

**FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
MESTRADO EM DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS**

SARAH HORA ROCHA

**VIOLÊNCIA E ASSÉDIO MORAL EM FACE DE EXERCENTES DA
ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES DE PODER
ESTABELECIDAS NO AMBIENTE LABORAL NO SETOR DA SAÚDE**

VITÓRIA
2015

SARAH HORA ROCHA

**VIOLÊNCIA E ASSÉDIO MORAL EM FACE DE EXERCENTES DA
ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES DE PODER
ESTABELECIDAS NO AMBIENTE LABORAL NO SETOR DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória, como requisito para obtenção do grau de mestre em Direito.
Orientador(a): Profª Dra. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

VITÓRIA
2015

SARAH HORA ROCHA

**VIOLÊNCIA E ASSÉDIO MORAL EM FACE DE EXERCENTES DA
ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES DE PODER
ESTABELECIDAS NO AMBIENTE LABORAL NO SETOR DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória, como requisito para obtenção do grau de mestre em Direito.

Aprovada em:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dra. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer
Faculdade de Direito de Vitória
Orientadora

Prof^o Dr. Carlos Henrique Bezerra Leite
Faculdade de Direito de Vitória

Prof^a Dra Roseane Vargas Rohr– Membro Externo
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

A Deus, essa força infinita que me guia.

À minha família, presente tão precioso que tive o merecimento de receber da vida, unida a mim pelo laço mais bonito e firme que pude experimentar, o laço do amor verdadeiro.

À minha mãe, a quem a gratidão de uma existência não pode ser expressa na limitação tão curta dessas poucas palavras, e, talvez, nem na finitude dessa vida. Seu amor, apoio, incentivo e solidariedade constantes me permitiram iniciar e concluir esse trabalho.

A Roberta, exemplo tão amado de bem-querer que se faz presente onde estiver, de dedicação persistente e de superação de adversidades.

A Renata, alegria dos dias de desânimo - e de todos os outros dias também.

À Prof. Elda, por acreditar e confiar em mim, pelo apoio e pelas lições, de pesquisa e vida, em palavras e exemplo.

Aos Professores Carlos Henrique Bezerra Leite, Gilsilene Passon Picoretti e Roseane Vargas Rohr, pela leitura atenta do trabalho e por enriquecê-lo com contribuições imensamente valiosas, no exame de qualificação.

A Priscila, Ana Paula, Márcio, Rafael, Ronaldo e Lívia, pela amizade e companheirismo, que tornaram o período do mestrado mais proveitoso, mais alegre, mais colorido.

Aos meus amigos, por trazerem alegria e brilho à minha vida, fazendo os momentos difíceis mais leves e fáceis.

Aos funcionários e funcionárias da FDV, pela disponibilidade e gentileza sempre presentes na forma de auxiliar sempre que necessário.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo - FAPES, pelo financiamento para o desenvolvimento desta pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cofen - Conselho Federal de Enfermagem

Coren-ES – Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo

CR/88 – Constituição da República de 1988

ES – Espírito Santo

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

FDV – Faculdade de Direito de Vitória

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LIPT - Leymann Inventory of Psychological Terrorisation

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Internacional do Trabalho

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

RJ – Rio de Janeiro

SP – São Paulo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 UMA BREVE (E NECESSÁRIA) INCURSÃO HISTÓRICA ACERCA DO SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM: DO CUIDADO COMO OCUPAÇÃO AO TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	14
1.1 ORIGENS E DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NO MUNDO OCIDENTAL.....	14
1.1.1 Institucionalização da enfermagem.....	20
1.2 ORIGENS E DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.....	24
1.4 DIVISÃO DO TRABALHO NA ENFERMAGEM: ONTEM E HOJE.....	30
2 INVISIBILIDADE E (NÃO) RECONHECIMENTO NA ENFERMAGEM: A VULNERABILIDADE ANTE A VIOLÊNCIA.....	36
2.1 ENFERMAGEM, GÊNERO E (IN)VISIBILIDADE.....	38
2.1 (NÃO) RECONHECIMENTO NA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE AXEL HONNETH.....	49
3 O TRABALHO ENTRE SAÚDE E VIOLÊNCIA(S): EXPRESSÕES VIOLENTAS DISTINTAS E O SOFRIMENTO EM COMUM.....	55
3.1 DESBANALIZANDO O ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA EXPROPRIAÇÃO DA DIGNIDADE DO TRABALHADOR.....	64
3.2 O ASSÉDIO ORGANIZACIONAL: A VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA NO AMBIENTE LABORAL.....	72
4 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA: MEDIAÇÕES NA ANÁLISE DO OBJETO.....	76

4.1 ANÁLISE DO MATERIAL QUALITATIVO: O MÉTODO DA ANÁLISE DE DISCURSO.....79

4.2 ANÁLISE DE DISCURSO À LUZ DE MICHEL FOUCAULT: INTERSEÇÕES DISCURSO-PODER.....81

5 OS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO LÓCUS DE VIOLÊNCIA LABORAL EM FACE DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DA ENFERMAGEM.....86

5.1 VIOLÊNCIA, ASSÉDIO MORAL E MEDO: A DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DA ENFERMAGEM.....88

5.2 DESVALORIZAÇÃO E (NÃO) RECONHECIMENTO: A INTERDIÇÃO DO DISCURSO DA ENFERMAGEM.....99

5.3 VIOLÊNCIA, SOFRIMENTO E MAL-ESTAR NA ENFERMAGEM: “DE QUE SAÚDE A GENTE TÁ FALANDO?”.....110

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....118

REFERÊNCIAS.....122

ANEXO I

ANEXO II

RESUMO

A presente pesquisa, de natureza qualitativa, objetiva compreender os fenômenos da violência e do assédio moral vivenciados pelos(as) exercentes da enfermagem em hospitais e serviços de saúde, e, especialmente, naqueles situados na Grande Vitória-ES. Buscou-se analisar, desse modo, as relações de poder envolvidas na ocorrência desses fenômenos, a partir das categorias analíticas que emergiram do discurso dos profissionais da enfermagem entrevistados(as). Os dados obtidos foram interpretados por meio da análise de discurso na perspectiva foucaultiana. Por meio das entrevistas, verificou-se a existência da percepção dos(as) participantes da pesquisa de que a violência adentra seu ambiente de trabalho, se espalha de formas distintas, como o assédio moral e organizacional, e prejudica o local onde a assistência é prestada. Foram analisados a violência e o medo no processo de disciplinarização dos corpos dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem, sua desvalorização e o reconhecimento a partir da interdição dos seus discursos e, por fim, o sofrimento e o mal-estar causados em razão da violência imposta e seu descompasso com a preservação da saúde integral desses(as) trabalhadores(as) e com um ambiente laboral que se pretenda saudável e equilibrado.

Palavras-chave: enfermagem; violência laboral; assédio moral; ambiente de trabalho.

ABSTRACT

This research has a qualitative nature and aims to understand the phenomena of violence and moral harassment experienced by the nursing professionals in hospitals and health services, and especially those located in Vitória-ES. It sought to analyze power relations involved in the occurrence of these phenomena, from the analytical categories that emerged from the speech of the nursing professionals interviewed. The data was interpreted using the discourse analysis in Foucault's perspective. The interviews showed that the research participants notice the violence that's spreads in their workplace, in different ways, such as moral and organizational harassment, and also notice that it impacts the assistance provided. The research also analyzed the violence and the fear in the process of disciplining nursing workers' bodies, their devaluation and the recognition, from the interdiction to their speech and, finally, the suffering and the uneasiness caused to the nursing professionals by the violence that is imposed to them and the mismatch between this situation and the preservation of the health of these workers and a work environment that should be healthy and balanced.

Keywords: nursing; workplace violence; moral harassment; work environment.

INTRODUÇÃO

O trabalho inclui, inegavelmente, em suas fronteiras, as dimensões do prazer e do sofrimento humano. De igual modo, nos moldes atuais, o trabalho combina elementos que deveriam ser convergentes, eis que indissociáveis, mas que, por vezes, conformam uma relação que se mostra efetivamente instável: saúde e sobrevivência.

Ao mesmo tempo em que configura fonte de subsistência, o trabalho pode proporcionar muito mais que a mera sobrevivência: pode ser apreendido como atividade dotada de sentido, apta a propiciar satisfação e desenvolvimento pessoal e coletivo e pela qual é possível reconhecer-se enquanto indivíduo e ser social.

Nesse contexto, a manutenção de relações de trabalho híidas se mostra decisiva para o bem-estar de homens e mulheres que vivem do trabalho, mas, de fato, os ultrapassa. A (in)existência de relações laborais saudáveis influencia o equilíbrio de suas vidas familiares, o desenvolvimento das relações sociais que estabelecem, o êxito e a produtividade dos estabelecimentos em que laboram e, em última instância, a sociedade em que se inserem.

Assim, na pesquisa e abordagem do trabalho no setor da saúde, surge uma incongruência surpreendente, por seu aspecto teratológico: o descompasso existente entre a assistência em saúde e a violência presente no ambiente laboral desse setor e seu impacto na saúde de trabalhadores e trabalhadoras que ali laboram. Mais especificamente, causa espanto tal descompasso frequentemente percebido em relação às referidas questões e o contingente que compõe a grande massa de trabalhadores da saúde: a categoria da enfermagem.

Ao lidar diretamente com a vida, a saúde e o bem-estar, alguns dos valores mais caros ao ser humano, os(as) profissionais da enfermagem enfrentam diariamente problemas relativos à pressão constante no exercício das atividades, às práticas de gestão peculiares, ao alto grau de exigências cognitivas, físicas e emocionais, à intensa e cotidiana carga de estresse e às relações frequentemente conflituosas em equipes multidisciplinares de trabalho.

Além disso, o setor da saúde é um dos maiores afetados pela violência laboral e se é verdade que todas as profissões que laboram nesse setor estão sob risco potencial, também é certo que a enfermagem está sob risco ainda mais alto, pela frequência de sua presença no ambiente hospitalar e nos serviços de saúde.

Sob essa perspectiva, o ambiente de trabalho encontrado no setor da saúde torna-se altamente propenso também à ocorrência de práticas de assédio moral, uma das expressões da violência laboral, com consequências altamente perniciosas não só para os próprios envolvidos, na medida em que o assédio moral é, constantemente, fonte de sofrimento intenso e prolongado, mas também para a qualidade da prestação dos serviços relacionados à saúde, pela deterioração dos serviços prestados e do meio ambiente de trabalho.

Esse foi o contexto que motivou a presente pesquisa: as múltiplas violações de direitos fundamentais que resultam da perpetuação do assédio moral em face dos(as) exercentes da enfermagem - a exemplo dos direitos à saúde, ao trabalho digno e ao meio ambiente equilibrado, onde se insere, como é cediço, o meio ambiente do trabalho -, com consequências danosas também à assistência em saúde no âmbito hospitalar e dos serviços de saúde.

O intuito inicial da pesquisa era colaborar para a visibilização de práticas de assédio moral e da violação de direitos daí resultante, que se reproduzem no ambiente de trabalho encontrado no setor da saúde e, conseqüentemente, para o combate a essas práticas e a formação de um ambiente laboral mais saudável e equilibrado.

Ao longo da realização da pesquisa, tal intuito se manteve, porém, ampliou-se: a partir das entrevistas, era marcante que as violências encontradas no âmbito hospitalar e dos serviços de saúde eram múltiplas. Por esse motivo, manter o objeto da pesquisa relativo apenas ao assédio moral representaria a não visibilização de um contexto mais amplo de violências perpetuadas naquele ambiente laboral e a lesividade desse contexto, em confronto com o que se propunha.

A questão que se colocava, inicialmente, se ampliou. O problema que moveu a pesquisa, então, foi: como os(as) exercentes da enfermagem percebem o fenômeno do assédio moral e, também, da violência, em seu cotidiano de trabalho? A violência analisada passou, então, a ser não só aquela praticada no relacionamento

interprofissional, mas, também, no relacionamento com os(as) usuários(as) do sistema de saúde.

No trajeto realizado para responder o questionamento central a essa pesquisa, iniciou-se por analisar, no primeiro capítulo, as origens da enfermagem no mundo ocidental e no Brasil, bem como seu desenvolvimento e seu processo de institucionalização, a partir de Florence Nightingale, de forma a examinar, especialmente, as conjunturas que participam da explicação acerca dos atritos e disputas – e, ainda, de eventuais violências - correntes na enfermagem, como a atribuição do cuidado aos enfermos às mulheres, a divisão social do trabalho gestada desde a formação da enfermagem e a relação de dominação-subordinação existente entre categorias da enfermagem e entre enfermeiros(as) e médicos(as). Essas características permanecem presentes na enfermagem e na ocorrência de múltiplas violências em seu cotidiano laboral, sendo, portanto, imprescindível seu exame.

Em seguida, o segundo capítulo aborda a invisibilidade dos(as) exercentes da enfermagem, a negação de reconhecimento a eles(as) atribuída e a vulnerabilidade desses(as) profissionais nas relações que estabelecem em seu ambiente laboral.

Isso porque a não valorização, o não reconhecimento e a invisibilidade relegados a essa categoria feminina também refletem o processo de conformação da enfermagem e sua vulnerabilidade, com a conseqüente violação de seus direitos no ambiente de trabalho. A violência sofrida resulta, muitas vezes, em humilhação e indica falta de respeito com a dignidade do indivíduo.

Sem reconhecimento, a violência se perpetua, invisível, sem a devida intervenção, e sem a necessária ação mitigadora que permita a vivência do trabalho em sua potencialidade fecunda, não em sua face dolorosa e opressora.

O terceiro capítulo busca a compreensão da violência, fenômeno multicausal e polissêmico, que se espraia pela sociedade e atinge também o ambiente laboral. Assim, procede-se à análise da violência laboral, em suas múltiplas expressões e, em seguida, a violência é analisada mais detidamente em duas de suas vertentes psicológicas, o assédio moral e o assédio organizacional, ambas comuns ao ambiente de trabalho da enfermagem, cujas distinções demandam estudo cauteloso,

com o objetivo de desbanalizá-las e de demonstrar sua perniciosidade no contexto laboral.

O quarto capítulo, por sua vez, se ocupa dos fundamentos teórico-metodológicos e dos procedimentos operacionais que alicerçaram essa pesquisa, tornando possível o exame do objeto proposto. A análise de discurso, utilizada para a realização da análise qualitativa do material coletado, foi abordada nesse capítulo, bem como a opção por sua utilização a partir da perspectiva foucaultiana, aberta à percepção das interseções sempre presentes entre discurso e poder.

O quinto capítulo se destina a responder à pergunta originadora dessa pesquisa, apresentando como os(as) profissionais da enfermagem vivenciam e percebem a violência e o assédio moral em seu cotidiano de trabalho, a partir de categorias de análise que emergiram dos relatos dos(as) profissionais entrevistados(as).

Foram abordados, então, a violência e o medo na enfermagem no processo de disciplinarização dos corpos dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem; a desvalorização e o (não) reconhecimento desses(as) trabalhadores a partir da interdição do seu discurso e, por fim, o sofrimento e o mal-estar causados na enfermagem pela violência imposta e seu descompasso com a preservação da saúde integral desses(as) trabalhadores(as) e com um ambiente laboral que se pretenda saudável e equilibrado.

1 UMA BREVE (E NECESSÁRIA) INCURSÃO HISTÓRICA ACERCA DO SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM: DO CUIDADO COMO OCUPAÇÃO AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

O trabalho consubstancia fato social determinante para a saúde e a satisfação individual e coletiva de homens e mulheres trabalhadores. Não poderia ser diferente com enfermeiros e enfermeiras, cujo trabalho também é determinante para a garantia de saúde e bem-estar de incontáveis indivíduos.

Contudo, apesar de possibilitar satisfação pessoal e desenvolvimento humano e social, no atual modo de produção, o trabalho “é capaz de enlouquecer, lesar fisicamente e matar, privar o ser humano de sua família e do convívio social, congelar o trabalhador intelectualmente e o obrigar a concretizar atividades, aparentemente, sem sentido” (FONSECA; LEITE, 2015, p. 188).

Nesse sentido, para que seja possível compreender como os(as) exercentes da enfermagem percebem o fenômeno do assédio moral em suas vivências, tomando-se por base os pressupostos teórico metodológicos do pensamento de Michel Foucault, faz-se necessário, primeiramente, situar a enfermagem quanto à sua origem, seu desenvolvimento e as características basilares de sua conformação.

Assim torna-se possível compreender atritos e disputas que se relacionam com questões associadas ao desenvolvimento histórico da profissão, como suas determinações de gênero, a relação entre profissionais da enfermagem e médicos, a divisão do trabalho existente no interior da categoria, entre outros tantos fatores relevantes no universo da enfermagem, atualmente relacionados ao fenômeno da violência laboral, na qual se insere o assédio moral.

1.1 ORIGENS E DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NO MUNDO OCIDENTAL

A enfermagem consiste em prática social contingente, que apresenta contornos distintos ao longo da história, mas pode ser compreendida como

[...] uma ciência humana, de pessoas e de experienciais, voltada ao cuidado dos seres humanos, cujo campo do conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença, e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas. [...] A enfermagem tem entre suas metas a preocupação de reduzir ou evitar as tensões biofísicas e psicossociais das pessoas que ingressam no sistema de atendimento à saúde. (LIMA, 2010, p. 27 – 28).

O cuidado prestado pela enfermagem é fundamental para a garantia de saúde e da vida daqueles que ingressam nos serviços de saúde, que, além dos conhecimentos técnico-científicos desses profissionais, necessitam da intervenção dessa *ciência humana*, e, assim, de um ambiente em que a saúde, a vida e o bem-estar possam ser devidamente restabelecidos.

Possibilitar a modificação do ambiente de assistência à saúde demanda, contudo, compreender as violências que persistem nas relações de trabalho da enfermagem. Para tanto, é preciso situá-la quanto à sua origem, seu desenvolvimento e as características basilares de sua conformação, para que seja possível compreender atritos e disputas que se relacionam com questões imbricadas no desenvolvimento histórico da profissão.

A história da enfermagem é frequentemente apresentada associando sua gênese com as origens do ser humano e de suas enfermidades e considerando que todo cuidado prestado a um doente desde os primórdios da humanidade constituía uma ação de enfermagem. Dessa forma, os cuidados prestados pelas mães, esposas ou religiosos têm sido tratados como a origem da enfermagem.

Já nesta leitura se distingue “o cuidar do tratar, sendo o segundo atribuído geralmente a homens na qualidade de pajés, curandeiros, feiticeiros, monges, barbeiros etc. e associado à história da medicina” (GASTALDO; MEYER, 1989, p. 7).

Assim, inicia-se a incursão histórica pretendida com a concepção das doenças tidas pelas sociedades tribais dos primórdios da humanidade, na pré-história e na antiguidade, que percebiam as enfermidades como um castigo de Deus ou como efeitos do poder diabólico exercido sobre os homens, o que levou essas sociedades a recorrer a seus sacerdotes ou feiticeiros, os quais acumulavam, portanto, as funções de médicos - pois realizavam o diagnóstico dos indivíduos e lhe prescreviam a terapêutica entendida como necessária -, farmacêuticos - eis que preparavam as

medicações - e enfermeiros - visto que assistiam os enfermos e lhes prestavam assistência.

Ainda assim, consoante Janelice de Azevedo Neves Bastiani *et al* (2011, p 44), os cuidados eram prestados pelas mulheres, sendo os feiticeros os últimos responsáveis pela cura de feridas e enfermidades.

Posteriormente, o advento do cristianismo empreendeu mudanças na concepção da enfermidade, que passa a ser entendida não apenas como um castigo divino, mas, simultaneamente, como instrumento de remissão dos pecados, de aproximação com Cristo e de salvação para a vida eterna. Importante destacar, então, desde logo, que a Igreja, juntamente ao Exército, foram duas grandes influências que moldaram a enfermagem que se desenvolveu na Idade Média.

Nesse contexto, também aqueles que se dedicavam a cuidar dos enfermos poderiam alcançar a salvação. O cristianismo que florescia incentivou fortemente o atendimento aos pobres e doentes, favorecendo a constituição do diaconato, instituição que “abrangia os seguidores dos apóstolos de Cristo (diáconos e diaconisas), visando a prática da caridade” (SILVA, 1986, p. 34).

A enfermagem surgiu como um serviço organizado nos primeiros anos do cristianismo, através da instituição do diaconato e passou, então, a coexistir com os cuidados aos enfermos realizados desde tempos imemoriais no âmbito privado domiciliar.

Desse modo, na Idade Média, os cuidados aos doentes passaram a ser realizados por religiosos, sendo que tais cuidados eram frequentemente prestados pelas mulheres, que também cuidavam das atividades relacionadas ao trabalho de parto e aos primeiros auxílios às crianças recém-nascidas. Esse trabalho se encontra associado, portanto, há muito, ao trabalho feminino, historicamente pouco valorizado socialmente, em virtude do papel designado à mulher pela sociedade de classe.

Além disso, na Idade Média, as Cruzadas¹ deram origem a novas organizações para o cuidado aos doentes, de caráter religioso-militar (PAIXÃO, 1979, p. 51). Em função dos combates empreendidos para retomar Jerusalém, muitos soldados ficavam

¹ Expedições militares, iniciadas no século XI, realizadas à serviço da Igreja, com o objetivo de recuperação da “Terra Santa”, nome pelo qual os cristãos chamavam a Palestina.

feridos e precisavam de cuidados, o que resultou na criação de novos hospitais, no recrutamento de cuidadores e na criação de ordens militares hospitalares.

A introdução da enfermagem nos hospitais só se deu no século XIII, com o advento das ordens seculares. Nesse momento, o cuidado aos doentes era realizado por religiosos(as), sem conhecimentos próprios que fundamentassem suas atividades, sob a filosofia do altruísmo e do amor ao próximo (MELO, 1986, p. 34), que marcou os moldes nos quais a enfermagem foi exercida por muitos séculos.

Cumprido ressaltar, contudo, para que reste esclarecido o contexto em que se desenvolveu a enfermagem, que o hospital nem sempre foi concebido como instrumento terapêutico. Consoante indica Michel Foucault (2015, p. 171) “a consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais”.

Assim, somente a partir do final do século XVIII tem-se o hospital como meio de cura, de forma análoga ao modo como é concebido na contemporaneidade. Foucault argumenta que o hospital existente na Europa desde a Idade Média não era idealizado para curar, não era uma instituição médica. Anteriormente ao século XVIII, “o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão” (FOUCAULT, 2015, p. 174).

Era o indivíduo pobre que está morrendo o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não o doente que é preciso curar. Assim, Foucault (2015, p. 175) aponta que, nessa época, dizia-se correntemente que o hospital era “um morredouro, um lugar onde morrer”.

A população pobre que estava morrendo necessitava de assistência, e, por estar doente, era vista como perigosa. Nessa direção, a função essencial do hospital era assistir material e espiritualmente a população pobre e dar-lhe os últimos cuidados e o último sacramentos (FOUCAULT, 2015, p. 174). Aqueles que se dedicavam aos cuidados aos doentes, a seu turno, não buscavam a cura deste, mas a expiação dos próprios pecados e a conquista da salvação eterna.

O nascimento do hospital como instrumento terapêutico se deu, conforme assinala Foucault, a partir de dois processos distintos: o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar.

No plano epistêmico, o deslocamento da intervenção médica ocorreu com o advento do modelo de inteligibilidade da doença concebido a partir da classificação da botânica por Lineu: a doença passa, a partir daí, a ser compreendida como um fenômeno natural (FOUCAULT, 2015, p. 183).

Nesses termos, “a água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença” (FOUCAULT, 2015, p. 183). Desse modo, a intervenção, antes endereçada à doença propriamente dita, à crise do doente, passa a endereçar o meio que o circunda: o ar, a água, a alimentação, etc.

Já a introdução de mecanismos disciplinares surge com a busca de anulação dos efeitos negativos do hospital, de sua desordem, contida, por exemplo, na plêiade de doenças que ele podia transmitir às pessoas internadas e às pessoas fora dele, na cidade em que estava situado, além da desordem econômico-social de que era foco constante. Assim, Foucault aponta que foi a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso dos hospitais que permitiu sua medicalização.

Tal explanação acerca do nascimento dos hospitais concebidos como meio de cura se relaciona diretamente com o surgimento do médico no hospital e com as hierarquias a partir daí construídas - não só de cura, como ressalta Foucault, mas também de registro, acúmulo e formação de saber (FOUCAULT, 2015, p. 188). Até então, religiosos e religiosas se dedicavam aos cuidados dos doentes nos hospitais, consoante exposto, enquanto o médico realizava consultas privadas, para aqueles que podiam pagar tal serviço.

Foucault sublinha (2015, p. 187) que “o grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do século XVIII”. Percebe-se, nesse momento, o surgimento de uma nova configuração hierárquica no hospital, na qual “[...] a tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de

cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.” (FOUCAULT, 2015, p. 187)

Trata-se de nova realidade para os enfermeiros(as), eis que até o feudalismo, na Idade Média, a enfermagem era independente da prática médica. Conforme argumentam Maria Cecília Puntel de Almeida e Juan Stuardo Yazlle Rocha (1986, p. 38):

Parece que eram dois trabalhos com objetos e objetivos diferentes e as técnicas significam simples procedimentos caseiros, pois o objetivo do cuidado de enfermagem não se ligava ao corpo do doente e nem à sua doença: importava o conforto da alma do paciente para sua salvação e a dos agentes da enfermagem, portanto, sem necessidade de uma teoria do cuidado de enfermagem. Esse foi o modelo religioso da enfermagem.

A partir do momento em que nasce esse novo modelo de hospital, com fins terapêuticos, passam a conviver no mesmo ambiente, médicos e enfermeiros(as), cujas atividades, até então, não sofriam, necessariamente, interseção.

Destaca-se, porém, que a enfermagem que se desenvolvia nesse período, fundada na assistência caritativa prestada por monges e ordens religiosas femininas, foi marcada por um período de crise e decadência, que se estendeu de 1500 a 1860, no período de transição entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo (PIRES, 1989, p. 119; SILVA, 1986, p. 46).

Nesse período, as mulheres que encontravam emprego como enfermeiras eram aquelas que não eram absorvidas pela indústria, vistas como pessoas de moralidade duvidosa, bêbadas, prostitutas e analfabetas, que aceitavam se dedicar àquele trabalho, insalubre e mal remunerado. Desse modo,

[...] pessoa inidôneas e sem nenhum tipo de formação para o cuidado foram obrigadas a cuidar dos enfermos, tendo essa situação propiciado uma imagem negativa da enfermagem no século XIX (na Inglaterra), persistindo pelos séculos posteriores, em muitos países europeus (JESUS *et al*, 2010, p. 167).

Porém, o capitalismo incipiente demandava a manutenção da saúde de homens e mulheres e o aumento de sua produtividade, eis que estes conformavam a força de trabalho necessária ao modo de produção que então surgia. O capitalismo que se desenvolve ao final do século XVIII e início do século XIX, afinal, socializou um

“primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho” (FOUCAULT, 2015, p. 144).

Dessa forma, a assistência à saúde das populações pobres adquire novos contornos e “deixa de ser gratuita – uma prática caritativa, há séculos sob a responsabilidade da Igreja -, passando a exigir paga e a remunerar, miseravelmente aliás, o pessoal que empregava” (SILVA, 1986, o. 47).

Assim, no novo modelo de hospital com fins terapêuticos, ocorre a reforma da enfermagem, caracterizada pela “separação da prática religiosa à prática técnico-profissional, uma exigência básica para contribuir na modificação da qualidade e dos resultados da assistência aí prestada” (MELO, 1986, p. 42).

A mudança da imagem negativa associada à enfermagem existente naquele momento se inicia posteriormente, com a proposição de um novo paradigma para o cuidado, em meados do século XIX, com a institucionalização da enfermagem como profissão.

Até esse momento, contudo, Graciette Borges da Silva aponta (1986, p. 47) que a enfermagem se manteve ainda fortemente identificada aos serviços domésticos, não constituindo, portanto, um saber especializado, relegada às margens dos domínios intelectuais propriamente ditos.

1.1.1 Institucionalização da enfermagem

A enfermagem surgiu, consoante já explicitado, como um serviço organizado nos primeiros anos do cristianismo, através da instituição do diaconato e passou, então, a coexistir com os cuidados aos enfermos realizados desde tempos imemoriais no âmbito privado domiciliar.

Porém, consoante Graciette Borges da Silva (1986, p. 51), o início da história da enfermagem profissional ocorreu somente séculos mais tarde, na Inglaterra da segunda metade do século XIX. A historiografia registra diversos antecedentes mediatos da enfermagem profissional, como o surgimento da ordem católica das

irmãs de caridade, na França do século XVII, por Luisa de Marillac; as escolas para parteiras em várias cidades europeias; a fundação da ordem protestante das diaconisas modernas em Kaiserwerth, que promoveu uma melhora no conceito então existente sobre a enfermagem e a crescente necessidade de um pessoal melhor qualificado para a assistência aos enfermos (SILVA, 1986, p. 51)

Contudo, a enfermagem profissional teve como antecedente imediato a atuação de Florence Nightingale (1820-1910), personagem fundamental na história da enfermagem, que marca a passagem da enfermagem como ocupação para a enfermagem profissional, institucionalizada, a qual passa a exigir preparo técnico próprio para seu desempenho, deixando, pois, de ser praticada por religiosos(as) e leigos(as), voluntários(as) ou trabalhadores(as) mal remunerados(as).

Proveniente da aristocracia inglesa, Florence Nightingale venceu a resistência de sua família contra seu propósito de cuidar dos enfermos e conseguiu autorização dos pais para fazer estágios no Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, na Alemanha, onde passou três meses, durante o ano de 1850 (MELO, 1986, p. 46), e, posteriormente, fez também um estágio com as Irmãs de Caridade, do Hôtel Dieu² de Paris, onde permaneceu apenas algumas semanas (PAIXÃO, 1979, p. 67-68).

Waleska Paixão aponta (1979, p. 68), ainda, que Florence

Em suas numerosas viagens, observou a enfermagem em seu próprio país, na França, na Alemanha, na Áustria e na Itália, publicando estudos comparativos das mesmas. Desde então, acompanhou-a sempre o desejo de fundar uma escola de enfermagem em novas bases. Enquanto esperava a oportunidade, dedicou-se a uma casa de senhoras convalescentes. Como voluntária, serviu também durante uma epidemia de cólera.

Em 1853 iniciou-se a Guerra da Criméia (1853-1856), conflito imperialista que envolveu o Império Russo em oposição ao Reino Unido, França, Reino da Sardenha e Império Otomano. Informada dos índices de mortalidade dos soldados ingleses em função da ausência de uma organização de enfermagem que os assistisse, Florence ofereceu seus serviços voluntários ao Ministro da Guerra, Sidney Herbert, que os aceitou.

² Conforme Maria Itayra Padilha (1999, p. 444), "o nome Hôtel Dieu significa casa de Deus e era utilizado para indicar o principal hospital de um povo ou cidade".

A construção das bases da enfermagem como nova profissão ocorre, assim, como assinala Cristina Melo (1986, p. 46),

Sob a égide do capitalismo e devido a um interesse político específico [...] A péssima administração dos hospitais militares ingleses e a alta taxa de mortalidade entre os soldados feridos, que para lá eram enviados, causavam grande revolta na opinião pública inglesa e preocupavam o próprio governo, cujos gastos na formação e treinamento do exército se ampliavam com o grande número de baixas.

Na Base Militar de Scutari, no Estreito de Bósforo, para onde foi enviada, organizou um hospital militar superlotado com 4.000 homens, juntamente a 38 voluntárias, entre religiosas e leigas, onde diminuiu de 40% para 2% a taxa de mortalidade dos soldados (PAIXÃO, 1979, p. 68 - 70).

Após o fim da guerra, Florence Nightingale retornou à Inglaterra e, com recursos provenientes de doação nacional a ela destinada, iniciou a realização de treinamento de enfermeiras, com a instalação da Escola Nightingale no Hospital São Tomás, na Inglaterra, em junho de 1860.

Sob a influência de Florence Nightingale se desenvolveu a enfermagem moderna, científica, profissional. O Sistema Nightingale contemplava, inclusive, novos elementos na educação das enfermeiras, desde seu início, dentre os quais se destacam: “1º) Direção da escola por uma enfermeira, e não por um médico, como se fizera até então nos pequenos e raros cursos dados nos hospitais. 2º) Mais ensino metódico, em vez de apenas ocasional, através da prática” (PAIXÃO, 1979, p. 73). Percebe-se, dessa forma, que

A Enfermagem, para Nightingale, era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico; a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas. O grande mérito de Florence Nightingale foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais que seguiam, que já indicavam uma prática profissional organizada. Ao institucionalizar a enfermagem como profissão, ela produziu um significado no silêncio que havia na prática de enfermagem, que até então era envolta em regulamentos e correspondências internas às instituições de cuidado, executadas por aquelas que faziam parte de associações, geralmente religiosas, cujo espírito era servir ao próximo, por amor a Deus (COSTA *et al*, 2009, p. 662).

Florence Nightingale transmitiu o conhecimento construído em sua experiência de mais de catorze anos no trato com doentes, enfermeiras e hospitais também por meio de diversas obras publicadas, dentre as quais sua obra mais conhecida, o livro “Notas sobre a Enfermagem” (*Notes on Nursing*), em que apresenta os fundamentos da enfermagem, alicerçada em estatísticas e na reflexão permanente sobre o cuidado com o enfermo e os modos de conservar sua saúde.

Cumprido sublinhar, entretanto, que, para empreender uma mudança na imagem negativa até então relacionada à enfermagem e às mulheres que se dedicavam a esta atividade, Florence Nightingale valorizou qualidades morais como aspecto basilar das enfermeiras, e, particularmente, características relacionadas às determinações de gênero então (e ainda) existentes:

Na seleção das candidatas, as qualidades morais tinham prioridade durante o curso e a disciplina era rigorosa. O rigor da escola justificava-se, considerando o que era corrente na época, isto é, quem cuidava dos doentes na Inglaterra eram pessoas imorais e, portanto, o modelo preconizado deveria ser o oposto, o mais próximo possível do que realizavam as associações religiosas, porém laicas (PADILHA, 2005, p. 726).

Assim, em função da necessidade de afirmação da enfermagem como uma prática “moralmente idônea” em um contexto em que a enfermagem era relacionada a pessoas de moral tida por duvidosa, Florence recorreu à valorização de características próprias de estereótipos que reforçavam a existência de uma natureza ontologicamente feminina.

Não se trata, contudo, de diminuir o notável papel de Florence Nightingale para a enfermagem: Florence foi referência de vanguardismo e, como destaca Elda Bussinguer (1988, p. 112), apesar de ter sido vista como modelo de mulher corajosa e arrojada e de toda sua visão revolucionária da profissão, que fundamentou a criação e o estabelecimento das bases da enfermagem moderna, não conseguiu vencer completamente os condicionamentos do sistema cultural e econômico de sua época e de seu lugar.

Não se pode deixar de observar, porém, que as questões de gênero condicionaram a prática da enfermagem. No início da profissionalização da enfermagem moderna,

as qualidades para uma boa enfermeira eram atributos tidos como típicos do feminino, como paciência, docilidade e obediência.

Sob o tópico “O que significa ser enfermeira”?, no livro “Notas sobre a Enfermagem”, Florence assinala que uma enfermeira deve ser

[...] uma pessoa com a qual se possa contar, isto é, capaz de ser uma pessoa “digna de confiança”. Não sabe quando ela própria está em tal situação; não deve bisbilhotar, nem falar sem necessidade; [...] não há necessidade de dizer que deve ser rigorosamente sóbria e honesta e, mais do que isto, uma pessoa religiosa e devotada; [...] deve ser uma observadora minuciosa, fiel, rápida; uma pessoa de sentimentos delicados e recatados (NIGHTINGALE, 1989, p. 168).

Desse modo, à enfermeira cabia cumprir e fazer cumprir as ordens dos médicos, que naquele período, eram apenas homens, e, assim como à mulher era a reservada a organização do ambiente doméstico, à enfermeira coube organizar e supervisionar o ambiente hospitalar do atendimento de saúde, fazendo com que o trabalho da enfermeira se estabelecesse como um prolongamento do trabalho doméstico.

De todo modo, Florence construiu um novo paradigma na enfermagem, sob o qual o sistema por ela fundado se ampliou pela Inglaterra e, em 1873, pelos Estados Unidos, de onde se propagou para diversos outros países entre 1873 e 1875. Posteriormente, enfermeiras americanas treinadas no Sistema Nightingale vieram ao Brasil, com o propósito de instalar e dirigir a primeira escola de enfermagem nacional, ampliando também para o contexto brasileiro o sistema proposto por Florence Nightingale.

1.2 DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

A concepção de saúde e doença desenvolvida pelos indígenas nativos no território brasileiro antes da dominação europeia se fundamentava em bases místicas, mágicas e também empíricas, assim como a concepção difundida nas demais sociedades tribais dos primórdios da humanidade.

Assim, a “etiologia das doenças era entendida como consequência de malefícios, efeitos climáticos, forças de astros e pela introdução de um corpo estranho, gerador de doença, que podia ser de origem natural ou sobrenatural” (PIRES, 1989, p. 26). Além disso, a assistência aos índios que estivessem doentes, de forma análoga às práticas de outras sociedades tribais, era realizada por um intermediário entre os homens e os deuses - pajés ou feiticeiros -, que se encarregavam da cura de males ou doenças, utilizando, em sua terapêutica, a flora nativa, animais e substâncias orgânicas e inorgânicas.

Com a invasão do território nacional pelos europeus, novas doenças foram introduzidas pelo colonizador e pelos escravos trazidos, como varíola, malária e lepra e os pajés, que, até então, eram responsáveis pelos atos de saúde no território nacional, foram duramente atacados pelos colonizadores e, especialmente, pelos jesuítas durante o processo de catequização dos indígenas (PIRES, 1989, p. 29).

Assim, a assistência à saúde da população que habitava o território nacional passou a ser desempenhada, no período colonial, também por religiosos, principalmente os jesuítas, que mantinham enfermarias próximas aos colégios que fundavam (MELO, 1986, p. 61).

Posteriormente, também compuseram a assistência aos enfermos no contexto nacional atores como físicos, cirurgiões, barbeiros, barbeiros-cirurgiões, boticários, curiosos e curandeiros. Denise Pires (1989, p. 33) sublinha que durante os primeiros trezentos anos após a invasão do território nacional pelos europeus, a assistência de saúde era realizada principalmente por físicos e cirurgiões-barbeiros: enquanto os físicos eram os “médicos da época”, praticavam a clínica e atendiam em seu domicílio ou nas residências daqueles que podiam pagar, os cirurgiões-barbeiros constituíam grande parcela dos exercentes da medicina daquele período e “eram de condição econômica desprivilegiada e encontravam-se, entre eles, negros e mulatos libertos” (PIRES, 1989, p. 33).

Raimunda Medeiros Germano indica (1985, p. 22) que

Não desconhecendo terem sido os próprios índios os primeiros a se ocuparem dos cuidados dos que adoeciam em suas tribos, nas pessoas dos feiticeiros, pajés, curandeiros, com a colonização outros elementos assumiram também essas responsabilidades, dentre eles os jesuítas, seguidos posteriormente por religiosos, voluntários leigos e escravos selecionados para tal tarefa. Surge assim a enfermagem, com fins mais

curativos que preventivos e exercida no início, ao contrário de hoje, praticamente por elementos apenas do sexo masculino.

Relevante pontuar que, dentre os precursores citados das atividades de enfermagem brasileira, os jesuítas, que ficaram no Brasil de 1549 a 1759 - quando foram expulsos pelo marquês de Pombal -, se responsabilizaram por grande parte da estrutura de saúde nacional.

Examinando as atividades por eles desenvolvidas no campo da saúde é que, “pela primeira vez, aparecem atividades registradas como de enfermagem e pessoas designadas como responsáveis por essas atividades; os padres-enfermeiros e os irmãos enfermeiros” (PIRES, 1989, p. 43).

Contudo, Cristina Loyola esclarece (1987, p. 27) que não há referências ao exercício da enfermagem como profissão no Brasil até o surgimento das Casas de Misericórdia³, no início do século XVIII, onde a assistência aos doentes era realizada, basicamente, por religiosos. Consoante Denise Pires (1989, p. 54), ainda,

O cuidado ao doente era realizado no domicílio, por mãe ou escravos treinados e contratados pelos grandes proprietários rurais, ou integralmente pelo físico ou cirurgião barbeiro, como parte de sua atividade assistencial. No nível institucional, nas enfermarias dos jesuítas e depois nas santas casas, quando organizadas e administradas pelas organizações de religiosas e nos demais hospitais e enfermarias a partir do século XVIII, é que aparecerão referências a um determinado tipo de trabalho designado como de enfermagem, mesmo que essa delimitação de atividades não seja clara. As atividades das parteiras, das curiosas e dos entendidos também podem ser consideradas precursoras das atividades de enfermagem.

Percebe-se, pois, que os espaços em que ocorriam as atividades consideradas como precursoras das atividades da enfermagem moderna eram os âmbitos doméstico e institucional, ambos sem caráter técnico ou científico, sem que se cogitasse o preparo de profissionais.

³ As santas casas representam “as primeiras instituições que prestam assistência de saúde no Brasil; não são governamentais e sim instituições de cunho religioso. O caráter da assistência prestada voltava-se mais para os objetivos caritativos, de assistência espiritual e de salvação da alma do que para o tratamento dos males do corpo” (PIRES, 1989, p. 37). A primeira Casa de Misericórdia foi erguida em 1543, em Santos (SP), na capitania de São Vicente, por Brás Cubas, sob o intuito de manutenção de hospitais e abrigos para indigentes, seguida pelas santas casas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus (PIRES, 1989, p. 36 - 37).

Nesse sentido, o início do ensino oficial da enfermagem no Brasil, com a primeira escola criada para formação de pessoal de enfermagem, se relaciona ao surgimento do primeiro hospital psiquiátrico nacional, o qual representava a “necessidade da sociedade da época de criar espaços específicos para os perturbadores da ordem” (PIRES, 1989, p. 122-123), a exemplo dos doentes mentais, que até então recebiam atendimento médico em cubículos a eles reservados nas Santas Casas.

Assim, em 18 de julho de 1841, Dom Pedro II foi coroado imperador do Brasil e, na mesma data, assinou o decreto de fundação do primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II, anexo à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que seria uma homenagem ao novo imperador. O hospício foi inaugurado onze anos depois, em 1852.

Em 1890, o Hospício Pedro II foi desanexado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados, recebendo cada vez mais pacientes de todo o território nacional. Eram responsáveis pelo Serviço de Enfermagem e pela administração interna do hospício as irmãs de caridade, que foram, então dispensadas pelo novo diretor geral da instituição, Dr. João Carlos Teixeira Brandão (PIRES, 1989, p. 123).

A saída das irmãs provocou a necessidade de formação de pessoal de enfermagem para a realização das atividades de cuidado e da administração da instituição. Por esse motivo, os médicos organizaram uma escola, nomeada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atualmente chamada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e inserida desde a Reforma Universitária na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

O objetivo da instituição, segundo o art. 1º do Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, era “preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e os hospitais civis e militares”. Como indica Denise Pires (1989, p. 124),

O objetivo explícito no decreto mostra que o objetivo dos médicos, aceito pelo poder republicano recém-instituído, era mais amplo do que atender à necessidade imediata daquela instituição; a pretensão era formar esses novos profissionais ‘enfermeiros e enfermeiras’ através de uma escola controlada pelos médicos, dando continuidade à institucionalização do poder médico como elemento central da assistência de saúde já garantido pela regulamentação oficial do ensino da medicina.

Em São Paulo, por volta de 1901-02, foi iniciado um curso de enfermagem, no Hospital Evangélico, atualmente denominado Hospital Samaritano, sob orientação de enfermeiras inglesas, com o propósito de preparar profissionais para o próprio hospital, e em 1916 a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira foi criada, com o objetivo de “preparar socorristas voluntárias para o atendimento em situação de emergência” (GERMANO, 1985, p. 33).

Em 19 de fevereiro de 1923, sob a égide da Saúde Pública, foi fundada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, a primeira escola do sistema nightingaleano no país, considerada “a primeira escola de fato, no Brasil, a ministrar o ensino sistematizado de enfermagem a cargo de enfermeiros” (GERMANO, 1985, p. 33).

Para o funcionamento da escola, então dirigida por Clara Louis Kieninger e subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, foram enviadas nove enfermeiras da Fundação Rockefeller ao Brasil, incumbidas de estruturar o serviço de enfermagem de saúde pública naquela instituição sob o paradigma nightingaleano, além de organizarem a escola e serem as primeiras a ali lecionar.

A criação da escola, atual Escola de Enfermagem Anna Nery, se vinculava à necessidade de preparar profissionais para implementar melhorias nas condições de saúde da população, buscando protegê-la das endemias e epidemias que colocavam em risco a mão de obra existente no país, dedicada ao setor agrário exportador cafeeiro que predominava na época, além da necessidade de assegurar a manutenção das relações comerciais travadas entre o Brasil e as potências estrangeiras, ameaçadas por estas de suspensão caso os portos não fossem saneados (FONSECA, 2002, p. 82).

A escola foi posteriormente renomeada em homenagem a Anna Justina Ferreira Nery (1814-1880), personagem de destaque na história da enfermagem brasileira e que, assim como Florence Nightingale, ganhou notoriedade a partir dos serviços voluntários prestados no contexto de eclosão de uma guerra que envolvia seu país.

Anna Nery ofereceu seus serviços para assistir os feridos da Guerra do Paraguai, por meio de uma carta endereçada ao presidente da província. Obtida a autorização

para prestar assistência aos combatentes, Anna Nery embarcou para os campos de batalha no Rio Grande do Sul em 1865 e só retornou ao seu local de residência após cinco anos de trabalho, com o fim da guerra.

Em reconhecimento ao trabalho voluntário desempenhado por Anna Nery durante a Guerra do Paraguai, nomeou-se a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde em sua homenagem:

A Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ [...] surgiu no contexto do movimento sanitarista brasileiro do início do século XX, sendo criada pelo Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, pelo Decreto nº 17.268 de 31 de março de 1926, implantando a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingale” – em nível nacional (ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY, 2011)

Anna Nery constituiu proeminente exemplo do paradigma que marcou a enfermagem praticada no Brasil até o início do século XX, que destacava valores relacionados ao amor, altruísmo, doação e abnegação. Contudo, reivindicações por remunerações justas, aprofundamento dos conhecimentos técnico-científicos das exercentes da enfermagem e inserção na vida sócio-política nacional não conformavam o modelo da enfermagem então exercido.

Somente no final do século XIX se inicia o desenvolvimento da enfermagem como prática institucional no Brasil, após a proclamação da República (MELO, 1986, p. 62). No século XX, a enfermagem brasileira começa a se organizar profissionalmente, com a devida capacitação dos seus exercentes por meio de um processo de instrução formal, com a percepção de remuneração pelos serviços prestados, em uma atividade submetida a regras normatizadoras do exercício profissional (PIRES, 1989, p. 134).

No governo de Getúlio Vargas foi promulgada a primeira lei do exercício da enfermagem, o Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931, que dispunha que só poderiam usar o título de enfermeiro diplomado ou enfermeira diplomada os profissionais diplomados por escolas de enfermagem oficiais ou equiparadas e os profissionais que, sendo diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis do respectivo país, se habilitassem perante a banca examinadora competente ou fossem contratados pela administração federal ou estadual.

Apenas em 1962 o ensino da enfermagem passou a fazer parte do ensino superior, quando os cursos de formação de pessoal da enfermagem passaram a integrar esse nível de ensino. Até esse momento, as escolas de enfermagem permaneceram como escolas de nível médio.

Quanto à defesa dos direitos e interesses da categoria, tem-se que o primeiro sindicato de enfermeiros foi criado em 1976, no Rio Grande do Sul, inaugurando a sindicalização dos(as) profissionais da enfermagem, que se seguiu nos demais estados brasileiros (PIRES; LORENZETTI; ALBUQUERQUE, 2011, p. 467). Anteriormente a esse momento, porém, existiram diversas organizações pré-sindicais, que lutaram para se organizar em torno dos interesses da categoria. Em 1987, surge a Federação Nacional dos Enfermeiros.

É preciso destacar, porém, que no âmbito da enfermagem há entidades sindicais que representam os(as) enfermeiros(as) outras entidades que representam técnicos e auxiliares de enfermagem, pulverizando a representação e a força política da enfermagem. Essa opção reflete a fragmentação do trabalho existente na prática assistencial da enfermagem, existente há muito na enfermagem.

1.4 DIVISÃO DO TRABALHO NA ENFERMAGEM: ONTEM E HOJE

A organização do trabalho⁴ dos exercentes da enfermagem esteve vinculada, desde seu início, a distintas formas de parcelamento, que conformaram, historicamente, a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem. Diferentes categorias foram estabelecidas na profissão ao longo de seu desenvolvimento e permanecem na atualidade, alicerçadas por determinantes sociais históricas que não podem ser desconsideradas.

Nesse sentido, Cristina Melo (1986, p. 8) adverte que

⁴ Entendemos por organização do trabalho, nos termos colocados por Christophe Dejours (2015, p. 29), “[...] a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.”

[...] esta divisão não se dá apenas tecnicamente, mas também de forma social, o que significa aceitar a divisão de classes na sociedade, pois há uma seleção de pessoas de classes sociais diferentes para o trabalho como enfermeiro ou auxiliar. Esta divisão parcelada do trabalho, além de trazer uma alienação dos trabalhadores pela não apropriação de todo o processo de trabalho, centraliza no interior da enfermagem as relações de dominação e subordinação entre seus agentes, o que reflete a própria situação de classes na sociedade.

É preciso destacar, nesse contexto, que a forma como um indivíduo exerce determinada profissão está intimamente imbricada às distintas formações econômicas historicamente determinadas⁵.

É preciso apreender, portanto, como a divisão social do trabalho se conformou e se desenvolveu no contexto específico da enfermagem, de modo distinto do que ocorreu na divisão manufatureira do trabalho, mas não sem relevância igualmente significativa.

Conforme já exposto, com a introdução da enfermagem nos hospitais, no século XIII, o cuidado aos doentes passou a ser realizado por religiosos(as), sem conhecimentos próprios que fundamentassem suas atividades, sob a filosofia do amor ao próximo, paradigma que se manteve por muitos séculos.

Nesse período (entre os séculos XVII e XVIII), das congregações religiosas originou-se a organização hospitalar que distinguia a mulher que dirigia o serviço de enfermagem, denominada *matron*, daquelas encarregadas das enfermarias, denominadas *sisters*. Trata-se do início da divisão social do trabalho na enfermagem, inserida no ambiente hospitalar (MELO, 1986, p. 36).

Com a introdução de leigos(as) no pessoal da enfermagem dos hospitais, a divisão social do trabalho também se estabeleceu entre estes(as) e os religiosos(as) que ali

⁵ Durante o feudalismo, os artesãos exerciam seu ofício por conta própria e, nesse processo, cada um deles dominava todo o processo e detinha os meios de produção e o produto final do seu trabalho. Posteriormente, a manufatura passou a parcelar as diferentes operações envolvidas na produção de um bem e as juntou na mesma fábrica, em nome do incremento da produtividade e da destreza dos trabalhadores. O operário, que antes dominava todo o processo de produção, passa a dominar apenas parcela dele, e se antes um conjunto de habilidades era demandada para que desempenhasse seu ofício, somente uma parcela destas habilidades passa a ser requerida. Esta mudança, umbilicalmente relacionada à emergência do modo de produção capitalista, fez com que o trabalhador perdesse a noção e o controle do processo de produção completo, limitando o desenvolvimento do seu potencial. O produto gerado nestes moldes deixa de se apresentar a ele como produto de seu próprio esforço e passa a se apresentar, então, como um produto do esforço de outros.

se dedicavam ao cuidado aos doentes, reproduzindo a hierarquia militar e religiosa. Cristina Melo indica (1986, p. 41-32) que, de modo geral, os(as) religiosos(as) coordenavam e supervisionavam o serviço do hospital, enquanto os(as) leigos(as), voluntários(as) ou trabalhadores(as) mal remunerados(as), provenientes de uma classe social considerada subalterna, realizavam o trabalho manual necessário - como a limpeza e o preparo de alimentos.

Posteriormente, na profissionalização da enfermagem, manteve-se a divisão do trabalho, que se processou através de duas categorias sociais: a das *ladies-nurses* e a das *nurses*. No sistema nightingaleano, as candidatas dividiam-se nessas duas categorias, em que as *lady-nurses*, provenientes de classes sociais mais elevadas, eram destinadas ao ensino e supervisão de pessoal, e as *nurses*, provenientes de classes sociais inferiores às das *lady-nurses*, destinavam-se ao serviço dos hospitais e ali executavam o trabalho manual (MELO, 1986, p. 48-49). De acordo com Graciette Borges da Silva (1986, p. 54)

As primeiras, oriundas da burguesia, da pequena burguesia ou da aristocracia inglesas; as últimas, oriundas do proletariado. Estas eram destinadas ao serviço 'grosso' das enfermeiras: trocas da roupa de cama, banhos de leito, ministração de medicamentos, ligando-se, portanto, ao cuidado direto dos pacientes. Aquelas, destinadas às 'nobres' tarefas do ensino, da supervisão de serviços e das *nurses* e da administração hospitalar; portanto, apenas indiretamente ligas ao cuidado dos pacientes. Um sendo vistas como executoras de um dado tipo de fazer de baixo prestígio social.

Nota-se que o sistema nightingaleano manteve a hierarquia no trabalho de enfermagem, trazida de sua alta classe social, bem como da organização religiosa e militar, materializando, pois, as relações de dominação-subordinação, reproduzindo as relações de classe social na enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 43).

Além disso, "o treinamento dos agentes da enfermagem, que foi introduzido no século XIX, teve a finalidade, num primeiro plano, de legitimar a hierarquia de poder que já existia entre o pessoal de enfermagem e disciplinar as relações de poder no ambiente hospitalar" (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 47).

A divisão social do trabalho já estava presente na origem da enfermagem moderna, mas no início do século XX essa divisão se estendeu, apoiando-se nos "princípios da racionalidade científica do trabalho para dar conta da crescente hospitalização,

racionalidade do serviço, menos gastos e mais eficiência” (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 56).

A estrutura de classe se reproduzia, assim, no âmbito da moderna enfermagem: as *lady-nurses* vinham de uma classe social economicamente mais favorecida e, em nome de um saber técnico mais amplo da enfermagem, se ocupavam de tarefas consideradas “mais intelectuais” e eram preparadas para o ensino e supervisão do pessoal de enfermagem, enquanto as *nurses*, provenientes de classes sociais menos favorecidas, executavam o trabalho “mais manual”, prestando o cuidado direto ao enfermo.

No Brasil, logo após a formatura das primeiras turmas formadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery

[...] as enfermeiras diplomadas começam a formar pessoal auxiliar para executar os cuidados e tarefas delegadas, de cunho manual, sob sua supervisão. Atendem assim as necessidades dos donos de hospitais de gastar menos com a remuneração do trabalho e para isso empregam pessoal de enfermagem do tipo auxiliar, gerenciado pelo trabalho de um enfermeiro (PIRES, 1989, p. 138).

Desse modo, o curso de auxiliar de enfermagem foi implantado desde 1941 na Escola Anna Nery e no ano de 1946 foi sancionado o decreto que criou o curso de auxiliar de enfermagem (GUIMARÃES; CARVALHO, 2005, p. 106). O técnico de enfermagem, a seu turno, teve sua formação regulada e regulamentada no Brasil a partir de 1966.

Nota-se que a divisão técnica e social do trabalho marca a enfermagem, de suas origens à sua realidade contemporânea, eis que a nova enfermagem profissional mantém a divisão técnica e social, com o parcelamento do trabalho em tarefas e responsabilidades distintas, conferidos a diferentes agentes, de forma a reproduzir a demarcação das classes sociais dos(as) seus(suas) exercentes.

No Brasil, atualmente, o trabalho de enfermagem é realizado por diferentes categorias de trabalhadores, abrangendo enfermeiros(as), auxiliares de enfermagem e técnico(as) de enfermagem.

Tal separação entre os(as) profissionais da enfermagem, juntamente à diferenciação de salários e ao papel de gerenciador(a) de interesses dos seus empregadores

atribuído aos(às) enfermeiros(as) compõem a configuração de conflitos permanentes entre enfermeiros(as) e categorias auxiliares. Cristina Melo (1986, p. 79) elucida que

O que acontece com a enfermeira em relação às demais categorias é uma tentativa de reproduzir a própria subjunção da enfermagem à prática médica. As enfermeiras, assim como os médicos já o fizeram, tentam se estabelecer no papel de únicos trabalhadores qualificados e capazes de elaborar concepções e a prática da enfermagem. Impelidas pela hierarquia hospitalar, dentro dos princípios taylorísticos da divisão do trabalho, a uma posição indefinida, dona de um poder eventual, mas sempre submissa ao médico, a enfermeira tenta impor uma liderança sobre as demais categorias, acirrando uma disputa de papéis, que longe de ser uma questão meramente pessoal ou técnica, é política e ideológica.

Ademais, a divisão social no processo de produção de saúde também se expressa na relação entre a prática médica e a prática da enfermagem. Ao passo que “o trabalho médico é determinante e dominante do processo de trabalho em saúde, [...] a enfermagem contribui para a parte mais manual, que por sua vez foi redividida cabendo ao enfermeiro ‘mais qualificado’ o trabalho mais intelectual e aos auxiliares – ‘menos qualificados’ - a parcela mais manual do trabalho” (BUJDOSO *et al*, 2007, p. 1364). Assim, os(as) profissionais da enfermagem “respondem, formal ou informalmente, tanto a uma diretoria médica quanto a uma diretoria administrativa”, e a linha hierárquica existente nos serviços de saúde se estende do administrador e do médico para o enfermeiro e deste para os(as) trabalhadores(as) de enfermagem não superiores (SOBOLL, 2003, p. 51).

É possível perceber na origem e no desenvolvimento da enfermagem características ainda presentes neste ofício, que explicam questões ainda correntes - como a atribuição do cuidado aos enfermos às mulheres, a divisão social do trabalho gestada desde a formação da enfermagem e a relação de dominação-subordinação existente entre categorias da enfermagem e entre enfermeiros(as) e médicos(as), também baseada em uma divisão social do trabalho.

Apreender a conformação histórica da enfermagem constitui passo indispensável para analisar a realidade material contemporânea que se revela no processo de produção do cuidado e intervir nos percursos até então repisados.

Essas questões que permeiam a conformação histórica da enfermagem também se relacionam de forma estreita com a invisibilidade dos(as) exercentes da

enfermagem, a negação de reconhecimento a eles(as) atribuída e a vulnerabilidade desses(as) profissionais nas relações que estabelecem e em seu ambiente laboral, que serão temas do tópico seguinte.

Não há dúvidas de que se torna indispensável aprofundar a análise do que se obteve a partir do percurso histórico trilhado. Propor caminhos para se chegar a certo destino almejado, seja ele a visibilização da violência no trabalho ou o aperfeiçoamento do ambiente laboral no setor da saúde, só é possível quando se sabe não só para onde ir, mas, também, de onde partimos.

2 INVISIBILIDADE E (NÃO) RECONHECIMENTO NA ENFERMAGEM: A VULNERABILIDADE ANTE A VIOLÊNCIA NA ENFERMAGEM

A análise da construção sócio-histórica da enfermagem esclarece a gênese de questões ainda presentes nessa categoria e em sua prática social relacionadas a sua desvalorização e, também, à vulnerabilidade dessa categoria a práticas potencialmente violentas no ambiente laboral.

Hirigoyen (2009, p. 141) confirma o quadro em que se encontram as enfermeiras, especificamente, em relação ao contexto hospitalar, “propício a excessos, mal-entendidos, humilhações e abusos de poder. Por outro lado, elas se queixam muito frequentemente de não serem reconhecidas pelos médicos”.

Esses(as) profissionais compõem a área da saúde, que demanda a atuação de diversos outros(as) profissionais, os quais se ocupam de parcelas de cuidado intrinsecamente interligadas e complementares, delimitadas pelos saberes e práticas que constituem o exercício profissional de cada participante dessa teia, mas que obtêm parcelas distintas de visibilidade e de valorização social.

No caso da enfermagem, a conhecida imagem da enfermeira de uniforme branco que pede silêncio no hospital parece encontrar, em seu reflexo, para além da cessação de desordem e ruído, a invisibilização da sua própria atividade.

Nessa direção, Fernando Braga da Costa (2004) aborda a invisibilidade pública ao tratar a realidade excludente vivenciada por garis na cidade de São Paulo. Neste sentido o conceito de invisibilidade pública se refere ao “[...] desaparecimento intersubjetivo de um homem no meio de outros homens, é expressão pontiaguda de dois fenômenos psicossociais que assumem caráter crônico nas sociedades capitalistas: humilhação social e reificação” (COSTA, 2004, p. 63).

Nas sociedades industriais, a partir do processo de reificação, “o valor (do quer que seja: pessoas, relações inter-humanas, objetos, instituições) vem apresentar-se à consciência dos homens como valor sobretudo econômico, valor de troca: tudo passa a contar, primariamente como mercadoria” (COSTA, 2004, p. 64). E, nesse

quadro, à enfermagem continua sendo atribuído pouco valor social, eis que se trata de trabalho reprodutivo não percebido como contribuição social relevante.

Ao longo da construção da enfermagem, percebe-se que, em muitos momentos, “o saber de enfermagem, atrelado em grande parte ao trabalho manual e cercado pelas virtudes de modéstia e abnegação, foi considerado como saber pré-lógico e, portanto, um não saber” (PADILHA, apud JESUS *et al*, 2010, p. 167).

A desvalorização do saber da enfermagem, o desprestígio profissional e social que foram impostos aos seus exercentes, a percepção da categoria como submissa ao poder institucional médico e sua histórica predominância feminina, são aspectos que se entrelaçam, marcando a enfermagem desde seus primórdios. O cuidar, como atividade percebida como naturalmente feminina e que não demanda conhecimentos específicos, é, por isso, desvalorizado, invisibilizado. E, conforme assinala Boaventura de Sousa Santos (2008, p. 110), em toda lógica de produção de ausência, a desqualificação das práticas vai de par com a desqualificação dos seus agentes.

Assim, a construção histórica do percurso dessa prática social testemunha a falta de visibilidade e o desapareço social de que se reclama hodiernamente. Permanece arraigada à imagem da enfermagem sua trajetória histórica, o que resulta em dificuldade para que seja reconhecida como uma profissão socialmente relevante, que embasa seu agir no conhecimento técnico-científico e que se mostra indispensável para o êxito do sistema de saúde atual.

Para analisar esse quadro de desprestígio social e a necessidade de reconhecimento dessa categoria, não se pode deixar de empreender reflexões de gênero que se mostram indispensáveis para a compreensão da realidade, a começar pela divisão sexual do trabalho que perpassa a enfermagem.

2.1 ENFERMAGEM, GÊNERO E (IN)VISIBILIDADE

As desigualdades de gênero sempre permearam o mundo do trabalho. O modo de produção capitalista utiliza e reforça o patriarcalismo, fazendo da dominação das mulheres parte de sua dinâmica.

Na lógica do patriarcalismo, as mulheres são subjugadas não só na esfera da produção material, por sua manutenção em ocupações secundárias e mal remuneradas, mas também na esfera da reprodução dos seres humanos, em que as mulheres têm sua sexualidade controlada e a elas são atribuídas a prestação de serviços domésticos ao grupo familiar.

Tal assimetria de gênero é difundida por meio de princípios construídos socialmente e que são transmitidos por uma “ideologia naturalista” que rebaixa o gênero feminino ao sexo biológico e “reduz as práticas sociais a papéis sociais sexuais que remetem ao destino natural da espécie” (HIRATA; KERGOAT, 2009, p. 599). Assim, importa esclarecer, inicialmente, que

A palavra sexo vem do latim ‘sexus’ e refere-se à condição orgânica (anátomo-fisiológica) que distingue o macho da fêmea. Sua principal característica reside na estabilidade através do tempo. A categoria gênero provém do latim “genus” e refere-se ao código de conduta que rege a organização social das relações entre homens e mulheres. Sua principal característica está na mutabilidade, isto é, na possibilidade de mudança na relação entre homens e mulheres através do tempo. Não se trata de um atributo individual biológico ou inato, mas que se adquire a partir da interação com os outros e contribui para a reprodução da ordem social (YANNOULAS, 2002, p. 09).

O desenvolvimento do conceito de gênero ultrapassa as diferenças biológicas entre os sexos e, considerada a impossibilidade de se apontar o que as diferenças físicas entre os sexos significam, indica que os significados a essas diferenças são socialmente construídos, impostos e utilizados para legitimar privilégios e hierarquias. Joan Scott, uma das pioneiras no estudo de gênero, assinala que

No seu uso mais recente, o ‘gênero’ parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como ‘sexo’ ou ‘diferença sexual’. O gênero sublinhava também o aspecto relacional das definições

normativas das feminilidades. As que estavam mais preocupadas com o fato de que a produção dos estudos femininos centrava-se sobre as mulheres de forma muito estreita e isolada, utilizaram o termo “gênero” para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico (SCOTT, 1995, p. 72).

Essas diferenciações de gênero permeiam as mais distintas esferas sociais e se impõem também no âmbito do trabalho e em sua divisão, culturalmente determinada. Marx e Engels já apontavam, em “A ideologia alemã” (1846), que “a primeira divisão do trabalho é a que se fez entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos” (apud ENGELS, 1997, p. 70).

A concepção de divisão sexual do trabalho - uma das características fundamentais que marcam as relações sociais de gênero em uma sociedade patriarcal e um dos princípios organizadores da produção capitalista - pode ser compreendida como a forma de divisão do trabalho social, adaptada historicamente e a cada sociedade, decorrente das relações sociais de sexo (KERGOAT, 2003, p. 55).

O termo é utilizado para descrever de um lado, “[...] a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, e as variações no tempo e no espaço dessa distribuição” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 596) e, também, de outro, como essa distribuição “se associa à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 596).

A divisão sexual do trabalho se baseia em dois princípios organizadores nucleares: o princípio de separação, que determina que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, e o princípio de hierarquização, que valora um trabalho masculino como superior a um trabalho feminino (KERGOAT, 2003, p. 55). Sob esse viés, a assimilação da mulher no mercado de trabalho ainda tem ocorrido de forma discriminada em termos de salários, tarefas e de possibilidade de ascensão.

Além disso, duas das principais características da divisão sexual do trabalho são a atribuição da esfera produtiva aos homens e a destinação das funções de maior valorização social a estes, enquanto às mulheres tem sido atribuída a esfera reprodutiva.

Com efeito, a cumulação de jornadas, com a manutenção do trabalho doméstico como atribuição exclusiva da mulher, sem seu compartilhamento com o parceiro,

mesmo com seu trabalho formal fora de casa, assim como a definição principal da mulher em seus papéis familiares e o papel secundário conferido ao seu trabalho, são algumas evidências da assimetria que continua a marcar a participação das mulheres na esfera laboral.

Ademais, também o setor da saúde tem abrigado, de forma contínua, uma divisão sexual do trabalho em que as mulheres, predominantemente, atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar.

Historicamente, o cuidado da enfermagem tem sido realizado por mulheres, mas, no Brasil, as ações relacionadas ao tratar, foram exercidos inicialmente e por muito tempo (desde o século XVI até o século XIX), pelos homens, fossem eles feiticeiros e sacerdotes de tribos, ou físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, jesuítas, curandeiros, práticos ou escravos treinados (PIRES, 1989, p. 56).

Apesar da inserção das médicas no mercado de trabalho atualmente, ainda percebe-se que as mulheres são maioria em certas especialidades: “[...] dentre 64 especialidades, apenas cinco concentram mais de 60% de todo o contingente feminino. São médicas pediatras, ginecologistas, clínicas gerais, cardiologistas e dermatologistas” (MILLAN, 2005, p. 75).

Também na medicina, portanto, a opção das mulheres por certas especialidades, como a Pediatria ou a Ginecologia, pode ser explicada por serem estas áreas “tipicamente femininas”, relacionadas à reprodução feminina e ao cuidado de mulheres e crianças.

A feminilização é uma característica pronunciada do setor da saúde: as mulheres representam atualmente mais de 70% de todo o contingente, com tendência ao crescimento para os próximos anos. Em algumas profissões, esse processo de feminilização ultrapassa a 90% (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012, p. 119).

Além disso, as mulheres constituem 84,6% do total de profissionais da enfermagem no Brasil, consoante a pesquisa “Perfil da enfermagem no Brasil” (2015), realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) (AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2015).

As atividades relacionadas ao ato de cuidar, assim como os trabalhos domésticos, têm sido fortemente atribuídas às mulheres e naturalizadas de forma a aparecerem como privativas e constitutivas da condição feminina. Nesse sentido, o cuidado profissional é frequentemente confundido com o trabalho realizado pelas mulheres no âmbito doméstico, socialmente desvalorizado, razão pela qual existe uma estreita relação entre o lugar social de mulheres e enfermeiras (COELHO, 2005, p. 346).

Além disso, a enfermagem moderna brasileira nasceu no início do século XX, quando a mulher era reduzida apenas às funções de mãe, esposa e educadora, e sua atuação no mundo público também era vinculada a essas funções, havendo, assim, forte limitação da mobilidade da mulher ao que é definido socialmente como qualidades, como docilidade, submissão e abnegação. Em outras palavras, portanto, o lugar das mulheres seria a extensão do mundo privado (COELHO, 2005, p. 346).

A enfermagem é percebida, assim, como o mero aperfeiçoamento técnico de ocupações historicamente destinadas à mulher, o que implica em diferenciação de status das exercentes dessa profissão, e, por conseguinte, também em desvantagem salarial e de condições de trabalho.

Trata-se, é certo, de realidade há muito imposta e reproduzida. Florence Nightingale retratou a vinculação a seu tempo existente, na sociedade inglesa, entre a enfermagem e as mulheres, ao mencionar que “já foi dito e escrito vezes sem conta que qualquer mulher pode vir a ser uma boa enfermeira” (NIGHTINGALE, 1989, p. 14”) e que “todas as mulheres, ou pelo menos quase todas, na Inglaterra, assumem, em algum período de sua vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, criança ou inválido – o que significa que todas exercem a enfermagem” (NIGHTINGALE, 1989, p. 11).

A naturalização da visão que atribui à mulher o lugar inato e indesviável de cuidadora contribui para a desvalorização social da enfermagem, eis que percebe o saber dessa profissão como um não saber, como uma atividade que não demanda conhecimentos técnicos-científicos específicos a serem aprendidos, mas como uma extensão da cisão ancestral entre o lócus privado, imposto à mulher, e o público, ao homem atribuído.

Nesse contexto, mesmo com o aumento da tecnicidade no âmbito assistencial e gerencial, a profissão da enfermeira ainda é pouco associada a uma profissão técnica, permanecendo a representação da profissão associada mais ao sentido de tratamento como atenção dispensada ao paciente que ao uso de técnicas e instrumentos (SANTOS, 2012, p. 88).

As competências da enfermagem são vistas, assim, como competências alicerçadas em um sistema de reconhecimento de qualidades e não a um sistema de reconhecimento de qualificação. Enquanto a tecnicidade é associada ao masculino e ao trabalho qualificado, socialmente valorizados, os trabalhos fundados na esfera relacional, como o trabalho da enfermagem, são eliminados de uma representação em termos de tecnicidade, e são considerados pertencentes ao universo de qualidades inerentes à natureza feminina (SANTOS, 2012, p. 89).

Há, assim, a criação de identidades profissionais sexuadas, com a manutenção de antigos estereótipos que são vistos como decorrência de dados biológicos, não como construção social mantenedora de privilégios. Mas Simone de Beauvoir já advertira, em 1949, quando da publicação de “O segundo sexo”: “vê-se que se a situação biológica da mulher constitui um *handicap*, é por causa da perspectiva em que ela se apreende” (2009, p. 436).

Essas identidades profissionais sexuadas tornam-se, então, identidades naturalizadas: nota-se que a atribuição do vocábulo feminino “enfermeira” comumente utilizado para designar o(a) profissional de enfermagem e masculino para indicar o(a) médico(a) é um indicativo dessa naturalização de estereótipos existentes no atual sistema de saúde.

Embora as atividades de médicos(as) e enfermeiras tenham como finalidade a ação terapêutica, há, em suas práticas, uma dicotomia entre tratar – atividade dos(as) médicos(as) – e cuidar – atividade das enfermeiras – que operam uma clivagem de poder entre estes profissionais. O que se estabelece, dessa forma, é uma dicotomia entre “saberes de homens” e “saberes de mulheres”, que promove claras hierarquizações na saúde. Desse modo,

A hierarquia de gênero pode claramente ser exemplificada pelos lugares socialmente definidos (pelo gênero) da medicina e da enfermagem: homem – médico e mulher - enfermeira. Quando se dá uma inversão destes (homem - enfermeiro e mulher - médica) o prestígio de gênero permanece.

A médica é mais valorizada do que o enfermeiro, não por ser mulher, mas por exercer uma profissão que historicamente foi construída hierarquicamente superior pelo e como masculina. Neste sentido, a dominação ganha visibilidade na constituição da cientificidade dos campos – médicos (homens) mais científicos, mais cientistas, mais qualificação; enfermeiras, mais técnicas, mais atributos, mais qualidades. Isso decompõe-se na divisão social e sexual do trabalho como elemento gerador de conflito entre obediência e desigualdade (BANDEIRA, OLIVEIRA, 1998, p. 683).

A essa dicotomia se relaciona um universo de virtudes e valores morais específicos que se exigiu das enfermeiras quando do momento de sua profissionalização, em vez de um conhecimento especializado, e que continuou vinculado ao imaginário que circunda a enfermagem.

Qualidades como paciência, abnegação, obediência, delicadeza, disciplina, organização, discrição, pontualidade, docilidade e honestidade, por exemplo, naturalizadas como femininas, são presumidas em uma enfermeira. Atributos como inteligência, racionalidade, abstração e criatividade, por sua vez, tidas como masculinas, atribuídas àqueles(as) que exercem a medicina, não são vistos como condição para o exercício da enfermagem.

A submissão das enfermeiras ao(à) médico(a) e ao seu saber-poder construiu-se como característica da enfermagem desde seu início. Florence Nightingale (1989, p. 166) assinalava em 1859, quando da publicação de “Notas sobre a enfermagem”: “ninguém pense, entretanto, que a obediência ao médico não é absolutamente necessária”.

Assim, a percepção social dos(as) profissionais da enfermagem como trabalhadores(as) sem autonomia na tomada de decisões em seu cotidiano profissional, inerentemente inferiores aos(às) médico(as), perpetuou-se, fortalecendo a invisibilização e desvalorização da enfermagem na área da saúde.

Há que se citar, nesse tocante, que aqui se percebe um traço marcante da sociedade brasileira apontado por Marilena Chauí (2003), que se manteve enraizado desde o período colonial escravista, referente ao autoritarismo e à forte hierarquização em todos os aspectos.

Nesse contexto, as relações sociais são sempre realizadas como relação entre um superior e um inferior, um que manda e outro que obedece: uma relação na qual o

outro não é reconhecido como subjetividade. Trata-se, pois, de micropoderes capilarizados que circulam em todas as esferas da sociedade, na naturalização das desigualdades sociais e econômicas, nas mais diversas formas de violência e

No fascínio pelos signos de prestígio e poder: uso de títulos honoríficos sem qualquer relação com a possível pertinência de sua atribuição, o caso mais corrente sendo o uso do "doutor". Quando, na relação social, o *outro* se sente ou é visto como superior, "doutor" é o substituto imaginário para os antigos títulos de nobreza, manutenção da criadagem doméstica cujo número indica aumento de prestígio e de status. (CHAUI, 2003 p.55).

Assim, determinações de gênero e relações de dominação-submissão são alguns dos aspectos que se encontram enraizados no processo de desvalorização social que acomete a enfermagem. Nessa direção, Florence Nightingale já evidenciava a desvalorização ao trabalho das enfermeiras em seu tempo, apontando que

Parece idéia comumente aceita por homens e mesmo mulheres que para transformar uma mulher em boa enfermeira nada mais é necessário do que um desapontamento amoroso, a falta de um objetivo na vida, um enfado de tudo ou a incapacidade para outras atividades (NIGHTINGALE, 1989, p. 147).

A noção exposta por Florence demonstra a falta de reconhecimento que encobria a enfermagem e que, ainda hoje, entremeia as práticas de violência presentes nesse universo, aí incluída a violência oriunda da clientela do sistema de saúde. Nota-se, pois, que a abordagem da violência que se materializa como assédio moral no contexto da enfermagem exige a abordagem de temas que se encontram intrinsecamente interligados: a invisibilidade e as lutas por reconhecimento.

Reconhecimento e invisibilidade são lados opostos de uma mesma moeda. Mas a invisibilidade ou não-existência não é algo dado, natural. O que não existe é ativamente produzido, por meio de várias lógicas e processos, como não existente: "há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível" (SANTOS, 2008, p. 102).

Uma das lógicas de produção da não-existência apresentadas por Boaventura de Sousa Santos (2008) é a lógica da classificação social, assente na monocultura da naturalização das diferenças, que se fundamenta na distribuição dos grupos por

categorias que naturalizam hierarquias. A classificação sexual é uma das mais patentes manifestações dessa lógica, que apresenta como consequência a relação de dominação (SANTOS, 2008, p. 103).

Conforme essa lógica, aponta Boaventura de Sousa Santos (2008, p. 103) que “[...] a não-existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural. Quem é inferior, porque insuperavelmente inferior, não pode ser uma alternativa credível a quem é superior”. Essa lógica se encontra nas bases da divisão sexual e afeta particularmente as profissões ditas “tipicamente femininas”, como a enfermagem.

Também se relaciona à invisibilidade da enfermagem a lógica produtivista, outro modo de produção de não-existência: trata-se de uma lógica assente na monocultura dos critérios de produtividade capitalista, nos termos da qual “o crescimento econômico é um objetivo racional inquestionável e, como tal, é inquestionável o critério de produtividade que mais bem serve esse objetivo” (SANTOS, 2008, p. 104).

O trabalho produtivo, para esse modo de produção de não-existência, é o trabalho que maximiza a geração de lucros num dado ciclo de produção. Nos termos dessa lógica, “a não-existência é produzida sob a forma do improdutivo que, aplicada [...] ao trabalho, é preguiça ou desqualificação profissional” (SANTOS, 2008, p. 104).

Os atos médicos são “concretos, quantificáveis, justificam maior salário e pagamento por ato realizado. Isso nos confronta com a visibilidade do trabalho médico, enquanto que o trabalho de enfermagem, por sua vez, se incorpora aos fins, se invisibiliza” (LOPES; LEAL, 2005, p. 112-113). A partir da lógica produtivista, portanto, o trabalho da enfermagem é produzido como não-existente, eis que o cuidar não é contabilizado nos critério de produtividade capitalista.

É claro, contudo, que a enfermagem também representa contribuição social indispensável para a reprodução cotidiana da sociedade capitalista. Marta Lúcia Marques Lopes (1987, p. 97) sublinha que

Como o trabalho administrativo doméstico, o trabalho de administrar o consumo das unidades de internação nos hospitais não é contabilizado separadamente, o que obscurece seu valor econômico. [...] busca-se a enfermeira não para prestar um cuidado mais qualificado ou administrar a assistência da enfermagem, mas para atuar como propósito zelador dos

interesses da administração. Assim, supervisão pode ser considerada fiscalização às tarefas subordinadas.

Soma-se a esse quadro a ênfase existente desde o princípio da construção da enfermagem moderna em virtudes e valores morais para as enfermeiras, não em um conhecimento especializado que pudesse competir com a prática médica ou uma prática profissional que alarmasse a sociedade conservadora da época – e, principalmente, os homens – com a possibilidade de modificações nos papéis familiares então fixados.

Em uma sociedade em que os valores patriarcais se impõem, as mulheres ainda são pensadas como destinadas para o trabalho reprodutivo, como o cuidado do *outro*, por “natureza”, e por assim ser, esta atividade não é percebida como contribuição social relevante. Esta naturalização da divisão sexual do trabalho permanece comumente oculta às trabalhadoras e obscurece sua consciência sobre a exploração e a violência a que são frequentemente submetidas.

Essas duas lógicas sociais de produção de não-existência, do inferior e do improdutivo, se entrecruzam na produção da invisibilidade da enfermagem. Os profissionais da enfermagem, invisibilizados, tornam-se sombras suaves, que comumente deixam de ser vistas. Claro está, pois, que

A distribuição da luz e das sombras sobre os objetos, ambientes e corpos não é coisa que deveríamos tomar meramente como coisa física [...] A iluminação é coisa também social. O que vemos e o que deixamos de ver, o regime de nossa atenção, é decidido segundo o modo como fomos colocados em companhia dos outros, segundo o modo como também nos colocamos e como eventualmente nos recolocamos em sua companhia (COSTA, 2004, p. 18).

Sob esse viés de redistribuição de luz e sombra é que se coloca a questão da visibilização do trabalho da enfermagem e de seus(suas) exercentes. Se, a partir de uma “transformação do sistema de poder no interior do hospital” a que alude Foucault (2015, p. 185), o “médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (2015, p. 186), é preciso que se ilumine os(as) demais profissionais que participam dos serviços de saúde, para que não seja obstada ou diminuída sua possibilidade de obterem a valorização social de que reclamam.

O cuidado da enfermagem se torna invisível no contexto de hegemonia do saber médico, também porque, assim como o trabalho doméstico, é naturalizado e não tem seu valor econômico ressaltado, como espécie de trabalho reprodutivo⁶, e, por isso, não tem visibilidade e reconhecimento no modelo econômico vigente.

Procede-se, então, a uma diferenciação entre médicos(as) e enfermeiros(as), como assinala Maria Júlia Marques Lopes (1988, p. 215), a qual

[...] não é somente o resultado de execução de tarefas técnicas junto ao cliente/paciente; ela se deve, também e fundamentalmente, aos critérios extrínsecos ao trabalho em si; a característica de 'status diferenciado', confere a carreira do médico privilégios junto aos seus pares na prática de saúde. Além do conhecimento técnico geral, à carreira médica são adscritas nuances típicas de uma sociedade classista que se manifestam no próprio modo de ser burguês ou pequeno-burguês do médico. Assim, a grande massa de trabalhadores da saúde (mais de 80%) é constituída pela enfermagem, subsidiando a chamada atividade-fim que é o ato médico.

Atualmente, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde é composta por um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 1,7 milhão, o que corresponde a cerca de 50%, atuam na enfermagem, contudo “[...] sua presença é mínima quando se trata de compartilhar os espaços de poder nos processos decisórios sociopolíticos no setor de saúde” (LIMA, 2011, p. 75).

Assim, esses trabalhadores que constituem “a grande massa de trabalhadores da saúde” exercem papel indispensável para a recuperação da saúde do indivíduo doente, fazendo com que possam adquirir sua independência o mais rápido possível, “lutam pelo doente e eles agradecem ao médico quando se curam” (LOYOLA, 1987, p. 79).

A invisibilidade das práticas do cuidado e de seus exercentes persiste, portanto, apesar da quantidade de trabalhadores(as) da enfermagem que possibilita a manutenção do sistema de saúde nacional. Contudo, a discussão acerca da visibilidade nesse contexto é ponto inicial para se pensar na evolução das lutas por reconhecimento e na valorização social da enfermagem, justamente porque a

⁶ Entende-se como trabalho produtivo, à partir da literatura marxista clássica, aquele que produz riqueza e que se encontra diretamente ligado à extração de mais-valia, e enquanto trabalho reprodutivo, aquele que está relacionado à reprodução da força de trabalho, atuando de forma sistêmica na manutenção do sistema produtivo.

visibilidade caracteriza “uma forma elementar de ‘reconhecimento’” (HONNETH, 2011, p. 170).

Nesse sentido, ao abordar a distinção entre “conhecer” e “reconhecer”, Honneth explica que conhecer é um ato não público e cognitivo, e que enquanto com o conhecimento de uma pessoa nos referimos a sua identificação, com o “reconhecimento” podemos designar o ato expressivo mediante o qual é conferido àquele “conhecimento” o significado positivo de uma apreciação (HONNETH, 2011, p. 170).

Ademais, a enfermagem encerra situação peculiar, não observada em outras profissões: a categoria é composta de distintos profissionais, com distintos graus de qualificação profissional. Ocorre que essa diferenciação entre os profissionais não é clara à população, de modo geral e à sua clientela, particularmente.

Assim, 79% dos profissionais da enfermagem são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 26% são enfermeiros. No Espírito Santo, a enfermagem é composta por 79,7% de técnicos e auxiliares e 22,6% de enfermeiros. (COREN-ES, 2015).

Há, aí, pois, significativas diferenças no interior de uma mesma categoria. O credenciamento acadêmico universitário atribui, a princípio, valorização social distinta do restante dos profissionais, eis que a formação superior atribui à enfermeira a competência do pensar e agir no trabalho teoricamente fundamentados.

Destarte, aos(às) enfermeiras caberia o trabalho intelectual, vez que são ao(as) detentoras do saber, e aos(às) demais trabalhadores(as) caberia o trabalho manual, correspondente às ações do cuidado, vistas como desapropriadas do saber: “desse modo, não é possível que o trabalho profissional seja executado por quem não detém o saber profissional; delegar o trabalho profissional supõe desqualificá-lo como tal” (PIMENTA, 2014, p. 61). Essa cisão entre o saber (intelectual) e o fazer (manual) “foi assumida como gênese da ‘crise de identidade’ da Enfermagem” (PIMENTA, 2014, p. 60).

Contudo, o quadro geral que se apresenta é que enfermeiros(as), auxiliares de enfermagem e técnicos(as) de enfermagem não gozam de reconhecimento social independentemente do credenciamento acadêmico universitário, o que indica que a

invisibilidade da enfermagem decorre da atividade que é desempenhada, do ato de cuidar, e não só do conhecimento teórico ou prático que possuem esses(as) profissionais.

Apesar de diferenças na formação e atuação dos(as) profissionais da enfermagem, os(as) usuários(as) do sistema de saúde percebem sua atividade como assistência, de forma homogênea, subsumida ao trabalho médico, ou seja, um trabalho que não é tido como contribuição laboral socialmente valiosa no modelo biomédico vigente, em que o saber médico e a medicalização adquirem importância central. Resta clara, desse modo, a centralidade que adquirem as lutas por reconhecimento no contexto da enfermagem.

2.2 O (NÃO) RECONHECIMENTO NA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE AXEL HONNETH

Consoante já mencionado, reconhecimento e invisibilidade são lados opostos de uma mesma moeda: a visibilidade caracteriza “uma forma elementar de ‘reconhecimento’” (HONNETH, 2011, p. 170). Pode-se designar por “reconhecimento” o ato expressivo mediante o qual é conferido ao conhecimento, como ato não-público e cognitivo, o significado positivo de uma apreciação (HONNETH, 2011, p. 170).

Conectando reconhecimento e assédio moral, Marie-France Hirigoyen destaca que “uma pessoa inexpressiva no olhar dos outros não tem como não fugir e se deprimir. É, por sinal, ao que leva o assédio moral, ao provocar o desaparecimento simbólico de uma pessoa” (HIRIGOYEN, 2009, p. 199).

Com vistas a aprofundar a análise das lutas por reconhecimento, cumpre mencionar o quadro teórico delineado por Axel Honneth (2009), a partir do modelo conceitual hegeliano acerca do reconhecimento, elaborado no período de Jena (1801 – 1807), e dos escritos de George Herbert Mead sobre psicologia social, que dão à ideia hegeliana sua necessária inflexão empírica.

Ao quadro teórico desenvolvido por Honneth interessa justamente aqueles conflitos que resultam de uma “experiência de desrespeito social, de um ataque à identidade pessoal ou coletiva, capaz de suscitar uma ação que busque restaurar relações de reconhecimento mútuo ou justamente desenvolvê-las num nível evolutivo superior” (2009, p. 18). Para ele, “a base da interação é o conflito, e sua gramática, a luta por reconhecimento” (2009, p. 17).

A possibilidade de dignificação do ser humano exige o reconhecimento de identidades individuais ou coletivas e a identidade, como identificado por Charles Taylor (2000, p. 241), é construída de modo dialógico, ou seja “nossa identidade é moldada em parte pelo reconhecimento ou por sua ausência, frequentemente pelo reconhecimento errôneo por parte dos outros”. É que o indivíduo “[...] nasce – e morre – pelos olhos do outro: a qualidade do olhar que nos é dirigido constitui-se como espelho, verdadeiro ou deformador. Aí, afinal, definem-se lugares mais ou menos autênticos, lugares mais ou menos aprisionadores” (COSTA, 2004, p. 216).

Pode-se dizer que o reconhecimento equipara-se ao “olhar desembaçado” e, assim, os sujeitos se sentem “[...] iluminados – alimentados – na experiência intersubjetiva do olhar desembaçado: ver-se e sentir-se como quem é visto [...] Um corpo humano sem luz, corpo que desaparece e fica apagado, é um corpo fraco, que se fecha sobre si mesmo, corpo tenso” (COSTA, 2004, p. 217).

Mas, na dialogicidade da formação de identidade dos exercentes da enfermagem, surge a percepção de desprezo social e, por conseguinte, a corrosão de sua autoestima, eis que a realidade lhes apresenta, em face de sua percepção da enfermagem como atividade nobre e respeitada, uma face concreta problemática, desvalorizada e explorada.

É nessa perspectiva que a ideia honnethiana aponta que, se por um lado, o aviltamento e a negação de direitos ameaçam a construção da identidade daqueles(as) que são a estas práticas submetidos(as), por outro, tais violações constituem fundamentos para a construção de lutas pelo reconhecimento e impulso para o desenvolvimento social.

Não se trata, porém, de caracterizar as experiências de desprezo e humilhação como algo necessariamente dirigido para dito impulso ao desenvolvimento social,

vez que, ante a experiência de desvalorização social, o reconhecimento pode ser buscado pelo indivíduo de maneiras distintas, incluídas, aí, as reações ao desprezo social materializadas como experiências de violência, por exemplo. Na mesma direção, Honneth (2011, p. 145) aponta que

A sensação de ter caído, de alguma maneira, da rede social de reconhecimento, apresenta uma forte motivação, altamente ambivalente nela mesma, para o protesto e a resistência social; lhe falta toda indicação normativa de orientação que determinaria de que maneira se deveria lutar contra a experiência do desprezo e da humilhação⁷.

É certo, contudo, que mesmo ante a ambivalência própria das experiências de aviltamento social, pode-se desenvolver acessos à desinvisibilização e ao incremento de resistência e organização social, no presente caso, pelos profissionais da enfermagem, em uma busca contínua de níveis superiores de reconhecimento.

No quadro teórico das lutas por reconhecimento, um dos pontos nodais tratados por Axel Honneth (2007, p. 87- 88) consiste na existência de três diferentes padrões de reconhecimento intersubjetivo, ou seja, três dimensões distintas, mas interligadas - amor, direito e estima social - que poderiam prover as “condições formais para a interação dentro das quais os seres humanos podem ter certeza de sua ‘dignidade’ e integridade” (HONNETH, 2007, p. 87- 88).

Nesse sentido, Axel Honneth (2007, p. 83) aponta para a ideia concebida por Hegel de que “o progresso ético ocorre ao longo de uma série de etapas, com padrões de reconhecimento cada vez mais exigentes, que são mediados por lutas intersubjetivas, nas quais os sujeitos tentam ganhar aceitação para reivindicações a respeito de sua própria identidade”.

Honneth aborda, portanto, três diferentes padrões de reconhecimento intersubjetivo, que se encontram em níveis crescentemente abrangentes: a dimensão do amor, relacionado à esfera emotiva, que permite que o indivíduo adquira confiança em si mesmo, imprescindível aos seus projetos de autorrealização pessoal; a dimensão

⁷ No original: “La sensación de haber caído, de alguna manera, de la red social del reconocimiento presenta una fuerte motivación, altamente ambivalente en ella misma, para la protesta y la resistencia social; le falta toda indicación normativa de orientación que determinaría de qué manera se debería luchar en contra la experiencia del desprecio y la humillación” (HONNETH, 2011, p. 145).

jurídico-moral, na qual os indivíduos passam a se considerar como portadores iguais dos direitos, sendo, pois, cada um reconhecido como autônomo e moralmente inimputável a partir da ótica de seus companheiros, podendo, assim, desenvolver o autorrespeito; e a dimensão da estima social, na qual as especificidades individuais de cada indivíduo são valorizadas e os projetos de autorrealização pessoal de cada indivíduo podem ser objeto de respeito solidário, de modo que, nessa esfera, as pessoas podem encontrar aceitação e incentivo recíproco de sua individualidade.

Dessa forma, a análise da dimensão da estima social na teoria proposta por Honneth, particularmente, pode contribuir para o exame das experiências de sofrimento e de negação de reconhecimento presentes na construção sócio-histórica pretérita e presente dos profissionais da enfermagem.

Honneth (2011, p. 141 – 142) ressalta o posto destacado ocupado pela experiência do trabalho nessa construção, “[...] pois com a possibilidade de se dedicar a um trabalho economicamente remunerado e portanto socialmente regulado, está vinculado, ainda hoje, a aquisição daquela forma de reconhecimento que tenho chamado estima social”⁸.

Assim, o trabalho perpassa a formação da identidade - umbilicalmente ligada às lutas por reconhecimento -, a qual, a seu turno, passa pela luta pela definição cultural acerca de que atividades e habilidades são socialmente valiosas. Axel Honneth (2007, p. 93) pontua que por causa do desemprego, que já não está apenas associado aos ciclos econômicos, mas é, agora, também estrutural, um número crescente de pessoas não têm a oportunidade de ter reconhecimento por suas habilidades adquiridas, entendida por Honneth como estima social.

Por isso, essas pessoas mal podem se considerar membros contribuintes de uma comunidade democrática organizada, já que isso pressupõe a experiência de cooperação, ou seja, a contribuição socialmente reconhecida para a reprodução social (HONNETH, 2007, p. 93).

Por esse motivo, Honneth indica que pode-se esperar um “número crescente de lutas por reconhecimento, direcionadas às definições institucionalizadas e medidas

⁸ No original: “[...] pues con la posibilidad de dedicarse a un trabajo economicamente remunerado y por ello socialmente regulado, está vinculada, todavía hoy día, la adquisición de aquella forma de reconocimiento que he llamado apreciación social” (HONNETH, 2011, p. 141-142).

de estima social que governam quais atividades e habilidades podem alcançar reconhecimento simbólico ou material”. Sem a ampliação radical do significado de “trabalho”, e do que pode justificavelmente ser incluído dentro dessa categoria, Honneth entende que essa luta por reconhecimento não pode ser resolvida prontamente (HONNETH, 2007, p. 93).

A enfermagem, como as demais atividades laborais, participa do contexto de formação de uma hierarquia institucionalizada dos valores relacionados às atividades socialmente tidas como valiosas. Assim, Axel Honneth (2011, p. 143) aborda a relação mútua entre trabalho e reconhecimento e aponta que duas perspectivas demonstram claramente que a organização do trabalho está relacionado de forma bastante estreita com normas éticas que regem o sistema de reconhecimento social.

A primeira delas remete ao ponto de vista histórico, a partir do qual nota-se que as tarefas domésticas e a educação infantil não foram valorizadas, até os dias atuais, como espécies de trabalho social perfeitamente válidos e necessários para a reprodução, o que “só pode ser explicado com referência ao desdém social mostrado nos marcos de uma cultura determinada por valores masculinos” (tradução livre⁹) (HONNETH, 2011, p. 143).

A segunda perspectiva apontada por Honneth se refere ao ponto de vista psicológico, e remete à distribuição tradicional dos papéis, a partir da qual “as mulheres só podem contar com possibilidades menores de encontrar, na sociedade, o grau de reconhecimento social que constitui a condição necessária para uma auto-definição positiva” (tradução livre¹⁰) (HONNETH, 2011, p. 143).

Logo, é possível inferir que para que a enfermagem atinja um grau de reconhecimento social que possibilite a cada um(a) de seus(suas) exercentes alcançar uma autodefinição positiva, suas atividades devem ser consideradas como uma contribuição laboral socialmente útil, o que depende, em última instância, das finalidades abrangentes de uma coletividade.

⁹ No original: “[...] solo se puede explicar con referencia al desdén social que se ha mostrado em el marco de una cultura determinada por valores masculinos”.

¹⁰ No original: “Desde el punto de vista psicológico, resulta de la misma circunstancia el hecho de que, bajo de la distribución tradicional de los papeles, las mujeres solo puedan contar con posibilidades menores de encontrar, dentro de la sociedad, el grado de reconocimiento social que forma la condición necesaria para una autodefinition positiva” (HONNETH, 2011, p. 143).

É que embora a finalidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde seja a ação terapêutica, e seu objeto, o indivíduo enfermo ou o indivíduo sadio ou exposto a riscos, com a necessidade de preservar sua saúde ou prevenir doenças (PIRES, 1989, p. 15), as atividades de cada grupo profissional adquirem níveis de reconhecimento distintos, na medida em que seus meios de trabalho diferem, sejam eles os meios relativos às dimensões intelectual ou manual¹¹ do trabalho.

Não se torna difícil de perceber, ainda aqui, “o desdém social mostrado nos marcos de uma cultura determinada por valores masculinos” a que Honneth (2011, p. 143) se refere. O cuidar é visto como atividade inferior e seus exercentes, em consequência, também são vistos por esse viés.

Desse modo, para que seja possível compreender as relações de trabalho - que também são relações de poder - estabelecidas entre os sujeitos na estrutura hospitalar e dos serviços de saúde, e a violência que aí se engendra, mostra-se fundamental entender não só o desenvolvimento histórico das profissões e das práticas do(as)s trabalhadores(as) que efetivam a prática terapêutica, como sua situação atual, na qual vige a invisibilidade do cuidado da enfermagem e, assim, também, a invisibilidade de seus(suas) exercentes.

Sob esse viés, apresenta-se um estado de vulnerabilidade da categoria à violência no ambiente laboral, seja ela externa, pelos usuários do sistema de saúde, ou interna, pelos profissionais que dividem o mesmo ambiente laboral. Examinar a violência e as relações que a possibilitam torna-se premente para a construção de um ambiente laboral apto a proporcionar e preservar a saúde integral do trabalhador e, também, possibilitar a saúde integral daqueles(as) que deles(as) necessitam para manter sua própria saúde.

¹¹ Como meios de trabalho de dimensão manual entende-se aqueles que transformam efetivamente o objeto e como meios de trabalho de dimensão intelectual, a consciência que o trabalhador tem sobre o trabalho.

3 O TRABALHO ENTRE SAÚDE E VIOLÊNCIA(S): EXPRESSÕES VIOLENTAS DISTINTAS E O SOFRIMENTO EM COMUM

Vista inicialmente como ocupação e, com o passar dos séculos, como profissão, a enfermagem ainda reclama relevantes modificações no sentido de prover aos(as) seus(suas) exercentes melhores condições de trabalho e de vida, no sentido da realização da concepção do trabalho como fonte de realização, crescimento pessoal e integração social.

Mas os(as) profissionais da enfermagem, que laboram diariamente com o cuidado dos seres humanos e buscando a manutenção ou recuperação da saúde destes, vêm sofrendo golpes contínuos em sua própria saúde no ambiente em que trabalham, por um agente que já lhes é conhecido: a violência.

Nesse quadro, minados pela violência, direitos fundamentais dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem como os direitos à segurança (arts. 5^o¹² e 6^o¹³, *caput*, CR/88), à saúde (art. 6^o e arts. 196¹⁴ e seguintes, CR/88) e ao ambiente de trabalho equilibrado têm sido olvidados como os pilares que são à manutenção de relações de trabalho híginas e ao atingimento do trabalho digno no setor da saúde.

Releva destacar, quanto ao meio ambiente do trabalho ecologicamente equilibrado, que este se refere ao direito humano e fundamental dos(as) trabalhadores(as) à sadia qualidade de vida física, psíquica, social e moral no ambiente laboral (LEITE, 2013, p. 5). É nítido, nesse sentido, que o meio ambiente laboral saudável e equilibrado se encontra intrinsecamente relacionado aos direitos à saúde e à segurança dos(as) trabalhadores(as).

Os direitos à saúde e à segurança no ambiente de trabalho se inscrevem no arcabouço jurídico como direitos humanos previstos no plano internacional, em

¹² Artigo 5^o: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”.

¹³ Artigo 6^o: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

¹⁴ Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁵, de 10 de dezembro de 1948, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁶, ratificado no Brasil por meio do Decreto nº 591/1992, e a Declaração nº 155, da OIT, de 1981, ratificada pelo Brasil em 18 de maio de 1992, que dispõe sobre Segurança e Saúde do Trabalhador.

Segundo a referida Declaração, a saúde do trabalhador “abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho” (art. 3º, letra e).

Além disso, o direito à saúde e à segurança também são direitos fundamentais positivados pela Constituição da República, em seus artigos 6º e 196 a 200. Em seu artigo 225¹⁸, a Constituição prevê, ainda, o direito ao meio ambiente equilibrado, no qual se inclui o meio ambiente do trabalho (art. 200, inciso VIII¹⁹).

Em relação ao direito à segurança do trabalhador, cumpre mencionar que a proteção a tal direito deve ser assegurada, de acordo com Carlos Henrique Bezerra Leite (2011, p. 29), não só sob o prisma da eficácia vertical, no qual o Estado promove a defesa (segurança pública) e a proteção ao referido direito dos(as) trabalhadores(as), mas, também, sob a perspectiva da eficácia horizontal, a partir da qual

[...] a promoção dos direitos fundamentais, especialmente o direito à segurança, é também responsabilidade dos particulares, especialmente quando estes atuam, nas relações jurídicas que estabelecem com outros particulares, com supremacia de poder (LEITE, 2011, p. 29).

¹⁵ Artigo XXV, n. 1: “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle”.

¹⁶ Art. 7º: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de gozar de condições de trabalho justas e favoráveis, que assegurem especialmente: [...] b) A segurança e a higiene no trabalho”.

¹⁷ Artigo 12-1: “Os Estados-Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”

¹⁸ Art. 225: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”.

¹⁹ Art. 200. “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

A saúde mental do(a) trabalhador(a) caracteriza componente indissociável da saúde do ser humano e elemento indispensável à preservação da saúde integral do(a) trabalhador(a). Porém, esse direito humano fundamental vem sendo diuturnamente desestabilizado pela violência no trabalho, que assume formas distintas.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2003, p. 44), o setor da saúde é um dos maiores afetados pela violência laboral e mais da metade dos trabalhadores da saúde podem estar afetados por esta violência. Além disso, também segundo a OIT, apesar de todas as profissões no setor da saúde estarem sob risco potencial de ocorrência de violência no ambiente de trabalho, a enfermagem está sob risco extremamente alto (OIT, 2002, p. 14).

Polissêmica, complexa e multicausal, a violência, pelo número de vítimas - mais de 1,6 milhões de vidas perdidas a cada ano e inúmeras vidas prejudicadas de maneira nem sempre aparente (OMS, 2002, p. 11) - e pela amplitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, se tornou, consoante relata a Organização Mundial da Saúde (2002), no primeiro relatório abrangente do problema em uma escala global, um dos principais problemas mundiais de saúde pública.

A definição do termo *violência*, contudo, não é consensual, e limitar tal noção a uma definição significaria reduzi-la, perdendo de vista suas particularidades e suas mudanças ao longo da história.

Consoante Anthony Arblaster (1996, p. 803), “[...] um entendimento do termo ditado pelo senso comum é, grosso modo, que a violência classifica qualquer agressão física contra seres humanos, cometida com a intenção de lhes causar danos, dor ou sofrimento”.

Porém, o autor indica problemas suscitados ante tal definição. O primeiro deles se refere à intencionalidade. Isso porque ao passo que a cirurgia, por exemplo, pode causar dor e envolver a perda de partes do corpo, seu propósito é o bem-estar do ser humano. A tortura, por outro lado, é, efetivamente, uma forma de violência, eis que consiste em uma forma de infligir sofrimento deliberadamente (ARBLASTER, 1996, p. 803).

Também são problemas levantados pelo autor as questões da legitimidade moral ou legal da ação tida por violenta e a noção de “agressão física” (ARBLASTER, 1996, p. 803).

Quanto ao primeiro problema, vale questionar-se se apenas as agressões ilegais ou aquelas não autorizadas contra outrem devem ser descritas como atos violentos. No mesmo sentido, pode-se questionar se as agressões executadas por policiais, no estrito cumprimento de seus deveres, são melhor descritas como violência ou como atos de força.

Em relação à noção de agressão física, não há dúvida de que embora no imaginário coletivo predomine a correlação entre violência e a agressão ou à ameaça de agressão à integridade corporal, múltiplas formas de violência, aptas a causar danos duradouros no indivíduo, não envolvem qualquer tipo de violência física à vítima.

Resta claro, pois, como aponta Cecília Minayo, (1997/1998, p. 514), que toda reflexão teórico-metodológica sobre o fenômeno da violência pressupõe o reconhecimento da sua complexidade, polissemia e da controvérsia que envolve tal objeto. Por essa razão, fala-se em violências, considerando-se que se trata de uma realidade plural, com especificidades que precisam ser pesquisadas e conhecidas.

Levando em conta a realidade fática, Cecília Minayo analisa que a violência “consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (1997/1998, p. 514).

Na mesma direção, Cecília Minayo sublinha que o termo violência, de origem latina, tem origem na palavra *vís*, que significa força, e aqueles que analisam os fenômenos violentos descobrem que estes se referem a lutas pelo poder, conflitos de autoridade e a vontade de domínio e aniquilamento do outro ou de seus bens (MINAYO, 2006, p. 13).

Para Marilena Chauí, define-se, de maneira genérica, a violência como “um processo pelo qual um indivíduo é transformado de sujeito em coisa” (1980, p. 01). A autora destaca que violência significa:

- 1) tudo que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (desnaturar);
- 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a

liberdade de alguém (coagir, constringer, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (violentar); 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que uma pessoa ou sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, o medo e o terror (CHAUI, 1998, p. 32-33).²⁰

A violência se materializa, portanto, de formas diversas, que envolvem a desvalorização do ser humano ou mesmo de outro ser vivo, sua natureza, sua liberdade ou sua vontade, fazendo da força, do medo e da opressão, seus instrumentos de ação. Transformar um sujeito em coisa, por um ato de violência, significa, então, tratar um sujeito como algo inerte, mudo, passivo: em outras palavras, destituído de humanidade.

Nessa direção, consoante a OMS (2002, p. 5), a violência pode ser entendida como

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

O conceito utilizado pela OMS incorpora não só a ideia de intencionalidade já citada, como também ultrapassa a ideia reducionista de violência como agressão física, abarcando, também, o uso do poder, o dano psicológico, a deficiência de desenvolvimento ou privação e, ainda, a mera possibilidade de ocorrência de qualquer dessas situações.

Apesar da realidade plural do fenômeno da violência, a violência dominante na opinião pública e no imaginário da população brasileira é a violência “criminal” e “delinqüencial”, conforme pontua Cecília Minayo (2010, p. 14) – e, principalmente, a delinqüência das classes baixas. Entretanto, a violência se faz presente no cotidiano

²⁰ No original: “Violencia viene del latín vis, fuerza, y significa: 1) todo lo que actúa usando la fuerza para ir contra la naturaleza de algún ser (desnaturalizar); 2) todo acto de fuerza contra la espontaneidad, la voluntad y la libertad de alguien (coaccionar, constreñir, torturar, brutalizar); 3) todo acto de violación de la naturaleza de alguien o de alguna cosa valorada positivamente por una sociedad (violentar); 4) todo acto de transgresión contra aquellas cosas y acciones que alguien o una sociedad define como justas y como un derecho; 5) consecuentemente, violencia es un acto de brutalidad, sevicia y abuso físico y/o psíquico contra alguien y caracteriza relaciones intersubjetivas y sociales definidas por la opresión, intimidación, el miedo y el terror” (CHAUI, 1998, p. 32-33).

da população nas relações sociais das mais diversas formas e em espaços variados, como as instituições públicas, a escola, a família, e, também, o âmbito laboral.

Voltando-nos a essa esfera, sabe-se que a violência laboral não configura simplesmente um problema individual, que acontece esporadicamente, mas um problema estrutural com causas socioeconômicas, culturais e organizacionais muito mais amplas (OMS, 2002, p. 19).

Adaptando conceito elaborado pela Comissão Europeia, a Organização Internacional do Trabalho (2002, p. 3) estabelece como violência no ambiente de trabalho aqueles “incidentes em que o trabalhador sofre abuso, ameaça ou agressão, em circunstâncias relacionadas a seu trabalho, inclusive no trajeto de e para o trabalho, envolvendo ameaça implícita ou explícita a sua segurança, bem-estar ou saúde” (tradução livre²¹).

A violência no trabalho caracteriza problema crescente, que deixa de ser percebido apenas como violência física ou sob a perspectiva de acidentes e doenças laborais, consoante retratado pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador:

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

Esse tipo de violência causa rupturas nos relacionamentos travados nesse espaço e promovem a desagregação do ambiente de trabalho. Os custos dessa violência incluem custos diretos e aqueles de natureza intangível.

Como custos diretos, tem-se aqueles referentes a efeitos colaterais de pontos como acidentes, enfermidades, absenteísmo, rotatividade de funcionários, invalidez e morte -, custos indiretos, referentes à diminuição de desempenho no trabalho, da qualidade dos produtos ou do serviço, da competitividade e produção mais lenta. Além disso, deve-se considerar os custos intangíveis, que incluem danos à imagem de uma organização, menor motivação e moral mais baixa, menor lealdade para

²¹ No original: “Incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health” (OIT, 2002, p. 3).

com a organização, níveis mais baixos de criatividade, um ambiente menos condutivo ao trabalho (OMS, 2002, p. 18-19).

Não se pode deixar de considerar, ainda, as consequências da violência no trabalho relacionadas com a sociedade amplamente considerada, como o impacto no sistema de saúde e de assistência social, além da sobrecarga no sistema previdenciário e o impacto no sistema judicial e o declínio na percepção de segurança dos cidadãos trabalhadores.

A violência laboral é um problema sentido por homens e mulheres, mas “em certas áreas em que a força de trabalho é predominantemente feminina, as mulheres estão particularmente expostas à violência” (tradução livre²²) (OIT, 2013b). E se, claramente, onde a violência persiste, a saúde resta comprometida, torna-se especialmente significativo que este seja um problema expressivo para os(as) profissionais que lidam cotidianamente com a vida e o bem-estar da população.

A Organização Pan-Americana de Saúde assinala que o setor saúde se encontra entre aqueles que apresentam maior número de estudos sobre a violência no trabalho e que os dados apontam que, em todo o mundo, o setor apresenta alto potencial para a ocorrência de agressões aos(às) trabalhadores(as) (OPAS, 2009).

Percebe-se, assim, que a violência no trabalho não é um problema unicamente da enfermagem, mas do setor da saúde. Porém, esse problema é vivido mais intensamente pela enfermagem em virtude de diversos fatores, como seu alto quantitativo no setor da saúde, a predominância feminina, o não reconhecimento atribuído a essa categoria, que resulta em vulnerabilidade, e o contato mais frequente junto aos(às) usuários(as) do sistema de saúde.

Em relação aos(às) exercentes da enfermagem, sabe-se que estes(as) laboram em um contexto de trabalho que encerra uma complexidade natural por lidar com condições de vida nas quais o sofrimento e a dor assumem sua dimensão mais ampliada e a urgência quase sempre se apresenta como condição natural do trabalho. Em sua atuação, estão diariamente expostos(as) à violência – seja ela física ou psicológica - externa, proveniente de condutas dos usuários do sistema de

²² No original: “In certain areas where the workforce is highly feminized, women are particularly exposed to violence” (OIT, 2013b).

saúde, e à violência interna no ambiente de trabalho, assim considerada a violência ocorrida entre trabalhadores(as) ou entre estes(as) e suas chefias.

Segundo a OIT (2003b, p. 85), pessoas que experimentam medo, estresse, dor ou desespero podem ter maior propensão a cometer violência, e trabalhadores(as) do setor da saúde têm intenso e frequente contato direto com pessoas nessas situações e, como resultado, tais trabalhadores(as) são frequentemente vitimizados(as) por algum tipo de violência.

Ainda conforme a OIT (2002, p. 85), “enfermeiras só são ultrapassadas por policiais enquanto trabalhadores do setor público mais sujeitos a agressão em seu exercício laboral. Quase uma a cada três enfermeiras relatam terem sido agredidas fisicamente em sua carreira²³ (tradução livre).”

Ante a magnitude do fenômeno da violência no trabalho no setor da saúde, a Organização Internacional do Trabalho, juntamente com o Conselho Internacional de enfermagem, a Organização Mundial da Saúde e a Internacional de Serviços Públicos, empreendeu estudo pioneiro no Brasil, intitulado “Violência no Trabalho no Setor da Saúde” (2003).

A pesquisa apontou que, do total de trabalhadores(as) da saúde analisados, na cidade do Rio de Janeiro, 47% (quarenta e sete por cento) informaram ter sido vítimas de algum tipo de violência, dentre violência física, agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial no ano anterior.

Referida pesquisa indicou, ainda, que a violência mais comum no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde é a agressão verbal, sendo que 39,5% (trinta e nove e meio por cento) experimentaram este tipo de violência no ano anterior à entrevista, seguida pelo assédio moral, com cerca de 15% (quinze por cento). Foi constatado que em relação ao assédio moral, os(as) enfermeiros(as), os(as) auxiliares e o pessoal administrativo foram os profissionais mais atingidos (OIT, 2003b).

²³ No original: “Nurses [...] are second only to police officers as public sector workers most likely to be subjected to a violent assault while on duty. Almost one in three nurses report having been physically assaulted during their career”.

A gravidade da situação de violência no setor da saúde levou, ainda, a Organização Internacional do Trabalho (2002) a elaborar orientações para lidar com tal violência (*Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*).

Tal violência vivenciada no ambiente laboral coloca os(as) trabalhadores(as) sob comprovado risco de adoecimento, mas apesar de serem responsáveis pela morte de seis vezes mais pessoas do que os acidentes de trabalho, as doenças profissionais permanecem em grande medida invisíveis (OIT, 2013a, p. 4).

No que tange aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10% (BRASIL, 2001, p. 161). Dados relativos ao ano de 2009 apontam que metade dos auxílios-doença acidentários por transtornos mentais e do comportamento concedidos naquele período se deveram a transtornos de humor, sendo que 90% destes foram motivados por depressões.

Não há dúvida, pois, da vulnerabilidade que se instala no contexto laboral dos(as) profissionais da enfermagem, em uma arena em que a dor e o sofrimento do(a) usuário(a) do sistema de saúde passa a se agregar à dor e sofrimento daqueles(as) que lhes prestam assistência.

Sob essa viés, é importante apontar que, conquanto unitário, o meio ambiente é subclassificado, para fins didáticos, em virtude de seus diferentes aspectos, que devem ser considerados para sua adequada concepção. Nesse tocante, é cediço que o meio ambiente do trabalho integra a noção de meio ambiente, razão pela qual a Constituição, em seu art. 200, VIII, dispõe que ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Assim, ao dispor, em seu art. 225, que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, a Constituição não restringe sua tutela ao meio ambiente natural.

Quanto ao meio ambiente de trabalho em saúde, seu conceito inclui o contexto físico, psicológico, social e relacional dos(as) profissionais da saúde, e que caracteriza-se pela convivência em um espaço comum e pelo compartilhamento de objetivos como a recuperação, o tratamento, a manutenção e a restauração da

saúde e do indivíduo que precisa desse tipo de atenção (OLINISKI, LACERADA, 2004, p. 44)..

Nesse contexto, desbanalizar a violência e o sofrimento no ambiente de trabalho em saúde torna-se medida imperativa para buscar intervir no processo de deterioração da satisfação, do bem-estar, do equilíbrio psicoemocional e da saúde nesse meio ambiente laboral, mesmo porque “a relação subjetiva com o trabalho leva seus tentáculos para além do espaço da fábrica ou do escritório, e coloniza profundamente o espaço fora do trabalho” (DEJOURS, 2004, p. 101).

É certo que as consequências do assédio moral não se encerram apenas no ambiente de trabalho, nem persistem apenas durante a jornada de trabalho. Assim, o sofrimento, a deturpação da autoimagem, os distúrbios psicossomáticos e, não raro, a depressão - quando o assédio se prolonga e se recrudescer -, podem causar efeitos indelévels na vida de inúmeros trabalhadores e trabalhadoras.

3.1 DESBANALIZANDO O ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA EXPROPRIAÇÃO DA DIGNIDADE DO TRABALHADOR

É cediço que a violência no trabalho pode assumir múltiplas feições, sendo algumas - como aquelas caracterizadas pelo uso da força física - mais perceptíveis que outras. A violência física perpetrada no ambiente laboral sempre foi reconhecida, mas a existência da violência psicológica foi por muito tempo negligenciada e só recentemente passa a receber a devida atenção.

Mesmo assim, a violência psicológica, que compreende o assédio moral, pela maior sutileza, ainda permanece, em boa medida, invisibilizada, razão pela qual carece de observação atenciosa para a compreensão de suas causas, efeitos e consequências.

Torna-se premente, assim, a delimitação do assédio moral, para não banalizá-lo, já que com a disseminação das discussões sobre o assédio moral, “alguns equívocos conceituais importantes surgiram com tendência a generalizações superficiais e ao modismo, e não apenas no Brasil” (SOBOLL, 2008, p. 84).

A introdução do debate sobre o assédio moral ocorreu com a publicação de pesquisas do psicólogo alemão Heinz Leymann, a partir de 1984, que não utilizou o termo *assédio moral*, mas as nomenclaturas *mobbing* e psicoterror. O termo *mobbing* foi tomado de empréstimo por Leymann das ciências biológicas, mais especificamente, da pesquisa de Konrad Lorenz, e significa literalmente “formar uma multidão (bando) ao redor de alguém para atacá-lo/la”. *Mobbing*, nessa acepção, define o comportamento de algumas espécies animais que alijam um de seus membros que, por várias razões, será expulso do grupo (OMS, 2004, p. 11).

Em 1992, Leymann elaborou a primeira pesquisa noticiada pela literatura, que observou que a incidência do assédio moral em cerca de 3,5% da população ativa da Suécia em 1990 (ARAÚJO, 2006, p. 79). Para Leymann (1996, p. 5)

O psicoterror ou *mobbing* na vida laboral envolve a comunicação hostil e desprovida de ética que é direcionada, de forma sistemática, por um ou por alguns indivíduos, principalmente contra um único indivíduo que, por consequência, é colocado em uma posição de exclusão prolongada, baseada em ações de hostilidade frequentes e persistentes (definição estatística: ao menos uma vez por semana) e por um prolongado período (definição estatística: pelo menos durante seis meses). Como consequência da alta frequência e da longa duração dessas condutas hostis, esse maltrato se traduz em um enorme suplício psicológico, psicossomático e social (tradução livre²⁴).

Heinz Leymann estabeleceu uma listagem contendo 45 (quarenta e cinco) comportamentos hostis em um instrumento de pesquisa chamado LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorisation – Índice Leymann de Terrorização Psicológica) e, consoante acima exposto, considerou que o *mobbing* se caracterizaria se uma ou mais condutas dentre as listas se repetissem pelo menos uma vez por semana, por pelo menos seis meses.

A quantificação das ocorrências violentas no delineamento do assédio moral realizada por Leymann não corresponde à forma de conceituação que tem sido utilizada ante o assédio moral. Limitar o assédio moral a uma conduta que ocorre ao

²⁴ No original: “El Psicoterror o Mobbing en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes (definición estadística: al menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado período (definición estadística: al menos durante seis meses). Como consecuencia de la alta frecuencia y larga duración de estas conductas hostiles, tal maltrato se traduce en un enorme suplicio psicológico, psicossomático y social” (LEYMANN, 1996, p. 5).

menos uma vez por semana, por pelo menos seis meses acaba por excluir situações violentas que consubstanciam assédio moral e causam intenso sofrimento àquele(a) que é agredido(a).

Ainda que tal situação dure menos de seis meses, há que se considerar que assédio nesses moldes também inflige dor e desestabilização, e suas consequências podem ser ainda mais graves que aquelas oriundas do assédio ocorrido ao menos uma vez por semana, por pelo menos seis meses, como preceitua Leymann. O que não se pode olvidar, independentemente da duração ser superior a seis meses ou não, é que o assédio adquire significado por sua insistência.

Quanto ao conceito do assédio moral laboral, cumpre estabelecer que existem definições distintas, que convergem, porém, quanto ao cerne desse fenômeno, referente à prática abusiva e sistemática que promove a violação da dignidade e da integridade psíquica e, por vezes, também da integridade física do indivíduo ou de grupos de indivíduos.

Consoante Marie-France Hirigoyen (2009, p. 17), caracteriza-se tal fenômeno como “[...] qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho”.

A médica do trabalho Margarida Barreto (2003), uma das precursoras no estudo do assédio moral no Brasil, também abordou o fenômeno em estudo realizado a partir de entrevista a 2.072 trabalhadores de 97 empresas de portes variados, dos setores químico, farmacêutico, de plásticos e similares, na região da grande São Paulo.

A partir desse estudo (2002), apontou que 42% (quatrocentos e noventa e quatro mulheres e trezentos e setenta e seis homens) narraram vivências de humilhações, constrangimentos e situações vexatórias repetitivas no local de trabalho, impostos pelo(a) superior hierárquico(a), o que, em muitos dos casos, os(as) forçou a desistir do seu emprego.

Para Margarida Barreto (2003, p.19), o assédio moral compreende:

[...] um conjunto de sinais que visam cercar e dominar o outro. Assediar, portanto, pressupõe perseguir sem tréguas com o objetivo de impor

sujeição. [...] O assédio moral é revelado por atos e comportamentos agressivos, realizados, freqüentemente, por um superior hierárquico, contra uma ou mais pessoas, visando desqualificá-las e desmoralizá-las profissionalmente, desestabilizá-las emocional e moralmente, tornando o ambiente de trabalho desagradável, insuportável e hostil, forçando-a a desistir do emprego. Assim, assediar pressupõe exposição prolongada e repetitiva a condições de trabalho que, deliberadamente, vão sendo degradadas. Surge e se propaga em relações hierárquicas assimétricas, desumanas e sem ética, marcadas pelo abuso de poder e manipulações perversas. São condutas e atitudes cruéis de um(a) chefe contra um(a) subordinado(a) ou mais raramente entre os colegas.

Importante sublinhar que não consideramos como elemento imprescindível para a configuração do assédio moral no ambiente laboral a finalidade de forçar o trabalhador a pedir demissão, conquanto seja frequente sua presença, em diversos casos, como meio de diminuir gastos com o desligamento do trabalhador ou de um grupo de trabalhadores, eis que a dispensa sem justa causa gera mais encargos trabalhistas que a demissão voluntária.

A caracterização do assédio moral prescinde, pois, da finalidade de afastar o trabalhador do seu posto de trabalho: trata-se de fenômeno ainda mais amplo e pernicioso, mas é certo que a conduta abusiva que consubstancia o assédio moral pode contar com esse aspecto.

Maria Ester de Freitas²⁵, Roberto Heloani e Margarida Barreto, autores pioneiros no estudo do assédio moral no trabalho, em obra conjunta publicada sobre o tema, definem o assédio moral como uma

[...] conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional (FREITAS, HELOANI; BARRETO, 2008, p. 37).

A definição construída coloca como elementos estruturadores principais do assédio moral a intencionalidade, a habitualidade e a degradação das condições de trabalho. Quanto à intencionalidade, os autores entendem que o assédio visa forçar o outro a algo que não é de sua vontade, que pode ser desde condutas como desistir do

²⁵ Segundo Maria Ester de Freitas, Roberto Heloani e Margarida Barreto (2008, p. 31), o primeiro artigo acadêmico sobre assédio moral nas organizações escrito no Brasil foi elaborado por Maria Ester de Freitas, em 2001, e divulgou o primeiro livro de Marie-France Hirigoyen no Brasil. No artigo, a autora buscou contextualizar o fenômeno do assédio moral no universo organizacional.

emprego ou sujeitar-se a calar-se ou ser dominado (FREITAS, HELOANI; BARRETO, 2008, p. 53)

A habitualidade, a seu turno, elemento central ao assédio moral, indica que o assédio se configura como processo, não como agressão pontual, que ocorre mediante repetidas condutas, que podem se materializar sob táticas distintas.

Já a degradação deliberada das condições de trabalho aponta para a degradação das relações laborais e do ambiente laboral causado pela repetição dos atos em questão, de forma a colocar em risco a segurança, a saúde, o bem-estar e o desempenho profissional de todo o coletivo (FREITAS, HELOANI; BARRETO, 2008, p. 53).

Sob essa perspectiva, é possível perceber que o assédio moral não abrange um contexto unicamente individualizado, nem pode ser percebido sob uma concepção que o percebe invariavelmente como uma perseguição cruel, desempenhada por um chefe perverso.

Para Edith Seligmann-Silva (2011, p. 504), essa é uma concepção equivocada, apesar de ter se propagado na opinião pública. Por isso, se propõe uma interpretação menos individualizadora do assédio moral, deixando de restringir o fenômeno a uma busca e culpabilização do algoz, e apreendendo, então, também, “o contexto e a responsabilidade da organização pelo assédio moral sofrido” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 504).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), o assédio moral é uma forma de abuso que surge de comportamentos não-éticos, que conduz à vitimização do trabalhador, e que consiste em problema mundial crescente que, em grande parte, ainda é ignorado e subestimado. O assédio moral pode, ainda, produzir sérias consequências negativas sobre a qualidade de vida e a saúde do indivíduo, principalmente nas áreas emocional, psicossomática e do comportamento (OMS, 2004, p. 4).

Margarida Barreto (2005) aprofundou a análise do assédio moral no contexto brasileiro e realizou pesquisa cujo universo abarcava 42 (quarenta e dois) mil trabalhadores de empresas públicas e privadas, governos e ONGs, dos quais 23,8%

declararam já ter sofrido algum tipo de violência psicológica e humilhação no trabalho.

Dentre aqueles que foram vítimas do assédio, 60% foram afetados por depressão, 67,5% relataram baixa auto estima e 82,5%, perda de ânimo e problemas de memória. O agressor, na maior parte dos casos, foi o chefe (90%), ou, ainda, o chefe e colegas (6%). O assédio foi praticado por colegas em 2,5% dos casos e por subordinados em 1,5% dos casos (REVISTA VEJA, 2005, p. 108).

Como é possível perceber, no assédio moral inexistente uma relação simétrica entre os indivíduos. A relação que esse estabelece é uma relação dominante-dominado, em que uma das partes pretende submeter a outra, transformando, quando há uma relação de subordinação hierárquica envolvida, a autoridade legítima em abuso de poder hierárquico (HIRIGOYEN, 2009, p. 27).

Quanto às espécies de assédio moral nas relações laborais, a doutrina distingue o assédio moral, quanto ao grau hierárquico do assediante e do assediado em vertical (ascendente ou descendente), horizontal e misto (HIRIGOYEN, 2003; NASCIMENTO, 2011; THOMÉ, 2009; PAMPLONA FILHO, 2006).

O assédio moral vertical ascendente ocorre quando o agressor pratica o assédio moral em face de um indivíduo ou grupo de indivíduos em posição hierarquicamente inferior àquela ocupada por este agressor.

Contudo, o assédio moral no âmbito do trabalho não se resume à conduta abusiva do superior hierárquico em relação ao empregado ou ao grupo de trabalhadores a ele subordinados: quando tal espécie de ato é realizada por alguém em grau hierárquico inferior ao da vítima, caracteriza-se o assédio moral vertical descendente, cuja ocorrência é mais incomum que a ocorrência do assédio moral vertical ascendente.

O assédio moral também pode ser praticado, entre pessoas que estão no mesmo grau hierárquico. A essa modalidade de violência denomina-se assédio moral horizontal.

Na hipótese de ocorrência simultânea de assédio moral vertical e horizontal, classifica-se o assédio moral como misto.

Em qualquer das modalidades que ocorra, o assédio moral consiste em fator de risco psicossocial capaz de afetar profundamente a manutenção de relações de trabalho híidas, as quais são decisivas para a satisfação pessoal e a saúde física e psíquica de homens e mulheres trabalhadores, resultando em sofrimento psíquico, desdobramentos patológicos, incapacidade laborativa e nas mais diversas repercussões psicossomáticas do medo e da insegurança no ambiente laboral.

Hirigoyen (2009, p. 160) relata que distúrbios psicossomáticos variados foram diagnosticados em 52% (cinquenta e dois por cento) dos casos de assédio moral, sendo que “os sintomas correm o risco de prosseguir sob a forma de estresse pós-traumático”. Os distúrbios psicossomáticos acontecem sob a forma de

[...] emagrecimentos intensos ou então rápidos aumento de peso (quinze a vinte quilos em alguns meses), distúrbios digestivos (gastrites, colites, úlceras de estômago), distúrbios endocrinológicos (problemas de tireóide, menstruais), crises de hipertensão arterial incontroláveis, mesmo sob tratamento, indisposições, vertigens, doenças de pele etc (HIRIGOYEN, 2009, p. 161).

A pesquisa realizada por Margarida Barreto (2005) com 42 mil trabalhadores(as) é apenas um dos elementos que corroboram a gravidade do impacto do assédio moral sob a saúde física e psíquica das vítimas: entre os(as) trabalhadores(as) que sofreram assédio moral, 63% eram mulheres e 37% eram homens. Desse total, cerca de 70% dos homens assediados no trabalho pensaram em cometer suicídio e 90% das mulheres sofreram de pensamentos fixos e perda de memória. Além disso, 70% dos homens e 50% das mulheres tiveram depressão.

Perturbações funcionais semelhantes aos sintomas do estresse, como cansaço, nervosismo, distúrbios do sono, enxaquecas, distúrbios digestivos e dores na coluna, por exemplo, são frequentemente observadas quando o assédio moral ainda é recente e há esperança de solução do problema: trata-se de uma forma de autodefesa do organismo do indivíduo a uma hiperestimulação, além de uma tentativa de adaptação à situação que se apresenta (HIRIGOYEN, 2009, p. 159). Mas se a situação se prolonga e o assédio se intensifica, um estado depressivo mais intenso pode se instalar.

Outro desdobramento do assédio moral é a busca de anestesia e fuga do mal-estar, por meio do uso de bebidas alcoólicas e/ou de drogas ilegais, o que culmina, com

frequência, em quadros clínicos de dependência (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 510).

É certo que os fatos sociais presentes no cotidiano do trabalhador e sua vida psíquica se encontram intimamente imbricados. As relações estabelecidas no âmbito laboral apresentam reflexos psicossomáticos nos trabalhadores, que repercutem, frequentemente, de forma negativa em sua saúde física e mental. Homens e mulheres que vivem do seu trabalho estão sob constante ameaça de vivências de sofrimento no trabalho e do desemprego, o que os coloca em manifesto risco de adoecimento.

Sob tal conjuntura de violência, vige no ambiente de trabalho uma densa atmosfera de medo e insegurança, que o torna tóxico ao trabalhador. A essa situação se soma que, nas palavras de Margarida Barreto (2003, p. 151), fatores como as relações autoritárias, a exploração e o individualismo nascente geram indiferença ao sofrimento alheio, explicitando a fragilidade dos laços afetivos entre os pares.

No Brasil, ainda não há previsão em lei federal acerca do assédio moral, mas há pelo menos 12 (doze) projetos de lei²⁶ atualmente tramitando no Congresso Nacional sobre o tema, os quais estabelecem desde medidas preventivas, multas e o dever de indenizar no caso de ocorrência do assédio até a tipificação do assédio moral como crime.

Além disso, há várias legislações referentes ao assédio moral no âmbito da administração pública: diversas são as leis municipais e há, também, uma legislação na esfera estadual, no estado do Rio de Janeiro (RJ).

O primeiro município brasileiro a aprovar uma lei referente ao assédio moral no trabalho foi o município de Iracemópolis (SP), com a Lei Municipal nº 1.163, de 24 de abril de 2000, que dispõe sobre a aplicação de penalidades na hipótese de

²⁶ Nesse sentido são os seguintes projetos, dentre outros em tramitação a respeito do assédio moral: PL-2876/2015 (acrescenta dispositivo no Código Penal Militar para tipificar o crime de assédio moral); PL-8178/2014 (altera o art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, para caracterizar o assédio moral como ato de improbidade administrativa.); PL-6764/2013 (dispõe sobre as práticas de assédio moral e abuso de autoridade no âmbito da Administração Pública Federal direta e indireta); PL-3760/2012 (dispõe sobre o assédio moral nas relações de trabalho); PL-6625/2009 (dispõe sobre o assédio moral nas relações de trabalho); PL-2593/2003 (altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, para dispor sobre a proibição da prática do assédio moral nas relações de trabalho); PL-5887/2001 (tipifica o assédio moral, acrescentando artigo ao Código Penal); PL-4960/2001 (altera o Código Penal, para instituir o crime de assédio moral).

ocorrência de assédio moral na Administração Pública municipal direta por servidores públicos.

Posteriormente, outros municípios aprovaram legislações no mesmo sentido: o município de São Paulo aprovou a Lei nº 13.288/2002, Americana aprovou a Lei nº 3.671/2002 e Campinas aprovou a Lei nº 11.409/2002. Na esfera estadual, o Rio de Janeiro dispôs sobre a prática do assédio moral a partir da Lei nº 3.921/2002, que veda a prática do assédio e estabelece punições na hipótese de sua ocorrência em todos os níveis da administração pública estadual.

A necessidade de promulgação de uma lei federal abordando o assédio moral tem sido tema constante na literatura destinada ao exame desse fenômeno. Porém, a ausência de disciplina legal não tem impedido a jurisprudência de, com fundamento nos princípios constitucionais e demais normas protetoras dos(as) trabalhadores(as), identificar condutas de assédio moral no ambiente de trabalho e impor as punições correspondentes e as indenizações cabíveis.

3.2 O ASSÉDIO ORGANIZACIONAL: A VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA NO AMBIENTE LABORAL

“Assédio moral” é um termo que foi recentemente popularizado, principalmente a partir do lançamento dos livros de Marie France Hirigoyen e, na ampliação do seu uso, teve sua especificidade, por vezes, desconsiderada. Mesmo Marie-France Hirigoyen, autora de importante papel na ampliação da visibilização do fenômeno, reconheceu que a expressão “assédio moral”, “ao passar à linguagem corrente, terminou por englobar outros problemas que talvez não decorram, no sentido clínico do termo, do assédio moral, mas que expressam um mal-estar mais geral das empresas, que é importante analisar” (HIRIGOYEN, 2009, p. 10).

Com o propósito de acurar a análise do assédio moral, Hirigoyen publicou um segundo livro sobre o tema, “Mal-estar no trabalho, redefinindo o assédio moral”, com o intuito de mostrar o que é e o que não é o assédio e acentuar

adequadamente as diferenças em relação a outras formas de sofrimento no trabalho.

Relevante distinguir, portanto, o assédio moral, que se caracteriza por sua natureza “agressiva, processual, pessoal e mal-intencionada” (SOBOLL, 2008, p. 21), do assédio organizacional, eis que a não diferenciação entre as figuras do assédio moral e do assédio organizacional implica em um “tratamento generalizado que em nada contribui para a construção de estratégias efetivas de prevenção e enfrentamento (SOBOLL, 2008, p. 24)”.

Para que seja possível compreender e combater o assédio moral e o assédio organizacional, portanto, se faz necessário compreendê-los em suas especificidades e buscar meios adequados à prevenção e mitigação de cada um, tendo em vista suas formas de ocorrência e suas particularidades.

Essa necessidade também existe para o universo de práticas violentas experimentados pela enfermagem, eis que, nesse ambiente, “[...] as condições que favorecem a geração de violência laboral estão diretamente vinculadas às modalidades de gestão e às decisões em matéria de organização do trabalho das instituições de saúde” (tradução livre)²⁷ (WLOSKO; ROS, 2010, p. 177).

Nesse sentido, ao empreender projeto de acompanhamento psicológico para trabalhadores que vivenciaram situações de assédio moral no Sindicato das Indústrias Químicas, Plásticas e Similares de São Paulo e Região, Lis Andrea Soboll (2008, p. 21) notou que os entrevistados utilizaram o termo “assédio moral” para indicar e descrever pressões e abusos sofridos que se inseriam na forma de gestão e de organização do trabalho. A autora aponta que tais abusos e pressões foram relatados com muito mais frequência do que casos típicos de assédio moral, com situação de perseguição pessoalizada e mal-intencionada (SOBOLL, 2008, p. 21).

Identificou, assim, o assédio organizacional, que se caracteriza como “um processo no qual a violência está inserida nos aparatos, nas estruturas e nas políticas organizacionais ou gerenciais, que são abusivas e inadequadas” (SOBOLL, 2008, p. 21). O assédio organizacional visa o controle organizacional e a produtividade, com

²⁷ No original: “[...] las condiciones que favorecen la generación de VL [violência laboral] están directamente vinculadas a las modalidades de gestión y a las decisiones em matéria de organización del trabajo de las instituciones de salud” (WLOSKO; ROS, 2010, p. 177)

uma natureza que também é processual e agressiva, mas não é pessoalizado e nem mal-intencionado: seu intuito não é atingir uma pessoa, em especial, mas controlar todo o grupo de forma indiscriminada (SOBOLL, 2008, p. 21-22).

Adriane Reis de Araújo (2006, p. 95) aponta que o referido fenômeno²⁸ é utilizado como forma de homogeneização do comportamento dos trabalhadores. Assim, o assédio organizacional tem por finalidades a promoção de envolvimento subjetivo dos trabalhadores às regras da organização a que se vinculam, a docilização e a padronização do comportamento, a partir da sanção imputada àqueles que, de algum modo, se distanciam da conduta esperada pela organização, de modo a sanear o ambiente laboral (ARAÚJO, 2006, p. 95).

A análise do assédio organizacional não pode deixar de ser contemplada na abordagem da violência laboral. A percepção da violência como encarnação da figura do mal é uma representação frequente do senso comum, que não pode ser transportada para a análise proposta, mesmo porque a análise da violência e do sofrimento no trabalho perpassam as estruturas empresariais e a organização do trabalho, que não são, de forma alguma, neutras.

A violência no trabalho pode ser provocada ou facilitada pela organização, influenciada por modos de gestão praticados no contexto organizacional e pelas ideologias que pregam a excelência e a competição, de forma a provocar a alienação e o sofrimento dos trabalhadores.

Lis Andrea Soboll (2008) assinala a gestão por injúria, a gestão por estresse e a gestão por medo como exemplos de estratégias abusivas de gestão encontradas sob o assédio organizacional.

A gestão por injúria é apontada por Marie-France Hirigoyen (2009) como destruidora, mas não necessariamente mal-intencionada, retirando-a dos limites do assédio moral. Trata-se do tipo de gestão que submete os empregados a humilhações e constrangimentos como modo de se obter submissão e obediência, ou seja, a forma de gestão que trata os trabalhadores com violência, injuriando-os e

²⁸ A autora não denomina o fenômeno de assédio organizacional, mas se refere a ele como assédio moral organizacional. Embora considere uma espécie de assédio moral, diferentemente da proposta aqui apresentada, a conceituação é realizada pela autora no mesmo sentido do assédio organizacional.

insultando-os, com total falta de respeito. Sob esse tipo de gestão, todos os empregados são maltratados, sem distinção (HIRIGOYEN, 2008, p. 28).

Já a gestão por estresse objetiva aumentar o desempenho, a eficiência ou rapidez no trabalho, com a imposição de pressão e supervisão exageradas (SOBOLL, 2008, p. 82). Embora o intuito não seja destruir o(a) trabalhador(a), as consequências geradas são profundamente danosas não só a direitos fundamentais do(a) trabalhador(a) como o trabalho digno e a saúde, mas, também, à satisfação e a possibilidade de realizar um trabalho dotado de sentido, que gere prazer e realização, não dor e sofrimento.

Além disso, o assédio organizacional exercido por meio da gestão por estresse cria um ambiente propício para a ocorrência de assédio moral, na medida em que “todas as pesquisas confirmam que o assédio moral surge mais facilmente em contextos particularmente submetidos ao estresse” (HIRIGOYEN, 2009, p. 188).

A gestão por medo, a seu turno, se fundamenta no mecanismo da ameaça – implícita ou explícita – como principal estímulo para que o(a) trabalhador(a) adira aos objetivos organizacionais (SOBOLL, 2008, p. 82). O medo, sob essa perspectiva de gestão, pode ser de perder o cargo ou o emprego, de progredir na carreira, de ser exposto a humilhações e constrangimentos. De todo modo, o medo vai favorecer a submissão do(a) trabalhador(a).

É preciso esclarecer que esses são alguns dos principais exemplos que podem estar inscritos no contexto de assédio organizacional, mas não são as únicas possibilidades. Quando se estiver diante de estratégias de gestão organizacionais ou gerenciais degradantes e exageradas, que gerem deterioração do ambiente laboral, estar-se-á diante de assédio organizacional.

Assim, para que o trabalho deixe de ser percebido por tantos indivíduos como fonte de sofrimento, torna-se indispensável que se construa uma firme confluência entre trabalho e saúde na vida de homens e mulheres trabalhadores. Nesse sentido, o trabalho só pode ser apreendido como atividade dotada de sentido, apta a propiciar satisfação e desenvolvimento pessoal, quando o peso da violência, seja ela física ou psicológica, não se fizer presente no cotidiano profissional do(a) trabalhador(a).

4 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA: MEDIAÇÕES NA ANÁLISE DO OBJETO

A presente investigação consiste em estudo descritivo, de natureza qualitativa, que objetiva compreender os fenômenos da violência e do assédio moral vivenciados em hospitais e serviços de saúde, e, especialmente, naqueles situados na Grande Vitória-ES, pelos(as) exercentes da enfermagem. Para a coleta de dados atinentes à pesquisa, adotou-se como instrumento básico as entrevistas, realizadas ao longo dos meses de junho a outubro de 2015.

A etapa preliminar de tentativa de agendamentos de entrevistas e aproximações com os sujeitos de pesquisa consistiu em rica oportunidade de aprendizagem, trazendo “pistas” para a compreensão do problema de investigação. Já nessa fase, encontrou-se alguns obstáculos, como aquele relativo ao medo de falar sobre o assédio moral e de sofrer algum tipo de consequência negativa em função de tal relato.

Ao longo dessa etapa preliminar, houve respostas negativas ao pedido de participação na pesquisa e receio em ter a entrevista gravada. O medo, que surgiu de formas distintas na pesquisa, será, inclusive, abordado no tópico seguinte.

Apesar de, originalmente, no projeto da pesquisa, ter sido estabelecida a utilização de entrevista semi-estruturada, a dinâmica da coleta de dados demonstrou a necessidade de utilizar, também entrevista não estruturada ou “aberta”, pela forma de narrativa carregada de expressões de emoções e de sofrimento, num processo de certo modo “catártico”, que prescindia da utilização de entrevista semi-estruturada.

Utilizou-se, pois, entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, na qual a entrevistadora teve liberdade para desenvolver cada situação na direção que julgasse mais adequada (LAKATOS; MARCONI, 2004, p. 78-80). Perguntas fora do roteiro pré-estabelecido foram frequentemente determinadas pelas ênfases e informações trazidas pelo(a) entrevistado(a).

Nos termos expostos, também foi utilizada a entrevista não estruturada, ou “abertas”, nas quais “o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do entrevistador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2014, p. 262). A atuação da entrevistadora, quando ocorreu, direcionou-se a encontrar os fios relevantes para o aprofundamento dos relatos, buscando atuar com sensibilidade em relação à dor expressada pelo(a) entrevistado(a).

A fala de um(a) dos(as) entrevistados expressa a dificuldade em abordar o sofrimento uma vez vivenciado e que se pede para relatar nessa pesquisa, revivendo-o. Ao pensar na entrevista que seria realizada, o(a) entrevistada relata: “Falei: ‘como é que eu vou dar conta de falar isso pra Sarah sem eu voltar e sem eu sofrer?’” (A1).

A amostra da pesquisa foi do tipo não probabilista intencional, constituída de exercentes dos três níveis da enfermagem – enfermeiros(as), auxiliares e técnicos(as) em enfermagem e contemplou, além de serviços de saúde não hospitalares, hospitais de cada uma das seguintes categorias: hospitais eminentemente públicos; hospitais eminentemente privados e/ou cooperativas e hospitais onde haja atividades de ensino.

A amostragem foi selecionada a partir da técnica de pesquisa *snowball* ou “Bola de Neve”, que consiste em uma espécie de “amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto” (BALDIN, MUNHOZ, 2011, p. 332).

Foram observados os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde na realização da pesquisa e, nos termos da referida resolução, as entrevistas foram realizadas após a devida explicação acerca dos objetivos da pesquisa, e da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa.

O projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados no levantamento foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Direito de Vitória (FDV) anteriormente ao momento em que ocorreram

as entrevistas, que foram realizadas em local combinado com o(a) entrevistado(a), de acordo com sua possibilidade de acesso e a possibilidade de garantia de privacidade e confidencialidade na realização das entrevistas em tais locais.

Diversos(as) participantes fizeram perguntas relativas à confidencialidade das informações e ao sigilo em relação aos seus dados, demonstrando preocupação e medo em relação a tal questão.

Assim, as entrevistas ocorreram em locais distintos, que permitissem que houvesse, no local, apenas a entrevistadora e o(a) entrevistado(a), como em salas reservadas na Faculdade de Direito de Vitória ou em salas no local de trabalho, mas, também, na residência do(a) entrevistado(a) e, em um dos casos, em uma lanchonete escolhida por uma das entrevistadas.

Nas entrevistas realizadas em salas no local de trabalho, garantiu-se um local em que a entrevista ocorresse em salas que foram trancadas, sem que houvesse a entrada de funcionários ou outras interrupções, em um horário de intervalo do(a) profissional, que, por isso, pôde participar das entrevistas com calma e atenção.

Já na ocasião em que uma entrevistada escolheu uma lanchonete para a realização da entrevista, o local eleito propiciou um ambiente em que ela se sentia segura, longe do local de trabalho, e que propiciou uma entrevista sem interrupções, em um ambiente que lhe era familiar, favorecendo o diálogo realizado.

O anonimato e o sigilo sobre os dados foram assegurados aos(às) entrevistados(as) e todas as entrevistas foram gravadas, com a autorização dos(as) participantes e, posteriormente, transcritas. Os(as) entrevistados(as) cujos relatos se encontram aqui transcritos foram identificados por E, quando enfermeiros(as), T, quando técnicos de enfermagem, e A, quando auxiliares de enfermagem, seguidos do número atribuído à entrevista de onde foram retirados, compreendendo os números 1 a 12.

Nove enfermeiros(as), duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem foram selecionados(as), perfazendo o total de 12 (doze) profissionais entrevistados(as).

Do total de participantes, apenas um era do sexo masculino (E10) e o restante eram profissionais do sexo feminino. No período em que as entrevistas foram realizadas,

apenas duas profissionais laboravam na assistência básica (E1 e E7), e o restante trabalhava na assistência hospitalar.

As transcrições foram realizadas de forma fidedignas ao que foi falado pelos(as) entrevistados(as), incluindo repetições e erros de português, excluindo apenas vícios de linguagem que se repetiram com frequência excessiva em uma mesma entrevista e prejudicavam o entendimento dos relatos. Foi omitido, assim, apenas o uso exagerado das expressões “assim”, “tipo”, “né”, “tipo assim” e “entendeu?”.

As categorias de análise utilizadas emergiram do discurso dos(as) profissionais entrevistados(as). Para a interpretação dos dados obtidos, foi utilizada a técnica da análise do discurso, na perspectiva foucaultiana.

Tinha-se, como hipótese inicial, com fundamento em pesquisas anteriores, empreendidas, inclusive, pela Organização Internacional do Trabalho, a existência frequente do assédio moral no ambiente laboral da saúde e, especialmente, em face dos(as) exercentes da enfermagem.

Porém, a hipótese não foi confirmada na amostra da pesquisa, apresentando grande riqueza analítica, permitindo identificar não só a ocorrência do assédio moral, mas, também, a convivência com outras formas de violência no cotidiano de trabalho dos(as) profissionais entrevistados(as). As categorias analíticas (BUSSINGUER, 1988; BUSSINGUER, 1990) que resultaram da pesquisa refletem essa descoberta.

4.1 ANÁLISE DO MATERIAL QUALITATIVO: O MÉTODO DA ANÁLISE DE DISCURSO

Como modalidade de análise do material qualitativo coletado, utilizou-se a análise do discurso, concebida para “trabalhar com a fala e seu contexto, sendo utilizada como alternativa às práticas de análise de conteúdo tradicionais” (MINAYO, 2014, p. 301).

A análise de discurso se diferencia da análise de conteúdo, a qual “se destaca, a partir do início do século XX, pela preocupação com recursos

metodológicos que validem suas descobertas” e centra-se especialmente na crença de que a “neutralidade” do método poderia garantir a obtenção de resultados mais precisos (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 308).

De forma sintética, seu objetivo é apreender o saber que está por detrás da superfície textual, a partir de uma perspectiva quantitativa. A análise de discurso, a seu turno, surgida em fins do ano de 1960, objetiva “analisar em que perspectivas a relação social de poder no plano discursivo se constrói” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 321).

Na análise do discurso, ensina Maria Cecília Minayo (2014, p. 320) que o texto é tomado como uma unidade significativa e portadora do contexto situacional dos falantes. Na técnica de análise do discurso, o texto se distingue de discurso: o texto é tomado como unidade de análise, e compreende uma unidade complexa de significações, enquanto o discurso, a seu turno, designa um conceito teórico-metodológico (MINAYO, 2014, p. 321).

O discurso é “a linguagem em interação, com seus efeitos de superfície e representando relações estabelecidas” e o texto é o discurso acabado para fins de análise. (MINAYO, 2014, p. 321). A análise de discurso foi eleita porque, a partir dela, “a situação em estudo está atestada no texto e é preciso buscar a compreensão do seu processo produtivo, muito mais do que realizar uma interpretação exteriorizada do objeto de pesquisa” (MINAYO, 2014, p. 321).

Outro ponto de importância no método de análise eleito é que a análise do discurso parte do pressuposto de que “o sentido de uma palavra expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico em que são produzidas” (CAPELLO; MELO; GONÇALVES, 2003, p. 10). Interessa, portanto, a reflexão acerca das condições de produção dos textos analisados, que o situam em um contexto histórico-ideológico mais amplo. Nessa direção, Michel Pêcheux, precursor e grande expoente da análise de discurso, aponta que

[...] o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, etc, não existe ‘em si mesmo’, (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas) (PÊCHEUX, 1988, p. 160).

A partir da análise de discurso, então, “a situação em estudo está atestada no texto e é preciso buscar a compreensão do seu processo produtivo, muito mais do que realizar uma interpretação exteriorizada do objeto de pesquisa” (MINAYO, 2014, p. 321).

Desse modo, por meio das técnicas, métodos e instrumentos expostos, trilhou-se um caminho (dentre outros tantos) possível para alcançar respostas à pergunta central a essa pesquisa.

4.2 ANÁLISE DE DISCURSO À LUZ DE MICHEL FOUCAULT: INTERSEÇÕES DISCURSO-PODER

Um dos mais relevantes pensadores da atualidade, Michel Foucault (1926-1984), abordou uma diversidade de temas e campos de pesquisa na reflexão teórica que empreendeu e, dentre eles, abordou o discurso, em suas várias interseções com as relações de poder.

Analisar o discurso com base na perspectiva foucautiana é se dar conta de “relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos” (FISHER, 2001, p. 198-199).

Como aponta Vanice Sargentini (2014, p. 163), o discurso sempre foi objeto do trabalho de Foucault: sempre o discurso se apresentou como o centro desencadeador de suas análises, eis que compreendia que não é possível apreender devidamente o objeto de pesquisa, em sua materialidade, separado do discurso, ou seja, dos quadros formais por meio dos quais o conhecemos.

Na aula inaugural proferida no Collège de France, em 1970, quando a temática do discurso já era corrente nas reflexões de Foucault, o filósofo francês aventou sua hipótese de que há uma “ordem” que controla o dizer dos sujeitos em todas as sociedades. A “ordem do discurso” própria de um período possui “uma função normativa e reguladora e estabelece mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas” (REVEL, 2011, p. 41).

Foucault estudou o discurso desde o início de suas investigações. Em *A arqueologia do saber* (1987), por exemplo, já assinalava que “o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre o léxico e uma experiência” (FOUCAULT, 1986, p. 56). Assim, o discurso se produz em razão de relações de poder e as práticas discursivas condicionam, ao mesmo tempo em que são condicionadas, por práticas não discursivas - como fatores econômicos, políticos e sociais.

Diversas são as definições de discurso apresentadas por Foucault, em *A Arqueologia do saber*. Frequentemente, essas formulações remetem à noção de enunciado: Foucault designa como discurso “um conjunto de enunciados que se apoiem na mesma formação discursiva”, “domínio geral de todos os enunciados”, “prática regulamentada dando conta de um certo número de enunciados” e “número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência” (FOUCAULT, 1986, p. 90 e 135).

O enunciado, a seu turno, é “sempre um acontecimento, que nem a língua, nem o sentido podem esgotar inteiramente” (FOUCAULT, 1986, p. 32). Ao apreender o enunciado como acontecimento, o percebemos como algo que irrompe num certo tempo e lugar.

Sob esse viés, Vanice Sargentini (2014, p. 167) aponta para duas questões pela quais Foucault se orienta: i) que aconteceu para que houvesse a ocorrência desse enunciado?; ii) como ou por que apareceu um determinado enunciado e não outro em seu lugar?

Essas perguntas, que também orientam esse estudo na análise das sequências discursivas, se juntam, no esforço analítico, às condições de produção e à posição do(a) enunciad(a).

Deve-se considerar, ainda, os poderes inerentes ao discurso e as formas existentes de se controlá-lo. Foucault adverte (1999, p. 9) que a produção do discurso é controlada, selecionada, organizada e redistribuída por vários procedimentos cuja função é conjurar seus poderes e perigos.

Procedimentos internos e externos, de exclusão, devem ser considerados, nessa tarefa. A forma mais evidente dos procedimentos de exclusão, a interdição, diz

respeito ao fato de que não se tem o direito de dizer tudo, nem se pode falar de tudo em qualquer circunstância, nem qualquer um pode falar sobre qualquer coisa (1999, p. 9). Assim, tabu do objeto, ritual da circunstância e direito privilegiado se entrecruzam e se perpassam nos atos enunciativos. As interdições revelam, pois, de imediato, sua ligação com o poder.

Além disso, nesse exercício analítico, sob a perspectiva foucaultiana, se impõe, ante a dispersão de textos, de práticas, de instituições e de sujeitos, “a tarefa de depreender as unidades, as regularidades e as posições do que fora efetivamente dito” (PIOVEZANI; CURCINO, SARGENTINI, 2014, p. 8).

No presente estudo, a partir da perspectiva proposta por Elda Bussinger (1990), após identificar os núcleos de sentido contidos nos relatos dos(as) entrevistados(as), realizou-se a análise de tais núcleos, com vistas a identificar aqueles que se mostravam mais significativos. Foram organizadas as categorias concretas de significado, a partir das unidades de análise encontradas, na perspectiva de percebê-los em sua convergência.

Desse modo, o trabalho que se coloca vai ao encontro dos ecos de Foucault na análise do discurso e perpassa os laços intrínsecos, desde há muito colocados por Foucault, entre discurso e as relações de poder.

Foucault abordou distintos temas na reflexão teórica, conforme mencionado, e, dentre eles, realizou uma analítica do poder. Mas Foucault não tem uma concepção global e geral do poder, como explicitado pelo próprio autor (2006, p. 227). Ele tampouco identifica o poder ao aparelho estatal: para além dessa perspectiva, ele dá importância à rede poderes moleculares que se espraiam por todo o corpo social, ao poder que se capilariza pela sociedade, ao poder não apenas como força repressiva, mas também, como algo criador e produtivo.

Em suas palavras, “[...] o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado” (FOUCAULT, 2015, p. 369). Sob sua perspectiva, o poder é algo que circula, que funciona apenas em cadeia, em rede, e que não pode ser detido por alguém ou por algum grupo, como um bem ou uma riqueza. A natureza sempre relacional do poder é destacada por Foucault, que assinala que

Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles [...]. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder (FOUCAULT, 2015, p. 284).

Torna-se claro, portanto, que Michel Foucault concebe a existência de modos de exercício do poder distintos do Estado. Nessa concepção, não há que se falar em titular ou sede do poder: ele encontra-se disseminado fora, abaixo e ao lado dos aparelhos de Estado. Desse modo, dado que o poder perpassa, além do Estado, todas as camadas da estrutura social, também as relações de trabalho são relações de poder.

Michel Foucault (2013, p. 132) também aborda a descoberta, durante a época clássica, do “[...] corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo – ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam”.

Nesse sentido, consoante Rafael Alcadipani da Silveira (2005, p. 67), “para gerir a vida, Foucault (1987) sublinha que os sistemas punitivos e também de poder, em nossa sociedade, foram recolocados em uma economia política do corpo. O corpo, tanto individual quanto coletivo, passou a ser o principal alvo do poder”.

Destaca-se, nessa direção, que o poder sobre a vida consistiu em indispensável elemento ao desenvolvimento do capitalismo, eis que tal sistema apenas pode ser garantido a partir da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção. Enfatiza--se, sob esse viés, que o surgimento do capitalismo demandava métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a utilidade e a docilidade dos corpos (SILVEIRA, 2005, p. 68).

Explica Foucault, portanto, que “[...] se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada” (FOUCAULT, 2007, p.119).

O investimento político e de poder sobre os corpos estava ligado, assim, à sua utilidade econômica. O corpo constituído como força de trabalho ocorre, nesses termos, a partir da sua submissão a um sistema de sujeição: o sistema de disciplinas, de métodos que permitem o controle das operações do corpo, impondo-lhe uma relação de docilidade-utilidade. Em síntese, portanto, as disciplinas objetivam tornar o corpo produtivo, útil, dócil, obediente.

O poder será objeto de estudo nessa pesquisa, e, também o poder disciplinar. A análise do discurso com inspirações foucaultiana, que se buscou empreender nesse trabalho, apresenta interseções entre esse poder capilarizado nas relações sociais, no âmbito do trabalho, no ambiente hospitalar e dos serviços de saúde. O poder que aí circula e atravessa aqueles que ali laboram será objeto de análise, por meio das falas coletadas.

É o poder que se exerce em seus mecanismos infinitesimais que será em seguida abordado, em suas extremidades, lá onde ele se torna capilar. O poder em suas práticas concretas e efetivas. O poder nas falas da enfermagem e no que nelas emerge como silêncio.

5 OS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO LÓCUS DE VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM FACE DOS(AS) EXERCENTES DA ENFERMAGEM

O conceito de violência laboral é amplo e polissêmico. Abrange desde a violência física (homicídios, agressão física, etc.) até a violência psicológica (agressão verbal, assédio moral, assédio sexual, discriminação, etc.).

Dentre as práticas violentas operantes no contexto de trabalho da enfermagem, o assédio moral se mostra presente na realidade laboral, como indica pesquisa realizada pela Organização Internacional do Trabalho (2003) com 1.569 profissionais do setor da saúde no Rio de Janeiro: cerca de 15% (quinze por cento) dos profissionais da saúde vivenciaram referida violência no ano anterior à realização da pesquisa, sendo que os(as) enfermeiros(as), os(as) auxiliares e o pessoal administrativo foram os profissionais mais atingidos (OIT, 2003b).

A presente pesquisa buscava, inicialmente, analisar a ocorrência de assédio moral em face dos(as) exercentes da enfermagem nos serviços de saúde da Grande Vitória e as relações de poder que se estabeleciam nesses espaços. Contudo, a violência, em suas mais diversas formas, emergiu do discurso dos(as) entrevistados(as) com tal força e frequência, que julgamos que seu exame se tornava importante para a compreensão do ambiente laboral e das condições de trabalho dessa categoria.

Assim, a violência e o assédio moral vivenciados pelos(as) exercentes da enfermagem foram analisados a partir de categorias de análise que emergiram dos relatos dos(as) profissionais entrevistados(as). Para a interpretação dos dados obtidos foi utilizada a técnica da análise de discurso, na perspectiva foucaultiana.

É certo que, nos termos apontados por Elda Bussinguer (1990, p. 62),

Analisar o poder e os conflitos que acompanham sua trajetória no mundo da vida do hospital onde se encontram não apenas médicos e enfermeiros, é na realidade buscar desembaraçar uma complicada rede que se entrelaça e movimenta, dificultando a compreensão e envolvendo a todos aqueles que compartilham o cotidiano da enfermagem.

Nessa direção, na busca de desembaraçar e compreender o poder e os conflitos a ele relacionados nos serviços de saúde, os relatos coletados não deixam dúvida sobre a realidade de violência relatada pela Organização Internacional do Trabalho (2003, p. 44), segundo a qual o setor da saúde é um dos maiores afetados pela violência laboral e, apesar de todas as profissões no setor da saúde estarem sob risco potencial de ocorrência de violência no ambiente de trabalho, a enfermagem está sob risco extremamente alto (OIT, 2002, p. 14).

Práticas distintas foram apontadas como parte da vivência dos(as) entrevistados(as), como agressão verbal, agressão física, ameaças, violência institucional, violência psicológica e assédio moral. O grau de violência que se experimenta pode depender de diversos fatores, como o local em que se labora:

Em alguns bairros, pra eu entrar, eu tinha que entrar com o jaleco, com os vidros abertos e com o jaleco pendurado, pra que as pessoas entendessem que eu tava ali a trabalho (E2).

Em muitos plantões, era como se eu tivesse ido a uma guerra. A gente volta exaurido (E1).

A fala de E2 exposta diz respeito a um contexto comum a bairros periféricos da Grande Vitória e de outras regiões metropolitanas, onde há a presença de grupos que exercem algum tipo de autoridade paralelamente ao Estado, e onde os automóveis que adentram aquela área devem ter os vidros abaixados, para que seja possível verificar quem está ali, quem ingressa naquele território. Para os(as) profissionais da enfermagem que ali laboram, o jaleco pendurado tem o papel de identificá-los nesse terreno de insegurança.

Em sentido análogo, a metáfora da guerra, utilizada por E1, remete não só ao grau de exaustão experimentado após a rotina de trabalho, mas também a essa situação vivenciada de violência e insegurança como fatores associados ao trabalho desempenhado.

À violência, comum ao cotidiano laboral, e à sensação de insegurança, se agrega um ambiente laboral em que se conjugam regimes de desgastantes plantões de trabalho, múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas e condições de trabalho que envolvem contato direto e frequente com a dor, a morte e o sofrimento.

A violência nesse ambiente de trabalho não ocorre apenas entre os(as) profissionais que ali laboram, mas também é exercida pelos(as) usuários(as) do sistema de saúde, de forma a ameaçar a própria vida e integridade física dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem:

Eu mesma já fui ameaçada de morte. [...] E o que que eu tava fazendo? Meu serviço. Só isso que eu faço. Então a profissão de enfermagem é uma profissão...muito estressante. Muito estressante (T3).

Tem o hospital lotado, no corredor, às vezes o paciente queria bater na gente. [...] Eles acham que a gente tem culpa, aí quer descontar tudo em cima de quem pega na frente primeiro. [...] Acontece porque, infelizmente, a saúde tá nesse estado de calamidade. A família, o paciente... Depois eles vão descontar em cima... Acaba sobrando pra enfermagem (T11).

A partir dos relatos dos(as) exercentes da enfermagem, agrupamos os resultados da pesquisa em dois grandes temas, quais sejam: violência, assédio moral, medo e disciplinarização; desvalorização, reconhecimento e interdição; e sofrimento, adoecimento e saúde.

5.1 VIOLÊNCIA, ASSÉDIO MORAL E MEDO: A DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DA ENFERMAGEM

Segundo a OMS (2004), o assédio moral é mais frequente nas hipóteses em que há hierarquia excessiva. A entidade exemplifica citando o caso dos hospitais, “onde enfermeiras são subordinadas aos médicos, a distintas hierarquias da enfermagem e à administração da instituição. A confusão resultante é um terreno apto para a intimidação e o menosprezo” (tradução livre²⁹) (OMS, 2004, p. 24).

Marie France Hirigoyen (2009, p. 108) também destaca que uma pesquisa realizada com mais de mil funcionários de saúde pública comunitária na região sudeste da Inglaterra indicou que 38% (trinta e oito por cento) deles foram submetidos a uma ou diversas formas de assédio moral. Além disso, 42% (quarenta e dois por cento) testemunharam comportamentos tirânicos que ocorrerem com seus colegas.

²⁹ No original: “Por ejemplo, es el caso de los hospitales, donde enfermeras son subordinadas de doctores, varios niveles de enfermería y la administración de la institución. La confusión resultante es un terreno apto para la intimidación y el escarnio” (OMS, 2004, p. 24).

Hirigoyen sublinha, assim, as difíceis condições de trabalho físicas e psíquicas experimentadas por esses(as) profissionais. Além disso, os hospitais são estruturas historicamente fortemente hierarquizadas, nas quais os(as) médicos(as) gozam de um status à parte (HIRIGOYEN, 2009, p. 140).

O hospital passa a ser uma empresa em que a carga de trabalho aumentou e progressos de ordem tecnológica criaram rigorosos padrões técnicos, que causam ainda mais estresse no pessoal da saúde. Além disso, é preciso aumentar a produtividade, melhorar os cuidados aos enfermos e dar conta das restrições econômicas (HIRIGOYEN, 2009, p. 140-141).

Por isso, Marie-France Hirigoyen destaca a situação da enfermagem e assevera que

Nos hospitais, as enfermeiras dependem tanto dos supervisores quanto dos médicos, o que pode criar uma confusão propícia a excessos, mal-entendidos, humilhações e abusos de poder. Por outro lado, elas se queixam muito frequentemente de não serem reconhecidas pelos médicos, que lhe confiam tarefas pouco gratificantes. Os próprios doentes se tornam mais difíceis no trato com o pessoal hospitalar (HIRIGOYEN, 2009, p. 141).

O ambiente laboral que se desenvolve sob as condições apresentadas torna-se, não raro, hostil ao(à) trabalhador, o que se amplia com a ocorrência de violência no ambiente de trabalho. E as relações de poder, obviamente, estão aí imbricadas, como estão em todo o corpo social.

As relações de poder são travadas no espaço em que se labora: de fato, há, em sociedade, milhares e milhares de relações de poder e, portanto, relações de força de pequenos enfrentamentos e, de algum modo, microlutas (FOUCAULT, 2006, p. 231). E assim, em toda parte e a cada instante, há possibilidades de dominação mas, também, possibilidades de resistência.

Analisando o assédio moral em face dos(as) exercentes da enfermagem, deparamo-nos com a rede de poderes moleculares que se espraiam por todo o corpo social, ao poder que se capilariza pela sociedade. Na perspectiva foucaultiana, tem-se o poder como algo que funciona apenas em cadeia, em rede e que não pode ser detido por alguém ou por algum grupo, tal qual um bem.

Foucault também assinala o momento em que o corpo, tanto individual quanto coletivo, passou a ser o principal alvo do poder, tendo as disciplinas o objetivo de torna-lo corpo produtivo, útil, dócil, obediente.

Pela análise e interpretação dos dados, foi possível perceber a docilização, a disciplinarização dos corpos da enfermagem à partir do medo, que pode ser gerado pelo assédio moral, mas, também pode ser gerado de outras formas, como será abordado. Nesse sentido, vejamos o relato de um(a) dos(as) entrevistados(as) a respeito do assédio moral no trabalho da enfermagem:

Aquilo vai minando a autoconfiança da pessoa e acaba minando a condição que ela tem de reagir. Às vezes atrapalha a forma como ela se enxerga. Ela começa a se vigiar o tempo inteiro, como se ela fosse o problema daquele serviço, e não é. O problema tá na cabeça de quem agride, não nela (T3).

É possível perceber, a partir da fala exposta, a sujeição imposta pelo medo gerado com o assédio moral. Além disso, também o medo gerado pela possibilidade de perda do emprego ou de outras punições permite a perpetuação da violência, com o silêncio daqueles(as) que eventualmente a testemunham:

[...] a gente sofria o assédio e a gente se calava. Se calava por medo, por medo de perder o emprego, se calava por diversos fatores, aquele negócio do assédio mesmo. O medo de perder o emprego ou o medo disso virar um desgaste de sua imagem, porque tem pessoas tem pessoas que têm a capacidade de dizer... Você tá sendo assediada e ele ainda convence as pessoas que você tá errada.

A dominação exercida pelo medo da violência materializada pelo assédio moral, pelo medo de perder o emprego ou pelo medo de ser punido de algum modo pode ser melhor compreendido a partir da perspectiva de poder exposta por Foucault na análise do poder disciplinar.

Foucault argumenta que o poder disciplinar visa ao “adestramento” do indivíduo ou de grupos de indivíduos. Para ele, “[...] o poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT, 2007, p. 143).

Ao abordar os recursos para o bom adestramento, o autor assevera que “[...] o sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o

olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame” (FOUCAULT, 2007, p. 143).

O olhar hierárquico se relaciona à necessidade de “um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar” (FOUCAULT, 2013, p. 165), a “um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam” (FOUCAULT, 2013, p. 165).

O hospital e os serviços de saúde, organizados como ação médica, tornam-se exemplo, consoante Michel Foucault, dessa arquitetura que obriga pelo jogo olhar e que sujeita os corpos. A separação e observação dos(as) doentes se estendem também àqueles que lhe dedicam cuidados, os(as) exercentes da enfermagem, ou seja, o ambiente hospitalar, em especial, caracteriza uma instituição disciplinar, “um aparelho de observação, de registro e de treinamento” (FOUCAULT, 2013, p. 176) também para enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que atuam sob contínua vigilância, exercida sobre seu conhecimento técnico, seu comportamento, seu zelo, sua rapidez, sua maneira de realizar suas atividades.

Além da vigilância, também a sanção normalizadora irá garantir o sucesso do poder disciplinar. Trata-se de um pequeno mecanismo penal, “beneficiado por uma espécie de privilégio de justiça, com suas leis próprias, seus delitos especificados, suas formas particulares de sanção, suas instâncias de julgamento” (FOUCAULT, 2013, p. 171). Foucault indica, dessa forma, que “é utilizada, a título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e a pequenas humilhações” (FOUCAULT, 2013, p. 172).

A sanção normalizadora objetiva que todos se pareçam, que ajam uniformemente de certo modo desejado. Seu cerne, portanto, como o próprio nome indica, é a normalização dos indivíduos na instituição disciplinar.

Na esfera laboral, nota-se que uma vez adestrados os(as) trabalhadores(as), são produzidos corpos dóceis e submissos, consolidando, assim, a formação de trabalhadores moldados aos interesses e às exigências das organizações para as

quais laboram. Sob essa conjuntura se insere o medo como forma de docilização dos corpos da enfermagem.

Nesse contexto, portanto, insere-se, também, a prática do assédio moral e organizacional nas instituições hospitalares e nos serviços de saúde: na moderna organização do trabalho, práticas abusivas como o assédio moral e organizacional têm sido utilizadas, muitas vezes, de maneiras crescentemente sofisticadas e sutis, como mais um instrumento de controle da subjetividade dos(as) trabalhadores(as), que são impulsionados a produzir cada vez mais e a se calarem diante de irregularidades e violência, ante o temor de punições e da possibilidade de desemprego.

Nesse contexto, foi possível perceber, nos relatos analisados, diferença entre a situação experimentada pelos(as) profissionais em função do regime sob o qual trabalham, ou seja, se laboram sob vínculo celetista ou sob vínculo estatutário, como deixam claro alguns relatos:

Mas eu ainda tenho, assim... uma segurança porque eu sou uma funcionária concursada, e nós temos funcionários contratados. Os funcionários contratados, eles são muito medrosos. Porque eles têm muito medo de qualquer coisa terminar na rescisão contratual deles [...] O funcionário contratado, ele tem aquela sensação de que 'eu tô aqui e a qualquer momento pode acontecer qualquer coisa comigo'. Eu não tenho essa sensação porque eu tenho um resguardo de uma estabilidade. Ninguém vai me jogar fora do meu serviço por conta de qualquer coisa, vai ter que ser por um processo administrativo, aquela coisa toda. (T3).

A denúncia praticamente não existe por medo de perder o emprego. [...] eu acho que o sindicato acaba nem podendo ser atuante porque não tem essas denúncias com tanta frequência. Talvez os funcionários vinculados às instituições públicas denunciem mais do que nas particulares. Porque eles se valem de uma segurança por serem concursados, por já terem passado por período probatório... Agora, na instituição particular, se a pessoa tá só ali, e depende dali, ela não faz a denúncia, engole em seco. (E5).

Desse modo, o medo ganha dimensões ainda maiores quando o(a) trabalhador(a) não tem garantia de estabilidade, quando teme que “a qualquer momento pode acontecer qualquer coisa comigo”. A atitude resultante desse medo será, possivelmente, a de manter as coisas como estão, de evitar quaisquer problemas para si e de, mesmo vendo situações de injustiça, silenciar.

A estabilidade, por outro lado, permitiria maior possibilidade de enfrentamento de situações de assédio moral ou outras formas de violência, tornando o(a) trabalhador menos sujeito a tais situações.

O medo mais acentuado dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem sob o regime celetista contribui com o fato relatado de que o assédio moral nos hospitais privados é mais intenso que aquele vivenciado nos hospitais públicos: “E olha, a situação nossa, a situação do funcionário público é bem... dizer assim, é melhor do que no privado, porque os assédios no privado são os mais horríveis que você possa imaginar” (E1).

Assim, embora o assédio moral seja tão antigo quanto o trabalho, assume diferentes formas, bem como diferentes intensidades. Certamente o assédio moral como estratégia de adestramento, como técnica disciplinar, não é a única forma como o assédio moral se apresenta no universo das relações trabalhistas, suas ocorrências nas relações de trabalho na enfermagem são relevantes e podem, inclusive, ser sobrepostas a outras perspectivas.

Cintia Silvia Fassarela, que realizou pesquisa com o objetivo de analisar os registros de relatos verbais dos profissionais de enfermagem, vítimas de assédio moral ou de humilhações sofridas durante o exercício de suas atividades profissionais, corrobora tal perspectiva de utilização do assédio moral na enfermagem como técnica de adestramento, nos seguintes termos:

O estímulo à produção aliada com a competição no ambiente de trabalho gera uma conjuntura profissional perfeita e magnífica para o aparecimento do Assédio Moral. O objetivo da empresa muita das vezes é gerar insegurança nos trabalhadores, por medo de perder o emprego, e torná-los quase sempre manipuláveis. Um ambiente de trabalho assim é extremamente ameaçador (2007, p. 84).

Percebe-se, portanto, que a criação desse ambiente laboral ameaçador não é despropositada: ao assediar o(a) trabalhador(a), tornando-o(a) inseguro(a) e manipulável, torna-se mais fácil adequá-lo(a) aos interesses da instituição em que labora, ‘adestrá-lo(a)’ para retirar e se apropriar mais e melhor de sua força de trabalho.

É o que se percebe a partir do seguinte relato sobre a reação dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem em face do assédio moral no trabalho: “É isso que você vê: a pessoa o tempo inteiro se vigiando, a ponto de chamar o colega: ‘vem ver se eu fiz isso aqui direito?’. Ai você olha e vê que tá tudo certo. “Tem certeza que tá tudo certo? Porque fulana vai entrar aqui e vai reclamar””. (T3).

Também ilustram a utilização do assédio e do medo os seguintes relatos:

[...] o profissional tem medo de se expor. Porque tudo é o risco de perder o emprego. E, assim, como existe uma história de submissão da própria profissão de ser majoritariamente de mulheres... Mulheres que sustentam a família... Que muitas vezes não têm marido, que dependem daquele emprego... Então, assim... É mais cômodo se sujeitar a isso do que correr o risco de ser punida (E7).

[...] eles não querem levar isso pra frente, pra justamente não comprometer o emprego deles. Então muita coisa a gente engole, finge que não aconteceu, pra manutenção do vínculo empregatício. [...] A denúncia praticamente não existe por medo de perder o emprego (E5)

Desse modo, o medo da punição funciona como instrumento disciplinar que faz o(a) trabalhador(a) consentir com as práticas impostas, submeter-se e calar diante delas.

É o que expõe outra(a) entrevistado(a), ao indicar qual a reação mais comum observada em face do assédio moral na enfermagem: “A gente vê todos os tipos de reação. Mas a maioria delas é calar. A maioria dos profissionais da enfermagem acaba se calando e tentam evitar que aquilo aconteça novamente” (T3).

Essa prática favorece a perpetuação dos problemas vivenciados e obsta sua prevenção e repressão, eis que o assédio permanece como problema sub-representado para a administração da instituição de saúde.

Os dados da investigação desenvolvida pela OIT no estudo intitulado “Violência no Trabalho no Setor Saúde” (2003), foram posteriormente analisados, com a seleção de todos os casos (1.569) e com o exame das variáveis relacionadas ao assédio moral. Os dados da pesquisa mostram as consequências da invisibilidade dessa violência:

[...] a reação mais comum é nem sequer relatar e, mesmo quando se relata ou se tenta registrar as ocorrências, não há consequência na maioria das vezes, porque não é um procedimento comum. Não há discussão sobre o assunto e cada um que é assediado é mantido isolado com seu sofrimento. Não há um caminho institucionalizado para resolução de casos de conflito. Na maioria de nossas instituições de saúde, não há espaços para

discussão, para negociação e organização democrática dos serviços (XAVIER *et al*, 2008, p. 21).

É preciso, pois, encontrar formas de lidar e intervir nessa violência psicológica, além de se implementar práticas institucionais destinadas a proteger, amparar e tratar aqueles que venham a ser atingidos, pois não há um “canal onde a violência no trabalho no setor saúde possa ser registrada e tornada visível, principalmente a violência psicológica” (PALÁCIOS, 2001, p. 51).

Assim, garantir o registro, inclusive institucional, das situações de assédio moral no setor da saúde permite que se reconheça essa violência, deixando de negar sua existência, tonando-se possível que as instituições de saúde realizem uma melhor apuração de sua magnitude e, então, a avaliação das melhores formas de intervenção.

Não se desconhece, obviamente, a dificuldade de se conceber esse tipo de prática de forma eficiente, eis que, apesar de grande parte dos(as) exercentes da enfermagem não serem trabalhadores(as) celetistas, aqueles que o são e que, portanto, não detém estabilidade no trabalho, temem a perda do emprego e as represálias que possam sofrer, perpetuando sua submissão.

O medo reprime, então, a iniciativa de defesa, e a luta pela manutenção do emprego como meio de sobrevivência atua como prioridade em detrimento da repressão dos abusos perpetrados.

O terceiro dos instrumentos do poder disciplinar abordado por Michel Foucault é o exame, que “combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (FOUCAULT, 2013, p. 177).

O papel do exame, considerado como instrumento do poder disciplinar, é dizer a verdade daqueles que analisa, para distribuí-las e organizá-las de acordo com suas aptidões, como é possível notar a partir dos boletins escolares, dos prontuários médicos e até mesmo dos programas de avaliação de desempenho das empresas (SILVEIRA, 2005, p. 77).

Michel Foucault analisa a escola como aparelho de exame ininterrupto, em raciocínio que poderia, de modo análogo, ser utilizado para a organização hospitalar em relação aos trabalhadores que ali laboram. Assim, o autor que há, ali, cada vez mais, “uma comparação perpétua de cada um com todos, que permite ao mesmo tempo medir e sancionar” (FOUCAULT, 2013, p. 178).

Com o objetivo de medir e sancionar, o exame une o olhar hierárquico e a sanção normalizadora. Ressalte-se, nesse contexto, que no hospital e nos serviços de saúde não só os(as) doentes são sujeitos a essa e às demais técnicas de adestramento, mas, também, trabalhadores que ali laboram.

Apresentados os instrumentos enumerados por Foucault para o sucesso do poder disciplinar, contata-se que as relações de trabalho, como relações de poder, são perpassadas por técnicas de adestramento, que permitem multiplicar as forças do trabalhador e apropriar-se delas mais e melhor.

A coerção disciplinar, dessa forma, permite o aumento das aptidões dos indivíduos, mas, também, a dominação dos corpos. Disciplinar significa tornar dóceis, úteis, submissos, os corpos produtivos, e hierarquizar, qualificar e avaliar são instrumentos dessa tecnologia política do corpo.

O adestramento do corpo, com o propósito de extrair-lhe o máximo possível de produtividade, também é vislumbrado nas relações de trabalho firmadas pelos exercentes da enfermagem, percebendo-se no assédio moral ali exercido uma técnica que conforma o poder disciplinar nos termos foucaultianos.

Nessa direção, Adriane Reis de Araújo (2006, p. 95) aponta a predominância da utilização do assédio organizacional como forma de homogeneização do comportamento dos trabalhadores. Nessa direção, o assédio tem por finalidades, conforme a autora, a promoção de envolvimento subjetivo dos(as) trabalhadores(as) às regras da organização a que se vinculam, a docilização e a padronização do comportamento, a partir da sanção imputada àqueles(as) que, de algum modo, se distanciam da conduta esperada pela organização, de modo a sanear o ambiente laboral (ARAÚJO, 2006, p. 95).

Isso porque, frequentemente, ao pressionar os(as) trabalhadores(as) a resignarem-se às regras da administração, aplica-se - muitas das vezes àqueles que possuem

perfil visto como inadequado - uma espécie de sanção, que serve como exemplo aos(às) demais, como é possível notar na hipótese de ocorrência da os casos de gestão por injúria, como o seguinte, relatado em acórdão proferido pelo Tribunal Regional do Trabalho da 17ª Região (2013):—Exemplo do exposto pode ser apontado nos casos de gestão por injúria, como o seguinte, relatado em acórdão proferido pelo Tribunal Regional do Trabalho da 17ª Região:

Com efeito, a primeira testemunha do reclamante [...] declarou que o relacionamento profissional com a supervisora Roseane não era tranquilo, sendo designado de “burro” e “incompetente” pela mesma, com regularidade, o que também sucedia com o autor, ocorrendo em ambos os casos ameaças de dispensa, geralmente aos gritos. [...] Isto posto, dá-se provimento ao apelo, para condenar a reclamada ao pagamento de R\$ 10.000,00, a título de indenização por assédio organizacional (Recurso Ordinário nº 0056100-63.2011.5.17.0010, 2013 – CONFERIR FORMA DE CITAR). (BRASIL, TRT 17ª Região, 2013).

O caso mencionado demonstra um exemplo em que o tratamento dispensado ao(à) trabalhador(a) atua como uma espécie de sanção, que saneia o O caso mencionado demonstra um exemplo em que o tratamento dispensado ao reclamante atua como uma espécie de sanção, qambiente de trabalho, criandoando um espaço laboral hostil, em que vige o medo, que controla a subjetividade dos(as) trabalhadores(as).

Dessa forma, não é necessário, para esse processo de docilização e adequação de comportamento, que o(a) trabalhador(a) sofra algum tipo de sanção diretamente, pois a observação ou o conhecimento do que ocorre com outros(as) trabalhadores(as) naquele ambiente é suficiente para conformá-lo aos parâmetros desejados pela organização, docilizando-o, buscando evitar que se torne vítima de tratamento semelhante, buscando evitar que seja vítima de tratamento semelhante. A instituição do medo no ambiente laboral age, nesse contexto, de forma poderosa, colonizando a subjetividade dos indivíduos e padronizando seu comportamento.

A gestão por medo, abordada anteriormente como forma de assédio organizacional fundamentada no mecanismo da ameaça – implícita ou explícita – como principal estímulo para que o trabalhador adira aos objetivos organizacionais, tem no medo o instrumento de submissão do trabalhador e não é estranha aos(às) exercentes da enfermagem:

Formatado: Fonte: Negrito, Não Realce

Formatado: Fonte: Negrito

Formatado: Fonte: Negrito, Não Realce

Formatado: Fonte: Negrito

Formatado: Fonte: Negrito, Não Realce

Formatado: Recuo: À esquerda: 4 cm, Espaçamento entre linhas: simples

A gente hoje trabalha ali pisando em ovos em tudo. A gente fica bem melindrado com as situações, a gente acaba tendo uma empresa que não dá condição nenhuma pra enfermagem trabalhar, uma forma menos ameaçadora, menos agressiva, menos estressante. (E5)

Tem várias formas de assediar. Tipo: "se você não fizer, tem uma fila de gente querendo seu lugar"... Com gritos, com ameaças, com sobrecarga de trabalho... (A7)

O assédio organizacional e o assédio moral nas relações laborais dos(as) exercentes da enfermagem adquirem, no mesmo sentido, a função de sanção normalizadora, de modo permanente, atuando como instrumento de poder de irrefutável relevância.

A forte hierarquização existente no contexto da enfermagem se insere no quadro de docilização desses(as) trabalhadores(as). Segundo a OMS (2004), o assédio moral é mais frequente nas hipóteses em que há hierarquia excessiva. A entidade exemplifica citando o caso dos hospitais, "onde enfermeiras são subordinadas aos médicos, a distintas hierarquias da enfermagem e à administração da instituição. A confusão resultante é um terreno apto para a intimidação e o menosprezo" (tradução livre³⁰) (OMS, 2004, p. 24).

A atuação dos supervisores, das chefias, dos médicos e até dos(as) doentes(as) e acompanhantes reforçam, portanto, o sistema de controle e dominação exercido sobre a enfermagem.

O que se busca, aqui, portanto, é, como adverte Foucault (2015, p. 282), "captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar". Além disso, também não busca "formular a pergunta sem resposta: 'quem tem o poder e o que pretende, ou o que procura aquele que tem o poder?'" (FOUCAULT, 2015, p. 283). O que se busca é analisar o poder onde ele está investido em práticas reais, concretas, efetivas.

Não se pretendeu analisar, na perspectiva foucaultiana, portanto, se há e qual seria a intenção no exercício do poder nas relações entre médico e profissionais da enfermagem, ou entre os próprios profissionais da enfermagem. O fato é que o

³⁰ No original: "Por ejemplo, es el caso de los hospitales, donde enfermeras son subordinadas de doctores, varios niveles de enfermería y la administración de la institución. La confusión resultante es un terreno apto para la intimidación y el escarnio" (OMS, 2004, p. 24).

poder circula, sujeita os corpos, rege os comportamentos dos sujeitos. Como isso ocorre é que se buscou analisar, ainda que “de maneira parcial e ziguezagueando muito” (FOUCAULT, 2015, p. 279).

O assédio moral e o assédio organizacional, compreendidos como instrumento de controle das operações do corpo - neste caso, do corpo do(a) profissional da enfermagem -, impondo-lhe uma relação de docilidade-utilidade - afeta, desse modo, a própria identidade da vítima, eis que ela é construída de modo dialógico, sendo moldada em parte pelo reconhecimento ou por sua ausência, e, também, pelo reconhecimento errôneo por parte dos outros.

5.2 DESVALORIZAÇÃO E (NÃO) RECONHECIMENTO: A INTERDIÇÃO DO DISCURSO DA ENFERMAGEM

O assédio moral pode se constituir como um olhar deformador da identidade, como um espelho aprisionador no qual o indivíduo se vê representado, na medida em que acredita, em qualquer grau, na identidade que lhe é atribuída por outrem.

Na análise e interpretação dos dados obtidos, diversos relatos expunham práticas que implicavam em sofrimento para os(as) entrevistados(as) que afetavam sua própria identidade, nos quais havia a materialização do assédio moral ou organizacional ou, ainda, de outras práticas que impunham uma diminuição da pessoa envolvida.

Abordando a reação dos(as) profissionais da enfermagem em relação ao assédio moral, um(a) dos(as) participantes relata:

Eu acho que muita gente sai da área, igual eu resolvi sair. Resolve sair porque se sente impotente, tudo o que você faz é...Não é que é em vão mas... Não é reconhecido [...] Mas não é questão de valorização financeira, mas você quer ser reconhecido, você não é reconhecido por ninguém. (E4).

A desqualificação e desconsideração do saber da enfermagem também foram frequentemente relatadas, de formas distintas. Uma das formas correntes nos

relatos diz respeito a uma visão do(a) exercente da enfermagem pelo profissional médico não como um(a) profissional dotado(a) de conhecimentos técnico-científicos relevantes para a realização do processo terapêutico, mas como alguém cuja função seria de mero ajudante deste(a) profissional.

Um(a) entrevistado(a) relata que o enfermeiro “[...] não consegue, às vezes, cumprir a função dele, porque toda hora tã gritando, pedindo coisas mínimas, tipo ‘eu quero um café!’, ‘eu quero uma água’, ‘o papel daqui [aponta para uma impressora] não tá entrando!’, ‘me dá uma caneta ali!’” (T3).

Ao abordar o que chama de “supervalorização do médico em detrimento do enfermeiro”, por exemplo, um(a) entrevistado(a) fala que, para os(as) médicos(as), “[...] a enfermagem é que tem que mandar trocar a lâmpada, que a enfermagem é que tem que ver um vazamento (E6)”.

Outro(a) entrevistado(a) afirma, em relação à ocorrência de pequenos problemas, como um problema com uma impressora no local de trabalho, que o(a) médico(a) espera que ele(a) conserte: “Eu estudei pra fazer o meu serviço de enfermagem. [...] Como se fosse da minha responsabilidade saber consertar impressora, coisa que eu não consigo consertar nem na minha casa, quanto mais no hospital” (E4).

Na mesma direção, um(a) entrevistado(a) afirma que, várias vezes, o(a) médico(a) se recusa a ir ao local onde está o(a) usuário(a) do sistema de saúde, após o pedido do(a) profissional da enfermagem. Indagado(a) sobre o porquê dessa negativa, o(a) entrevistado(a) afirmou: “Porque às vezes ele acha que o que eu falei não é significativo.[...] Eu acho que eles poderiam ser mais humildes e escutar o que a gente fala, porque eles não escutam, eles... A maioria não escuta” (E4).

Práticas como essas já demonstram uma desvalorização do saber da enfermagem pelo profissional médico, mas o processo de desqualificação do saber do(a) exercente da enfermagem, não raro, ultrapassa condutas como essas, e caracteriza um processo de assédio moral.

Como aponta Elda Bussinguer, em trabalho que analisa o fenômeno do poder a partir da experiência vivida por enfermeiros(as) em seu cotidiano,

[...] no relacionamento enfermeiro-médico, encontra-se talvez a maior área de conflito nas questões ligadas ao poder, não apenas por sua abrangência,

mas sobretudo pelas influências que exerce na vida cotidiana de todos aqueles que partilham o mundo da vida no hospital” (BUSSINGUER, 1990, p. 62- 63).

Sob esse viés, para um(a) dos participantes da pesquisa, o assédio moral existente em face da enfermagem “[...] está muito vinculado à desvalorização do conhecimento do outro, não é, do saber do outro. [...] Quando a gente quer dar uma opinião, o médico desvaloriza a opinião” (E6).

Não se pode deixar de falar, nesse sentido, da interdição sofrida pelos(as) exercentes da enfermagem. Um dos relatos demonstra bem essa interdição a que se refere Foucault (1999): “[...] eu trabalhei em um centro cirúrgico, então lá a enfermagem é muito calada. Se você falar uma coisa, eles falam: ‘limite-se a responder só o que eu perguntar’. Uma tristeza. Você não está autorizada a falar nada” (A12).

É nesse contexto, de cercear a fala da enfermagem, de desqualificá-la, de ignorá-la, que se efetua a interdição tratada por Foucault, mais precisamente, o direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala (FOUCAULT, 1999). O saber que diz respeito à saúde humana, nesse contexto, só poderia ser proferidos pelos(as) médicos. Sob tal perspectiva, os discursos terapêuticos não podem ser dissociados da prática de um ritual que determina, ao mesmo tempo, para o sujeito que fala, propriedades singulares e papéis preestabelecidos (FOUCAULT, 1999, p. 41).

Ainda que as atividades de médicos(as) e enfermeiros(as) conformem, conjuntamente, a ação terapêutica, vige a já mencionada dicotomia entre tratar – atividade dos(as) médicos(as) – e cuidar – atividade do(as) enfermeiros(as), que define quem pode falar sobre saúde no ambiente hospitalar e nos serviços de saúde, com os poderes que esse saber traz consigo.

A centralidade na figura do médico como o detentor do saber sobre as práticas curativas, relegando-se aos demais trabalhadores à condição de seus ajudantes, garantiu a continuidade de uma cultura, pautada em um imaginário social no qual o profissional médico pode exercer o poder de forma, muitas vezes, contrária aos ditames da lei e da ética que deve pautar as relações entre trabalhadores.

Diversos relatos abordam a referida centralidade da figura do(a) médico(a), especialmente, na relação de trabalho entre médicos(as) e a enfermagem, como os seguintes:

[...] dentro do serviço hospitalar o médico receptivo é a exceção. Ele que é a exceção. Porque, que acontece...Eu não sei o que acontece na formação do médico, na vida profissional dele, que ele chega no... Ele chega no serviço dele... Na hora dele prestar o serviço, com uma situação de... como se ele estivesse numa posição de superioridade acima de todos. Então ele não consegue entender que é parte integrante de uma equipe (T3)

Porque é como se ele [referindo-se ao médico] fosse, assim, o invólucro da perfeição (T3)

Eu não sei se é uma coisa cultural, eu não sei o que é, se vem desde a faculdade. [...] Porque às vezes eles acham que...que não só.. que está acima da enfermagem, como que eles estão acima de qualquer profissão (E4).

Eu ouço relatos, né, de colegas, que vivem determinadas situações aonde a população leiga como um todo simplesmente grita, se expande com alguém da enfermagem. Quando o médico chega é: [fala baixinho] “doutor...” (E10).

O médico acha que ele é o dono da verdade, que a enfermagem está ali para servi-lo. [...] Muitos médicos falam ‘o meu enfermeiro’, ‘o meu técnico’... Tem muito isso ainda (E9).

Importa lembrar, nessa direção, que conquanto na enfermagem a profissão “detenha autonomia relativa em relação aos demais profissionais, subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos” (FASSARELA, 2007, p. 51). O contato, portanto, é, geralmente, se não contínuo, habitual, entre a categoria médica e a categoria da enfermagem.

Nesse contexto, o(a) profissional da enfermagem “angustia-se com sua situação de alguém que se percebe dominado e submisso ao poder médico. Tem consciência de seu condicionamento histórico e cultural, das influências de sua situação de existir em uma profissão composta em sua maioria por mulheres, e tenta superá-los” (BUSSINGUER, 1990, p. 95).

Foucault aponta que, a partir do século XVIII, a medicina, como técnica geral de saúde, ocupa um lugar cada vez mais importante no âmbito das estruturas administrativas e na maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se afirmar, de se estender e, assim, “o médico penetra em diferentes instâncias de poder” (FOUCAULT, 2015, p. 309).

Foucault aborda, sob esse viés, o “excesso de poder de que se beneficia o médico” (FOUCAULT, 2015, p. 310), em um contexto no qual se torna necessário “observar, corrigir, melhorar o ‘corpo’ social e mantê-lo em um permanente estado de saúde” (FOUCAULT, 2015, p. 310). E essa função de higienista desempenhada a partir do século XVIII a que Foucault se refere, assegura ao médico sua posição politicamente privilegiada no século XVIII, precedendo sua posição econômica e socialmente privilegiada no século XIX (FOUCAULT, 2015, p. 310).

A posição privilegiada do médico, então, se inscreve na cultura contemporânea medicalocêntrica, que, por vezes, atua sem o devido reconhecimento aos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, com abuso de poder.

Dessa forma, em muitos casos, o assédio moral ocorre por meio da interdição, expressa como diminuição e desconsideração do saber da enfermagem, além da reiteração de críticas desarrazoadas ao(à) profissional da enfermagem, inclusive diante de outras pessoas, como usuários dos serviços de saúde e colegas de trabalho, relacionadas com o desempenho profissional do indivíduo. Conforme apontam Kátia Biagio Fontes, Sandra Marisa Pelloso e Maria Dalva de Barros Carvalho (2011, p. 818), ao analisar o assédio moral na enfermagem:

No contexto profissional, a estigmatização do indivíduo, por meio de ‘ataque sobre sua reputação e competência’, pode preceder o ataque pessoal e outras formas de comportamentos no ambiente de trabalho, muitas vezes associadas ao estereótipo de *mobbing*. O ataque sobre a reputação e competência profissional pode reduzir a vítima a um estado de impotência, sendo identificada como de pouca importância ou utilidade para a instituição, podendo ser destruída sem que o agressor seja punido.

Desqualificar é uma dentre outras tantas formas de se perpetrar o assédio moral, que “significa esvaziar de alguém todas as qualidades, dizer-lhe e repetir-lhe que ele não vale nada, até que ele próprio acabe achando o mesmo” (HIRIGOYEN, 2003, p. 125).

Nesse contexto, também se inscreve a conduta de dizer e repetir, no contexto profissional, que o seu conhecimento e, portanto, o seu trabalho, não valem nada. O seguinte relato, em resposta às formas sob as quais o assédio moral costuma se manifestar, em face da enfermagem, demonstra tal realidade:

Des-qua-li-fi-ca-ção. De você tentar desqualificar a pessoa profissionalmente ou às vezes até como ser humano. Às vezes, em situações tão ridículas... De querer incluir naquilo questões raciais, questões religiosas, pessoais, numa situação que é estritamente profissional. Então desqualifica a pessoa como profissional, como a raça à qual ela pertence, ou a religião que ela tem ou seja lá o que for. Usa-se o que for necessário pra que a pessoa se sinta humilhada e ela se sinta numa posição superior (T3).

Desse modo, se, na dialogicidade da formação de identidade dos(a) exercentes da enfermagem, surge a percepção de despreço social em relação à sua profissão, consoante abordado anteriormente, a ela acrescenta-se a desvalorização pessoal e a diminuição individual, direcionada ao(à) profissional de forma específica. A corrosão da autoestima torna-se, então, ainda mais intensa e dolorosa ante essa dupla desvalorização.

A partir dessa assertiva – “você é uma nulidade” – que pode ser expressa diretamente ou expressa de formas sutis, por diversos meios, a vítima integra esse dado, e passa a, de fato, materializar tal afirmativa: alguém torna-se nulo porque o outro decretou que ele o era (HIRIGOYEN, 2003, p. 126).

Diminuir e invisibilizar podem ser condutas realizadas de diversos modos, alguns deles bem sutis. Um(a) participante da pesquisa coloca um ponto que faz parte da rotina vivenciada que ilustra bem o que se pretende demonstrar:

[...] chama o seu chefe e fala: ‘ô, tá tudo lá de qualquer jeito, fala com aquela menina...’. A gente não tem profissão. Você não tem nome, você não tem identidade, você é ‘aquela menina ali’. Eu já ouvi de virar e falar assim: ‘ah, tem que falar com as meninas aí que elas têm que fazer...’. Você quer que fale com quem, doutora?’. ‘Com as meninas’. ‘Com as meninas significa quem? Com as técnicas de enfermagem? Com a equipe de enfermagem? Com quem você quer que fale?’. É como se fosse um ser despersonalizado. Ele não tem identidade, ele não profissão, ele é... Ele é alguém que tá passando ali e vai fazer as coisas. Essas pessoas, que elas promovem assédio... Eu tô falando da equipe médica, né. Eles não olham a enfermagem como uma profissão. [...] É a questão principal de desmerecer. Não se tem um respeito (T3).

O relato aparece como revelador de um processo de invisibilização, de desqualificação, do desaparecimento intersubjetivo de um ser humano no meio de outros, como já abordado por Fernando Braga da Costa (2004). Os(as) médicas são sempre chamados por “doutor” ou “doutora” - no ambiente de trabalho e, frequentemente, também fora dele - seguido de seus respectivos nomes: são

pessoas individualizadas por suas condutas, reconhecidas por suas capacidades e habilidades, valorizadas socialmente.

Como entender que os(as) profissionais da enfermagem sequer tenham direito a ter um nome, atributo que os(as) diferencia de todos(as) os demais seres humanos, que lhes atribui uma história, que os torna únicos(as)? Na narrativa apresentada pelo(a) entrevistado(a), ele(a) busca saber a quem a médica se refere, busca desfazer a invisibilização, a desqualificação, ao que a interlocutora responde com a repetição dessa invisibilização.

Em outro relato, a entrevistada fala que, ao se posicionar em relação ao melhor caminho a ser tomado, em uma visita multidisciplinar, ouviu do médico: “mas quem é você?” (E6). Após dizer seu nome e informar que era enfermeira do setor, a entrevistada relata que o médico lhe respondeu: “Aah...a enfermeira do setor? [em tom desaprovador]. Eu falei: ‘é, a enfermeira do setor [em tom assertivo]. [...] Eu tinha a informação que ele precisava, então não tem porquê a informação não vir de mim. Teria que ter vindo de um de vocês?”.

Ainda que não se esteja falando, nesses dois casos supraexpostos, de um processo de assédio moral, busca-se demonstrar a desqualificação que faz parte do cotidiano da enfermagem e que conforma processos de assédio moral. A assertiva a que se refere Hirigoyen, “você é uma nulidade”, não é parte apenas do assédio moral, mas pode compor um processo de desvalorização e de não reconhecimento nos serviços de saúde, que são vivenciados pelos(as) profissionais da enfermagem.

A aprovação intersubjetiva de que necessitam todos os indivíduos, resta comprometida quando as habilidades e capacidades que compõem o trabalho do indivíduo são diminuídas e, igualmente, a estima social, que “permite aos indivíduos adquirir uma medida de auto-estima, que pode ser encontrada na aceitação solidária e no aspecto social das habilidades de um indivíduo e em seu estilo de vida” (HONNETH. 2007, p. 87).

A invisibilidade do cuidado da enfermagem apresenta, portanto, consequências profundamente danosas ao desenvolvimento da identidade e da personalidade daqueles que têm o desafio de assistir o(a) doente e possibilitar que as pessoas possam aliviar sofrimentos e, provisoriamente, se afastar da morte. Do mesmo

modo, a satisfação no trabalho para esses indivíduos resta obviamente comprometida e realizar-se dentro e fora do trabalho torna-se uma missão que se afasta mais e mais.

Assim, a pressão psicológica diuturnamente sofrida pelos(a) profissionais de enfermagem é ampliada ainda mais pela prática do assédio moral e organizacional, muitas vezes ignorados e naturalizados naquele ambiente de trabalho. É preciso observar, nesse contexto, que o assédio moral encontrado em hospitais e serviços de saúde não se relaciona tão-somente com a produtividade, como ocorre em outros setores, mas com as relações de poder ali engendradas: estudo realizado num hospital-escola público revelou que

[...] 73,3% dos médicos entrevistados afirmaram que existe disputa de poder entre médicos e enfermeiros em algum momento da relação interprofissional, sendo que 90,9% desses consideraram que essa situação pode gerar problemas éticos entre as categorias. Já quando analisado sob o ponto de vista dos enfermeiros, atuantes na referida instituição, destacou-se a deficiente comunicação interprofissional como geradora de conflito entre esses profissionais (FONTES *et al*, 2003, p. 5).

É certo, pois, que a relação entre médicos(as) e profissionais da enfermagem pode encerrar relações de violência e de assédio moral, relacionados às relações de poder, mas o mesmo pode ocorrer nas relações entre os(as) exercentes da enfermagem.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498/86, estabelece que ao(à) enfermeiro(a), único(a) profissional da categoria com diploma de ensino superior, cumpre a atividade gerencial, a coordenação ou direção de toda a equipe de enfermagem, ao passo que aos(às) técnicos e auxiliares, de nível médio, coordenados pelo(a) enfermeiro(a), cabe a organização dos serviços de enfermagem e das atividades técnicas e auxiliares.

Não se pode, contudo, confundir o assédio moral com uma administração rigorosa ou exigente. Não se contesta a necessidade de alto grau de exigência nas atividades específicas dos(as) profissionais do setor da saúde, associadas à diligência, à atenção e à pontualidade na realização de tarefas. Deve haver fiscalização quanto à qualidade do atendimento dispensado, ao lidar com a vida e o bem-estar dos pacientes aos cuidados desses profissionais. Tais exigências não se

confundem, a princípio, com o rigor excessivo ou com o tratamento humilhante e a desqualificação do profissional e de suas habilidades para o exercício da profissão.

A Lei nº 7.498/86 dispõe, em seu artigo 11, que enfermeiros e enfermeiras exercem todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhes algumas atividades de forma privativa, como, por exemplo, as atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Já os técnicos de enfermagem, consoante art. 12 da mesma lei, exercem atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 da Lei nº 7.498/86; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; e d) participar da equipe de saúde.

Por fim, os auxiliares de enfermagem, conforme o art. 13, exercem atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações de tratamento simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; e d) participar da equipe de saúde.

Assim, ao abordar a divisão do trabalho de enfermagem, permeada pelas determinações econômicas, políticas e ideológicas, Cristina Melo (1986, p. 79) esclarece que tal separação, aliada à origem dos(as) exercentes da enfermagem, à diferenciação salarial e ao papel desempenhado pelo(a) enfermeiro(a) como gerenciador dos interesses das instituições em que trabalham, de modo quase sempre autoritário, explicam a disputa e o conflito permanentes entre ao(as) enfermeiros(as) e as demais categorias da enfermagem.

O(a) enfermeiro(a) que exerce a chefia da equipe de enfermagem, portanto, também exerce, comumente, a representação dos interesses da instituição em que labora,

reproduzindo atritos com os demais exercentes da enfermagem. É este(a) trabalhador(a) quem vai controlar os processos de trabalho, além de organizar e reforçar a organização do trabalho.

Ao se referir àqueles(as) que executam a supervisão na enfermagem e ao estímulo à conquista de poder na hierarquia da saúde pela enfermeira, Cristina Melo (1986, p. 80) assevera, ainda, que

O que acontece com a enfermeira em relação às demais categorias é uma tentativa de reproduzir a própria subjunção da enfermagem à prática médica. As enfermeiras, assim como os médicos já o fizeram, tentam se estabelecer no papel de únicos trabalhadores qualificados e capazes de elaborar as concepções e a prática da enfermagem. Impelidas pela hierarquia hospitalar, dentro dos princípios taylorísticos da divisão do trabalho, a uma posição indefinida, dona de poder eventual, mas sempre submissa ao médico, a enfermeira tenta impor uma liderança sobre as demais categorias, acirrando uma disputa de papéis, que longe de ser uma questão meramente pessoal ou técnica, é política e ideológica.

As relações entre os(as) exercentes da enfermagem, portanto, não se desenvolvem ao largo de conflitos. O pertencimento a uma mesma categoria não significa igualdade na hierarquia e na divisão do trabalho. As disputas se dão continuamente, e, nesse contexto, o assédio moral surge como um dos elementos que compõem as relações de poder existentes na enfermagem. Conforme um dos relatos: “[...] quem é que hoje mais persegue, desvaloriza, assedia e desqualifica o profissional tecnicamente, o profissional enfermeiro numa instituição hospitalar? É o próprio enfermeiro: gerente, coordenador...” (E7).

Nessa direção, destaca-se a pesquisa qualitativa realizada por Cintia Silvia Fassarela (2007), com o intuito de analisar os registros de relatos verbais dos profissionais de enfermagem, vítimas de assédio moral ou de humilhações durante o exercício de suas atividades profissionais. No tocante, cumpre apontar que à partir da análise do relato verbal dos participantes da pesquisa, três categorias emergiram, por sua frequência, por meio do questionário: hierarquia e relação de poder, organização do trabalho e comunicação do trabalho. Cintia Silvia Fassarela (2007, p. 73) assinala que

Essas categorias apontadas são as condições que contribuem para o aparecimento do fenômeno do assédio moral em relação ao trabalho de enfermagem. A primeira categoria, Hierarquia e Relação de Poder, se encontra estreitamente ligada ao aparecimento do fenômeno do assédio

moral, pois um dos contribuintes para a instalação do assédio moral é o uso exagerado da hierarquia. Para os participantes da pesquisa a espécie de assédio moral de maior ocorrência foi a vertical ascendente, ou seja, partindo de um superior hierárquico, não importando o nível estrutural da organização do profissional a que se encontra.

Nota-se, assim, que o ambiente hospitalar e dos serviços de saúde pode se revelar hostil ao(às) trabalhadores(as), ante a interdição, o abuso de poder e a agressão imbricados na ocorrência de assédio moral e organizacional nas relações laborais.

Nesse sentido, torna-se relevante relatar a recusa de uma enfermeira a conceder entrevista, durante a fase de agendamentos de entrevistas e aproximações com os sujeitos de pesquisa da presente investigação, eis que tal situação mostrou-se ilustrativa quanto ao impacto da interdição no discurso da enfermagem.

A profissional em questão, indicada por outro sujeito de pesquisa, havia se mostrado disposta a participar da pesquisa inicialmente. Contudo, ao saber que a entrevista seria gravada, fez diversas perguntas em relação a essa necessidade, indagou sobre a possibilidade de registro manual da entrevista e, finalmente, mostrou-se reticente quanto a sua participação.

Posteriormente, deixou de atender as ligações da entrevistadora para o agendamento da entrevista, apesar da garantia de sigilo e confidencialidade dos dados dos(as) participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e das devidas explicações sobre os fins meramente acadêmicos da pesquisa.

Enfim, a profissional que a havia indicado relatou o medo da referida enfermeira em falar sobre o assédio moral por ela vivido e sofrer algum tipo de consequência negativa em função de tal relato, o que resultou em sua recusa definitiva a participar da pesquisa.

Pode-se perceber, nesse caso, que a interdição do discurso ocorreu de forma tão impactante que a profissional sequer conseguiu falar sobre as experiências de sofrimento ante o assédio moral por ela vivenciadas. O direito de falar sobre o assédio moral lhe foi, em última instância, negado, em função da cultura do silenciamento que circunda a violência que atinge uma categoria vulnerabilizada como a enfermagem.

Assim, o relato dos(as) profissionais da enfermagem que sofrem com a violência e o assédio moral e organizacional em seus ambientes de trabalho é por eles(as) mesmos(as) silenciados, e essa interdição perpetua a invisibilização do problema. Há, nessa interdição e no silenciamento dele decorrente, o resultado de relações de poder que se fazem sentir de forma intensa pelo indivíduo, que lhe negam o direito da fala e lhe dificultam a possibilidade de resistência.

A esse quadro de violência se associa a sujeição dos exercentes da enfermagem a regimes de desgastantes plantões de trabalho, a diversas exigências emocionais, cognitivas e físicas e a condições de trabalho que envolvem contato direto e frequente com a dor, a morte e o sofrimento. O desprestígio social se faz acompanhar, assim, de baixos salários e de longas e exigentes jornadas de trabalho.

Sob a forma de um ambiente laboral no qual o trabalho não assume sua face virtuosa e profícua, mas sua face dolorosa e opressora, que obsta a realização do(a) profissional da enfermagem no âmbito laboral e a fruição do reconhecimento que aí se encontra implicado, o setor da saúde se afasta do direito ao meio ambiente de trabalho equilibrado, levando ao adoecimento, ao sofrimento e ao mal-estar.

5.3 VIOLÊNCIA, SOFRIMENTO E MAL-ESTAR NA ENFERMAGEM: “DE QUE SAÚDE A GENTE TÁ FALANDO?”

A violência vivenciada pelos(as) profissionais da enfermagem não se resume, porém, conforme mencionado, ao assédio moral: não raro, há, em seu cotidiano de trabalho, também, a existência de violência institucional, imbricada nas condições de trabalho proporcionados a esses(as) profissionais, relacionada, por vezes, a questões mínimas para o exercício do trabalho, como acomodações para o descanso, comuns nos hospitais para o(a) médico(a). Como expressa um(a) entrevistado(a):

Vivenciando a minha realidade, na minha instituição, não tem local pra descanso, eu tenho que deitar no chão frio, eu não tenho salário que eu ache adequado pro tanto de pessoas que me violentam, eu não tenho nenhum tipo de retorno positivo em relação a elogio, é só queixa, é só problema que chega pra mim (E5).

A violência do(a) usuário(a) do sistema de saúde e dos profissionais com quem a enfermagem divide o ambiente laboral comprometem a saúde e o bem-estar no trabalho, e consiste em uma das peças que conformam o trabalho da enfermagem. Além disso, problemas nos próprios hospitais e serviços de saúde, como a demora na prestação de atendimento e a redução do número de empregados, associado à omissão na atuação favorável à segurança dos(as) profissionais da enfermagem, aumentam a violência por eles(as) vivenciada nesses ambientes:

A maioria das pessoas tem medo dos malucos. Eu tenho medo dos sãos, que sabem exatamente o que estão fazendo. Não é aquele paciente que tá sentindo uma dor visceral. O cara da dor visceral, ele entra e a gente atende, ele não é capaz de te violentar porque ele tá sofrendo aquela dor, ele tá sofrendo a dor visceral. Geralmente é quem tá sofrendo um outro tipo de dor: tá com repúdio do sistema. [...] Ele tem que vomitar aquilo tudo em você e chegar até às vias de fato, muitas vezes, assim, de bater (E1).

[...] diminuiu o número de enfermeiros na classificação de risco, de manhã e à noite, e os enfermeiros começaram a apanhar (E1).

Então eu fico vulnerável, eu fico exposta. Eu fico insegura diante do que acontece. E a gente não tem aquele...aquela contrapartida do serviço de garantir uma proteção. Nós temos uma segurança patrimonial. [...] Já teve uma colega nossa que foi agredida no pronto-socorro e ele não pode fazer nada. [...] Porque ele tá ali é pra guardar o patrimônio, não é a pessoa (T3).

Os relatos expostos mostram, claramente, a percepção do local de trabalho como um local inseguro, no qual a violência compõe o cotidiano laboral. Mas, mais do que isso, a instituição de saúde onde se trabalha não só contribui para a ocorrência de violência, como, também, não oferece proteção em face dos episódios violentos que ocorrem.

Ao abordar a violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar, Suely Deslandes (2000, p. 148) identificou em todos(as) os(as) profissionais participantes da pesquisa uma experiência recente (própria ou entre colegas) de conflitos, ameaças e/ou agressões físicas envolvendo profissionais, pacientes e familiares. Dentre os motivos para as agressões, quatro se destacaram nos depoimentos: a) paciente que espera muitas horas pelo atendimento; b) o familiar quer que seu parente seja atendido prontamente por ser "especial"; c) paciente acha que o atendimento foi feito com descaso; d) iminência da morte do paciente (DESLANDES, 2000).

Dentre os motivos identificados, a demora no atendimento consiste na principal causa para as ações de violência (DESLANDES, 2000, p. 149), comumente citada pelos(as) participantes da presente pesquisa. profissionais e paciente/familiares) são vítimas de um mesmo processo. Contudo, a referida questão, oriunda da lógica organizacional do sistema, acaba por vitimar não só os(as) usuários(as) do sistema de saúde e seus(suas) acompanhantes, como, também, os(as) profissionais da saúde - e, em especial, a enfermagem.

Necessário, portanto, considerar, na análise do mal-estar e o sofrimento vivenciados pela enfermagem, a influência das condições de trabalho. Comumente, os relatos se dirigem a essas questões como formas de violência e, até mesmo, de assédio moral:

[...] eu acho que é uma violência psicológica. A pressão que a gente vive, as condições de trabalho como são postas... Eu acho que não deixa de ser uma violência. [...] Eu acho que quando você vê as faltas de condições de atendimento, a precarização do cuidado que você está prestando, eu acho que isso é uma violência, de uma forma ou de outra, a gente está se violentando (E4).

Conectando assédio moral e reconhecimento, já mencionamos que o reconhecimento equipara-se ao “olhar desembaçado”. O assédio moral e também a violência institucional e a interdição, atuam, nesse plano, definindo lugares mais ou menos aprisionadores, ao tornar, uma pessoa inexpressiva pelo olhar do outro, provocando seu desaparecimento simbólico.

Desse modo, os corpos da enfermagem passam a ser o espaço de manifestação de adoecimento e de danos à própria saúde. Por vezes, a violência sequer é nomeada ou reconhecida pela pessoa agredida, o que não permite o estabelecimento do nexo causal entre ela e o adoecimento, mesmo porque a banalização da violência também compõe a realidade da enfermagem. Nesse sentido, os seguintes relatos:

[...] demorei a enxergar que eu estava doente, que isso era um assédio. Demorei muito. [...] Depois desse período, se falava em trabalho pra mim, eu começava a chorar. (E1).

Eu fiquei doente, eu não dormia, eu emagreci, eu fiquei extremamente mexida (E2).

Relatos como esses demonstram como o trabalho pode ser capaz de lesar o(a) trabalhador(a) física e psicologicamente, distanciando-o(a) do labor como fonte de

significação pessoal e satisfação. O trabalho na saúde sofre os reflexos desse mal-estar e do descontentamento dos(as) profissionais da enfermagem, em um ambiente laboral em que a tensão se acumula.

As equipes de trabalho passam a sofrer, então, os efeitos desse ambiente de trabalho:

Às vezes eu sinto, na minha equipe, essa fala cansada, em mim mesmo. Às vezes fico pesarosa de ter que sair de casa pra vir trabalhar, justamente porque eu sei que vou ter esse desgaste, que eu vou ter esse problema, que eu vou ter a minha equipe não descontente comigo, mas descontente com as coisas que acontecem no dia-a-dia. Isso acaba respingando na nossa relação de trabalho ali naquele dia, então, hoje, essa questão de assédio moral dentro da enfermagem, essas questões de trabalho que envolvem o profissional da enfermagem desde o técnico ao nível superior, ela tem cansado bastante, desmotivado a maioria dos funcionários e um monte tem feito a opção de sair da profissão ou arranjar outras formas de empregabilidade (E5).

Eu acho que se tivesse uma valorização do seu trabalho, eu acho que a enfermagem trabalharia bem melhor. Eu acho que não teria tanto... Porque na minha sala de pré-vestibular deve ter uns 30 enfermeiros. [...] Eles tem aversão, sabe. De não voltar mais nunca: 'eu não volto pra lá [referindo-se ao trabalho assistencial em saúde] nunca mais. Eu não sou reconhecida. [...] Eu acho que é uma responsabilidade muito grande pra você não ser reconhecida. (E4).

A opção por desistir do trabalho da enfermagem em face da violência laboral que atinge o setor da saúde já é um efeito conhecido: segundo a OIT (2005, p. 5), as consequências negativas de tal violência apresenta forte impacto no desenvolvimento do trabalho nos serviços de saúde, o que inclui a deterioração da qualidade do cuidado prestado e na decisão dos trabalhadores da saúde de deixar as profissões dedicadas ao cuidado de saúde (tradução livre³¹).

Uma entrevistada resume o problema ora exposto nos seguintes termos: “como é que você vai cuidar da saúde de alguém, sendo que você não tem uma relação de trabalho saudável, sendo que você não tem um ambiente saudável de trabalho? Que saúde é essa? De que saúde a gente tá falando?” (E7).

Há, assim, uma patente dissonância entre o atendimento em saúde e a manutenção da saúde dos(as) próprios trabalhadores(as) da saúde, expostos à violência e a

³¹ No original: The negative consequences of such widespread violence heavily impacts on the delivery of health care services, which can include the deterioration of the quality of care provided and the decision by health workers to leave health care professions (OIT, 2005, p 5).

relações profissionais que lhes prejudicam. Sua saúde mental, seu equilíbrio psicoemocional e seu bem-estar não são priorizados, fazendo com que o trabalho perca sua dimensão profícua, transformando-o em uma prática massificada, que vai perdendo seu sentido. O adoecimento é apenas um sintoma da degradação do ambiente de trabalho no setor da saúde.

Contaminado pela deterioração das relações, o ambiente laboral também não alcança seus propósitos como deveria. De que saúde falamos, afinal, se no processo de tratamento e manutenção da saúde de outrem, perde-se a saúde diariamente? Estamos falando, de fato, de saúde?

A intervenção nesse processo de deterioração se faz premente, no sentido de preservação da saúde desses(as) trabalhadores(as) e da saúde da população, carente de cuidados realizados de forma adequada, por profissionais em condições de exercer satisfatoriamente seu trabalho, em ambiente laboral que não seja marcado pela violência e pelo sofrimento, mas pela fecundidade do trabalho digno e do prazer que ele pode gerar.

Como a violência tem causas múltiplas e apresenta distintas expressões, a abordagem de redução da violência laboral no setor da saúde precisa ser, também, múltipla e abrangente. Se, como vimos, fatores como o número reduzido de trabalhadores(as) em hospitais também contribui para a violência no local de trabalho, visto que dificulta o atendimento eficiente, individualizado e cuidadoso a cada paciente, o aperfeiçoamento do sistema de saúde existente também precisam participar do combate à violência laboral em face da enfermagem.

No sentido de recolocar em cena os reais interesses no campo do trabalho, merece relevo a posição de destaque conferida pela Constituição da República de 1988 às organizações sindicais na promoção dos direitos coletivos da categoria que representa, enunciando, em seu art. 8º, III, que “ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas”.

Consoante pesquisa inédita elaborada pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - DIEESE, com o objetivo de analisar o

conteúdo das cláusulas negociadas e das reivindicações de greves que abordam o tema saúde do trabalhador:

[...] de uma forma geral, o foco dessas cláusulas refere-se apenas ao adoecimento "físico". A questão da saúde mental foi mencionada em apenas dois acordos coletivos que determinam amparo ao trabalhador acometido por algum transtorno mental em decorrência do trabalho. [...] Tal contexto coloca como desafio para as organizações sindicais, a melhor compreensão do processo de adoecimento mental relacionado ao trabalho e a necessidade de sua inclusão na negociação coletiva, assim como na construção de políticas públicas (DIEESE, 2015, p. 42).

Além da importância da negociação coletiva e das greves, para conquistar avanços significativos para a saúde dos trabalhadores, deve ser priorizado pelas organizações sindicais³² dos(as) profissionais da enfermagem também um viés informativo e conscientizador, visto que os(as) trabalhadores(as) frequentemente não detém o entendimento do que se passa no contexto de trabalho em que estão inseridos(as), embora sintam intensamente seus efeitos.

Além disso, quanto à violência psicológica, não pode continuar a haver uma atuação contra suas manifestações, como o adoecimento mental e os distúrbios psicossomáticos, unicamente sob uma perspectiva individual, atuando-se sob um viés meramente ressarcitório, no qual a resolução de agravos se encontra vinculada à sua monetização.

Se é certo que indenizações e benefícios previdenciários em decorrência do assédio moral e organizacional não podem ser dispensados, tampouco se pode olvidar que a relevância dos direitos à saúde e à segurança do(a) trabalhador(a) não condiz com a tutela meramente ressarcitória, focada no pagamento de indenizações por lesões já consolidadas, sob pena de manutenção da perniciosa conjuntura instalada. É preciso muito mais.

Faz-se imprescindível, nesse sentido, a prevenção dos transtornos mentais, baseada nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde. Tal prevenção deve

³² Também é possível analisar a questão relativa à atuação sindical na promoção do meio ambiente de trabalho equilibrado e livre de violências pelo prisma do dever fundamental de atuação sindical na promoção da tutela coletiva do meio ambiente de trabalho saudável. Nesse sentido, cumpre assinalar que dever fundamental consiste em "uma categoria jurídico-constitucional, fundada na solidariedade, que impõe condutas proporcionais àqueles submetidos a uma determinada ordem democrática, passíveis ou não de sanção, com a finalidade de assegurar direitos fundamentais a ele correlacionados", conforme formulação conceitual adotada no Grupo de Pesquisa "Estado, Democracia Constitucional e Direitos Fundamentais" da FDV (FROSSARD; LEITE, 2015, p. 18).

utilizar conhecimentos médico-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, psicologia, entre outras disciplinas, além de valorizar a percepção dos(as) trabalhadores(as) sobre seu trabalho e saúde.

Esse processo de prevenção deve envolver o reconhecimento prévio das atividades onde existam fatores de risco potencialmente causadores de doença; identificação dos danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados; identificação e proposição de medidas necessárias para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos(as) trabalhadores(as); e a difusão de informação aos(às) trabalhadores(as) e empregadores(as) (BRASIL, 2001, p. 162).

Além disso, para que possa haver mudanças significativas no quadro de violência laboral em face da enfermagem, faz-se necessária uma atuação articulada de diversos atores sociais, incluindo o Estado, as entidades sindicais e os(as) trabalhadores da saúde, para a efetivação de uma intervenção nas principais causas de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores, que seguem apartando-os(as) da possibilidade de realização no trabalho.

O protagonismo das mulheres que consubstanciam a maciça maioria da categoria da enfermagem é crucial a essa luta por direitos. As entidades sindicais se mostram como espaços em que podem se conscientizar da realidade que lhes envolve e afeta e de seus direitos, e, então, conjuntamente, lutar pelos avanços que desejam, não esperar que eles aconteçam.

Afinal, “é no aprendizado diário e na convivência em casa, na escola, que a mulher vai aprendendo desde cedo a conter-se e a esperar. Esperar sempre pelo outro, por sua força, poder, inteligência e eficiência” (BUSSINGUER, 1988, p. 117). Mas não há dúvidas de que a espera não resulta em outra coisa senão a manutenção do *status quo*, da estabilidade estéril que não permite renovação e florescimento.

A construção de uma consciência coletiva acerca das violências e do não reconhecimento a que são submetidos(as) os(as) profissionais da enfermagem precisa ser desenvolvida. Mas, além disso, é preciso coragem para reconhecer os caminhos que têm levado ao sofrimento no trabalho e alterá-los, com a participação dos(as) exercentes da enfermagem, que precisam encontrar, no ambiente laboral,

um local seguro para trabalhar e para prestar o cuidado necessário à manutenção da vida.

Os(as) participantes dessa pesquisa, sejam eles(as) enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem ou auxiliares de enfermagem demonstram claramente sua percepção de que a violência adentra seu ambiente de trabalho, se espraia de formas distintas, como o assédio moral e organizacional, e prejudica o local onde a assistência é prestada.

Eles(as) percebem a influência da deterioração do sistema de saúde na violência que sofrem, percebem sua vulnerabilidade no ambiente de trabalho, percebem a presença do medo que impede a denúncia dos problemas vividos e contribui para a manutenção da violência e para o adoecimento e a insatisfação no trabalho. E percebem, juntamente a essas questões, o não reconhecimento que ainda os afeta.

O mal-estar daí derivado não é invisível a esses trabalhadores(as), pois perturba o local onde passam quase um terço de suas vidas adultas, marca seus corpos, invade outras esferas de suas existências, enfim, coloniza o espaço fora do trabalho. A desistência do trabalho na enfermagem apontado nessa pesquisa demonstra quão marcante essas questões se fazem para os(as) profissionais da enfermagem. Desinvisibilizar esse mal-estar se faz, portanto, imperativo.

As formas de desinvisibilização dos(as) profissionais da enfermagem e da violência que sofrem merecem pesquisa contínua e análise cuidadosa. As vidas desses(as) profissionais e as vidas de tantos(as) outros(as), que ingressam no sistema de saúde diariamente, carecem dessa desinvisibilização. É preciso que esteja claro: sob nenhuma hipótese, o preço do cuidado à vida da população pode ser a própria vida e a saúde dos(as) profissionais da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O descompasso existente entre a necessidade de uma assistência em saúde de qualidade e um ambiente de trabalho saudável no setor da saúde, por um lado, e a violência presente nesse ambiente laboral e de seu impacto na saúde de trabalhadores e trabalhadoras desse setor, por outro, consubstancia problema que precisa ser desinvisibilizado, desbanalizado e, indubitavelmente, combatido.

A enfermagem conforma parte substancial do contingente laboral do setor da saúde e percebe o impacto dessa violência diariamente, seja ela perpetuada pelo(a) usuário(a) do sistema de saúde ou pelos(as) profissionais com os(as) quais divide o cotidiano de trabalho. Trata-se de duro diagnóstico, cuja terapêutica deve ser elaborada e ministrada com o efetivo cuidado que a complexidade da questão demanda.

Isso porque diversos dos fatores que conformam o trajeto histórico da enfermagem, que foram gestados e desenvolvidos durante longo período histórico, sedimentaram-se e naturalizaram-se ao longo do tempo, e, assim, ainda se refletem na realidade atual desses(as) profissionais, formada também por disputas e violências.

A predominância feminina na enfermagem é, possivelmente, o maior exemplo dessa afirmação, que participa da tecedura da invisibilidade dos(as) exercentes da enfermagem, da negação de reconhecimento a eles(as) atribuída e, assim, da sua vulnerabilidade nas relações que estabelecem em seu ambiente de trabalho.

Estas não são, porém questões fixas, permanentes e impassíveis de mudanças, mas de questões implicadas em um eterno devir que reúne as possibilidades para que a prática que se se tece nas distintas instituições em que se desenvolvem ações de cuidado possa dissolver e transformar as realidades existentes que impliquem em desprestígio e descontentamento dos(as) exercentes da enfermagem.

A violência laboral, em suas múltiplas expressões, nega à enfermagem a possibilidade de vivenciar a fecundidade do trabalho digno no qual se encontra crescimento e realização. Sua vertente psicológica, que engloba o assédio moral e o

assédio organizacional, comuns ao ambiente de trabalho da enfermagem, perpetua-se sutilmente, sem a notoriedade que sua perniciosidade deveria suscitar.

Desse modo, a presente pesquisa buscou a compreensão do ambiente de trabalho no setor da saúde e das violências aí perpetuadas, a partir da análise qualitativa do material coletado por meio de entrevistas com os(as) profissionais da enfermagem.

A partir de categorias analíticas que emergiram dos relatos dos(as) profissionais entrevistados(as), buscou-se, então, respostas a tal questionamento central à pesquisa, na tentativa de desinvisibilizar o mal-estar a que tantos(as) profissionais já se acostumaram, o sofrimento que tem se tornado parte do seu cotidiano de trabalho e a violência que não se pode tolerar em um ambiente de trabalho que se pretenda saudável.

Examinou-se, nesse sentido, as relações de poder travadas nos espaços em que laboram os(as) exercentes da enfermagem, onde se vislumbram, continuamente, milhares de relações de força, de pequenos enfrentamentos, de microlutas, e, a cada instante, possibilidades de dominação mas, também, possibilidades de resistência.

A violência, o assédio moral e o medo que participam do processo de disciplinarização dos corpos dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem foi analisado nesse contexto, a partir da perspectiva de poder exposta por Foucault na análise do poder disciplinar. Dessa forma, a dominação exercida pelo medo presente no ambiente laboral o torna, frequentemente, hostil ao(à) trabalhador - seja ele o medo da violência na forma do assédio moral, o medo de perder o emprego ou o medo de ser punido de algum modo.

A luta pela manutenção do emprego como meio de sobrevivência atua como prioridade em detrimento da repressão dos abusos perpetrados. Desse modo, o medo reprime a iniciativa de defesa e resistência dos(as) trabalhadores(as), e em vez de avanços e conquistas, sujeita-os ao retrocesso e à resignação.

Tem-se, então, com a onipresença do medo, a promoção forçada de envolvimento subjetivo dos(as) trabalhadores(as) às regras da organização a que se vinculam, a docilização e a padronização do comportamento, a partir da sanção imputada aos(às) trabalhadores(as), de modo a sanear o ambiente laboral.

Além disso, também conformam o ambiente de trabalho da enfermagem a desvalorização e o não reconhecimento dos(as) trabalhadores(as) da enfermagem, a partir da interdição do seu discurso. A desqualificação e desconsideração do saber da enfermagem pelos(as) profissionais médicos(as), principalmente, foram frequentemente relatadas, de formas distintas.

Assim, cercear a fala da enfermagem, desqualificá-la, ignorá-la, são condutas que participam do quadro de interdição tratada por Foucault (1999). Ainda que as atividades de médicos(as) e enfermeiros(as) componham, conjuntamente, a ação terapêutica, vige, nesse contexto, a dicotomia analisada entre tratar – atividade dos(as) médicos(as) – e cuidar – atividade do(as) enfermeiros(as) -, que define quem pode falar sobre saúde no ambiente hospitalar e nos serviços de saúde, com os poderes que esse saber traz consigo.

Com a percepção da desvalorização em relação à sua profissão - na qual também se inscreve a conduta de dizer, repetir e expressar, ainda que de formas sutis, no contexto profissional, que o seu conhecimento e, portanto, o seu trabalho, não possuem valor, - opera-se uma deterioração na autoestima dos(as) profissionais. Sua identidade é atingida nesse processo, eis que formada dialogicamente, pois a aprovação intersubjetiva de que necessitam os indivíduos é comprometida quando as habilidades e capacidades que compõem o seu trabalho são frequentemente desconsideradas. Igualmente, a possibilidade de satisfação e de realização dentro e fora do ambiente laboral estreita-se com tal interdição constante do seu discurso.

Assim, o sofrimento e o mal-estar causados na enfermagem pela violência imposta causa um descompasso com a preservação da saúde integral desses(as) trabalhadores(as) e com um ambiente laboral saudável e equilibrado. Cuidar da saúde do outro se torna uma missão complexa quando a saúde do(a) profissional com tal responsabilidade, seja ela física ou mental, é constantemente golpeada.

Não se pode permitir que o adoecimento e o mal-estar conformem a ampla realidade dos(as) exercentes da enfermagem para que se enxergue esse processo perverso. A promoção da saúde deve se direcionar não só ao(à) usuário(a) do sistema de saúde: deve ser elemento primordial para aqueles(as) que se ocupam da manutenção da vida.

Um ambiente laboral marcado pela violência e pelo sofrimento não pode coexistir com um sistema de promoção de saúde efetivo e de qualidade. Para promover não só a saúde desses(as) profissionais, mas também seu direito à vida digna e a fecundidade do trabalho e do prazer que ele pode gerar, é preciso desinvizibilizar a violência que se perpetua no ambiente de trabalho da saúde e reconhecer o potencial lesivo das práticas violentas, em sua multiplicidade.

Esse sentido, as organizações sindicais podem constituir importantes instrumentos para conquistar avanços significativos para a saúde dos(as) trabalhadores(as), a partir de um viés informativo e conscientizador, e, também, a partir de sua capacidade de organização e mobilização dos trabalhadores para a defesa e ampliação dos direitos sociais e trabalhistas. Sob tal atuação, torna-se possível pavimentar um caminho que se oponha à realidade de degradação do ambiente de trabalho, em uma luta coletiva pelo fim da violência no cotidiano laboral da enfermagem.

Dessa forma, pode-se reunir as possibilidades para que as práticas lesivas que se tecem nas distintas instituições em que se desenvolvem ações de cuidado possam ser rompidas e possamos, assim, transformar as realidades existentes que ainda se traduzam em violência, dor e sofrimento aos(às) exercentes da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABEN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Estatuto Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN**. Goiânia, 2005.

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ARAÚJO, Adriane de Reis. **O assédio moral organizacional**. 2006. 231 f. Dissertação (Mestrado em Direitos das Relações Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo.

ARBLASTER, Anthony. Violência. In: **Dicionário do pensamento social do século XX**. OTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. Trad. Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996.

BANDEIRA, Lourdes; OLIVEIRA, Eleonora M. de. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, vol. 51, n.4, p. 677-696, 1998.

BARRETO, Margarida. Assédio moral: o risco invisível no mundo do trabalho. **Jornal da rede feminista de saúde**, São Paulo, n. 25, p. 12-16, jun. 2002.

_____. Pressão cotidiana ou humilhação continuada? **Folha Sinapse**, São Paulo, nº 37, 26 jul. 2005.

_____. **Violência, saúde e trabalho:** uma jornada de humilhações. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2003.

BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves *et al.* As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEINS, Miriam Susskind;

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo.** Trad. Sérgio Milliet. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Conselho Nacional de Previdência Social. **Resolução nº 1.253, de 24 de novembro de 2004.** Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf>. Acesso em: 15 maio 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Tribunal Regional do Trabalho da 17ª Região. **Recurso Ordinário 0056100-63.2011.5.17.0010**, Rel. Desembargador Lino Faria Petelinkar, Vitória-ES. Julgado em 22 de agosto de 2013. Disponível em: <www.trtes.jus.br>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BUJDOSO, Yasmin Lilla Veronica *et al.* A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, n. 5, p. 1363-1374, 2007.

BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. **A questão do poder na enfermagem:** uma tentativa de compreensão a partir da fenomenologia de Alfredo Schutz. 1990. 103 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. **A ideologia feminina no discurso dos enfermeiros brasileiros – análise de conteúdo.** 1988. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHAUÍ, Marilena. **A não-violência do brasileiro, um mito interessantíssimo.** In: 1ª Conferência Brasileira de Educação. São Paulo. 31 mar. 1980.

_____. Ética, política e violência. In: CAMACHO, Thimóteo (org.). **Ensaio sobre Violência.** Vitória: Edufes, 2003.

_____. Ética y violencia. **Revista Nueva Sociedad,** Venezuela, nº 163, p. 31 – 43, 1998.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm,** Brasília, vol.58, n.3, p. 345-348, 2005.

COREN-ES – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO. **Confira dados completos da Pesquisa Perfil da Enfermagem apurados no ES.** Disponível em: < http://www.coren-es.org.br/cofen-disponibiliza-dados-completos-da-pesquisa-perfil-da-enfermagem-apurados-no-es_6149.html>. Acesso em 6 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais.** 2011.

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem:** o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 2005. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

COSTA, Fernando Braga da. **Homens invisíveis:** relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar**: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTADÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS. **A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil**. São Paulo, 2015.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Trad. Leandro Konder. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. **Breve histórico institucional da EEAN**. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/sobre/index.htm>>. Acesso em: 14 de jul. de 2011.

FASSARELA, Cintia Silva. **Profissionais de enfermagem vítimas de assédio moral ou humilhação no trabalho**: análise de relatos verbais. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FISHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, 2001.

FONSECA, Bruno Gomes Borges da; LEITE, Carlos Henrique Bezerra. A paralisação da atividade econômica como um dos efeitos do dever fundamental de proteção do meio ambiente do trabalho pelo empregador. **Espaço Jurídico Journal of Law**, Joaçaba, v. 16, n. 1, jan./jun. 2015, p. 185-200.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Uma leitura generificada da (re)inauguração de um fazer para mulheres: da Inglaterra ao Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n.1, pp. 75-84, 2002.

FONTES, Kátia Biagio *et al.* Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 21, n. 3, p. 758-764, 2013.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1987.

_____. **A ordem do discurso**. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1999.

_____. **Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Ditos e Escritos, v. IV).

_____. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FREITAS, Maria Ester; HELOANO, Roberto; BARRETO, Margarida. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

FROSSARD, Livia Davel; LEITE, Carlos Henrique Bezerra. O dever fundamental de atuação sindical na promoção da tutela coletiva do meio ambiente de trabalho saudável. **Derecho y Cambio Social**, v. 40, p. 1-23, 2015.

GASTALDO, Denise Maria; MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 42, p. 7-13, 1989.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GUIMARAES, Celma; CARVALHO, Viviane Lemes da Silva. Entidades representativas da enfermagem no Estado de Goiás: um relato histórico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, vol. 58, n. 1, p. 105-109, 2005.

GOMES, Maria da Luz Barbosa; SANTOS, Tânia Cristina Franco. Construindo a identidade sindical das enfermeiras no rio de janeiro (1978-1984). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 14, n. 4, p. 488-497, 2005.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, vol. 37, n.132, p. 595-609, 2007.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. Trad. Maria Helena Kuhner. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Trad. Rejane Janowitz. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HONNETH, Axel. La dinámica social del desprecio: hacia una ubicación de una teoría crítica de la sociedad. In: HONNETH, Axel. **La sociedad del desprecio**. Madrid: Trotta, 2011.

_____. **Luta por reconhecimento:** a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2009.

_____. Reconhecimento ou redistribuição? A mudança de perspectivas na ordem moral da sociedade. In: SOUZA, Jessé; MATTOS, Patrícia (Org). **Teoria crítica no século XXI**. São Paulo: Annablume, 2007.

JESUS, Elaine dos Santos *et al.* Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol.44, n.1, p. 166-173, 2010.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: EMÍLIO, Marli; TEIXEIRA, Marilane; NOBRE, Miriam; GODINHO, Tatau (orgs.). **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres:** desafios para as políticas públicas. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003.

LEITE, Carlos Henrique Bezerra. Eficácia horizontal dos direitos fundamentais na relação de emprego. **LTr**, São Paulo, vol. 75, n. 01, p. 24 – 39, jan. 2011.

_____. Tutela coletiva inibitória no estado socioambiental de direito: por um meio ambiente do trabalho saudável. **Revista Eletrônica da EJUD do TRT 17ª Região**, Vitória, vol. 1, ano 2, n. 2, p. 01 – 22, nov. 2013.

LEYMANN, Heinz. Contenido y desarrollo dela coso grupal (“mobbing”) em el trabajo. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, vol. 5, n. 2, p. 165-184, 1996.

LIMA, Maria José de. **O que é enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2010.

LOPES, Marta Júlia Marques. **O trabalho da enfermeira**: nem público, nem privado feminino, doméstico e desvalorizado. 1987. 158 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Sociedade Industrial). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, RS.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, 2005.

LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Os doce(i)s corpos do hospital**: as enfermeiras e o poder institucional no estrutura hospitalar. 2ª ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em foco**. Brasília: COFEN, vol. 3, n. 3, p. 119 – 122, 2012.

MELO, Cristina. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1979.

MILLAN, Luiz Roberto. **Vocação médica**: um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, vol. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997- fev. 1998.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre a enfermagem**: o que é e o que não é. Trad. Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

OLINISKI, Samantha Reikdal; LACERDA, Maria Ribeiro. As diferentes faces do meio ambiente de trabalho em saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 43 – 52, jul./dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A prevenção das doenças profissionais**. Genebra, OIT, 2013a.

_____. **Violence at work**. [S.I.], 2003a.

_____. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Genebra, 2002.

_____. **Stop violence at work**. Disponível em: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/who-we-are/ilo-director-general/statements-and-speeches/WCMS_206371/lang-en/index.htm>. Acesso em: 23 out. 2013b.

_____. **Violência no trabalho no setor da saúde**. Genebra, 2003b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência no trabalho em saúde**: um tema para a cooperação internacional em RH em saúde. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 52, n.3, pp. 443-454, 1999.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol. 58, n. 6, p. 723-726, 2005.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PALÁCIOS, Marisa (coord.). **Relatório preliminar da pesquisa violência no trabalho no setor saúde - Rio de Janeiro - Brasil**. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2002.

PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio. Bullying: mais uma epidemia invisível? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 30, n.1, pp. 3-5, 2006.

PAMPLONA FILHO, Rodolfo. Noções conceituais sobre o assédio moral na relação de emprego. **Revista Trimestral de Direito Civil**. Rio de Janeiro, vol. 28, 2006.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni P. Orlandi *et al.* Campinas: Editora da Unicampo, 1988.

PIMENTA, Adriana de Lima. **Identidade profissional da enfermagem**: uma construção à luz da sociologia das profissões. 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

PIOVEZANI, Carlos; CURCINO, Luzmara; SARGENTINI, Vanice (orgs.). **Presenças de Foucault na análise do discurso**. São Paulo: EdUFSCar, 2014.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem** – Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, Denise; LORENZETTI, Jorge; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. O “Movimento Participação” na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn): história e desafios na representação profissional. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Susskind; SANTOS, Iraci dos (coords.). **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

REVEL, Judith. **Dicionário Foucault**. Trad. Anderson Alexandre da Silva. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

REVISTA VEJA. **Assédio moral: o lado sombrio do trabalho**. Edição 1913, ano 38, nº 28, p. 105 – 108, 2005.

ROCHA, Décio; DEUSDARA, Bruno. **Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória**. Alea, Rio de Janeiro, vol.7, n.2, p. 305-322, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Iraci dos (orgs.). **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

SANTOS, Tatiane Araújo dos Santos. **Valor da força de trabalho da enfermeira**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.

SARGENTINI, Vanice Maria Oliveira. Ecos da arqueologia de Michel Foucault na análise da imagem: retratos do homem político na mídia. In: PIOVEZANI, Carlos; CURCINO, Luzmara; SARGENTINI, Vanice (orgs.). **Presenças de Foucault na análise do discurso**. São Paulo: EdUFSCar, 2014.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVEIRA, Rafael Alcadipani da. **Michel Foucault**: poder e análise das organizações. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

SOBOLL, Lis Andrea. **Assédio moral/organizacional**: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. **Controle e exploração**: a produção capitalista em uma unidade hospitalar. 2003. 201 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná.

TAYLOR, Charles. A Política do reconhecimento. In: **Argumentos Filosóficos**. Trad. Adail Ubirajara Sobral. São Paulo, Loyola, 2000.

THOMÉ, Candy Florêncio. **O assédio moral nas relações de emprego**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2009.

XAVIER, Ana Carolina Hungria *et al.* Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 15-22, 2008.

WLOSKO, Miriam; ROS, Cecilia. La organización de trabajo como generadora de violência laboral em la enfermeira. In: MENDES, Ana Magnólia. **Violência no trabalho**: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

YANNOULAS, Sílvia Cristina. **Dossiê**: políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho. Brasília: CFEMEA/ FIG/CIDA, 2002.