

PROCESSO DE CUIDAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA: UMA REFLEXÃO

RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS
GLAUCEA MACIEL DE FARIAS
LUIZ ALVES MORAIS FILHO
FABIANE ROCHA BOTARELLI
POLLYANNA DANTAS DE LIMA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil

E-mail: rodrigoenf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente o número de casos de violência tem sido responsável por uma demanda crescente de atendimento nos serviços públicos de saúde, principalmente nas unidades de urgência. Para os profissionais da saúde esse problema não é novo, pois vivenciam essa realidade no dia-a-dia dos ambulatórios, postos de atendimento ou nas emergências, onde a precariedade de recursos para um melhor atendimento é mais um agravante (PINHEIRO, 1994; DANTAS et al., 2009).

Essas vítimas, muitas vezes, pela própria gravidade das lesões, requerem um atendimento rápido, complexo e eficiente nos serviços de urgência. No entanto, as instituições passam por uma série de dificuldades que interferem diretamente no processo de cuidar, como: o déficit de recursos humanos e materiais, incremento das lesões provocadas por armas muito potentes que inviabilizam a sobrevivência do paciente ou mesmo potencializa o grau de morbidade; falta de preparo dos profissionais para atender esse novo modelo de agravos à saúde, demanda elevada de pacientes que necessitam apenas de cuidados ambulatoriais, além da sobrecarga de atendimentos oriundos de outros Estados da federação (DESLANDES, 2002; DANTAS et al., 2008).

A superlotação nos serviços hospitalares de emergência é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora, muitas vezes até para aqueles pacientes graves que não podem aguardar para serem assistidos; alto nível de estresse na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Tudo isso indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Outros autores complementam que, atrelado a esses fatores, estão as dificuldades advindas do próprio modelo biomédico, como a supervalorização da assistência hospitalocêntrica e resistência de acompanhamento em unidades básicas de saúde, estigmatização dos pacientes dentro do ambiente hospitalar, o foco na doença ou órgão atingido decorrente da violência, deficiência na notificação dos casos de violência, entre outros fatores que desencadeiam vários conflitos, envolvendo agressões verbais, físicas e até ameaças de morte (MINAYO, 1994).

Nesse sentido, surgiram os seguintes questionamentos: como tem se dado a interação entre profissionais de saúde e vítimas de violência nos serviços de urgência? O processo de cuidar tem sido afetado?

Respondendo aos nossos questionamentos, elaboramos os seguintes objetivos: refletir sobre a dinâmica de interação entre profissionais de saúde e vítimas de violência durante o processo de cuidar nos serviços de urgência.

Acreditamos que estudos desta natureza poderão contribuir para conhecermos melhor o cotidiano da violência na saúde individual e coletiva dos envolvidos; avaliando o impacto desse evento sobre os serviços de urgência e possibilitando uma reflexão acerca da prática do cuidado ao usuário, nas instituições de saúde.

PRINCIPAIS CAUSAS DE CONFLITOS E A INFLUÊNCIA DO MEDO E PRECONCEITOS NO PROCESSO DE CUIDAR AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Na prática, afirma Deslandes (2000) que as principais causas de conflitos entre profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e vítimas de violência são: o tempo de espera, acompanhante ou familiar que exige o atendimento preferencial às suas vítimas, paciente ou familiar que acha que o cuidado foi de baixa qualidade e o familiar ou acompanhante em situação de estresse pela iminência de morte do parente. Assim, a emergência manifesta-se como um ambiente inseguro para os profissionais e, em muitos casos, não existe um serviço de segurança à altura do necessário.

No entanto, a mesma autora, em seu livro intitulado: “Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida”, afirma que no atendimento emergencial às vítimas de violência, os profissionais de saúde, abolindo as diretrizes de universalidade e equidade nos atendimentos, acabam por conduzir práticas discriminatórias a essa clientela, em sua maioria de baixa renda. E diz:

Cria-se uma tensão entre a vocação de salvar vidas e a tendência a um julgamento moral e social que determine quais serão mais merecedores dos cuidados médicos. Tais escolhas, evidentemente, podem envolver a vida e a morte dos que estão à sua mercê. (DESLANDES, 2002, p. 177).

Nesse sentido, o cuidado dos profissionais de saúde com os pacientes pode ser diferenciado, dependendo do posicionamento ético do profissional, causando grandes dilemas ético-morais nos serviços de urgência.

O medo e preconceitos podem influenciar no processo de cuidar dos profissionais às vítimas de violências, uma vez que dependendo da opinião e posicionamento ético em que esta relação ocorre podem advir diversos conflitos pessoais.

Uma situação comum nesses serviços é a subnotificação dos casos de violência, onde na maioria das vezes são mascaradas por um relato falso sobre a real ocorrência do evento violento. Sobre esse assunto, um estudo realizado em uma Unidade de Pronto-Atendimento Municipal de Pouso Alegre/MG identificou que as agressões foram a terceira mais importante causa de morbidade identificada, correspondendo a 10,8% dos casos, sem incluir os possíveis casos subnotificáveis. Muitas dessas vítimas foram alvos de violências domésticas, agressões sexuais e maus tratos que são ocultadas na busca pelo serviço de saúde por temer represálias por parte do agressor, geralmente pessoa próxima, frequentemente até residente sob o mesmo teto (MESQUITA FILHO; MELLO JORGE, 2007).

O profissional de saúde que atende essas vítimas, e preenche a notificação, geralmente é intimidado por um agressor que esteja enfrentando a possibilidade de vir a ser denunciado aos serviços policiais (MESQUITA FILHO; MELLO JORGE, 2007).

Além desses conflitos, a dinâmica dos serviços de emergência referente à interação dos profissionais com os sujeitos é manifestada de forma diferenciada, de acordo com a forma de comportamento apresentada pelas vítimas e sentimentos dos profissionais. Neste sentido, Deslandes (2000) afirma que a atribuição do papel desempenhado pela vítima de violência, como agredido ou agressor, não é clara de imediato. Exceto os que chegam custodiados pela polícia e, portanto, inseridos diretamente na classificação de agressor, embora todos defendam seu papel de vítima agredida.

Esta mesma autora define esse processo de cuidar dessas vítimas em dois momentos: o primeiro é quando a vítima dá entrada no serviço de urgência e esta será recebida como outro qualquer, porém, no segundo momento, à medida que os profissionais se aproximam, dando início aos seus procedimentos técnicos do cuidar, relacionando a cinemática do trauma com as apresentações clínicas das lesões, dá-se início ao processo discriminatório àquela vítima, dependendo do posicionamento ético-moral de cada profissional (DESLANDES, 2000).

Neste contexto, surge um paradoxo onde os profissionais sentem a necessidade de repensar o cuidar ético a essa demanda envolvida com atos de violência até mesmo para preservação da sua integridade física e moral durante o processo de cuidar (FISHER; AZEVEDO; FERNANDES, 2006).

Deslandes (2000) complementa que esse sentimento está atrelado, geralmente, no atendimento às crianças vítimas de maus-tratos por familiares; a mulher agredida pelo marido ou companheiro ou vice-versa; às vítimas de violência urbana representada pelo assaltado que reagiu ou o policial alvejado pelo bandido.

Em contrapartida, quando o paciente apresenta-se como agressor, os profissionais de saúde, muitas vezes, apresentam outros dilemas que podem ser representados através do medo ou até mesmo na produção de preconceitos durante o processo de cuidar. Os casos mais comuns, citados por Deslandes (2000), são: o assaltante baleado pela polícia, o marido que agrediu a esposa e foi atingido, ou o homicida pego em flagrante pela polícia, entre outros.

O medo é definido por Teixeira e Porto (1998) como um sentimento que ocupa um espaço material no corpo provocado por ameaças externas reais ou imaginárias, geralmente associado às imagens da angústia original devida à emergência da consciência do tempo e da morte, e às experiências negativas advindas dessa consciência.

Nessa perspectiva, os autores consideram o medo como uma condição trans-histórica, uma qualidade social que emerge ou desaparece em função da relação real ou imaginária com o exterior. O medo faz parte da natureza humana, mas seus objetos são historicamente determinados, assim como as formas de organização social para combatê-lo. Constitui-se em realidade e representação, cujo fundamento empírico serve de base e de justificativa para a constituição de um imaginário do medo (TEIXEIRA; PORTO, 1998).

Nesse sentido, Teixeira e Porto (1998) complementam dizendo que o medo no contexto da violência é entendido como um saldo negativo e anacrônico de uma ordem bárbara que precisa ser controlada a qualquer preço ou como resposta a uma sociedade geradora de rejeições, de exclusões, expressão de xenofobia e de recusa do outro. Tal situação vem contribuindo para o desenvolvimento de um imaginário do medo, cujas consequências podem estar influenciando o aumento da violência ou seu tratamento inadequado, constituindo-se, então, o preconceito.

Taussing (1999, p.159) define preconceito como sendo:

Atitude interior de um sujeito que viola os atributos e os qualificativos em relação ao outro sujeito, estabelecendo o funcionamento cognitivo e os contatos perceptivos de forma equivocada, cindida e traumática; portanto, pondo sempre à prova as capacidades e os recursos simbólicos do outro.

Bandeira e Batista (2002) acrescentam que quando a atitude de preconceito ou esse ato-pensamento denota ou estabelece a distinção entre ou sobre o(s) outro(s), então se configura a discriminação, pois se gera, necessariamente, o tratamento diferencial. Sendo assim entendido, este é, essencialmente, mais um tipo de violência, denominada velada ou anunciada.

Alguns estudos comprovaram o surgimento desse estigma durante o processo de cuidar dos pacientes envolvidos com atos violentos. Leal e Lopes (2005) identificaram que o cuidado dos profissionais de saúde a pacientes custodiados, ou seja, indivíduos que sofreram algum tipo de lesão no confronto com a polícia ou com outros membros de grupos criminosos, e foram presos, produzem uma certa reação/rejeição nos profissionais, ocasionando outro tipo de violência, a anunciada.

Deslandes (2000) complementa dizendo que a maior preocupação dos profissionais não é propriamente com a presença do indivíduo no serviço, mas com as consequências do processo de cuidar a essa vítima, uma vez que paciente custodiado traz consigo o peso e a ameaça das organizações policial e criminosa. Observa-se que quanto mais envolvido

criminalmente estiver o paciente escoltado pela polícia, mais desordem e medo causará sua presença no ambiente hospitalar. Isso implica que a presença de um paciente custodiado é sempre uma violência anunciada pelos profissionais de saúde.

Em outro estudo realizado com acadêmicos do 3º ano da graduação em enfermagem durante as práticas da disciplina de saúde mental, em uma Universidade de São Paulo/SP, Siqueira Júnior e Bueno (2006) identificaram que, na abordagem ao paciente agressivo, os estudantes apresentavam medo de serem atingidos moralmente, tornarem-se agressivos com o paciente ou mesmo de serem agredidos fisicamente, promovendo uma relação de tensão durante o processo de cuidar.

Continuando a abordagem, Sarti (2005) acrescenta que, nos casos de violência, o cuidado aos agressores torna-se mais delicado, uma vez que suas atitudes contrariam os valores morais dos profissionais de saúde que estão desenvolvendo o processo de cuidar. O mesmo autor concluiu que essa produção de preconceitos também é apresentada quando o paciente agressor ou a vítima agredida estão sob ação de algum elemento externo, como o álcool e/ou drogas ilícitas.

Preocupados com esses conflitos, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) – “Humaniza SUS” no intuito de fortalecer os princípios norteadores do SUS. Dentre suas estratégias, está incluído o atendimento aos pacientes em unidades de urgência e emergência que visam à construção de estratégias para alcançar a qualificação da atenção em saúde, estabelecendo a construção de atitudes ético-políticas, junto aos profissionais e o fortalecimento dos vínculos interpessoais entre estes e os usuários dos serviços (BRASIL, 2004).

Entre as diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção à saúde, o MS descreve como uma das metas:

Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos (BRASIL, 2004, p. 13).

Outro documento que merece destaque é o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, recentemente reformulado e divulgado sob a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311/2007. Este documento afirma que o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem deve estar centrado na pessoa, na família, na coletividade e, principalmente, aliada aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos a toda população.

Dentre alguns dos seus princípios fundamentais (COFEN, 2007, p. 4-5), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem destaca, no Art. 15, que é de responsabilidade e dever de todo profissional de enfermagem “Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza” (COFEN, 2007, p. 7).

O Art. 52 afirma que é considerada infração ética provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos, sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão (COFEN, 2007).

O documento que norteia eticamente os profissionais da enfermagem, apesar de não explicitar a expressão violência doméstica, mencionou maus-tratos. Aqui, entende-se que essa expressão deve ser interpretada de maneira ampla referindo-se a todas as formas de abuso.

No código de ética dos profissionais médicos, essa realidade não é diferente. O artigo 6º do Capítulo I deste documento, que discorre sobre os Princípios Fundamentais, relata que o profissional médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Além disso, não deverá utilizar seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar

tentativa contra sua dignidade e integridade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, 1988).

O CFM (1988) complementa, no Capítulo IV dos Direitos Humanos – Artigo 47 desse código, que é vedado ao médico discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

A maior preocupação desse documento é a omissão, ou seja, o pactuar com a situação de brutalidade. Entretanto, tão importante quanto a identificação da violência é a sua denúncia, o que geralmente não acontece (SALIBA et al., 2007).

Os mesmos autores concluem seus estudos afirmando que é imperativo que o profissional de saúde conheça e respeite esses direitos, levando em consideração os preceitos éticos, o respeito ao ser humano, e aos seus direitos, durante sua interação com as vítimas que estão sob os seus cuidados.

CONCLUSÕES

No intuito de minimizar os conflitos entre profissionais de saúde e vítimas de violência dentro dos serviços de urgência, concluímos que se torna prioritário a tomada de uma série de estratégias. Torna-se fundamental que sejam identificados os principais obstáculos enfrentados durante o cuidado, estabelecimento de uma rede de suporte de serviços de referência para os casos de violência e construção de um serviço de notificação desses casos. Essas condutas devem incluir notificação dos casos, elaboração de rotinas institucionais para cada tipo de violência, estabelecimento de melhores condições de trabalho do profissional de saúde, especialmente os do setor de emergência, regularização da relação entre demanda de pacientes e quantificação de profissionais, e capacitação adequada, para estes adquiram habilidades em lidar com diferentes situações de violência.

Além disso, defendemos que a consolidação de um cuidar de qualidade às vítimas da violência depende da formulação de políticas que minimizem a reincidência dos casos envolvidos e visem à prevenção desses agravos.

PALAVRAS CHAVE: Violência, Serviço Hospitalar de Emergência, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Rev. Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 119-141, 2002.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução COFEN 311/2007. Rio de Janeiro; 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Resolução CFM nº 1.246/88, de 08 de Janeiro de 1988. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>>. Acesso em: 10 out. 2008.

DANTAS, Rodrigo Assis Neves Dantas et al. Tendências da produção científica brasileira de enfermagem sobre violência no período de 2003 a abril de 2008. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 421-427, jul./set., 2008.

DANTAS, Rodrigo Assis Neves et al. Scientific review of production on violence in the context of public health. **The FIEP Bulletin**, v. 79, n. especial, p. 41-44, 2009a

DESLANDES, S. F. Prevenir a violência - um desafio para profissionais de saúde. **Rev. Latino-am.enfermagem**. v. 3, n. 2, p. 207-208, jul. 1995.

_____. **Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência:** Representações, Práticas, Interações e Desafios. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2000. 236p.

_____. **Frágeis deuses:** profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MESQUITA FILHO, M.; MELLO JORGE, M. H. P. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 4, p. 679-91, 2007.

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

PINHEIRO, P. A violência do Rio às portas da emergência. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, suppl. 1, p. S223-S225, 1994.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SARTI, C. A. O Atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis**. v. 15, n. 1, p.107-126, jan./jun. 2005.

SIQUEIRA JUNIOR, A. C.; BUENO, S. M. V. Utilización de la pedagogía problematizadora en la graduación de enfermería para la atención del paciente agresivo. **Rev. gaúcha enferm.**, v. 27, n. 2, p. 291-300, 2006.

TAUSSIG, M. **Mimesis and Alterity**. New York and London: Routledge, 1993, p. 159.

TEIXEIRA, M. C. S.; PORTO, M. R. S. Violência, insegurança e imaginário do medo. **Cadernos Cedes**, ano XIX, n. 47, 1998.

Autor principal: RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS, Rua dos Potiguares, 2323, Residencial Victória, Bloco 01, Apto 402, Lagoa Nova, CEP: 59054-280, Natal/RN – Brasil. Telefone: (84) 3234-4493 / 9976-3599. E-mail: rodrigoenf@yahoo.com.br