



PSYCHOSOCIAL ASPECTS INVOLVED IN THE SERVICE OF THE EMERGENCY PATIENT VICTIM OF VIOLENCE: REPRESENTATIONS OF NURSING TEAM

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO DE EMERGENCIA AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: REPRESENTAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE PARTICIPAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL PACIENTE VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA: REPRESENTACIONES DE EQUIPO DE ENFERMERÍA

Claudia Mara Melo Tavares¹, Ana Paula Silva Barilari²

ABSTRACT

Objective: This study analyzes the representations of the nursing staff on the psychosocial aspects involved in emergency care to the patient a victim of violence. **Method:** This is a field research with the nursing staff of an emergency in a public hospital in Rio de Janeiro, being based on the Collective Subject Discourse. **Results:** Psychosocial aspects emerging nursing discourse on emergency care to patients victims of violence were: agility to sustain life, by how uncomfortable the nursing staff is handled by the patient or caregivers and concern for their own safety. **Conclusion:** The emotions present in the nursing teams who work with patients who are victims of violence are silenced, trivialized and often justified by the rapid pace of work that the emergency room. There are no institutional policies or administrative attitudes conducive to a socio-emotional insurance for the nursing work. **Descriptors:** Emergency nursing, Violence, Occupational health.

RESUMO

Objetivo: Este estudo visa analisar as representações da equipe de enfermagem sobre os aspectos psicossociais envolvidos no atendimento de emergência ao paciente vítima de violência. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo realizada com a equipe de enfermagem de uma emergência de um hospital público do Rio de Janeiro, estando baseada no Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os aspectos psicossociais emergentes do discurso dos enfermeiros sobre o atendimento de emergência ao paciente vítima de violência foram: agilidade para manutenção da vida, incômodo pela forma como a equipe de enfermagem é tratada pelo paciente e/ou acompanhantes e preocupação com a própria segurança. **Conclusão:** As emoções presentes nas equipes de enfermagem que atuam com pacientes vítimas de violência são silenciadas, banalizadas e muitas vezes justificada pelo ritmo acelerado de trabalho próprio do setor de emergência. Inexistem políticas institucionais ou atitudes administrativas propiciadoras de um ambiente sócio-emocional seguro para o trabalho de enfermagem. **Descritores:** Enfermagem em emergência, Violência, Saúde ocupacional.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio analiza las representaciones del personal de enfermería en los aspectos psicossociales implicados en la atención de emergencia a la paciente víctima de la violencia. **Método:** Se trata de una investigación de campo con el personal de enfermería de emergencia en un hospital público de Río de Janeiro, que se basa en el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Aspectos psicossociales emergentes discurso de enfermería en la atención de emergencia a pacientes víctimas de violencia: la agilidad para sostener la vida, por lo incómodo que el personal de enfermería es manejado por el paciente o los cuidadores y la preocupación por su propia seguridad. **Conclusión:** Las emociones presentes en los equipos de enfermería que trabajan con pacientes que son víctimas de la violencia son silenciados, trivializado y a menudo justificada por el rápido ritmo de trabajo que la sala de emergencias. No existen políticas institucionales o actitudes administrativas conducentes a un seguro social y emocional para el trabajo de enfermería. **Descriptor:** Enfermería de Urgencia, Violência, Salud ocupacional.

¹ Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da UFF. Professora do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Doutora em Enfermagem. E-mail: claumara@vr.microlink.com.br. ² Enfermeira do Hospital Geral de Bonsucesso. Aluna do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde - UFF. E-mail: aninha.21@ig.com.br.

INTRODUÇÃO

O atendimento as vítimas de violência está inserido como uma estratégia de política pública em saúde. Em 2001 o setor saúde passa a se responsabilizar pela discussão do tema violência, através da criação da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, que historicamente era realizado pela esfera do poder judiciário e de segurança pública¹.

A violência é um problema social que ameaça o desenvolvimento da população, afeta a qualidade de vida e as teias sociais. A prevenção e o combate à violência vêm sendo um dos maiores obstáculos a ser enfrentado pelo campo da saúde frente à alta demanda aos serviços de urgência e emergência, onde a violência adquire uma maior visibilidade pela gravidade das lesões e pelo risco iminente de morte das vítimas.

No Brasil, as causas externas (homicídios, suicídios, acidentes) são os principais motivos de morte nos grupos etários entre 5 a 45 anos^{2,3}.

A incidência das mortes violentas recai sobre a população masculina de adolescentes e adultos jovens oriundos das classes sociais menos favorecidas, de etnia negra ou dela descendentes, com pouca ou nenhuma qualificação profissional e com baixa escolaridade⁴.

O profissional de saúde está pouco atento para identificar as várias faces dos atendimentos incluídos na classificação de causas externas, pois é comum, na emergência, desconsiderar a violência como causa, e quando identificada considerá-la um evento normal para o tipo de pessoa que está sendo atendida, também é comum se fazer o registro incompleto⁵.

Pensar em cuidado de enfermagem na emergência é pensar em uma assistência técnica de qualidade, atendimento ágil aos indivíduos acometidos por quadros agudos que acarretam risco iminente de morte. Os profissionais que

trabalham neste espaço tão diferenciado deverão estar presentes para intervir nestas situações de intenso estresse onde muitas vezes o tempo é o limiar entre a vida e morte deste sujeito.

A emergência é um ambiente onde a dinâmica de atendimento exige rapidez e atitude imediata, o que provoca grande estresse na equipe. Nela há uma demanda de atendimento que sempre está além do contingente de profissionais disponíveis. É um local de grande rotatividade, com mudança contínua de equipe, o que dificulta a comunicação e a troca de impressões entre profissionais, seja os que estão iniciando ou que vão dar continuidade ao atendimento⁵.

A emergência constitui porta de entrada do sistema público de saúde para a maioria das vítimas de violência. É neste local que as vítimas de violência serão vistas, ouvidas e sentidas pelos profissionais de saúde. Deste modo, o setor saúde pode constituir uma encruzilhada aonde confluem todos os corolários da violência. É para lá que acorrem ou são levadas às vítimas em situações de trauma ou iminência de morte e em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada^{5,6}.

A prestação de cuidados de emergência ocorre predominantemente no setor público de saúde. É notório que a maioria dos serviços privados não oferece o atendimento de emergência, pois os investimentos nesse tipo de atenção são onerosos e de grande complexidade⁵.

A assistência no serviço de emergência tem sido realizada por equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos. A assistência é prestada por meio de um plano terapêutico individualizado registrado em um prontuário único. Os cuidados intensivos do paciente por meio de vigilância, avaliação e

realização de procedimentos técnicos permanentes têm sido descritos como de responsabilidade da equipe de enfermagem, complementando a terapêutica médica. A equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro, também responde pelo trabalho “burocrático” e pela administração da unidade.

Os serviços de emergência possuem como características o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos.

Nas grandes emergências o número excessivo de pacientes pode ser explicado por fatores como: o aumento dos índices de criminalidade e de violência, aumento da incidência de doenças cardiovasculares, número insuficiente de serviços de emergência e a busca pelo atendimento imediato de problemas simples de saúde para os quais se encontraria solução em outro serviço de saúde de menor complexidade. A superlotação das emergências sobrecarrega a equipe médica e de enfermagem, aumentando o risco de eventos adversos no serviço podendo levar a falhas relacionadas à segurança e à qualidade da atenção dispensada aos pacientes.

A emergência é o setor da unidade hospitalar em que ocorre o maior número de eventos adversos atribuídos à negligência. Tais eventos são potencializados por falhas de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional de saúde e entre profissionais e pacientes. Soma-se a tais problemas a fragmentação da assistência, descontinuidade do cuidado, inadequação dos sistemas de informações

existentes, insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas sólidas e falência nos mecanismos de registro e notificação de eventos adversos.

As características próprias de um atendimento de emergência como ambiente conturbado, de aparelhagens múltiplas, desconforto sonoro e ergonômico, impessoal e sem privacidade, somadas às condições de trabalho da equipe de enfermagem - longas jornadas em turnos desgastantes, desempenho de múltiplas funções por um só profissional, ações repetitivas, ritmo excessivos de trabalho - tendem a gerar grande desconforto físico, social e emocional nos trabalhadores, levando ao desenvolvimento de uma assistência marcada pela comunicação impessoal e mecanizada, centrada no atendimento técnico e instrumental, o que torna a assistência humanizada uma utopia.

Diante deste cenário é possível depreender que as marcas da violência estão presentes no cotidiano de trabalho da enfermagem em emergência, evidenciando o reconhecimento de duas faces: o trabalhador de enfermagem enquanto agente de violência e, do outro lado, este mesmo trabalhador como receptor da violência⁷.

Destaca-se no local de trabalho da emergência a manifestação de diferentes formas de violência: a violência estrutural, demarcada pelas condições precárias de trabalho e da quantidade insuficiente de trabalhadores para a realização com qualidade do trabalho de enfermagem levando a sobrecarga física e mental; a violência clássica manifesta na agressão física ou verbal de colegas da equipe multiprofissional e da clientela; a violência repressiva tida como a negação do direito de exercer com segurança as atividades assistenciais e a um ambiente de trabalho seguro; e a alienação manifestada no empecilho de usufruir o prazer de uma realização

competente e eficaz e de ser valorizados socialmente junto à clientela⁸.

Diante deste cenário o manejo dos aspectos psicossociais da atenção de enfermagem em emergência torna-se fundamental para operar mudanças no processo de trabalho de enfermagem visando à qualificação da assistência às vítimas de violência e a advertência sobre a reprodução da violência engendrada no setor de emergência em face das condições de trabalho. Contudo, é reconhecida a carência de estudos sobre a violência no contexto do cotidiano do cuidado em saúde e de enfermagem⁷.

O presente estudo tem como objetivo analisar as representações da equipe de enfermagem sobre os aspectos psicossociais envolvidos no atendimento de emergência ao paciente vítima de violência.

METODOLOGIA

O estudo desenvolvido é de desenho exploratório, analítico e de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada no setor de emergência de um hospital público, na cidade do Rio de Janeiro (RJ).

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre do ano de 2009 por meio de entrevista semi-estruturada.

Os sujeitos foram 10 profissionais da equipe de enfermagem. Como critério de inclusão foi abordado os enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na sala de trauma onde recebem as vítimas de violência. Foram excluídos os profissionais que trabalham na emergência em caráter administrativo, organizacional, que, portanto, não tem contato direto com pacientes vítimas de violência.

Quanto ao perfil dos entrevistados, o grupo mostrou-se bastante homogêneo em relação à idade, sexo, estado civil e tempo de serviço na

emergência. A média de idade é de 35 anos, a maioria pertence ao sexo feminino, é solteira, possui em média 3 anos de trabalho na instituição e mais da metade tem outro vínculo empregatício.

Para a análise dos dados discursivos obtidos por meio de entrevista individual, adotou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o objetivo de operar o resgate das representações sociais do sujeito. O DSC, enquanto técnica de pesquisa qualitativa é um procedimento de tabulação de depoimentos verbais, que consiste basicamente em analisar o material coletado de entrevistas feitas a partir de um roteiro de questões abertas, extraído-se de cada uma das respostas as Idéias Centrais e/ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave⁹.

Respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996) que trata das “Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, com vistas à avaliação dos aspectos éticos relacionados, recebendo parecer positivo à realização da pesquisa. Sendo aprovado pelo protocolo N°. 32/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados abaixo se referem à síntese das expressões-chave, idéias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo obtido através das entrevistas com a equipe de enfermagem que partiu da seguinte questão: Como você vê o atendimento de emergência realizado pela equipe de enfermagem às vítimas de violência? Com base nas respostas obtidas com as entrevistas foram evidenciadas três idéias centrais: agilidade para manutenção da vida, incômodo pela forma como a equipe de enfermagem é tratada e preocupação com a própria segurança.

Agilidade para manutenção da vida ou “tenho que ser rápido”

Tenho que ser rápido. O paciente precisa de cuidados que para ele farão a diferença entre a vida e a morte. O trabalho é acesso venoso calibroso, geralmente eles chegam perdendo muito sangue, um fuzil, faz um estrago. A chamada que ouço naquele primeiro momento é: já pegou o acesso? Precisa ser monitorizado? Já chamei o cirurgião [...] Faço o que tem que ser feito o mais rápido possível. Agilizo os exames para cirurgia, geralmente eles vão para cirurgia porque chegam muito graves. Na hora é muito bom ter a sensação de estar salvando a vida de uma pessoa. Independente do que aconteceu lá fora se chegou ao hospital temos que ajudar. Na hora que chega, nem é bom ficar sabendo o que aconteceu, se não você realmente não trabalha, somos seres humanos e muitas vezes julgamos e o primeiro atendimento tem que ser rápido.

Depreendemos do discurso acima apresentado que a primeira abordagem da equipe de enfermagem às vítimas de violência é silenciosa e marcada pelo afastamento. Uma forma de proteção pessoal ou uma garantia de maior agilidade no atendimento frente ao risco iminente de morte? Há contradições presentes nesse atendimento. Identificamos aqui componentes divergentes de natureza psicossocial de atenção, um se refere à atitude redentora e heróica de “salvamento” e o outro ao julgamento moral sobre a causa da violência.

O tempo costuma ser um alibi importante para a equipe de enfermagem justificar-se de uma dada atitude negligente em relação ao atendimento. De certa forma o próprio contexto do atendimento de emergência às vítimas de violência justifica omissões, negligências, banalizações e orientações fragmentadas ou negadas. A exigência de atuação imediata, sem a devida infra-estrutura para um atendimento de qualidade, leva o trabalhador a atuar com pressa e esse atendimento apressado está na gênese de algumas manifestações violentas nesse contexto de trabalho⁸.

Incômodo pela forma de tratamento ou “quando começa a chamar de tia”

Depois que eles ficam internados é tal de tia pra cá, tia pra lá. Isso comigo não rola. Há, contudo, uma diferença imensa entre o gerente e o bandido ralé. O gerente só fala com o chefe da enfermagem e pede: por favor, desculpas e muito obrigado. Quando começa a chamar de “tia” você já sabe que é da comunidade. “Tia não me deixa morrer!” Eu lá sou tia de bandido. Irrita-me como eles me chamam. É bandido ou policial? Todo mundo sabe que aqui ou em qualquer outro lugar, se entra um policial baleado e um bandido baleado o atendimento primeiro é do policial.

O discurso apresentado revela o incômodo ou indignação da equipe de enfermagem pela forma de tratamento dirigida a ela por parte dos pacientes vítimas de violência, já na fase mais estável do atendimento. É uma nova fase de retomada de consciência para ambos, equipe e paciente. Decorrido o prazo de risco de morte iminente passa a valer os papéis que cada um assume na sociedade. O paciente tenta encontrar um ponto de apoio e familiaridade na equipe em face da insegurança de sua condição existencial “ser policial” ou “ser bandido”. Condições essas que fazem aflorar o imaginário social da própria equipe em relação à violência. Por isso, logo tentam saber se o paciente é bandido, cidadão comum ou policial. O julgamento é inevitável.

O tratamento por “tia” reflete a insegurança do paciente, mas é interpretado pela equipe como forma de expressão/tratamento de um determinado grupo cultural menos favorecido. A emoção da equipe dirigida aos pacientes tidos como “bandido ralé” é diferente da evocada ao “bandido chefe”, que lisonjeia. O “bandido ralé” irrita. Desta forma pode-se perceber que o atendimento não é neutro, outrossim, reproduz as desigualdades presentes na sociedade.

Evitar qualquer tipo de intimidade ou familiaridade com o “paciente bandido”, negando veementemente um parentesco imaginário, ainda

que banalizado socialmente pelo termo “tia”, ao que parece é um mecanismo de defesa da equipe. A equipe de enfermagem estabelece, assim, a distância necessária [também imaginária] que a protegerá de qualquer relação com o contexto de violência no qual o paciente está inscrito. Reproduz-se aqui, de certa forma, a violência simbólica. A violência simbólica se funda na fabricação contínua de crenças no processo de socialização, que induzem o indivíduo a se posicionar no espaço social seguindo critérios e padrões do discurso dominante¹⁰.

Fica evidente a existência de tensões psicossociais, como a ansiedade, a solidão, o medo, o vazio, a impotência, a frustração, a depressão, a raiva, a aflição, a irritabilidade, o desamparo, o constrangimento, a humilhação, as confusões, a incerteza, a culpa, a monotonia e a aversão, já descrita como aspectos presentes na assistência de enfermagem¹¹, que certamente não é neutra.

Preocupação com a própria segurança ou “aonde foi que começou a guerra?”

Quando chega um baleado minha primeira preocupação é saber onde foi que começou a guerra. Meu marido vem me buscar diariamente aqui no Hospital, às vezes ele passa pela Linha Amarela ou pela Automóvel Clube, onde geralmente tem arrastão. Já cansei de ligar para meus colegas de plantão para saber se estava tudo calmo, já que para chegar ao Hospital não podemos evitar essas vias. Por três vezes já voltei para casa no meio do caminho porque eles atravessaram a via. Fico ainda mais preocupada como meu filho, que estuda na Fiocruz. Quando aqui na emergência começa a chegar baleado de Manguinhos eu fico apavorada, corro para o telefone para saber se está tudo bem com ele. A violência urbana acaba interferindo muito nas nossas vidas, fico muito agitada, ainda mais aqui no Hospital. O pior é que o tiroteio quase sempre começa na parte da tarde, próximo da troca de plantão e quando todos os nossos familiares estão nas ruas. Atravesso todos os dias essas vias perigosas para trabalhar, é uma sorte chegar em casa viva. Saímos sem saber se vamos voltar.

O depoimento acima reflete a repercussão psicossociais da violência urbana sobre a própria vida dos profissionais de enfermagem. A violência urbana na cidade do Rio de Janeiro é matéria diária dos meios de comunicação de massa disseminando na sociedade o sentimento de pânico pela falta de segurança.

Os trabalhadores de enfermagem, como os demais cidadãos, se vêem como vítimas potenciais da violência. Nos corredores da emergência é comum transitarem indivíduos algemados e policiais munidos de armamentos pesados, metralhadoras e fuzis. Faz parte do trabalho cotidiano do hospital cuidar de pacientes custodiados, acorrentados ao leito ou vigiados por agente policial.

O paciente custodiado é o indivíduo que sofre trauma em decorrência de violência em assaltos, confronto com a polícia ou com membros de grupos criminosos e é preso. Entretanto, a gravidade do trauma não permite que vá para o presídio. Esse paciente é hospitalizado na enfermaria, conforme o diagnóstico, junto com os demais pacientes e fica acorrentado ao leito com um policial civil fazendo a escolta. Durante o período do atendimento ambulatorial, o paciente transita pelo hospital com uma escolta policial fortemente armada e, na medida do possível, é atendido antes dos demais cidadãos, para não expor os usuários ao risco de violência envolvendo policiais e custodiados. No decorrer da hospitalização, é comum um agente ficar de “sobreaviso” por estar acompanhando mais de um paciente custodiado, em enfermarias diferentes. Essa situação amplia ainda mais a sensação de insegurança presente na equipe de enfermagem que não recebe qualquer tipo de apoio psicossocial para realizar seu trabalho nesse ambiente tão conturbado. Restando aos profissionais adquirir por conta própria o aprendizado necessário para atuar nesse

contexto¹² e reparar os danos emocionais adquiridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a influência de aspectos psicossociais sobre a atuação da equipe de enfermagem às vítimas de violência. Este aspecto não assume relevo na literatura da área, até o momento o enfoque é dirigido ao assédio moral, tema este que também se configura como um grave problema relacionado a violência presente no processo de trabalho da equipe de enfermagem em emergência.

As emoções presentes nas equipes de enfermagem que atuam com pacientes vítimas de violência são silenciadas, banalizadas e muitas vezes justificada pelo ritmo acelerado de trabalho próprio do setor de emergência.

Apesar de serem graves os relatos da equipe sobre as condições de insegurança real ou simbólica presentes no contexto do trabalho de enfermagem em emergência junto às vítimas de violência, inexistem políticas institucionais ou atitudes administrativas propiciadoras de um ambiente sócio-emocional seguro para o trabalho de enfermagem.

Recomenda-se implementar estratégias de acompanhamento psicossocial da equipe de enfermagem e demais trabalhadores que atuam no atendimento de emergência ao paciente vítima de violência.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde individual y colectiva. In: Souza ER. (Org.). Impactos de la violencia en la salud. Río de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p.14-35.
2. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. Cadernos de Saúde Pública. 1993; 9(1):65-78.
3. Chesnais JC. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. Ciência e Saúde Coletiva. 1999; 4 (1): p.53-69.
4. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999; 4(1): 7-23.
5. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999; 4 (1): 81-94.
6. Figueiredo AM. La violencia em el sector de la salud y el dano a la persona. Derecho e cambio social. 2010; 19 (VI).
7. Dias HHZR. "Des" cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
8. Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. Rev. bras. enferm. [online]. 2006; 59(3): 337-43.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUSCS; 2003.
10. Bourdieu P. A economia das torças simbólicas. SP: Perspectivas; 2007.
11. Lima MJ. O que é enfermagem. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1993, 1^o ed.
12. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Recebido em: 27/05/2011

Aprovado em: 12/09/2011