras e 42 técnicas de enfermagem.

Após a contabilização, mediante escala de jornada de trabalho, abordou-se 27 mulheres, das quais 12 se recusaram a participar da pesquisa, totalizando 15 participantes que responderam dados socioeconômicos e questões objetivas. Mediante o objetivo do estudo, apenas 8 relataram ter sofrido algum tipo de violência e responderam as questões abertas. Dentre as 8 apenas 1 recusou-se à gravação de voz, sendo a sua entrevista escrita pelo pesquisador responsável pela coleta de dados.

Gráfico 01 – Participação das mulheres da equipe de Enfermagem de um SAMU no RN no estudo



Fonte: Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado do Rio Grande do Norte, 2016.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ACERCA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS

Tabela 01 – Distribuição da amostra segundo: idade, raça/cor, estado civil, número de filhos, renda familiar, escolaridade, profissão, número de vínculos empregatícios, locais de trabalho.

Distribuição da amostra acerca de dados socioeconômicos					
Variáveis	Fa	Fr	Variáveis	Fa	Fr
Idade	(n)	(%)	Escolaridade	(n)	(%)
20 a 30	2	13,3%	E.M. Completo	4	26,7%
31 a 40	4	26,7%	Superior Completo	8	53,3%
41 a 50	8	53,3%	Superior Incompleto	3	20%
51 a 60	1	6,7%			
Raça/Cor	(n)	(%)	Profissão	(n)	(%)
Branca	5	33,3%	Técnica	11	73,3
Negra	1	6,7%	Enfermeira	4	26,7
Parda	9	60%			
Amarela	-	0%			
Indígena	-	0%			
Estado civil	(n)	(%)	Número de Vínculos	(n)	(%)
Solteira	8	53,3%	1	2	13,3%
Casada	4	26,7%	2	11	73,4%
União Estável	1	6,7%	3	2	13,3%
Divorciada	2	13,3%			
Viúva	0	0%			
Número de filhos	(n)	(%)	Locais de trabalho	(n)	(%)
Nenhum	5	33,3%	SAMU/RN	15	100%
1	4	26,7%	Hospitais	2	13,3%
2	2	13,3%	SAMU/RN 2 vínculos	5	33,3%
3	3	20%	Outros	3	20%
Não especificou	1	6,7%			
Renda familiar	(n)	(%)	Fonte: Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado do Rio Grande do Norte, 2016. Fa: Frequência Absoluta (n); Fr: Frequência relativa (%).		
1 a 3 salários mínimos;	5	33,3%			
4 a 6 salários mínimos;	7	46,7%			
7 a 10 salários mínimos;	1	6,7%			
Mais de 10 salários mínimos;	2	13,3%			

As características socioeconômicas da amostra da pesquisa revelaram que as entrevistadas estavam na faixa etária entre 20 a 60 anos, onde 60% se auto identificam com a coloração parda, 33,3% como branca e apenas 6,7% como negra. A maior parte das mulheres, ou seja, 53,3%, encontravam-se solteiras durante a coleta de dados, seguidas, respectivamente por 40% em união civil ou estável. Quase na mesma linha, segue-se o número de filhos, onde 33,3% não possuíam, 26,7% possuíam um, 13,3% possuíam dois e 20% possuíam três filhos.

A renda familiar das mulheres correspondia, majoritariamente (46,7%), à 4 a 6 salários mínimos na época da pesquisa, em seguida por 33,3%, correspondente à 1 a 3 salários

mínimos. Dentre as entrevistadas, ainda, 53,3% possuíam ensino superior completo, mas apenas 26,7% atuavam como Enfermeiras na unidade do SAMU em que foram coletadas as entrevistas. As outras 73,3 % atuavam como Técnicas de Enfermagem, sendo que 20% das entrevistadas estavam com o Ensino Superior Incompleto.

Todas as entrevistadas tinham pelo menos um vínculo empregatício com pelo menos um vínculo empregatício com um SAMU no RN, sendo que 73,4% dois vínculos empregatícios, dentre os quais 33,3% possuía um segundo vínculo de inserção com outro SAMU no RN.

Através da análise dos dados a amostra foi caracterizada com boa renda familiar, nível acadêmico satisfatório, deduzindo que as questões do estudo foram bem compreendidas pelas participantes. Ainda pode-se averiguar que existe a possibilidade de boa parte das entrevistadas, por possuir 2 vínculos empregatícios, pode sofrer de doenças acarretadas pela longa jornada de trabalho.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ACERCA DAS RESPOSTAS DE CARÁTER OBJETIVO

Gráfico 02 – Há quanto tempo a amostra trabalha em um SAMU do RN

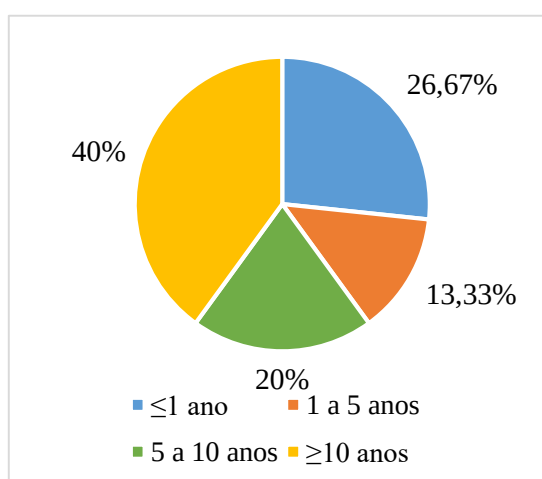
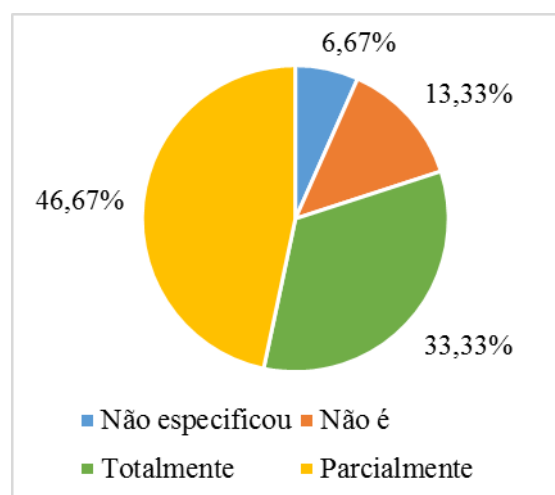


Gráfico 03 – Quanto a amostra é responsável pela atividade de casa

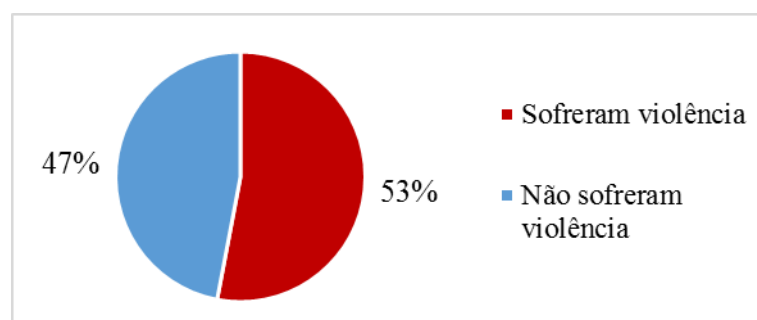


Fonte: Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado do Rio Grande do Norte, 2016.

Dentre as mulheres que foram entrevistadas, 40%, afirmaram trabalhar mais 10 anos em um SAMU do RN. Das entrevistadas, 86,67% são responsáveis de alguma forma pelas atividades de casa, sendo 33,33% totalmente. Ligando esses dados ao da sessão anterior,

podemos concluir que a jornada de trabalho não se restringe apenas ao ambiente de trabalho, mas à casa das participantes, aumentando a possibilidade de desenvolver alguma doença relacionada ao trabalho devido à sobrecarga de responsabilidade.

Gráfico 04 – Porcentagem da amostra das trabalhadoras de Enfermagem que sofreram violência em um SAMU no RN;



Fonte: Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado do Rio Grande do Norte, 2016.

Das 15 entrevistadas, 53% relataram ter sofrido algum tipo de violência durante seu exercício profissional no vínculo com um SAMU no RN, já as outras 47% não quiseram compartilhar suas experiências ou não sofreram violência alguma.

Referente aos tipos de violência, classificados no referencial teórico (física, sexual, moral, psicológica e patrimonial), todos foram assinalados, sendo quantitativamente, apresentados nas tabelas a seguir, além dos agressores:

Tabela 02 – Quantitativos iniciais de ocorrência de alguns tipos de violência assinalados pelas participantes da pesquisa e seus agressores

Quantitativos de ocorrências de violência separados por tipo e seus agressores					
Tipo	Agressor	Tipo	Agressor	Tipo	Agressor
	Superior/ coordenador		Superior/ coordenador		Superior/ coordenador
	-		-		-
	Colegas		Colegas		Colegas
Física	-	Moral	2	Sexual	1
6	Pacientes	6	Pacientes	1	Pacientes
	6		3		-
	Acompanhantes		Acompanhantes		Acompanhantes
	1		1		-

Fonte: Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado do Rio Grande do Norte, 2016.

Na tabela acima, pode-se notar que 6 mulheres indicaram que sofreram violência física, sendo todas as vezes causadas por pacientes e somente uma vez por acompanhante, podendo ser ao mesmo tempo ou não. Já a violência moral, foi indicada pelo mesmo número, mudando apenas os agressores, sendo, então, 2 vezes provocada por colegas de equipe, 3 por pacientes e 1 por acompanhante. Outra violência indicada foi a sexual, sendo apenas uma vez e realizada por 1 colega de trabalho.

Tabela 03 – Quantitativos finais de ocorrência de alguns tipos de violência assinalados pelas participantes da pesquisa e seus agressores

Quantitativos de ocorrências de violência separados por tipo e seus agressores			
Tipo	Agressor	Tipo	Agressor
Psicológica 3	Superior/ coordenador	Patrimonial 1	Superior/ coordenador
	1		-
	Colegas		Colegas
	1		-
	Pacientes		Pacientes
	2		-
	Acompanhantes		Acompanhantes
	-		-
	Não especificado		Não especificado
	-		1

Fonte: Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado do Rio Grande do Norte, 2016.

Nessa segunda tabela, já pode-se notar que 3 mulheres indicaram que sofreram violência psicológica, sendo causadas 2 vezes por pacientes, somente uma vez por algum colega de equipe e uma vez por um superior/coordenador. Já a violência patrimonial, foi indicada apenas uma vez, sem especificação do agressor.

4.3 DISCUSSÃO ACERCA DAS RESPOSTAS DE CARÁTER SUBJETIVO

As respostas obtidas, através do instrumento de pesquisa coletadas, foram gravadas, após assinatura do termo de autorização para gravação de voz, exceto as de uma participante, a qual permitiu apenas a escrita de sua entrevista e logo após transcritas.

Após a primeira leitura pode-se notar que as violências às trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN foram expressas em todas as entrevistas, porém relatadas explicitamente apenas em seis.

Utilizando a proposta de Análise Temática de Bardin (2009), as respostas passaram por uma leitura exaustiva, onde foram extraídos os núcleos de sentido e codificados nas seguintes categorias: sentimentos despertados em mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN mediante as situações de violência e as sensações presentes em mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN após as circunstâncias da violência.

4.3.1 Sentimentos despertados em mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN mediante as situações de violência

O sentimento é considerado uma reação afetiva, sensorial, fenomenológica, experimentada em diversas vivências do sujeito, de maneira estável e duradoura, sendo comunicado a outros por meio de palavras, termos e expressões ensinadas por uma comunidade verbal. Assim, a capacidade de conversação sobre a ação de sentir e descrição de sentimentos que a antecede torna-se mais difícil quando o indivíduo compreende as razões de seu comportamento através da consciência (FREITAS *et al.*, 2012; ROSE, 1982). Dessa forma, visando uma melhor organização, tornou-se possível a classificação dos sentimentos em negativos e positivos por meio da vivência das entrevistadas.

4.3.1.1 Sentimentos negativos despertados em mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN mediante as situações de violência

Utilizando-se da ideia anterior, foi possível a extração de núcleos de sentido significantes para essa categoria, pois expressavam modos diversos de interpretação das mulheres quando diante dos atos de violências vivenciados. Sendo os núcleos expressos na categoria quanto a sua frequência de aparecimentos nas falas na forma decrescente: exposição, desconforto ou receio, raiva, constrangimento, decepção ou frustração e medo. Dessa forma, os respectivos núcleos serão expostos a seguir por meio de trechos extraídos dos depoimentos colhidos e discutidos à luz do estado da arte sobre a temática.

“Assim... Quando a pessoa fez aquilo, eu me senti muito (pausa) constrangida [...] Mesmo que não tenha acontecido nada, mas não era algo que eu queria passar.” – Marie Curie. Nesse trecho a participante demonstra explicitamente seu sentimento de constrangimento e o de receio quanto a violência que vivenciou.

O sentimento de constrangimento ou vergonha surge a partir do momento em que o indivíduo deixa de participar do seu meio social, cultural e situações cotidianas, e passa vivenciar experiências das quais o impacto é negativo tanto para si mesmo, quanto em relação a aceitação aos olhos de outros segundo sua interpretação. Essa inaptidão pode demonstrar-se no caso acima pela perturbação na fala da entrevistada, mas pode vir acompanhada de outras expressões: nervosismo, rubor, risos e mudança postural repentina (PINHEIRO, 2016; GONDIM *et al.* 2014).

O constrangimento, por ser uma consequência de uma situação vivida, pode também encaixar-se no contexto de violência psicológica exemplificado no artigo 7º, inciso II, da Lei Maria da Penha. Porém, o combate a essas situações é realizado apenas pela assistência psicossocial, já que devido ao grande número de casos, as delegacias especializadas (da mulher), lidam principalmente com o direito penal (MACHADO e GROSSI, 2015).

O sentimento representado acima ainda pode inclinar-se para amargura, raiva, hostilidade ou, inclusive, o medo. Este último causado pela repetição da vivência experimentada o que origina um novo sentimento forte e limitador: o receio, trazendo à tona a expressão da possibilidade de recorrência de situação semelhante ou uma nova agressão (PINHEIRO, 2016; SARAIVA, 2015).

O receio ou desconforto, seja pela vivência ou em relação a presença do agressor no ambiente é um meio de confissão indireta do sujeito quanto a violência, a qual, no caso, acaba transformando o ambiente de trabalho em um espaço de degradação e insegurança impondo dor e violando direitos, atingindo a dignidade, a saúde, o sujeito em si (BARRETO e HELOANI, 2015).

A mesma mulher ainda relatou: *“Fica um clima chato, [...] Você chega no trabalho e já vê que fulano tá hoje, ou percebe as pessoas te olhando diferente, comentando algo, sabe?”* – Marie Curie. Neste trecho podemos notar novamente o receio devido a presença do seu agressor e desconforto por parte da participante em relação ao seu ambiente de trabalho devido a sua exposição quanto aos comentários dos colegas. Essas situações repetem-se nas seguintes falas, já proferidas por outra entrevistada: *“Mulher, [...] porque você já vem trabalhar pensando: ah, fulano... Será que fulano tá hoje? Será que... (pausa) Entendeu?! [...], mas é difícil a gente tá no meio de... envolvida num negócio que as vezes você não sabe nem o que é, que o povo fala o que quer”* – Malala Yousafsai.

A exposição, seja direta ou indireta, do trabalhador em seu espaço de trabalho a atos negativos constitui um assédio laboral, resultado de uma tortura psicológica por meio de humilhações, desprezo ou indiferença devido a intolerância ao outro por haver diferença do

meio. As consequências desses atos podem ser: isolamento, falta de comunicação, sobrecarga de responsabilidade e o sofrimento, gerando danos a autoimagem e interferindo nas relações emocionais (BARRETO e HELOANI, 2015).

Essa desestabilização pode causar consequências psicológicas profundas, como: sensação de impotência, incapacidade e sofrimento, manifestando doenças decorrentes do estresse, transformando o ambiente laboral em um espaço degradado, inseguro e arriscado, de forma que haja o afastamento do trabalhador de seu ofício. Ainda, sim, a exposição não é considerada digna de pena pela ordem jurídica brasileira, não sendo classificada pela legislação (OLÍMPIO *et al.*, 2016; BARRETO e HELOANI, 2015).

“Essa violência verbal né... quando ele me chamou... Eu acredito que, por termos uma amizade, ele poderia ter me enviado uma mensagem no período de sair de casa, de sair de folga, vir pra cá e chamar, chamou uma pessoa pra dizer que tinha conversado comigo e dizer: óh, não faça isso, porque isso tá tomando muito tempo, [...], entendeu? Então eu acho que ele poderia ter enviado até mesmo pelo ‘whats’ que eu entenderia. Achei que foi um constrangimento.” – Margaret Heafield. Nesse fragmento, a exposição é compreendida pela descrição do fato não ocorrido, no qual a participante apresentou o sentimento constrangimento pela prática vexatória a qual foi chamada atenção, uma violência moral que poderia ser evitada por uma via de comunicação menos expositiva.

O assédio moral constitui-se na desqualificação e fragilização intencional da vítima, na tentativa de neutralizá-la quanto a sua vontade. A consequência é levar a vítima para o estado de despersonalização, caracterizando essa agressão em um processo disciplinador. Isso somado ao alto índice de porcentagem de mulheres como principais vítimas dessa agressão, traz à tona a contraposição da hierarquização social e a igualdade de gênero, valorizando o masculino em detrimento do feminino (HELOANI, 2016; ROCHA *et al.*, 2015).

Esse estereótipo de gênero influencia todo o convívio social, onde o indivíduo masculino frente a violência a enfrenta ou a perpetua. Independentemente do tipo de violência que acomete a população, sabe-se que 80% dos agressores são homens (PIOSIADLO, FONSECA e GESSNER, 2014).

Outro exemplo de exposição, quanto a forma da agressão em si, é delimitado pela seguinte fala, onde é explícita a violência física: *“[...] Com o que ele fez eu fiquei com... surpresa com a dor que eu tava sentindo no meu rosto, que ele meteu o soco no meu queixo, aqui.[...] porque ninguém merece levar uma agressão sobre o rosto.”* – Komako Kimura.

A violência física de gênero constitui qualquer ato que culmine na quebra da integridade e saúde corporal da mulher. Apesar de nem sempre necessitar de assistência de

saúde por lesão corporal, pode causar outros danos, dentre eles está o mais difícil de ser identificado: o psicológico (SANTOS *et al.*, 2014; SILVA e OLIVEIRA, 2015).

Concordando com o ponto de vista mencionado, Duarte *et al.* (2015) complementa que o fato da violência nem sempre deixar uma marca física, pode fazer a mulher ser recebida de forma suspeita quando a mesma procura por ajuda nos órgãos de proteção, dificultando a fé no poder de resolução da justiça e desencorajando a denúncia.

Segundo o Mapa da Violência (WAIZELFISZ, 2015), tendo como enfoque as mulheres brasileiras, temos que em 2014, foram registrados 95.421 casos de violência contra a mulher jovem e adulta. Esses casos foram divididos em tipologias, sendo a física a mais frequente acumulando 71.114 casos, seguida pela psicológica com 31.669 e a sexual com 3.227 casos. Vale ressaltar que esse número corresponde apenas àquelas notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sendo assim, necessário a criação de estratégias para uma melhor computação de dados, articulando práticas para combater a invisibilidade da violência de gênero (GROSSI, 2012).

Ainda exposto pela entrevistada Komako Kimura, temos as seguintes falas: “[...] *A gente nunca deve das as costas pra um psiquiátrico, ‘drogadinho’*”. A raiva torna-se explícita através da caracterização do agressor por diminutivos para inferiorizá-lo, o que também pode acontecer por meio de nome ou expressão depreciativa. O que acontece também com a Nísia Floresta Augusta ao fazer referência ao agressor na seguinte fala: “[...] *Não daquele marginal que colocou a arma na minha cabeça [...]*”. Dentro deste último trecho temos, também, o sentimento de medo diante da situação que vivenciou.

A raiva diferencia-se da hostilidade e agressividade, sendo conceituada como um estado emocional que envolve irritação, aborrecimentos ligeiros ou fúria, variando de intensidade. Pode ser originada por reação a dor, ameaça, dano, ofensa ou injustiça. Para sua mensuração é necessário saber a intensidade do sentimento, a regulação, se o indivíduo a bloqueia ou expressa por atos orientados ao meio (MONTEIRO e SILVA, 2012).

É perceptível que as entrevistadas conseguem reviver o momento do agravo, trazendo à tona a raiva. Esse sentimento além de ser uma reação à memória da situação vivenciada, também é um fruto do psicológico devido ao desgaste emocional perante a agressão no ambiente de trabalho. Dessa forma se a exposição a tal sentimento for intensa pode trazer consequências a saúde do indivíduo (SANTOS e MARTINS, 2016; MONTEIRO e SILVA, 2012; CANHOTO, 2006).

Além disso Silva (2014) traz a diferenciação da demonstração do sentimento pelos gêneros, determinada pela antecipação de consequências negativas ou positivas, sendo que o

feminino tem preferência por expressões indiretas e menos contrárias em relação ao masculino. Isso é justificado pelo medo de desafrontas, perda de autocontrole ou receio de gerar episódios de violência, em razão de prezar pelos seus relacionamentos com outros. Logo, pode-se deduzir que a raiva é um estimulante e o medo um paralisante, como visto na fala seguinte: “[...] *Eu não conheço, nem nunca peguei numa arma, entendeu?! Mas teve episódios que colocaram uma arma na minha cabeça [...]*” – Nísia Floresta Augusta.

O medo é um sentimento provocado por uma causa direta e objetiva, podendo ou não se encaixar nos parâmetros de ansiedade, na qual a causa real não é conhecida. Esse sentimento, quando ativado provoca reações comportamentais e neurológicas, sendo desencadeadas por uma consciência real ou imaginária de ameaça (HOLANDA *et al.*, 2013). O medo evidenciado pela entrevistada dá-se pela objetividade do risco, ou seja, pela possibilidade de vivenciar o tiro, pela reação negativa do desconhecido.

O medo e a raiva correspondem a duas emoções fundamentais, ambas provocadas por estímulos externos, variam de intensidade, causando mudanças psicofisiológicas no indivíduo que os sente. Estas podem ser geradas por: emoções mal elaboradas, ambiente em desequilíbrio, e pensamento desalinhado, podendo gerar doenças psicossomáticas reativas devido a um colapso físico-mental, como, por exemplo, doenças cardiológicas, ansiedade e depressão (DARWIN, 1872/1965 *apud* MONTEIRO e SILVA, 2012; ALVES e VELOSO, 2014; SILVA, 2014).

Além desses sentimentos já listados, temos, expresso pela Margaret Heafield, o de frustração e decepção com o colega agressor por meio da fala: “*E percebi que... é... a amizade, o coleguismo, né?! É separada, mas acredito que quando uma pessoa, ele passa a exercer funções mais altas as coisas mudam! A pessoa não é mais a mesma pessoa que antes tava aqui fora... É o poder... O poder muda!*”

O assédio moral vertical é o mais praticado, constitui-se pelo ato ocorrido entre indivíduos de classes hierárquicas diferentes, tendo a relação de subordinação entre si. Esse tipo de agressão continua pelo amedrontamento da vítima de realizar denúncias formais, temendo, por exemplo, uma consequência como demissão ou rebaixamento. Além disso, a revelação provocaria o sentimento de constrangimento pelo conhecimento público da humilhação a qual passara. Dessa forma, o medo juntamente com o constrangimento acoberta o assédio (PAMPLONA FILHO, LAGO JUNIOR e BRAGA, 2016; HELOANI, 2016).

Então, quando o indivíduo percebe a presença de seu agressor, a reação fisiológica de ameaça induz ao instinto de fuga ou luta para sua proteção. Quando a reação, no caso, a denúncia, é bloqueada por meio da dificuldade de ser ouvida e ser respeitada por seu agressor

gera o sentimento de frustração e decepção, que é a causa do estresse (ALVES e VELOSO, 2012; FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012).

Ainda temos, em estudos, que a maior parte das violências acometidas sobre o gênero feminino decorrem de conflitos interpessoais, inerente a situações vivenciadas entre gêneros opostos que mantêm vínculos profissionais e ou afetivos. A partir do tipo de relação que a vítima tem com o seu agressor, ela escolhe sua reação a ser manifesta, inclusive a de passividade (ALVES e VELOSO, 2012; BANDEIRA, 2014; FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012).

A violência é tida como um evento cotidiano, a origem das doenças ocupacionais, do sofrimento psíquico nas instituições. A mesma é sustentada pelas relações que requerem expectativas, ansiedades, pressões e resultados, todas pertinentes no ambiente profissional, somadas a preocupação com a continuidade do vínculo empregatício, da renda e do *status*. Dessa forma, o sofrimento pode ser intensificado pela falta de reconhecimento do outro, o que gera uma mudança na identidade e características pessoais pertinentes ao trabalhador na instituição (SILVA, SILVA e NELSON, 2015).

A violência faz parte da condição humana, desencadeando processos de sentimentos negativos, mas por ser um indivíduo complexo, também apresenta sentimentos positivos no decorrer de sua experiência, revelando outras faces de sua personalidade (HELOANI, 2016).

4.3.1.2 Sentimentos positivos despertados em mulheres trabalhadoras de enfermagem de um SAMU no RN mediante as situações de violência

Partindo do conceito de sentimento, chegou-se a um único núcleo de sentido enquanto positivo encontrado nos discursos das entrevistas, sendo ele o de sensibilidade aguçada. Esse núcleo pode ser representado pela seguinte fala: *“(pausa) Esse tipo de agressão que eu sofri, me atingiu muito pessoalmente. Me lembrando de uma que eu sofri. Então, ela mexeu mesmo com o meu pessoal! Ela tocou... Quando falou em filhos. Como eu tenho filho... Assim, por a pessoa me ver jovem, pensa que eu não sou mãe, né? Então, quando ela começou a dizer que eu tinha passado na frente do filho dela e começou a me agredir com nomes, vários tipos de nomes. Então, assim, senti porque se fosse no meu lugar, eu não queria que ninguém colocasse ninguém na frente do meu filho. O filho dela tava muito grave e tal, mas só que todos estavam graves na época, né? Na época em que ocorreu, então isso me afetou pessoalmente, então ela (abaixou o tom de voz) tocou no meu emocional”* – Maud Stevens Wagner.

Dentro do discurso acima, temos que a sensibilidade despertada vai de encontro a situação vivenciada pela mulher dentro de seu ambiente laboral e racional, quanto ao fato de ser mãe. Visando um melhor entendimento do despertar desse sentimento, pode-se contrapor artigos que o refletem nos próximos parágrafos.

A feminilidade cultural associada ao gênero da mulher é representada por um padrão dócil e sensível, que, por sua vez, são normas, comportamentos e valores que acompanham a mulher no Brasil desde o século XIX. Essa associação se contrapõe com a valorização, ainda no masculino, das características de competição, força e agressividade, sendo as femininas excluídas por mostrar sinal de fraqueza. Porém, é tido que existem características essenciais ao ser humano, dentre elas estão incluídas a sensibilidade e percepção aguçada, dando uma vantagem para a mulher se destacar não apenas como mãe e esposa, mas profissional (NASCIMENTO, PRÓCHNO e SILVA, 2012; MOTA e SOUZA, 2013).

A mulher no poder situacional, inclusive da profissão, pode demonstrar o sentimento de sensibilidade para caracterizar a sensação, também positiva, de acolhimento e aproximação, ou seja, de compreensão e empatia. Isso pode gerar um enfrentamento do estresse, da situação de violência, com outra perspectiva. No caso da entrevistada, o sentimento foi despertado pela maternidade, na qual a experiência e a transmissão da memória impedem o esquecimento, já que o filho representa um passado e uma nova organização do futuro, um sonho passível da realidade. Dessa forma criou-se uma empatia, a sensação de compreensão da situação ocorrida (ALMEIDA, TAVARES e GRIJO, 2016; PRADO e FRANÇA, 2013; MARTINI, 2014).

4.3.2 Sensações presentes em mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN após as circunstâncias de violência

As funções psíquicas foram distinguidas por Carl Jung, em 1971, sendo elas: sensação, intuição, pensamento e sentimento. A sensação e a intuição são responsáveis pela percepção do meio em que vivemos e o pensamento junto ao sentimento julgam os fatos. De modo que a sensação é a experimentação situacional, ou seja, temporária, presente, de forma que se torna precursora de um sentimento, este que é gerado pela exposição prolongada a uma sensação. Logo, é uma experiência passiva, pois não passa por um processo ativo de apreensão (PARANZINI e KANAANE, 2016; WUNDT, 2013; FREITAS *et al.*, 2012). A partir dessa definição, foi possível categorizar as sensações encontradas e classifica-las, apenas, como negativas.

4.3.2.1 Sensações negativas presentes em mulheres trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN após as circunstâncias de violência

A partir do conceito exposto anteriormente, pode-se extrair núcleos de sentido das falas referentes a sensações negativas, sendo eles listados a seguir de forma decrescente quanto a sua frequência: Impotência, culpa ou responsabilidade pela situação de agressão, surpresa negativa, rotina como causadora de desânimo e frieza, insegurança, desânimo, rejeição ou exclusão, solidão, coação, dúvida e falsa superação. Os mais importantes núcleos de sentido expressos nas falas estão expostos a seguir seguidos de discussão com base teórica científica para melhor explica-los.

“Tomei a iniciativa de ir ao coordenador e conversar com ele, mas mesmo que chamassem a pessoa lá, me explicaram que seria a palavra dele contra a minha. (suspiro) Então acabou ficando por isso mesmo, [...]” – Marie Curie. Na fala anterior, pode-se perceber a sensação de impotência pela expressão da última frase precedida por um suspiro, mostrando que a entrevistada se sentiu impotente em relação a situação.

Devido a cultura patriarcal imposta no Brasil, por meio de preconceitos racistas e sexistas, a maioria das mulheres só percebem a violência quando os efeitos danosos aparecem. A capacidade de enfrentamento da mulher é um dos meios de segurança, porém muitas não a adquirem, principalmente por sua sobrevivência cultural ser ameaçada caso a exerçam. Apesar de existirem órgãos de apoio, ainda há dificuldades para o Estado assegurar a proteção feminina, principalmente às mulheres que não se enquadram na violência doméstica, já que até os profissionais da área não possuem esclarecimentos sobre o assunto para apoiá-las. Dessa forma, gerando a sensação de impotência quando a denúncia da violência é realizada pela mulher (MÜHLEN e NEVES, 2013).

Logo, pode-se dizer que o Estado é responsável pela impunidade, tolerância social e falta de vontade de resolver, inclusive, desenvolver mecanismos de proteção para promover a justiça e evitar novos casos. Isso, levando em conta que os danos consequenciais ao emocional da vítima violentada pode gerar marcas morais, sociais e ideológicas, dentre as quais estão o isolamento, silêncio e passividade frente ao sofrimento e a dor, impede as mulheres agredidas de falarem por si próprias e de agir, cristalizando seus modos de vida (MÜHLEN e NEVES, 2013; MANSUR e MACHADO, 2014).

A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA (2013), discorre sobre a impotência como a experiência da falta de controle situacional, na qual há a

percepção de que as ações não afetam um resultado de forma significativa. Assim, corroborando com Ferreira (2004), o qual define como uma qualidade de impotente, que por sua vez é aquele que não tem poder, é fraco, débil.

Vale ressaltar ainda que a experiência dessa sensação por tempo prolongado e sua intensificação pode configurar o sentimento de revolta, de ódio, devido a exposição ao insuportável. Esses têm de ser calados e ignorados pela vítima, devido a exigência do mercado de trabalho, no qual quem os expõe é visto como fraco, vulnerável e inválido. Logo, a vítima, no caso, a mulher, acaba por adoecer, privando-se de sua subjetividade por bloqueio da sensação e sentimento desencadeado (BUCHVITZ e ANDRADE, 2013; PEZZINI, TOCHETTO e ZANANDREA, 2014).

Essa ideia de sensação pode ser visualizada novamente pelo fragmento da fala da Malala Yousafsai, somada a sensação de solidão para enfrentamento, como temos a seguir: *“É o seguinte: A... Inicialmente eu fiquei assim... (pausa) observando e cheguei a[...]. Porém, [...] falou que pra mim levar isso a frente eu teria que ter provas, né?! ... do que eu tava falando. E assim, as pessoas sempre que vieram, vinham me falar, mas ninguém queria se envolver nisso e eu também não ia envolver ninguém numa... (passou por cima da palavra e não falou) né? ”*.

Solidão é a sensação e percepção de estar só, mesmo estando em um meio social. E quando os meios de enfrentamento dessa sensação são falhos, o indivíduo tende a destrutividade, inclusive de si, por meio do suicídio, uma solução vista como real e possível. Porém, a solidão expressa na fala é contrária àquela provocada pelos agressores que impedem o convívio social diretamente da mulher, mas corrobora com a ideia de solidão provocada pelo medo de outros em ajudar. Trazendo à tona o discurso já utilizado anteriormente, onde o agressor torna-se impune, por possuir a tolerância social (ROLL, 2015; PETTER e CAGLIARI, 2016; MÜHLEN e NEVES, 2013).

Além da solidão, dentre as sensações emocionais que acometem as mulheres pós violência está o desânimo. Este pode ser entendido como o resultado social do conjunto do conformismo e da submissão histórico-cultural, sendo também uma expressão de passividade para tentativa de controle da situação. Esse desânimo para enfrentamento da situação acaba por gerar uma justificativa para a culpa da vítima, onde a mesma não procura mais formas de sair da situação. Ainda assim, desânimo é também provocado pela falta de apoio para enfrentamento, seja social ou de órgãos de proteção (LIMA *et al.*, 2014; TOMÁS, 2016). Podemos ver a sensação explicitada na seguinte fala: *“Fica um clima chato, porque, [...] os*

comentários acabam afetando como você fica no decorrer do dia e acaba desanimando” – Marie Curie.

Já no seguinte trecho, temos a presença da insegurança no ambiente de trabalho, ou seja, no extra hospitalar e da culpa ou, melhor, da própria responsabilização pela situação que foi ocasionada devido à quebra de protocolo de atendimento ao paciente psiquiátrico: “[...] *Tanto que assim, eu achei que por ela estar num hospital psiquiátrico tava tudo seguro, quando (diminuiu o tom de voz) na verdade não tá, né? Até que você deixe ela contida, você não pode relaxar. Foi o que aconteceu comigo, porque justamente eu relaxei para uma situação. Simplesmente eu dei as costas pra ela e (afinou a voz) num é pra ser feito isso, entendeu?*” – Anna Nery.

O APH lida com a assistência inicial, sendo o primeiro nível de atenção a pacientes portadores de quadros agudos clínicos, traumáticos, obstétricos e psiquiátricos. Pode ser prestado por meio de orientação e esclarecimento médico realizado por telefone ou pelo envio de ambulância para a ocorrência, visando garantir condições a sobrevivência (COUTINHO, 2011 apud COSTA *et al.*, 2016). Assim, a equipe enviada enfrenta diversas situações, dentre elas está o atendimento ao paciente psiquiátrico.

No geral, a violência física aos profissionais de serviços de urgência está diretamente ligada a clientes dessa origem devido a sua agitação e agressividade. Sendo identificada, inclusive, a falha assistencial de falta de conhecimento específico sobre tal paciente e inadequação das unidades móveis de SBV para o atendimento devido a medicação específica não disponível. Além dessa falha, existe a dificuldade da contenção mecânica do paciente agitado, a última alternativa, devido a formação de apenas uma dupla de profissionais, geralmente, na equipe. Ainda, assim, o APH é responsável pelo atendimento de situações agudas, onde a violência está presente, na qual a contenção presta a segurança pontual dos envolvidos e até do paciente (MELLO, 2015).

Vale ressaltar que os serviços de emergência e as unidades psiquiátricas são os locais de maior número de agravos violentos, ocorrendo situações nas quais o SAMU conta com o apoio da Brigada Militar. Mas, ainda assim, as agressões ocorrem no momento de prestação do atendimento, mesmo existindo medidas de segurança para diminuir os riscos e, inclusive, treinamentos e protocolos para a conduta ideal, podem ocorrer agravos, já que os profissionais estão constantemente expostos (MELLO, 2012; MELLO, 2015; SILVA, 2015).

Dessa forma, a segurança no modelo assistencial prestado no SAMU é realizada pelo Estado, porém esta, muitas vezes, é falha e ineficiente. Deixando surgir a sensação de insegurança e o sentimento de medo pelas profissionais que atuam devido às possíveis cenas

de violência e criminalidade que possam vir a vivenciar e transformá-las em mais uma vítima, sendo elas: a própria violência urbana, o risco de agressão por pacientes e familiares, uso de álcool, drogas e existência de transtornos psiquiátricos no ambiente (KNOPP, 2014; PALHONI *et al.*, 2014; MELLO, 2015).

É certo que a insegurança pode provocar o mal-estar emocional dos profissionais, podendo resultar, inclusive, numa assistência sem qualidade, necessitando de medidas reacionais para as situações de violência. Estas, além da presença da polícia, estão na identificação precoce dos fatores listados acima. Porém deveria existir outras focando a todos na instituição, como mudanças na organização de trabalho a partir da construção de um sistema de relatos de experiências e situações promotoras de atos violentos, preparo para lidar com as situações através do desenvolvimento da sensibilização e acolhimento, além do apoio institucional (SIQUEIRA *et al.*, 2012; SILVA, 2015; MELLO, 2015).

Podemos ver a carência nesse enfoque através da seguinte fala, na qual a Komako Kimura expressa a sensação de culpa e responsabilidade pela quebra de protocolo e despreparo quanto a ocorrência da situação: *“Agora eu tenho mais cautela [...] Acho que eu errei por isso... Porque eu dei as costas pra ele e quando eu me virei deu um soco no meu rosto. [...] Também ficou todo mundo parado. Porque ninguém sabia lidar com a situação... A pessoa vai ajudar e termina sendo agredida. E ele fugiu da viatura que ninguém ia sair correndo atrás dele”*.

O atendimento a pacientes em crise psiquiátrica é complexo. A maior parte da equipe de Enfermagem sente-se despreparada para a situação, na qual deveriam buscar complemento e atualização de sua formação por programas de educação permanente. Além disso, para o SAMU, o tempo é limitado e a situação é inesperada, dificultando o desenvolvimento de um plano assistencial (SANTOS, COIMBRA e RIBEIRO, 2016).

Os Protocolos de Intervenção para o SAMU premeditam que a equipe deve chamar reforço policial apenas quando o paciente estiver armado e o profissional não conseguir manejar e negociar a entrega do objeto de possível agressão. Além de que, o profissional deve saber utilizar sua linguagem corporal e verbal com postura firme, sem utilizar movimentos bruscos e desafiar ou confrontar o paciente (BRASIL, 2015).

Santos, Coimbra e Ribeiro (2016), ainda afirmam que as ações de Enfermagem são realizadas voltadas ao atendimento clínico, sendo utilizados mecanismos de controle das manifestações de crise: contenção mecânica e medicação, deixando de lado, muitas vezes, a abordagem verbal. Esta que é considerada a chave da humanização.

Considerando a humanização como um dos pilares para uma assistência de qualidade, temos relatado pela Maud Stevens Wagner, que: *“Assim, a enfermagem é uma área em que a gente tem que trabalhar mais com a razão do que a emoção, mas é bem difícil, né? Mas com o tempo, né? Não é que a gente se acostume, mas (afina a voz) é porque vira uma rotina. No início, quando a gente entra, qualquer caso a gente que se envolver emocionalmente, quer tentar resolver de todas as formas, mas vai chegando uma época que acaba virando uma rotina. Então a gente vê isso como uma rotina, infelizmente.”* Essa fala traz a expressão da sensação de frieza desenvolvida pela rotina, que também é explicitada pela Nísia Floresta Augusta, a seguir: *“Olhe, dizem que na enfermagem o tempo de serviço faz com que a gente fique com uma certa frieza. Eu me considero já com essa frieza. [...]”*.

A frieza é fruto da rotina profissional mecanizada, na qual a equipe enfrenta situações de estresse intenso. É uma sensação representada pela indiferença, na qual há o isolamento do sentimento de medo e frustração, passando a imagem de que o profissional é melhor quando é frio em seus atos (PEREIRA *et al.*, 2014).

A frieza é tida, por Mota *et al.* (2011), como uma proteção, um escudo, na qual a insensibilidade interfere negativamente, distanciando o lado profissional do humano. Essa sensação também colabora para o não adoecimento emocional do profissional, porém contribui para que o sentimento de tristeza seja impregnado dentro de si (WORM *et al.*, 2016; SIQUEIRA *et al.*, 2012).

Nos estudos realizados por Santana *et al.* (2012), tem-se que os profissionais são sensibilizados pela ideia da humanização no ambiente pré-hospitalar. Porém existe uma dificuldade devido às situações sobre as quais é realizada a assistência, onde a técnica precisa ser mais valorizada. Mas ainda que isto aconteça, o paciente deve ser levado em consideração, contextualizado, unindo a razão e a sensibilidade, alargando a consciência do profissional na execução da atividade laboral (NÓBREGA *et al.*, 2012).

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir, então que 53,3% da amostra possuía faixa etária de 41 a 50 anos, 60% se auto identificava como parda, 33,3% possuía renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 53,3% possuíam Superior Completo, 73,3% tinham vínculo profissional como Técnica de Enfermagem e 26,7% como Enfermeira. Ainda dentro desse espaço amostral, obteve-se que 53% sofreram algum tipo de violência. Dentre as quais estão destacadas em maior número a física e a moral, assim sendo possível contribuir para instigar reflexões e implementações acerca de novas estratégias para assegurar proteção às mulheres trabalhadoras de Enfermagem do SAMU no RN.

Além disso, o estudo conseguiu responder a seus objetivos, delineando os sentimentos e descrevendo as sensações das mulheres da equipe de Enfermagem de um SAMU no RN, objetos de estudo, frente à violência no seu ambiente profissional. Os sentimentos mais expressos foram: exposição, desconforto ou receio, raiva, constrangimento, decepção ou frustração e medo; e as sensações: impotência, culpa ou responsabilidade pela situação de agressão, surpresa negativa, rotina como causadora de desânimo e frieza, insegurança, desânimo, rejeição ou exclusão, solidão, coação, dúvida e falsa superação.

O levantamento desses sentimentos e sensações presentes nas falas das entrevistadas trouxe como contribuição: a diminuição da carga emocional das mesmas através das partilhas das situações vivenciadas e demonstrou que a violência afeta o ambiente em que estão inseridas profissionalmente. Torna-se claro, então, que a violência de gênero não deve ser combatida apenas domesticamente, como diz a Lei Maria da Penha, mas também em todo o contexto social da mulher nos dias atuais, inclusive no seu ambiente de trabalho.

Sugere-se que o combate à violência de gênero seja realizado através da criação de um meio pelo qual as mulheres possam se sentir seguras para realizar suas denúncias e ter uma esfera de apoio responsável pela segurança e atenção psicossocial dentro dos seus ambientes de trabalho, onde existam profissionais capacitados, conscientizados e prontos para defender e ampará-las diante das violências sofridas.

**VIOLENCE TO FEMALES NURSING WORKERS OF A MOBILE URGENCY
SERVICE OF STATE OF RIO GRANDE DO NORTE**

ABSTRACT

The Nurse category have the possibility of management and assistance, this last was a choice mostly female and have the violence like a abstacle on your professional ambience. The present study was the objective of identify the type of violences suffered's by females nursing workers of a mobile urgency service at state of Rio Grande do Norte, describe and trace feelings and sensations front of the agressions experienced by this women. The research has been exploratory and descriptive, realized by Bardin's analisys of contente method. The most reported violences was the physical, moral and psychological. Feelings were: exposure, discomfort or apprehension, angry, constraint, deception or frustration, fear and heightened sensivity; The sensations were: impotency, guilt or responsability by the aggression situation, negative surprise, discouragement and coldness caused by routine, insecurity, discouragement, rejection or exclusion, loneliness, coercion, doubt and fake superation. the interviews present on the study show the most frequently types of violence and was discussed with the light of literature. Those emotions can prejudice the professional and personal activities and relationships, so future studies will be realized to induce reflections and implementations to combat and pass by the violences.

KEYWORDS: Gender violence; Nursing; Pre Hospital Care;

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C D; TAVARES, V A C; GRIJO, W P. Mulher no poder: análise do último discurso de Cristina Kirchner. **Revista Temática**, João Pessoa, v. 7, n. 3, p.1-16, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.okara.ufpb.br/ojs/index.php/tematica/article/view/28207/15123>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- ALVES, T C F; VELOSO, M H. As psicopatias do trabalho observadas em empresas varejistas de materiais de construção. In: SEMINÁRIO MULTIDISCIPLINAR ENIAC, 7.2014, [online]. **Anais...** ENIAC, 2014. p.198-214. Disponível em: <<http://ojs.eniac.com.br/index.php/Anais/article/view/198/229>>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- BARBOSA, F M S *et al.* Mulheres em situação de violência: pensando o significado da queixa. In: III seminário internacional violência e conflitos sociais: ilegalismos e lugares morais, 2011, Fortaleza. **Narrativas e imaginários sobre as violências e suas vítimas**. Fortaleza: UFC, 2011. p. 1 - 12. Disponível em: <<http://www.lev.ufc.br/iiiseminario/wp-content/uploads/2013/06/MULHERES-EM-SITUAÇÃO-DE-VIOLÊNCIA-PENSANDO-O-SIGNIFICADO-DA-QUEIXA.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- BANDEIRA, L M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. Estado.**, v. 29, n. 2, p.449-469, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200008&script=sci_arttext&tlng=p>. Acesso em: 11 ago. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009
- BARRETO, M; HELOANI, R Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 123, p.544-561, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300544&lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2016.
- BRASIL. **LEI 11.340, de 07 de Agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em: 3 de mai. 2015.
- _____. **Portaria nº 814, de 01 de Junho de 2001**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html> Acesso em: 3 de mai. 2015.
- _____. **Portaria nº 1010, de 21 de Maio de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html> Acesso em 19 mai. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolo de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/26/basico-full.pdf>> Acesso em: 17 ago. 2016.

_____. **Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de Abril de 2016.**

Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2016.

CAMPOS, R M. **Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho.** 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado) -

Curso de Enfermagem, UFRN, Natal, 2005. Disponível em:

<<http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/RenataMC.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2015.

COSTA, D F *et al.* Atividades do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar com ênfase na Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Macapá. **Revista Madre Ciência: Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.1-15, 2016. Disponível em: <<http://www.madretreza.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/15/19.com>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BUCHVITZ, P A; ANDRADE, R G N. Violência simbólica no contexto comunitário: uma revisão bibliográfica a partir da psicanálise e da psicologia comunitária. **Perspectiva Online: Humanas & sociais Aplicadas**, Campos dos Goytacazes, v. 6, n. 3, p.41-54, 2013.

Disponível em:

<http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/58/33>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CANHOTO, A. **Saúde ou Doença: A Escolha é Sua: Saúde, Doença, Cura à Luz das Leis Naturais da Evolução.** 1ªed. São Paulo: Petiti, 2006.

COSTA, L H R; COELHO, E A C. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p.493-500, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-71672013000400005&pid=S0034-71672013000400005&pdf_path=reben/v66n4/v66n4a05.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e classificações – 2012-2014.

Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DUARTE, M C *et al.* Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 68, n. 2, p.325-332, abr. 2015. Disponível em:

<<http://oaji.net/articles/2015/672-1438872118.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

FERNANDES, R A Q; NARCHI, N Z. (Org.) **Enfermagem e Saúde da Mulher.** Barueri, SP: Manole, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Dicionário da língua portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FONSECA, D H; RIBEIRO, C G; LEAL, N S B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p.307-314, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

FREITAS, M H et al. Os sentidos do sentido: uma leitura fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 2, p.144-154, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200004>. Acesso em: 09 ago. 2016.

GEOVANININI, T et al. **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GONDIM, S M G et al. Constrangimento, contágio emocional e gestão: um estudo transcultural. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p.7-20, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/psicologiaufc/article/view/1011/980>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GROSSI, P K (Org.). **Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. 2. ed. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2012. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=EgaegHUfNJMC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

HELOANI, R. Assédio moral: ultraje a rigor. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, Cuiabá, v. 2, n. 2, p.29-42, jun. 2016. Disponível em: <<http://revista91.hospedagemdesites.ws/index.php/rdtps/article/view/28/24>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

HOLANDA, V N et al. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 1, n. 3, p.1-15, set. 2013. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/30/pdf_1>. Acesso em: 13 ago. 2016.

JESUS, E S et al. Preconceito na Enfermagem percebido por enfermeiros: uma abordagem quantitativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 477-482, out. 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/291>> Acesso em: 14 abr. 2015.

KNOPP, L C O. **O processo de feminização do trabalho e as implicações para saúde da mulher trabalhadora: análise das pesquisas em Serviço Social**. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Ufjf, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/592/liliane-chavesoliveira-knopp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

LEOPARDI, M T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, G H A; SOUSA, S M A. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 5, p.817-823, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-716720150005000817&lang=pt#B10>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LIMA, T M B et al. Ideação suicida em mulheres: prevalência e fatores associados com enfoque na percepção de maus tratos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014, Botucatu. **Anais...** . Botucatu: Revista Interface - Comunicação, Saúde e

Educação, 2014. Disponível em:

<<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1329>>.

Acesso em: 16 ago. 2016.

LOPES, M J M; LEAL, S M C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 24, p.105-125, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

LUCHESI, L B *et al.* Elaboração de instrumento para análise da imagem do enfermeiro frente a alunos do ensino médio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 243, p.272-278, jun. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0080-62342009000200003&pid=S0080-62342009000200003&pdf_path=reeusp/v43n2/a03v43n2.pdf>.

Acesso em: 14 abr. 2015.

LÚCIO, M G; GUSMÃO, C M P; TORRES, M C. Riscos ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Interfaces Científicas: Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 1, n. 3, p.69-76, jun. 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/754/441>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

MACHADO, I V; GROSSI, M P. Da dor no corpo à dor na alma: o conceito de violências psicológicas da Lei Maria da Penha. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p.561-576, ago. 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/38877/29355>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

MAIA, E R *et al.* Conhecimentos em Atenção Pré-Hospitalar e Suporte Básico de Vida por Estudantes Recém-ingressos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p.59-64, jan. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n1/08.pdf>>. Acesso em: 9 mai. 2015.

MANSUR, T S; MACHADO, L A D. Problematizando a noção de “vítima” de violência. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p.183-192, 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808624>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MARTINI, I I. Um olhar psicanalítico em uma enfermaria de alto risco obstétrico. **Revista de Psicanálise da Sppa**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p.327-341, ago. 2014. Disponível em:

<<http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/158/254>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MARTINS, C C F; VIEIRA, A N; SANTOS, V E P. Reflexos do trabalho na qualidade de vida de enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, p. 2966-2971. out. 2012. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1857/pdf_638>. Acesso em: 3 mai. 2015.

MELLO, D B. **Violência no trabalho em um serviço móvel de urgência**. 2012. 77 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Ufrs, Porto Alegre, 2012. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55288/000857044.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. **Dispositivos de proteção utilizados por profissionais de atendimento pré-hospitalar móvel frente a violência no trabalho**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Ufrs, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/135470/000987783.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

MONTEIRO, N; SILVA, D. Sobre o conceito de raiva e o staxi-2. **Revista de Psicologia Militar**, Lisboa, v. 21, p.31-40, 2012. Disponível em: <<http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Publicacoes/Documents/RPM21.pdf#page=33>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MOREIRA, R R. A designação de violência em dicionários de língua. **Fragmentum**, Santa Maria, n. 33, p.40-48, jun. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/fragmentum/article/viewFile/6752/4074>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

MOTA, E R C F; SOUZA, M A. A evolução da mulher na contabilidade: os desafios da profissão. **Vii Congresso Virtual Brasileiro Administração**, [online], v. 10, p.1-16, nov. 2013. Disponível em: <http://convibra.org/upload/paper/2013/81/2013_81_8297.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MOTA, M S *et al.* Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p.129-135, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n1/a17v32n1.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

MÜHLEN, B K S; NEVES, M. Avanços e retrocessos no combate da violência contra mulheres. **Athenea Digital**, [s.i], v. 13, n. 2, p.229-237, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291667/380161>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

NASCIMENTO, C M; PRÓCHNO, C C S C; A SILVA, L C. O corpo da mulher contemporânea em revista. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 24, n. 2, p.385-404, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/index.php/Fractal/article/view/392/679>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

NÓBREGA, J F *et al.* A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p.373-376, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24572/18558>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

NUNES, J O. Feminino, masculino: significações que disputam hegemonia. **Periferia: Educação, Cultura e Comunicação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.76-94, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/15339/11619>>. Acesso em: 19 abr. 2015. SOARES, 2014

OLIVEIRA, S S; SANTOS, J O; ZEITOUN, S S. Suporte Básico de Vida: avaliação do conhecimento dos graduandos de enfermagem. **Journal of the Health Sciences Institute**. São Paulo, p. 53-58. 2014. Disponível em: <http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p53a58.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2015.

OLÍMPIO, T *et al.* Assédio Moral no ambiente de trabalho. In: I ENCONTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2016, Rondônia. **Anais**. Rondônia: FARO, 2016. Disponível em: <<http://www.faro.edu.br/farociencia/index.php/FAROCIENCIA/article/viewFile/12/14>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

PALHONI, A R G *et al.* Representações de mulheres sobre violência e sua relação com qualidade de vida. **Online Brazilian Journal Of Nursing**. Niterói, p. 15-24. 2014. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/objn/v13n1/v13n1a03.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

PAMPLONA FILHO, R; LAGO JUNIOR, A; BRAGA, P S. Noções conceituais sobre o assédio moral na relação de emprego. **Revista Direito Unifacs**, Salvador, v. 190, n. 1, p.1-35, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4229/2884>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

PARANZINI, M; KANAANE, R. Análises da Interface: personalidade e organização. **Fatec: Tecnologia, Gestão e Humanismo**, Guaratinguetá, v. 6, n. 1, p.34-50, maio 2016. Disponível em: <<http://www.fatecguaratingueta.edu.br/revista/index.php/RCO-TGH/article/view/171/135>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

PEREIRA, F C S M *et al.* Acadêmico de enfermagem frente à morte no campo de prática hospitalar. **Revista Interdisciplinar: Centro Universitário Uninovafapi**, [s.l.], v. 7, n. 4, p.124-130, dez. 2014. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/356/pdf_166>. Acesso em: 18 ago. 2016.

PEREIRA, P F. **Homens na Enfermagem: Atravessamento de gênero na escolha, formação e exercício profissional**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, UFRS, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13069/000639229.pdf?..>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

PETTER, C B; CAGLIARI, C T S. Desafios contemporâneos no combate à violência contra a mulher. **Unitas: revista do curso de Direito**, Itapiranga, n. 1, p.122-143, 2016. Disponível em: <<http://revista.faiacademias.edu.br:8080/index.php/direito/article/view/183/134>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

PEZZINI, F e; TOCHETTO, G; ZANANDREA, F. A violência no meio urbano: um estudo com enfoque social. In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA CURSO DE PSICOLOGIA DA FSG, 1., 2014, Serra Gaúcha. **Anais...**. Serra Gaúcha: Fsg, 2014. p. 1 - 12. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/ampsic/article/view/1419/pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

PINHEIRO, D A R. A mulher e o custo das expectativas estéticas sociais: uma crítica econômica às restrições do direito de vir a público sem constrangimento. In: MACHADO, V F; BORGES, R M R; SANTOS, L R (Org.). **Direitos Humanos: Gênero e Homofobia**.

Goiânia: Ufg, 2016. p. 35-52. Disponível em:

<http://works.bepress.com/douglas_pinheiro/9/> Acesso em: 11 ago. 2016.

PIOSIADLO, L C M; FONSECA, R M G S; GESSNER, R. Subalternidade de Gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.728-733, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0728.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

PRADO, G M; FRANÇA, N M I. Diferenças do Homem e da Mulher no Trânsito: uma concepção junguiana. **Archives Of Health Investigation**, Araçatuba, v. 2, n. 18, p.1-1, 2013. Disponível em:

<<http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/232/340>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

PRESTES, C; OLIVEIRA, T. Mulher, violência e gênero: Uma Questão Histórica-Cultural de Opressão Feminina e Masculina. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005, São Luís. **Mundialização e Estados Nacionais**: a questão da emancipação e da soberania. São Luís: UFMA, ago. 2005, p. 1-8. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Cristina_prestes_Taciana_Oliveira245.pdf> Acesso em: 25 abr. 2015.

RAMOS, V O; SANNA, M C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p.355-360, maio 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2015.

RIFIOTIS, T. Violência, Justiça e Direitos Humanos: reflexões sobre a judicialização das relações sociais no campo da. **Cadernos Pagu**, [s.l.], n. 45, p.261-295, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332015000200261&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ROCHA, C M S *et al.* Assédio moral no trabalho: a mulher em foco – análise de produções científicas da Psicologia (2005-2015). **HumanÆ: Questões controversas do mundo contemporâneo**, [online], v. 1, n. 1, p.1-24, 2016. Edição especial SETA. Disponível em: <<http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/511/138>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ROLL, R. O significado da solidão. **Marxismo e Autosugestão**, Goiânia, v. 2, n. 4, p.17-22, dez. 2015. Disponível em: <<http://redelp.net/revistas/index.php/rma/article/view/3roll4/317>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

ROSE, J C. Consciência e propósito no behaviorismo radical. In: B. PRADO JR.

(ed.), **Filosofia e comportamento**. São Paulo: Brasiliense, p. 67-91, 1982. Disponível em:

<http://www.itrcampinas.com.br/pdf/outros/Consciencia_e_Proposito_BehaviorismoRadical_JulioC.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SANTANA, J B C *et al.* Ética e humanização da assistência em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: o que pensam os profissionais de saúde. **Cuidado é Fundamental**, Rio

de Janeiro, v. 4, n. 4, p.2744-2754, dez. 2012. Disponível em:
<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1746/pdf_598>. Acesso em:
18 ago. 2016.

SANTOS, B P *et al.* Ensino de Enfermagem no Brasil: do advento nightingaleano ao cenário científico. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica**, v. 5, n. 3, p.310-322, ago. 2014. Disponível em: < <http://abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2artigo21.pdf> >. Acesso em: 13 abr. 2015.

SANTOS, C B; LUCHESI, L B. A imagem da Enfermagem frente aos estereótipos: uma revisão bibliográfica. In: **Simp. Bras. Comun. Enferm**, Ano. 8, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, São Paulo, 2002. Disponível em:
<<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a073.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

SANTOS, J L G *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 66, p.257-263, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SANTOS, K M M S *et al.* A violência doméstica contra a mulher por companheiro e a Lei Maria da Penha. **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 1, n. 2, p.79-86, mar. 2014. Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/1259/706>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SANTOS, M S; COIMBRA, V C C; RIBEIRO, J P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista de Enfermagem da Ufpe: on line**, Recife, v. 5, n. 9, p.2197-2205, nov. 2011. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1890/pdf_689> . Acesso em: 17 ago. 2016.

SANTOS, P V; MARTINS, P E S. Qualidade de vida no trabalho: contribuições dos programas de saúde e segurança no trabalho. **Ideias e Inovação**, Aracaju, v. 3, n. 1, p.35-44, fev. 2016. Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/ideiaseinovacao/article/view/2989/1592>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

SARAIVA, S M. **Medo da violência e possíveis limitações entre docentes e discentes da EJA**. 2015. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Pedagogia, Ufrs, Porto Alegre, 2015. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133634/000985233.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

SILVA, E R P. **Violência praticada por pacientes contra os trabalhadores de enfermagem dos serviços móveis de urgência**: revisão integrativa. 2015. 40 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Ufrs, Porto Alegre, 2015. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129062/000975637.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SILVA, E S. **A dinâmica da raiva e suas implicações para o instituto penal da "violenta emoção"**. 2014. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, UFPE, Recife, 2014.

Disponível em:

<[http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/10885/DISSERTAÇÃO Edson Soares da Silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/10885/DISSERTAÇÃO%20Edson%20Soares%20da%20Silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SILVA, S G. **Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher**.

Psicologia, ciência e profissão, Brasília, v.30, n.3, p. 556-571, Set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300009>

Acesso em: 25 abr. 2015.

SILVA, L E L; OLIVEIRA, M L C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 11, p.3523-3532, nov. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2016.

SILVA, J C B C; A SILVA, A L; NELSON, A V M. Sofrimento humano nas organizações: o enfoque na sociedade disciplinar. **Recape: Revista de Carreiras e Pessoas**, São Paulo, v. 5, n. 3, p.402-412, dez. 2015. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/24370/18972>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SIMÕES, J; AMANCIO, L. Gênero e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina. **Sociologia, Problemas e Práticas** [online], n.44, p. 71-81, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n44/n44a04.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2015.

SIQUEIRA, V R et al. A violência no processo de trabalho de enfermagem nas urgências e emergências: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Multidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 4, n. 2, p.21-33, dez. 2012. Disponível em:

<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/222/02_Vol4.2_VOOS2012_CCS>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SOARES, A M C. O acúmulo da violência e da criminalidade na sociedade brasileira e a corrosão dos direitos humanos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 2, n. 3, p.161-189, jul. 2014. Disponível em: <

<http://www2.faac.unesp.br/revistafaac/index.php/ridh/article/view/214/106>> Acesso em: 9 mai. 2015.

SOERENSEN, A A *et al.* Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Fatores de Riscos

Ocupacionais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p.187-192, jun.

2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a08.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SOUZA, A A M; COSTA, W A; GURGEL, A K C. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. **Revista e Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.637-650, abr. 2014. Disponível em:

<[file:///C:/Users/Danielle Mometto/Downloads/3158-19359-1-PB.pdf](file:///C:/Users/Danielle%20Mometto/Downloads/3158-19359-1-PB.pdf)>. Acesso em: 9 mai. 2015.

SOUZA, L. L. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências e Cognição**, [online], v. 19, n. 2, p.218-232, mai. 2014. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13>. Acesso em: 14 abr. 2015.

TOMÁS, A E. **A violência contra a mulher**: um estudo de caso nas cidades de Maxixe e Nampula. 2016. 305 f. Tese (Doutorado) - Curso de Sociologia, Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82495/2/113302.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

WASELFISZ, J J. **Mapa da Violência 2015**: Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília: [s.l.], 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

WORM, F A *et al.* Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev Cuid**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.1288-1296, 1 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/329/726>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

WUNDT, W. Esboços de psicologia: introdução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p.371-382, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a18v18n2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ZOBOLI, E L C P; SCHVEITZER, M C. Valores da Enfermagem como prática social: Uma metassíntese qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, [08 telas], mai. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2015.

GLOSSÁRIO

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

CNS - Conselho Nacional de Saúde

NANDA - Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem

RN - Rio Grande do Norte

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

TCLE - Termo de consentimento Livre e Esclarecido

UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM		
INSTRUMENTO DE PESQUISA		
<u>1. DADOS SOCIOECONÔMICOS</u>		
Participante/pseudônimo: _____ Idade: _____		
Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Etnia: _____		
Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ União Estável ☐ Divorciada ☐ Viúva		
Filhos: ☐ Sim ☐ Não Caso sim, quantos? _____		
Renda Familiar: ☐ 1 a 3 salários; ☐ 7 a 10 salários; ☐ 4 a 6 salários; ☐ Acima de 10 salários;		
Escolaridade: ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Incompleto ☐ Ensino Superior Completo		
Profissão: ☐ Técnica de Enfermagem ☐ Enfermeira		
Número de vínculos empregatícios: _____		
Locais de trabalho: _____		
<u>2. QUESTÕES OBJETIVAS</u>		
Há quanto tempo trabalha no SAMU/Natal-RN? ☐ Menos de um ano; ☐ Mais de 5 anos; Quantos? _____ ☐ Mais de um ano; Quantos? _____ ☐ Mais de 10 anos; Quantos? _____		
Em que instância você é responsável pelas atividades de casa? ☐ Totalmente; ☐ Parcialmente; ☐ Não sou;		
Já sofreu algum tipo de violência no trabalho ou relacionado a ele? ☐ Sim; ☐ Não; ☐ Não sei;		
Marque o tipo de violência caso já sofreu e quem a violentou. ☐ Física { ☐ Supervisor/Coordenador ☐ Colegas ☐ Pacientes ☐ Acompanhantes ☐ Sexual { ☐ Supervisor/Coordenador ☐ Colegas ☐ Pacientes ☐ Acompanhantes ☐ Moral { ☐ Supervisor/coordenador ☐ Colegas ☐ Pacientes ☐ Acompanhantes ☐ Patrimonial { ☐ Supervisor/Coordenador ☐ Colegas ☐ Pacientes ☐ Acompanhantes ☐ Psicológica { ☐ Supervisor/Coordenador ☐ Colegas ☐ Pacientes ☐ Acompanhantes		
<u>2. QUESTÕES SUBJETIVAS</u> (Só serão respondidas caso haja menção de algum tipo de violência pela entrevistada)		
Qual foi sua reação ao sofrer a violência?		
Como você superou/supera, enfrentou ou enfrenta esse problema?		

Como isso influenciou na sua prática profissional ?
Hoje, qual o sentimento que você possui em relação ao que ocorreu?

ANEXO A– TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo eu, Prof.^a Ms. Joana D'arc Dantas Soares e minha orientanda Danielle de Souza Mometto, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados no SAMU-Natal/RN, que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte”**, durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

Natal, ____/____/____ .

Assinatura e carimbo da pesquisadora responsável

Assinatura da orientadora e de todos os membros da pesquisa

ANEXO B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um termo de consentimento para você participar da pesquisa: **“Violência às trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte”**, que tem como pesquisadora responsável a enfermeira Joana D’arc Dantas Soares.

Esta pesquisa pretende analisar as consequências de violências sofridas pelas trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN.

Os motivos que levam a realização desta pesquisa são: aprofundar os conhecimentos sobre o tema em questão, conscientizar os profissionais quanto à violência no segmento abordado e meios de enfrentamento, e, conseqüentemente, somar subsídios para futuros estudos.

Caso você decida participar, deverá responder um questionário dividido em 3 etapas. A primeira com perguntas referentes a dados socioeconômicos, a segunda com questões objetivas e a terceira contará com questões subjetivas referentes ao tema. As falas serão gravadas e só serão obtidas quando precedidas por sua autorização formal. Você terá direito de reformular suas respostas quando desejar, mediante a escuta da sua fala ou recusar perguntas que lhe causem qualquer tipo de constrangimento.

Durante a realização da coleta de dados, a previsão de riscos é mínima, pois não haverá processos invasivos, porém poderá haver o sentimento de constrangimento ao falar de sua condição de vítima de violência. Se você sofrer algum dano legalmente comprovado referente à pesquisa, será indenizada.

Durante o período da pesquisa, poderá tirar suas dúvidas ligando para nome da Prof.^a Ms. Joana D’arc Dantas Soares por meio do telefone: (84) 3215-2917.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhum prejuízo para você.

Os dados fornecidos serão confidenciais, sendo divulgados apenas em congressos ou publicação científicas, utilizando pseudônimos para preservação de sua identidade, garantindo anonimato, onde não haverá nenhum dado que possa lhe identificar.

Os dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro, no Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), por um período de 5 anos.

Essa pesquisa não acarretará ônus ou remuneração para a participante. Além disso, se houver algum gasto referente à sua participação na pesquisa, será assumido pela pesquisadora e reembolsado a você.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá conferir a Resolução 510/2016 do CNS.

O presente documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a enfermeira responsável pela investigação Prof.^a Ms. Joana D'arc Dantas Soares.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Violência às trabalhadoras de enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte”**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, ____/____/____.

Assinatura da participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisadora responsável pelo estudo **“Violência às trabalhadoras de enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte”**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/____.

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **“Violência às Trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte”**, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a aluna graduanda em Enfermagem Danielle de Souza Mometto a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Joana D’arc Dantas Soares, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, ____/____/____.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura e carimbo da pesquisadora responsável

ANEXO D – IMAGEM COM A CARTA DE APRESENTAÇÃO



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

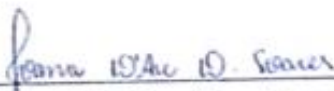
CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Vimos, por meio desta, apresentar para apreciação o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Violência às Trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte”**, a ser desenvolvido sob a coordenação e orientação da Prof.^a Ms. Joana D’arc Dantas Soares.

O projeto tem como objetivo principal analisar as consequências de violências sofridas pelas trabalhadoras de Enfermagem de um SAMU no RN, abordando o conhecimento das participantes sobre o tema e suas formas de enfrentamento.

Atenciosamente,



Prof.^a Ms. Joana D’arc Dantas Soares

Joana D’arc Dantas Soares
Enfermeira
COREN/RN 185.294

Natal, 06 / 08 / 15.

ANEXO E – IMAGEM COM A AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde do Município do Natal/RN
Prezado Sr. Marcelo Bessa de Freitas,

O Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) está conduzindo o projeto de pesquisa intitulado **"Violência às Trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte"**, coordenado e orientado pela Prof.^a Ms. Joana D'arc Dantas Soares e executado pela sua orientada graduanda em Enfermagem Danielle de Souza Momenno. A cópia do projeto encontra-se em anexo para conhecimento de V.Sa. O motivo desta comunicação é solicitar a autorização para realização da pesquisa na Base Central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município do Natal, SAMU/Natal.

Informamos que não haverá custos para a instituição e não iremos interferir na operacionalização e/ou atividades cotidianos da mesma. As profissionais, ou seja, as técnicas de enfermagem e as enfermeiras serão entrevistadas com relação às seus conhecimentos, experiências e vivências sobre violências ocorridas no seu ambiente de trabalho, mediante a assinatura de autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em consonância com a Resolução nº 466/12 versão 2013 do Conselho Nacional de Saúde, esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição ética para execução de qualquer estudo que envolva seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão.

Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica nessa região.

Atenciosamente,

Prof.^a Ms. Joana D'arc Dantas Soares

Natal/RN, 24/07/2015

Curso de Enfermagem

Assinatura do (a) Secretário (a): _____

Marcelo Bessa de Freitas
Secretário Adjunto de Gestão Participativa, do
Trabalho e da Educação em Saúde

ANEXO F – IMAGEM COM O TERMO DE CONCESSÃO



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE CONCESSÃO

Eu, Maria Valéria Bezerra, responsável legal pela instituição, após ter recebido todos os esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos a serem seguidos na realização da pesquisa intitulada **"Violência às Trabalhadoras de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Rio Grande do Norte"**, localizado em Natal, coordenada pela Prof.^a Ms. Joana D'arc Dantas Soares, autorizo o manuseio da ficha que documenta a identificação dos funcionários que fazem parte do SAMU Natal/RN, para assim viabilizar a coleta de dados em cumprimento a uma das etapas da citada pesquisa.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa em questão por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha concessão a qualquer momento da pesquisa.

Natal, 27/7/15.

Maria Valéria Bezerra
Coordenadora Geral do SAMU 192 Natal
Matrícula: 70.678-0

Maria Valéria Bezerra
Assinatura e carimbo do responsável pelo setor

ANEXO H – IMAGEM COM O PARECER DO CEP UFRN/LIGA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOÊNCIA ÀS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Pesquisador: JOANA DYARC DANTAS SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48018815.8.0000.5293

Instituição Proponente: LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.266.761

Apresentação do Projeto:

A Enfermagem desde seu início até os dias atuais carrega para o si a personalização do cuidar. Este compreende a esfera gerencial e assistencial em diversos campos, atuando com planejamento de ações de cuidados, previsão e provisão de recursos necessários à assistência, educação em saúde e potencializando as interações multiprofissionais (SANTOS et al., 2013), visando à promoção, manutenção da saúde e reabilitação do indivíduo, respeitando sua singularidade e dignidade. Quando se refere o cuidar em seu contexto histórico, pode-se retomar que essa atividade era exercida por sacerdotes e um público feminino de classe alta, onde a manutenção da vida era compreendida como feito divino (GEOVANINI et al., 2005). Logo, com as consequentes experiências, a conotação de valores, como, por exemplo, altruísmo, espírito de serviço e submissão tornaram-se marcos da futura profissão. Segundo o referido autor, após o período de progressos políticos, econômicos e científicos ocorridos na Europa entre os séculos XIII e XVI, a prática de cuidados decaiu devido à expulsão dos religiosos católicos, encarregados do cuidar, pela Reforma Protestante,

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

Cep: 58.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br



**LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER**



Continuação do Parecer: 1.288.761

Outros	termo_de_concessão[1].pdf	15:24:02		Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade[1].pdf	14/08/2015 15:23:37		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 07 de Outubro de 2015

Assinado por:
Andréa Carla
(Coordenador)

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

Cep: 58.040-000

Uf: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5400

E-mail: biblioteca@liga.org.br