

O evento de violência urbana e o serviço de emergência SUS: profissionais de saúde diante da dor do usuário

The urban violence event and the SUS emergency service: health professionals facing the pain of the user

Silvilene Giovane Martins Pereira¹, Carlos José de Paula Silva², Ana Pitchon¹, Marcelo Drummond Naves², Elza Machado de Melo¹, Efigênia Ferreira e Ferreira²

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² UFMG, Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A compreensão da interferência cotidiana da violência na dinâmica organizacional dos serviços de emergência de saúde é bastante complexa. Em nenhum outro serviço a violência adquire tamanha visibilidade e constância, entranhada no processo de trabalho específico do serviço de emergência e nas relações entre profissionais de saúde e usuários. Neste estudo, buscou-se conhecer entre profissionais de saúde, de um lado regidos por um sistema de regras próprias, por outro regulados pelas regras sociais e institucionais que interferem em sua prática profissional, o modo como veem e reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência. O estudo está apoiado na teoria de Pierre Bourdieu (2008; 2010), que aborda como o poder simbólico se impõe na área da saúde, e de Hannah Arendt, que trata da banalização da violência na sociedade (2015). Utilizou-se a abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista estruturada. A coleta de dados foi realizada nos Hospitais Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto-Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens, especializados em politraumatismos – unidades de referência no atendimento às vítimas de traumatismo maxilofacial em Belo Horizonte-MG. A amostra da pesquisa constituiu-se de cirurgiões bucomaxilofaciais do serviço de emergência dos hospitais, que aceitaram participar do estudo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. O estudo permitiu identificar que os profissionais da saúde não estão imunes à experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho que leva ao sofrimento destes diante do trauma físico e emocional, da dor do outro. Ficou evidenciado que, para suportar a dor do outro, profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade ou ainda a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência, o que impõe às vítimas de violência um modelo médico que lhes nega as prerrogativas de sujeito, o rompimento com um atendimento humanizado. É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

Palavras-chave: Dor; Violência; Emergências; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Silvilene Giovane Martins Pereira
E-mail: smartins2010@yahoo.com.br

The understanding of the violence interference in the organisational dynamics of the emergency health services is quite complex. It is observed that in no other service, the violence acquires such visibility and constancy, embedded to the specific work process of the emergency service and the relationship between health professionals and users. In this study, we sought to know among health professionals, regulated by a system of rules of their own, and by social and institutional rules that interfere with their professional

practice, the way they see and react to the pain of physical and emotional trauma, from the suffering of the other person disguised in something common in the daily life of the emergency service, as well as to understand the sense attributed by them to the humanization of care. The study is based on the theory of Pierre Bourdieu (2008, 2010), which discusses how symbolic power imposes itself in the health area, and Hannah Arendt, who deals with the banalization of violence in society (2015). The qualitative approach was used, through a structured interview. The data collection was performed at the Maria Amélia Lins Hospital, João XXIII Emergency Hospital and Odilon Behrens Municipal Hospital, specialised in polytrauma patients – reference units in the care of victims of maxillofacial trauma in Belo Horizonte – MG. The research sample consisted of buccomaxillofacial surgeons from the hospital emergency service, who agreed to participate in the study. The data was submitted to thematic content analysis. The study allowed us to identify that health professionals are not immune to the experience of violence in cases assisted in the work process, which leads to their suffering in the face of physical and emotional trauma, the pain of the other. It was evidenced that to support the pain of the other person; health professionals adopt a stance of defence, impartiality, or even the annihilation of the capacity for action to confront violence which imposes to the victims of violence a medical model that denies the prerogatives of the subject, the interruption with a humanised care. It is in the formation process of the institutions and health professionals that values and attitudes of respect for human life can be rooted, indispensable for the consolidation and support of a new culture of health care.

Key words: Pain; Violence; Emergency; Health Personnel.

INTRODUÇÃO

A violência tem importante impacto para a saúde e as sequelas são sérias tanto para o sistema de saúde, com ocupação de leitos e consequente aumento de gastos, como para a sociedade, seja financeiro ou pelo alto custo emocional.¹

Nesse sentido, exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Como lembra um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas (sic) orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência,

atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.^{2:5}

Verifica-se que a violência ultrapassa com suas diversas faces os limites da ação médica e busca do setor de saúde, uma tutela que vai além da prestação de serviços técnicos. Portanto, não buscar compreender e perceber as demandas e expectativas do paciente e dos profissionais de saúde no contexto de saúde mediado pela violência é colocar a pessoa humana em segundo plano.³

Pela magnitude do problema, faz-se premente atentar para o fenômeno violência em todas as suas manifestações e complexidades, confrontar e estabelecer elos com as diversas ciências e dessa maneira buscar novos olhares que complementem os já existentes. É preciso verificar seus efeitos na saúde dos profissionais de saúde e, assim, empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que envolvem a assistência emergencial a vítimas de violência urbana.⁴

São, sobretudo, nos órgãos públicos, hospitais, que os aspectos ocultos da violência institucional aparecem em toda a sua dramaticidade como séria ameaça à saúde dos profissionais de saúde, decorrentes de relações mediadas pela violência dos casos assistidos.¹

É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde. Nesse sentido, faz-se premente considerar os limites e possibilidades das iniciativas autodenominadas de “humanização”, como “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”.^{5:550}

No processo de trabalho da emergência, muitos são os sujeitos que encarnam as múltiplas faces da violência com agressões desferidas contra a face, as quais podem originar um tipo de traumatismo bastante específico, que é o traumatismo maxilofacial.

As vítimas desse tipo de agressão podem ser do sexo masculino e feminino de todas as faixas etárias: crianças vitimizadas pelos pais, companheiros e pela própria família; mulheres que sofrem agressões frequentes dos companheiros; pacientes grávidas que agredidas e violentadas fisicamente; enteadas que sofreram abuso sexual na frente das mães; moradores de rua que sofreram violên-

cia; pacientes que não têm condições de atendimento privado; homens que levaram facada da mulher; bandidos capturados por policiais; entre outros atores, agressores ou vítimas do processo de violência urbana/interpessoal.

Como bem pontua Deslandes⁴, “frequentemente colocados em oposição, população e profissionais amargam outras formas de violência”. De um lado, os usuários e a violência simbólica do não atendimento dos seus anseios mínimos de dignidade, do não encontro do amparo à sua dor. De outro, os profissionais, responsabilizados pela peregrinação daqueles que buscam o “mínimo” de atendimento, o qual é mitigado pelo Estado. Na afirmação de Deslandes⁴, “vítimas reincidentes da violência, cada um a seu termo, é perpetrador de mais violência”. Os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência.

Os profissionais de saúde, na dinâmica da emergência do atendimento a esses sujeitos vítimas de violência, poderão fazer uso do emprego de estratégias distintas de conduta, emoções e reações positivas ou negativas para enfrentamento da violência. Da dicotomia existente entre a qualidade de atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde e a violência urbana, cotidiana do trabalho dos profissionais dos serviços de emergência, emerge a necessidade de um atendimento mais humanizado, diferente do imbuído no sistema frio, neutro e tecnicista do sistema de saúde.⁴

Pela magnitude do problema, o Ministério da Saúde implantou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Quando da implantação do PNHAH, de acordo com os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços, ficou demonstrado que a qualidade da atenção oferecida ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro⁶:

Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de hospitais, a falta de medicamentos, etc.

Nesse contexto, a humanização surge como um desafio no novo século para os profissionais de saúde e para sociedade e se faz necessário estimar as possibilidades de controle ou prevenção da violência institucional em favor da saúde humana.⁶

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer entre profissionais de saúde o modo como veem e reagem diante das sutis formas de violência simbólica,

noutro dizer, como reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência.

MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada no Hospital Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto-Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens, especializados em politraumatismos – unidades de referência no atendimento às vítimas de traumatismo maxilofacial em Belo Horizonte-MG. As coletas foram realizadas entre 2008 e 2010, entre outubro e dezembro de cada ano. A amostra da pesquisa constituiu-se de cirurgias bucomaxilofaciais do serviço de emergência dos hospitais que aceitaram participar do estudo. Utilizaram-se a abordagem metodológica qualitativa e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas. As entrevistas foram aplicadas por um único pesquisador previamente treinado, nas dependências do hospital, em intervalos do atendimento.

Cada entrevista foi organizada com as mesmas questões fechadas e abertas, permitindo aos respondentes um espaço para emitirem informações que não seriam possibilitadas somente com questões fechadas. As perguntas buscaram avaliar a reação dos profissionais diante da violência sofrida pela vítima, a relação estabelecida com a vítima e as possíveis interferências no atendimento humanizado. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática. Os casos foram categorizados e chegou ao tema: postura profissional diante da violência dos casos assistidos. Os procedimentos realizados na análise de conteúdo seguiram as etapas preconizadas por Minayo⁷. Dois pesquisadores reuniram-se com o pesquisador entrevistador e após leitura exhaustiva do material foi realizada a preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, categorização (classificação das unidades em categorias) e temas, seguindo-se a descrição e compreensão do fenômeno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência faz parte do dia a dia dos serviços de emergência. Como bem pontua Arendet⁸, “é a banali-

zação da violência”. Em contraposição, como afirma Deslandes, “os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência”.^{4:196}

Em termos empíricos, buscou-se coletar as impressões dos profissionais de saúde, de um lado regidos por um sistema de regras próprias, por outro lado regulados pelas regras sociais e institucionais que interferem em sua prática profissional, com o objetivo de compreender como veem e reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência.

A postura dos profissionais de saúde dos serviços de emergência mostra a situação de ambivalência que vivem diante da violência dos casos assistidos. A contradição ou a ambivalência fica evidente nas falas dos profissionais de saúde e atesta que buscam formas de sobrevivência na rotina diária dos serviços de emergência, como a imparcialidade, autoproteção ou, ainda, a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência. Criam estratégias para suportar algumas situações do trabalho que produzem dor, que são as várias faces da violência.

Indignação por tanta violência [...]. sentimento de pena, impotente, devido à crueldade que foi a violência [...]. Em caso de agressão física indignação, ouve mas não posso intervir [...]. Procuo não me envolver no caso. Permito que relate, sem se envolver [...]. Ouve, mas não pode intervir, apenas posso ouvir, prefiro não me envolver [...].

O eixo estruturante dos sistemas simbólicos é a comunicação. O sustentáculo da origem da violência e do poder simbólico nas ações e práticas dos profissionais de saúde está nesta pesquisa, relacionado a vários aspectos que se relacionam à comunicação, à desqualificação e à objetificação das vítimas de violência, presentes nas diferentes maneiras como se constrói a relação entre profissionais e as vítimas. Em especial no campo da saúde, quando as formas de comunicação entre os profissionais de saúde e as vítimas de violência envolvem relações muito diferentes, fomentam-se a violência e o poder simbólico.⁹

Na área da saúde, o poder simbólico se apoia sobre três pilares: primeiro, a generosidade própria de cuidar daqueles que necessitam do atendimento e que por ele não podem pagar. Segundo, o médico, detentor de um saber absoluto da técnica e diferentes formas de intervir no corpo, que fomenta o terceiro

pilar, que é a aniquilação do sujeito como capaz de responder por si próprio nas decisões quanto ao seu bem-estar e nas possíveis intervenções feitas em seu corpo e sua saúde.⁹

Nesse sentido, conhecimento técnico-profissional, necessidade do paciente, legitimidade e sujeição se entrelaçam no encontro entre profissionais de saúde e pacientes, visto que a vontade aniquilada antecede a desqualificação do sujeito, daquele que não é ouvido, que não entende, que não sabe sobre o que os profissionais de saúde estão falando, é a desconsideração do paciente como sujeito partícipe do processo de tratamento.

Essa forma de ação promove o processo silencioso de objetificação do paciente vítima de violência e o rompimento da aliança terapêutica entre o paciente e o profissional de saúde, visto que o profissional da saúde não se vê obrigado a dar ao paciente todas as informações possíveis, a fim de promover o conhecimento do quadro da doença, para que o mesmo possa tomar uma decisão, discutir opções terapêuticas.³

Não procurar saber a causa do trauma e ser indiferente ao outro geram a despersonalização do indivíduo, o que é usado pelos profissionais de saúde como meio de defesa para enfrentamento da violência. Estratégias de distanciamento e negação de sentimentos para impossibilitar o envolvimento emocional com o paciente são utilizadas para suportar a violência dos casos de vítimas de violência assistidos em um serviço de emergência.⁴

Procuo atender todos da mesma maneira [...]. O tratamento deve ser igualitário [...]. Tratamento indiferenciado [...]. Sendo um hospital do SUS um pronto-socorro para atendimento de urgências [...]. Não ocorre normalmente diferenciação no modo de atender [...].

Da mesma forma, a generosidade imbuída nas ações dos profissionais de saúde não é percebida nos discursos, estando intrínseca ao poder simbólico, que de forma sutil transfigura as relações entre dominante e dominado em uma relação que não é vista como sujeição. Ocorre então a subjetivação do sujeito, noutro dizer, é o abandono da autonomia privada pelo paciente vítima de violência.⁹

Ponto grave do tratamento dos casos de violência atendidos nos serviços de emergência é entender o bem do tratamento como bem físico e, como consequência, afirmar que a técnica é o único e o mais indicado para tratar o bem físico. Porém, sabe-se que a

saúde e o bem-estar do indivíduo são compostos de outros elementos, a título de exemplo os psíquicos e os emocionais. O certo é que a saúde é uma realidade global que não se reduz apenas ao bem-estar físico.⁹

Verificou-se que a violência como demanda dos profissionais dos serviços de emergência faz com que os profissionais busquem identificar habilidades que vão além do conhecimento técnico para lidar com a violência dos casos assistidos, sem orientação ou apoio institucional, não havendo preparo algum para esse tipo de experiência/ violência.⁴

Nesse complexo itinerário das relações mediadas pela violência, os números visíveis correspondem a muitos outros invisíveis, como lesões que não demandam cuidados de saúde e não são notificados e ainda aquelas difíceis de medir e até mesmo de perceber, como, por exemplo, a violência psicológica¹, todas geram sofrimento para os profissionais de saúde.

Por causa da frieza com que o agressor contou os acontecimentos e passividade do agredido diante da situação [...]. É frustrante vivenciar o que alguns pacientes relatam devido às suas condições econômicas e instrução. Falta de amparo e dificuldade de amparo médico [...]. Me imagino no lugar desta pessoa. [...]. Sentimento de pena. [...].

Como resultado, essas relações de poder simbólico que se travam nos serviços de emergência que atendem vítimas de violência poderão fazer com que os profissionais de saúde façam uso do emprego de estratégias distintas de conduta, emoções e reações positivas ou negativas para suportar a dor do sofrimento do outro, “compreender e fazer compreendido em seus anseios, medos, angústias”, as quais levam ao rompimento com os preceitos da humanização da assistência; “ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade”.¹⁰

Essa relação de ambivalência é evidenciada na dicotomia entre um atendimento humanizado e o distanciamento das vítimas de violência. As respostas dos profissionais de saúde demonstram, efetivamente, que as relações mediadas pela violência dos casos assistidos no atendimento a vítimas de violência levam à elaboração de mecanismos de defesa e até à incorporação do poder invisível e indiferente da estrutura da organização hospitalar, para enfrentamento da dor, do trauma físico e emocional das vítimas.¹¹

O estudo permitiu identificar a violência como demanda concreta do dia a dia dos serviços de emer-

gência e que os profissionais da saúde não estão imunes à experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho, a qual desempenha papel específico no cotidiano desses profissionais e leva ao sofrimento diante do trauma físico e emocional da dor do outro. Ficou evidenciado que, para suportar a dor do outro, profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade ou, ainda, a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência que impõe às vítimas de violência um modelo médico que lhes nega as prerrogativas de sujeito, coisificando seu corpo, levando ao rompimento com atendimento humanizado.

Nesse contexto, é necessário lançar um novo olhar sobre as relações de poder simbólico travadas pelos profissionais de saúde dos serviços de emergência, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que podem fomentar efeitos psicológicos de dor e sofrimento para estes e traçar estratégias e políticas públicas de enfrentamento da violência dos casos assistidos, com vistas ao alcance de uma assistência humanizada.

É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Melo EM. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2010.
2. Organização Panamericana da Saúde. Violência y salud: resolución no XIX. Washington: OPAS; 1994
3. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética médica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
4. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
5. Berger PL, Luckmann TA. Construção social da realidade. 16ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
6. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2001. [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Arendt H. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Schwarcz S.A; 2015.

9. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus; 1996.
 10. Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 7-14.
 11. Rüger A, Rodrigues RL. Autonomia como princípio jurídico estrutural. In: Fiuza C, Sá MFF, Naves BTO. Direito civil: atualidades II. Belo Horizonte: Del Rey; 2007.
-