

SANDRA MARIA CEZAR LEAL

**VIOLÊNCIA COMO OBJETO DA ASSISTÊNCIA EM UM HOSPITAL DE TRAUMA:
o “olhar” da enfermagem**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Júlia Marques Lopes

**Porto Alegre
2003**

L435v Leal, Sandra Maria Cezar
Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o
“olhar” da enfermagem / Sandra Maria Cezar Leal; orient. Marta Júlia
Marques Lopes. – Porto Alegre, 2003.

164 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal
do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado
em Enfermagem, 2003.

1. Enfermagem em emergência. 2. Violência. 3. Ferimentos e
lesões/enfermagem. 4. Primeiros socorros/estatística & dados
numéricos. 5. Tratamento de emergência. I. Lopes, Marta Júlia
Marques. II. Título.

CDD – 364.15
CDU – 616-083.98:343.6
HLSN – 416.9
NLM – WY 154

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Marta Júlia Marques Lopes, pelo estímulo, apoio, incentivo e, principalmente, por indicar reflexões e os caminhos na construção deste estudo, sem interferir na criação do tema, mas o tempo todo “iluminando” e abrindo novas trilhas para serem percorridas.

À Nair Ribeiro pela sua amizade e, em especial, pela sua contribuição no início desta caminhada, imprescindível para a concretização deste momento.

A amiga e colega Ana Beust, pelo seu envolvimento e ajuda nas trocas de plantões, liberação de férias e licença em momentos que, administrativamente, pareciam muito difíceis. Pelo seu empenho foi possível conciliar os meus plantões no HPS com o mestrado.

Às colegas e amigas que fizeram horas extras para possibilitar a liberação da minha licença, no HPS, o que foi inestimável para a elaboração da dissertação.

À Andréa Veronese, à Lorita Oliveira e ao Joel Mancia, colegas de trabalho, pela amizade, ajuda e o apoio em todos os momentos.

Ao grupo de auxiliares de enfermagem, em especial da traumato e do gesso, que compartilham comigo o dia-a-dia de trabalho, no HPS, e inspiraram o tema dessa dissertação e muitas outras reflexões sobre o cuidado.

Aos sujeitos deste estudo, colegas de trabalho, que se propuseram a refletir sobre o tema e contribuir para a elaboração desta dissertação.

À Elisabeth Thomé, Mara Vargas, Patrícia Carvalho, Walquíria do Amaral e Zoraide Wagner pela amizade e estímulo.

Às companheiras e colegas do mestrado, em especial à Ana Dagord, Marisa

Viera, Rita Caragnato e Simone Canabarro, pela amizade que construímos.

Ao Alexei Bonette, “bolsista voluntário”, que participou do início da pesquisa nos prontuários dos pacientes e ajudou a encontrar uma forma fácil de organizar os dados.

Aos colegas do Serviço de Documentação e Estatística, pela atenção no período da coleta de dados nos prontuários.

Ao meu companheiro, Roberto, pelo seu amor, estímulo e carinho. Nos últimos meses, em muitos momentos conviveu com “a mulher invisível” e mesmo estando sempre presente soube perceber quando ajudar significava ficar junto ou estar ausente.

A minha família de origem, em especial a minha mãe, “Dona Zenir”, pela ajuda na pesquisa dos prontuários, nesse verão, e por me fazer acreditar, desde muito cedo, que todos os sonhos são possíveis de serem realizados...

O corpo do homem é algo mais
amplo do que seu próprio e
limitado organismo: é a civilização
toda que criamos com o fim de
tornar possível a existência.
(Rubem Alves, 1976, p.86)

RESUMO

Este estudo trata da violência sob o olhar das trabalhadoras de enfermagem no cuidado aos pacientes hospitalizados vítimas de violência, em um hospital de pronto socorro em trauma. O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre / HPS – RS atende pacientes vítimas de trauma de toda a região metropolitana e do interior do Estado. As internações decorrentes da violência, nos últimos anos, representam um aumento significativo na demanda dos atendimentos e internações. O estudo tem como objetivo geral conhecer e compreender o modo de olhar e o fazer das trabalhadoras de enfermagem no cuidado ao paciente vítima de violência, hospitalizado nesse serviço. Para tanto, se propõe caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e epidemiológico, o paciente hospitalizado no HPS por violência. Apóia-se na tipologia dos estudos híbridos que articulam bases teóricas e metodológicas de múltiplas origens e quantificações associadas a dados qualitativos. As unidades de internação do HPS são o campo de estudo. Os sujeitos são os pacientes hospitalizados por traumas decorrentes de violência, no período de janeiro a junho de 2001, e as trabalhadoras de enfermagem desse hospital. Entre os resultados encontraram-se 697 pacientes hospitalizados, nesse período, vítimas de violência; 90,5% do sexo masculino; 73% brancos e 27% negros ou descendentes dessa etnia; 59% da faixa etária dos 20 aos 39 anos; a faixa etária dos 11 aos 39 anos corresponde a um percentual de 78,9% das internações; 47,9% agredidos por arma de fogo, 26,5% por arma branca, 25% vítimas de agressão física 0,3% foram vítimas de estupro. Entre os diagnósticos mais freqüentes encontram-se trauma abdominal, trauma torácico, traumatismos múltiplos, traumatismo crânio encefálico. 59,5% (415) são procedentes de Porto Alegre, e os bairros mais

freqüentes são Partenon, Lomba do Pinheiro e Cristal. Em relação ao “olhar” da enfermagem no cuidado a esse paciente ficou evidente a preocupação das trabalhadoras e a dificuldade desse enfrentamento, visto que, no hospital, não existem estratégias definidas em relação à violência, num âmbito mais amplo, além do tratamento da lesão causada pelo trauma. Cada trabalhadora lida com esse cuidado da forma que acredita ser a mais adequada e utiliza as estratégias que dispõe para suportar e enfrentar essa realidade. Além disso, os serviços públicos de saúde necessitam se auto-avaliar e propiciar a criação de espaços e co-responsabilizar-se nesse processo.

Descritores: enfermagem em emergência; violência; ferimentos e lesões/enfermagem; primeiros socorros/estatística & dados numéricos; tratamento de emergência.

Linha de Pesquisa: Práticas de enfermagem e saúde coletiva.

RESUMEN*

Este estudio versa sobre la violencia bajo el mirar de las trabajadoras de enfermería en la atención a pacientes hospitalizados, víctimas de violencia, en un hospital de emergencia en traumatismo. El Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre / HPS atiende pacientes víctimas de traumatismo de toda la región metropolitana y del interior del Estado. Las hospitalizaciones resultantes de la violencia en los últimos años representan un aumento significativo en la demanda de las atenciones y hospitalizaciones. El estudio tiene como objetivo general conocer y comprender el modo de mirar y el hacer de las trabajadoras de enfermería en la atención al paciente, víctima de violencia, hospitalizado en este servicio. Para tanto, se propone a caracterizar bajo los puntos de vista sociodemográfico y epidemiológico el paciente hospitalizado en el HPS debido a violencia. Él se basa en la tipología de los estudios híbridos que articulan bases teóricas y metodológicas de múltiples orígenes y cuantificaciones asociadas a datos cualitativos. Las unidades de internación del HPS son el campo de estudio. Los sujetos son los pacientes hospitalizados por traumatismos resultantes de violencia, en el período de enero a junio de 2001, y las trabajadoras de enfermería de este hospital. Entre los resultados, fueron identificados 697 pacientes hospitalizados, en este período, víctimas de violencia; 90,5% del sexo masculino; 73% blancos y 27% negros o descendientes de esta etnia; 59% tienen entre 20 y 39 años de edad; la faja etaria de 11 a 39 años corresponde a un porcentaje de 78% de las hospitalizaciones; 47,9% son agredidos con arma de fuego, 26,5% por arma blanca, 25% víctimas de agresión física, 0,3%

* Tradução de Lou Zanetti

fueron víctimas de abuso sexual. Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran el traumatismo abdominal, el traumatismo torácico, los traumatismos múltiples, el traumatismo craneo encefálico. 59.5% (415) son oriundos de Porto Alegre, y los barrios más frecuentes son Partenon, Lomba do Pinheiro y Cristal. Con relación al “mirar” de la enfermería en la atención al paciente quedó evidente la preocupación de las trabajadoras y la dificultad de ese enfrentamiento, teniendo en cuenta que, en el hospital, no existen estrategias definidas en relación con la violencia en un ámbito más amplio, además del tratamiento de la lesión causada por el traumatismo. Cada trabajadora trata con esa atención de la forma que cree ser la más adecuada y utiliza las estrategias de que dispone para soportar y enfrentar esa realidad. Se indica, también, que los servicios públicos de salud necesitan hacer una auto-evaluación y propiciar la creación de espacios y corresponsabilizarse en ese proceso.

Palabras claves: *enfermería de urgencia; violencia; heridas y traumatismos/enfermería; primeros auxilios/estadística & datos numéricos; tratamiento de urgencia.*

ABSTRACT*

This study is about violence in the point of view of nursing workers upon the care of hospitalized patients, especially the victims of violence, in an emergency hospital for trauma. The Hospital de Pronto Socorro – HPS – RS, in Porto Alegre, Brazil, provides attendance to victims of trauma from the entire metropolitan area and from the inland of the state. The hospitalizations deriving from violence in the last years represent a significant increase in the demand for attendance and hospitalizations. The study has the general objective of knowing and understanding the way of looking at and doing by the nursing workers upon the care to the patient who is victim of violence and hospitalized in this service. For such, it aims at characterizing the patient hospitalized at the HPS due to violence under the social and demographic epidemiological points of view. Its support lays in the typology of the hybrid studies that articulate theoretical and methodological basis of multiple origins and quantifications associated to qualitative data. The hospitalization units of the HPS are the field of study. The subjects are the patients hospitalized due to trauma caused by violence, in the period from January to June 2001 and the nursing workers of this hospital. The results identified 697 patients hospitalized in this period, victims of violence; 90,5% were male; 73% white and 27% black or descendants of this ethnicity; 59% of age ranging from 20 to 39 years old; the age range from 11 to 39 years old corresponds to a percentage of 78,9% of the hospitalizations; 47,9% were hurt by fire gun, 26,5% by cold steel, 25% victims of physical aggression, 0,3% raped. Among the most frequent diagnosis, there were abdominal trauma, thoracic

* Tradução Lou Zanetti

trauma, multiple traumatism, cranium and encephalic traumatism. 59,5% (415) of them are from Porto Alegre, and the most frequent city areas they come from are Partenon, Lomba do Pinheiro and Cristal. Regarding the nursing "looking at" during the care to this patient, the workers' concern and the difficulty of facing such situation became evident because in the hospital there is no defined strategy in relation to violence in a wider range beyond the treatment of the injury caused by the trauma. Each worker deals with this care in the way that he believes to be the most adequate one and utilizes the strategies that he has available to stand and face this reality. It also stands out that the public health care services need to undergo a self-evaluation and to propitiate the creation of spaces and to become co-responsible in this process.

Keywords: *emergency nursing; violence; wounds and injuries/nursing; first aid/statistics & numerical data; emergency treatment.*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da população hospitalizada vítima de violência, no HPS, no período de janeiro a junho de 2001, quanto à raça/cor em relação à população de Porto Alegre.....	51
Quadro 2 - População hospitalizada no HPS, segundo a distribuição dos casos quanto ao bairro de origem, dos pacientes residentes em Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2001.....	56
Quadro 3 - Distribuição dos pacientes vítimas de violência hospitalizados no HPS, quanto à unidade de internação, o tipo de violência, sexo, raça/cor e faixa etária, no período de janeiro a junho de 2001.....	57
Quadro 4 - Classificação dos diagnósticos, dos pacientes vítimas de violência hospitalizados no HPS, no período de janeiro a junho de 2001	62
Quadro 5 - Distribuição da população feminina quanto à unidade de internação, tipo de violência, raça/cor e faixa etária das pacientes hospitalizadas no HPS, vítimas de violência, no período de janeiro a junho de 2001	74
Quadro 6 - Distribuição da população masculina quanto à unidade de internação, tipo de violência, raça/cor e faixa etária dos pacientes hospitalizados no HPS, vítimas de violência, no período de janeiro a junho de 2001.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População hospitalizada no HPS, segundo o tipo de violência, sexo, raça/cor e faixa etária, no período de janeiro a junho de 2001	49
Tabela 2 - População hospitalizada no HPS, segundo o tipo de violência, no período e janeiro a junho de 2001.....	52
Tabela 3 - População hospitalizada no HPS, segundo o tipo de violência e o bairro de origem dos pacientes residentes em Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2001	55
Tabela 4 - População hospitalizada no HPS, segundo a cidade de origem e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.....	58
Tabela 5 - População hospitalizada no HPS, segundo a distribuição dos casos quanto à cidade de origem e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.....	58
Tabela 6 - População hospitalizada no HPS, segundo a região de origem do paciente e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001	59
Tabela 7 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.....	61
Tabela 8 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico, sexo, raça/cor e faixa etária, no período de janeiro a junho de 2001	
Tabela 9 - Distribuição da população feminina, hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico, raça/cor, faixa etária e o tipo de violência	68

Tabela 10 - Distribuição da população masculina, hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico, raça/cor, faixa etária e o tipo de violência	69
Tabela 11 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico e a unidade de internação, no período de janeiro a junho de 2001	70
Tabela 12 - População hospitalizada, no HPS, segundo a unidade de internação raça/cor, sexo e o tipo de violência no período de janeiro a junho de 2001	72
Tabela 13 - População hospitalizada no HPS, segundo destinação do paciente, tipo de violência, sexo e raça/cor, no período de janeiro a junho de 2001	77
Tabela 14 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico e a destinação do paciente no período de janeiro a junho de 2001 ...	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	21
2.1	VIOLÊNCIA E SEU IMPACTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
2.2	TRABALHADORES DE SAÚDE E O CUIDADO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	25
2.3	O OLHAR DA ENFERMAGEM	29
2.4	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	34
2.4.1	Objetivo Geral	34
2.4.2	Objetivos Específicos	34
2.4.3	Hipóteses de trabalho	35
3	METODOLOGIA	37
3.1	TIPO DE ESTUDO	37
3.2	CAMPO DO ESTUDO	38
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	39
3.4	COLETA DE DADOS	40
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	44
3.6	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	46
4	PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA E SUA HOSPITALIZAÇÃO NO HPS	48
4.1	OS PACIENTES: quem são e de onde vêm?	49
4.2	DIAGNÓSTICOS DOS PACIENTES E AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	60

4.3	DESTINAÇÃO DO PACIENTE	77
5	TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA	84
5.1	TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA SOCIAL	88
5.2	O CUIDADO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	92
5.2.1	Os pacientes: quem eles são no olhar das trabalhadoras	92
5.2.2	Enfrentamento cotidiano com a violência nas relações e processos de trabalho da enfermagem	116
5.2.3	Estratégias de enfrentamento no cuidado às vítimas e agressores	129
5.3	TRABALHADORAS E SERVIÇO: vigilância, cuidado e responsabilidade social compartilhada	133
5.3.1	O serviço: acolhimento ou omissão?	133
5.3.2	O hospital como espaço de prevenção e contribuição para a redução da violência	141
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados para a caracterização e territorialização do paciente vítima de violência hospitalizado no HPS, no período de janeiro a junho de 2001	162
	APÊNDICE B - Roteiro para a entrevista com as trabalhadoras de enfermagem	163
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre esclarecido	164

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação integra o Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Gênero, Saúde e Trabalho da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e é requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem nessa Instituição.

O estudo aborda a violência como objeto da assistência, a partir da hospitalização das vítimas em um hospital de pronto socorro em trauma de Porto Alegre, e discute a ação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado desses pacientes.

Na prática de mais de uma década na função de enfermeira desse Hospital¹, observa-se um aumento significativo no número de pacientes² hospitalizados vítimas de violência por agressão física, por arma de fogo e arma branca. Muitos desses casos advêm de violência doméstica, não “percebida ou desconsiderada” pela equipe. Os profissionais de saúde direcionam seu cuidado ao “órgão ou à parte do corpo” lesada. Quando são sensibilizados pelo tipo de violência ou quando a ansiedade do paciente é evidente, o serviço de psicologia é “acionado”. No cotidiano do serviço não se percebe envolvimento dos profissionais com as questões sociais que embasam a violência e com as suas conseqüências.

Esse fato causa inquietação e justifica o interesse em pesquisar de que modo os profissionais de saúde lidam com o cuidado desse tipo de paciente e como se posicionam diante das questões que envolvem esse agravo. Inicialmente, considera-

¹ Trata-se do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS

² Opta-se pelo termo por considerar que o usuário do Serviço Público ao ser hospitalizado assume a posição de paciente e aguarda “pacientemente” a definição da conduta para seu tratamento.

se que é importante caracterizar o paciente hospitalizado por violência para saber de quem se está falando, de quem a equipe de saúde cuida e qual o contexto social desse indivíduo. Acredita-se que a territorialização da origem dos pacientes vítimas de violência, hospitalizados em um serviço de emergência, auxilie o profissional a incorporar no cuidado, além do ferimento do paciente, o seu contexto de vida. É nesse momento que a sensibilidade e a compreensão do profissional de saúde faz a diferença. Considera-se este estudo necessário pelo fato de propor-se a discutir a violência, como objeto da assistência na saúde, e a compreensão dos profissionais sobre a amplitude do problema do paciente vítima desse agravo.

Neste estudo, o “olhar da enfermagem” refere-se ao modo com que as trabalhadoras de enfermagem (auxiliares, técnicas e enfermeiras) enfrentam o dia-a-dia da assistência, suas dificuldades e como se organizam para realizar o cuidado aos pacientes que internam em decorrência de violência.

A violência social faz parte do cotidiano nas emergências públicas, pois, grande parte dos atendimentos está relacionado a *causas externas*. Souza e Minayo definem como causas externas “a classificação que reúne os acidentes e violências do trânsito, os homicídios, os suicídios, a violência no trabalho e os acidentes em geral” (1999, p. 87). As autoras relatam que, no Brasil, o perfil dessas mortes decorre principalmente de acidentes de trânsito e homicídios.

Esse perfil relacionado às mortes por causas externas não é restrito ao Brasil e vem sendo alvo de preocupação na América Latina. Em 1994, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, criou-se um Plano de Ação Regional para a prevenção e atuação frente à violência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994). E, a partir do dia 11 de setembro de 2001, com o atentado aos EUA, a violência tornou-se preocupação mundial, em especial quanto ao terrorismo e ao

crime organizado.

No Brasil, no final da década de 1990, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências (BRASIL, 1998), cujas ações ainda estão sendo planejadas em nível nacional. No estado do Rio Grande do Sul, a partir do mês de julho de 2001 começou a funcionar o “Observatório de Acidentes e Violência”, em hospitais do Estado com serviço de urgência e emergência. O objetivo desse observatório é o de criar um sistema eficiente de informação dos eventos que constituem o conjunto de agravos complexos, denominados causas externas. A implantação do observatório ainda está sendo organizada e vinte e oito hospitais farão a notificação dos referidos casos pela rede mundial de computadores (internet), por meio de um programa de informática desenvolvido pelo Estado. Assim, o Estado começa a demonstrar interesse em intervir no processo crescente de violência que está acometendo não só o Rio Grande do Sul, mas todo o País. Na solenidade de lançamento do Observatório de Acidentes e Violência, divulgou-se um texto sobre o referido serviço, no qual consta a seguinte citação: “O combate à violência exige a integração de esforços na construção de uma nova cultura, que promova, previna, vigie e recupere a saúde” (RIO GRANDE DO SUL, 2001, p. 3).

Para a construção dessa nova cultura, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em novembro de 2001, promoveu a Composição do Comitê “Porto Alegre – Cidade Protetora da Vida”. O primeiro seminário para discussão do tema e proposição de ações para o combate e prevenção da violência ocorreu em dezembro do mesmo ano e, nesse evento, o Comitê foi dividido em subcomitês. No ano de 2002 ocorreram seminários específicos de cada um, do Subcomitê Contra a Violência; o Subcomitê Qualidade de Vida e Saúde dos Idosos e o Subcomitê de Acidentes na

Infância. Em 2003 ocorrerá, na cidade de Porto Alegre, o I Congresso Brasileiro e do Mercosul de Estratégias Promocionais para a Prevenção e Controle dos Acidentes, Violências e Suicídios e a I Conferência Latino-Americana de Cidades

Acredita-se que essas iniciativas respaldem a necessidade da realização de pesquisas relacionadas ao tema, envolvendo profissionais da saúde, porque auxiliam a conhecer o cotidiano da violência na saúde individual, avaliam seu impacto sobre os serviços e possibilitam a reflexão sobre a prática do cuidado ao usuário³, nas instituições de saúde. Portanto, esta dissertação propõe-se, além de uma discussão acadêmica, tornar-se uma contribuição para o Comitê “Porto Alegre – Cidade Protetora da Vida”, tratando a violência como um problema de saúde pública, integrando-a como responsabilidade profissional e institucional dos serviços que prestam assistência a esse tipo de vítimas.

O estudo inicia com a abordagem da elaboração da problemática enquanto reflexão construtora dos objetivos desta pesquisa. Na seqüência, descrevem-se os aspectos metodológicos e a trajetória percorrida no cenário empírico proposto. Seguem-se os capítulos analíticos apresentando o diálogo com a bibliografia e, por fim, elaboram-se as considerações finais, buscando-se resgatar um “olhar de conjunto” da construção dissertativa.

³ Opta-se pelo termo usuário para designar o indivíduo atendido pelo Sistema Público de Saúde, considerando-o paciente quando ele é hospitalizado.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

2.1 VIOLÊNCIA E SEU IMPACTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O tema violência e saúde começa a ser evidenciado nos anos de 1960 e 1970, quando os pediatras, nos EUA e no Canadá, começam a estudar e diagnosticar a chamada síndrome do bebê espancado. Após uma década, vários países reconhecem que os maus-tratos à criança são um grave problema de saúde pública (MINAYO e SOUZA, 1999).

No Brasil, na década de 1980, a contribuição científica sobre o tema foi enfatizada. Várias pesquisas denunciam o impacto da violência na saúde da população brasileira (MATA, 1982; PINHEIRO, 1983; BARROS, 1984; SZWARCOWALD, 1986; ZALUAR, 1986).

A violência é um fenômeno social que atinge populações, no espaço público e privado, tanto global quanto localmente (ABRAMOVAY, CASTRO, PINHEIRO, et al. 2002). Atualmente, a violência está presente no cotidiano das grandes cidades e representa uma ameaça à população. Entretanto, alguns indivíduos e grupos sociais e étnicos estão mais vulneráveis⁴ que outros. Minayo, Assis, Souza, et al. consideram que a violência é um fenômeno de conceituação polissêmica, controversa e complexa e que “não há um fato denominado violência, e, sim violências, como expressões de manifestações da exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades precisam ser conhecidas” (1999, p. 14). As autoras enfatizam

⁴ Vulnerabilidade são variantes que se constituem das dimensões individuais e coletivas e que definem uma situação de risco (LERT, 1996)

que a violência tem profundos enraizamentos nas estruturas sociais, políticas, econômicas e nas consciências individuais. Adota-se o conceito dessas autoras por considerar que a violência está relacionada às desigualdades sociais, portanto, decorrente do modo como estão estabelecidas as estruturas sociais no Brasil.

A violência está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) sob a denominação de Causas Externas. Nesse conceito, as causas da mortalidade são os suicídios, homicídios e acidentes fatais; a morbidade engloba fraturas, queimaduras, lesões, intoxicações, envenenamentos, agressões interpessoais e coletivas, e acidentes (SOUZA e MINAYO, 1999).

Deslandes (1999), pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre a Violência e Saúde - CLAVES, da Escola Nacional de Saúde Pública, amplia a denominação de causas externas para outros eventos, e considera difícil discernir a especificidade que envolve cada um dos fenômenos causadores da violência. A pesquisadora pergunta: “*externas* porque sempre foram *um problema social* e não da área da saúde?” (DESLANDES, 1999, p. 84). Seguindo a idéia dessa pesquisadora, é possível afirmar que o profissional de saúde está pouco atento para identificar as várias faces dos atendimentos incluídos na classificação de causas externas, pois é comum, em atendimentos realizados na emergência, desconsiderar-se a violência como causa e quando identificada é considerada um evento *normal para o tipo de pessoa que está sendo atendida* ou se faz o registro incompleto.

No Brasil, as causas externas constituem a principal causa de morte nos grupos etários de 05 a 45 anos (MÉDICI, 1992; MINAYO e SOUZA, 1993; CHESNAIS, 1999).

Minayo e Souza (1999) afirmam que a incidência das mortes violentas recai sobre a população masculina de adolescentes e adultos jovens oriundos das classes

sociais menos favorecidas, de cor negra ou descendentes desta etnia, com pouca ou nenhuma qualificação profissional e com baixa escolaridade. Sant'Anna (2000), enfermeira e pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares do Gênero, Saúde e Trabalho, da Escola de Enfermagem da UFRGS, em sua dissertação de mestrado retrata e corrobora a realidade descrita, a partir de um estudo sócio-histórico das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre, em 1997. Pesquisa realizada sobre a mortalidade por homicídios em Porto Alegre, no período de 1998 a 2000, vai ao encontro desses dados (LOPES; SANT'ANNA e AERTS, 2002)

Gomes (1997) refere que o debate contemporâneo sobre a violência tem uma atitude reducionista quando só a relaciona à criminalidade, à pobreza e ao plano individual. Concorda-se com o pesquisador, pois o tema não pode ser discutido desconsiderando-se as questões sociais, culturais e, principalmente, a grande população de excluídos, alvo de extermínios, e, ao mesmo tempo, considerada responsável pela geração da violência no país.

Referindo-se a essa mesma questão, Médici ressalta que “as maiores vítimas da violência são as classes de baixa renda que cotidianamente são expostas à própria marginalidade de seu meio, à polícia ou aos grupos de extermínio” (1992, p. 44). Peralva (2000) considera limitada a explicação da relação da violência entre desigualdades de renda e pobreza, entretanto, reconhece a vulnerabilidade dos jovens das periferias às mortes violentas.

Sant'Anna ressalta que os serviços de emergência são a porta de entrada dos pacientes vítimas de violência e que esses serviços “estão voltados para a queixa do momento, e a crescente demanda dificulta a oferta de um atendimento articulado e conseqüente” (2000, p. 40).

Em Porto Alegre, o Hospital de Pronto Socorro presta serviços de emergência e atende usuários vítimas de trauma de toda a região metropolitana e do interior do Estado do Rio Grande do Sul. No ano de 2001⁵, foram atendidas 1980 vítimas de agressão por arma branca e arma de fogo, das quais 838 permaneceram hospitalizadas, perfazendo o percentual de 42,32% dos usuários atendidos nesse hospital. Esses dados revelam certa incongruência, pois há, também, o registro de 2500 atendimentos por “ferimento por arma de fogo e arma branca”, dentre os quais 116 pessoas permaneceram hospitalizadas. Há, também, outra classificação: agressões outras, num total de 9654 atendimentos, com 341 internações. Frente a essa diversidade de classificações pode-se questionar qual o critério adotado para diferenciar agressão por arma branca e arma de fogo, de ferimento por arma branca e arma de fogo, e se é comum indivíduos ferirem-se com arma branca ou de fogo fora de um contexto de violência. Os dados, aparentemente, revelam que é significativo o contingente de usuários que procuram esse serviço com uma queixa definida de violência, mesmo que, em alguns momentos, o fato não seja caracterizado como tal.

Deslandes (2002) diz que, em um serviço de emergência, os profissionais de saúde convivem diariamente com a violência na demanda dos atendimentos e ressalta a importância desses serviços na avaliação da repercussão da violência na saúde:

Defendemos que o serviço de emergência constitui uma organização privilegiada para a análise do significado e da dimensão da violência nos serviços de saúde e na ação de seus agentes: 1) por ser, dentre os serviços, aquele que constitui o primeiro contato [e talvez o único] da vítima de violência com um serviço de saúde; 2) por lidar com uma demanda de atendimentos por violência muito expressiva e com a parcela que representa maior gravidade, constituindo um campo de intervenção técnica que exige readequação constante dos conhecimentos e recursos disponíveis; 3) por lidar de forma rotineira

⁵ Dados fornecidos pelo Serviço de Documentação e Estatística (SDE) do HPS, em janeiro de 2002.

e intensa com as vítimas de violência, o que delimita um campo bem demarcado de interações entre os sujeitos [profissionais, familiares e vítimas de violência]; 4) por apresentar um espaço intenso e dramático de conflito, muitas vezes de violência, entre profissionais de saúde e população usuária (DESLANDES, 2002, p. 24).

Concorda-se com a autora porque é nesse contexto em que ocorrem as relações de trabalho dos profissionais de saúde no atendimento e cuidado às vítimas de violência, que estão inseridos os objetivos desta pesquisa.

2.2 TRABALHADORES DE SAÚDE E O CUIDADO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA

Parte-se do pressuposto de que os indivíduos que sobrevivem à violência buscam as emergências públicas, e que os profissionais de saúde não estão preparados para um envolvimento maior com essas vítimas, além do atendimento ao trauma. Constata-se que o serviço de notificação é precário ou inexistente na maioria dos serviços e não é rotina encaminhar os usuários em situação de violência para serviços especializados. Nesse caso, a violência não é “diagnosticada”, ou o fato só é tratado como “lesão causada por agressão” e, em algumas situações, o plantão policial faz o registro de ocorrência.

Deslandes (1999), em um artigo publicado sobre o atendimento às vítimas de violência nos serviços de emergência, sintetiza essa situação de modo apropriado, enfatizando que

em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. [...] é, para a maioria das vítimas de violência, a ‘porta de entrada’ no sistema público de saúde. [...] Para muitas pessoas é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos é um dos únicos momentos em que a violência será declarada” (DESLANDES, 1999,

p. 83).

Concorda-se com a afirmação da pesquisadora, entretanto, considera-se que é prioritário o preparo dos profissionais da saúde para essa função, porque, em geral, saem das universidades sem condições para assumir a responsabilidade de trabalhar em um serviço público “em defesa da vida” dos usuários, com capacidade para “escutar” o que o paciente diz e o que não diz e “ver” o que está por trás de uma “queda” ou de um “assalto”. Também as condições psicológicas, para poder suportar esse “olhar” sobre a violência, acredita-se que merecem ser consideradas na qualificação dos profissionais de saúde.

A formação dos profissionais da enfermagem, principalmente a do nível médio ainda está totalmente voltada para uma visão biologicista da saúde e com enfoque ao atendimento hospitalar, de modo que contemple apenas as demandas desse mercado. E, cada vez mais, as instituições hospitalares investem na hotelaria e no padrão de qualidade total, visando maior “satisfação do cliente” que possui um plano de saúde privado. Nesse contexto, esses profissionais são preparados para seguir a hierarquia do serviço hospitalar, e na sua formação não é contemplada a realidade social que envolve os usuários do Serviço Único de Saúde (SUS).

A formação universitária, em alguns estabelecimentos de ensino, tenda a romper com o modelo biologicista, e muitas universidades já investem, desde a década de 1990, na formação acadêmica que contemple a saúde coletiva.

Skaba ressalta que a atuação do profissional de saúde tem outra dimensão quando o mesmo “compreende a trama das relações sociais conflituosas que se originam nas ruas e chegam aos serviços de emergência” (1997, p. 129). Por outro lado, a superlotação dos hospitais públicos, as filas intermináveis de usuários que buscam, nas emergências, resolver o que a atenção básica e os postos da saúde

não dão conta, associados ao sentimento de impotência e a reprodução acrítica dos valores socialmente aceitos, causam, aos profissionais de saúde, “sofrimento e contribuem para que alguns desenvolvam um processo de naturalização destas condições” (SKABA, 1997, p. 125).

Entende-se que, hoje, o hospital, enquanto campo de prática, considera o corpo humano tanto força de trabalho quanto “objeto” de cuidado, isto é, o corpo do trabalhador de saúde realiza os cuidados no corpo do doente. Ambos estão inseridos em um processo de disciplina e controle dos corpos, quer pelas rotinas que disciplinam o trabalhador, quer pelas rotinas que despersonalizam o doente. Em um hospital de emergência em trauma, principalmente, o paciente é submetido a vários procedimentos sem ser informado claramente sobre cada um deles.

Nessa perspectiva, cada vez mais o profissional de saúde está voltado para a eficiência técnica, agilidade e especialidade. Skaba (1997) enfatiza que os profissionais de saúde estão inseridos em uma divisão técnica de trabalho, fragmentada, dificultando-lhes a relação com o paciente a quem prestam atendimento. Assim, os hospitais de referência para o atendimento ao trauma dispõem de tecnologia, mas, pela fragmentação do processo e da organização do trabalho, os profissionais prestam cuidado ao paciente vítima de violência sem considerar as relações sociais que a envolvem.

As relações entre os profissionais da saúde e os pacientes, dentro das instituições hospitalares, são permeadas de disciplina e poder. A fragmentação do processo de trabalho no hospital também corrobora para a despersonalização do indivíduo, tornando-o um número de leito ou um diagnóstico.

Entende-se que essa relação é modificada quando o serviço de saúde opta pelo acolhimento como prioridade na instituição. Franco, Bueno e Merhy (1999)

consideram que o acolhimento enquanto diretriz operacional deve seguir, principalmente, três princípios: atender todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo a acessibilidade universal, assumindo sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver o seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Concorda-se com os autores e acredita-se que em um pronto socorro de trauma é possível adotar essa sistematização de trabalho, mas, para tanto, é preciso a construção de “um olhar” propício, dirigido principalmente aos usuários que internam em decorrência da violência, pois, é para as emergências dos serviços públicos de saúde que os sobreviventes da violência são encaminhados.

O atendimento ao usuário em um hospital de emergência em trauma é direcionado ao tratamento do agravo físico sofrido. Nessa perspectiva, entende-se que o usuário vítima de violência não é acolhido, porque o atendimento é voltado ao trauma e não inclui “olhar” a violência. Dessa forma, o usuário não é encaminhado para serviços de referência no atendimento desse agravo, pois não estão articulados com o hospital, porque a violência não é considerada um problema de saúde, e em muitos atendimentos não é identificada como causa.

2.3 O “OLHAR DA ENFERMAGEM”

Até o século XVIII, o hospital era direcionado ao pobre que estava morrendo, a alguém que necessitasse do sacramento e dos últimos cuidados. O hospital, nessa época, era um morredouro, e o pessoal hospitalar não se destinava a promover a cura do doente, mas a fazer caridade para alcançar a sua própria salvação eterna (FOUCAULT, 1999). Atualmente, os hospitais são os locais de cura, e a alta tecnologia pode prolongar a vida de um indivíduo por meio de respiradores artificiais, drogas que controlam a pressão sanguínea, entre outros. Quando ocorre o óbito em decorrência do trauma sofrido, esse “corpo ainda pode ser um doador de órgãos”, ou seja, o hospital não é capaz de “salvar” esse doente, mas permite a outros sair da fila de espera de “doação de órgãos”. Permite que se realizem transplantes – de rim, fígado, pulmão – para melhorar a qualidade de vida do indivíduo ou possibilitar-lhe a manutenção, pois, em muitas situações, a única esperança é o transplante.

À semelhança da transformação do objetivo dos hospitais, a enfermagem também percorreu um caminho de construção e aprimoramento profissional e, no âmbito hospitalar, o cuidado ao paciente é o objeto de seu trabalho. Na saúde coletiva são as ações que visam a promoção e proteção da população na busca por melhores condições de vida, trabalho e saúde. Lopes define o cuidado como

o resultado de um saber acumulado, de disciplinas que desvendam as relações humanas e o contato com o outro, mas também de experiências construídas nas práticas efetivas, aprendidas e transmitidas em serviço e que ajudam a curar ou a viver melhor os limites orgânicos e psíquicos impostos pela enfermidade (1998, p. 49).

Entende-se que a realidade do cuidado, em um hospital de emergência em trauma, só é vivida e explicada por quem faz parte desse cotidiano, pois não existe

“emergência lotada”, nem horário ou limite para as internações. Assim, os profissionais de enfermagem atendem sem limites a demanda dos pacientes vítimas de acidentes e de violência à medida que estes chegam, oriundos da própria cidade e de outras regiões do Estado. Em finais de semana e feriados, a escala de trabalho não pode ser estruturada com uma equipe reduzida, como é rotina nos demais hospitais. A equipe de enfermagem deve estar sempre com o mesmo contingente de trabalhadores, ou até com necessidade de horas extras, pois nesses períodos, ocorre o maior número de atendimentos e hospitalizações, em especial os oriundos da região metropolitana e do interior do Estado, onde os hospitais não têm plantão de atendimento em emergência. Esses aspectos caracterizam o HPS como um serviço que segue o seu curso com ritmo constante nas 24 horas do dia e durante os sete dias da semana.

As trabalhadoras de enfermagem convivem no mesmo espaço, tanto com o usuário vítima de agressão, quanto com o agressor – também agredido – e já sob a custódia da polícia. Portanto, é comum, no corredor do hospital transitarem indivíduos algemados e policiais munidos de armamentos pesados – metralhadoras, fuzis, entre outros. Também faz parte do trabalho cotidiano do hospital cuidar de pacientes custodiados – acorrentados ao leito - e acompanhados de um agente policial que, em geral, fica nas proximidades da enfermaria. Em vários momentos, durante a internação do paciente, é necessário solicitar ao agente a mudança na posição da corrente para evitar lesões de pele e proporcionar-lhe maior conforto.

É nesse contexto que as trabalhadoras de enfermagem constroem “seu olhar” no cuidado ao paciente hospitalizado em decorrência da violência. Considerando-se a organização do serviço de saúde no hospital em estudo, evidencia-se que essas trabalhadoras utilizam estratégias para dar conta da sua rotina de trabalho.

Em estudos sobre o processo e relações de trabalho vários autores referem-se a estratégias utilizadas pelos trabalhadores para suportarem o sofrimento causado pela organização e pelas condições de trabalho. Por exemplo, Bouvier (1998) refere-se a “rituais furtivos”; Dejours (1988), a ideologias defensivas; Pitta (1991), a sistemas sociais de defesa; Tittoni (1994), a negação da doença; Lopes (1995), as “válvulas de escape” e ou “subversões cotidianas”, entre outros.

Pitta (1991), ao examinar as respostas individuais e coletivas dos trabalhadores de hospitais, ressalta que os cuidados contínuos aos pacientes internados são promovidos pelo serviço de enfermagem durante as 24 horas. São esses os profissionais que convivem com o paciente até o desfecho esperado ou, em algumas situações, com o imprevisto, no caso de morte súbita ou por complicações não previsíveis. Para explicar a complexa dinâmica da interação técnico-paciente, das trabalhadoras de enfermagem, a autora refere-se aos sistemas sociais de defesa como “mecanismos de defesa estruturados socialmente que tendem a se tornar aspectos da realidade externa com a qual os novos e antigos membros da instituição devem entrar de acordo” (PITTA, 1991, p. 65). Esquemáticamente, são os seguintes: 1º) fragmentação da relação técnico-paciente: refere-se às iniciativas de parcelar as tarefas com intuito de reduzir os tempos de contato com o doente, pois quanto maior for esse contato maior é a exposição a sentimentos como a angústia; 2º) despersonalização e negação da importância do indivíduo: “qualquer paciente é igual a qualquer outro paciente, portanto ele não é alguém com registro afetivo diferenciado” (PITTA, 1991, p. 66), e isso implica que todos os pacientes devem ser cuidados da mesma forma; 3º) distanciamento e negação de sentimentos: “os sentimentos têm que ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas” (PITTA, 1991, p. 66). Para tanto,

é imprescindível a redução das diferenças pessoais, entre os pacientes; 4º) tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas: a autora ressalta que a preocupação constante com a rotinização e padronização de condutas “é também um ritual de postergação e controle de decisões a serem tomadas frente a numerosas demandas que cada doente é capaz de produzir” (PITTA, 1991, p. 66), e enfatiza, ainda, que o ritual conhecido reduz ansiedades e o discernimento individualizado de cada profissional em planejar o seu trabalho; 5º) redução do peso da responsabilidade: “a obscura linha de definições e mando deverá percorrer uma hierarquia diluindo sempre e criando soluções facilitadoras para projeções e fugas nos atos de descuido e imperícia” (PITTA, 1991, p. 67). As enfermeiras enquanto subordinadas psicologicamente projetam em suas superiores algumas de suas próprias partes mais competentes e melhores, por isso sentem-se dependentes da mesma de quem esperam a tomada de decisões e resolução dos problemas. Por outro lado, as enfermeiras enquanto superiores consideram que não podem confiar inteiramente em suas subordinadas, pois projetam sobre elas suas próprias dificuldades, diluindo, assim, o peso da responsabilidade gerada por uma decisão final e total feito por uma única pessoa (PITTA, 1991).

Pitta ressalta que os sistemas sociais de defesa embora não sejam únicos ou exclusivos, são um modelo explicativo para a complexa dinâmica da interação técnico-paciente no ambiente hospitalar. Esses sistemas “têm a função de ajudar o indivíduo a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza” (PITTA, 1991, p. 68) e são acionados inconscientemente, ou seja, as estratégias são uma forma de enfrentar as dificuldades e o sofrimento gerado pelo processo de trabalho.

Outra reflexão que merece ser apontada, mas sem a pretensão de aprofundar o tema, é em relação ao gênero tanto no que se refere ao tipo de agressão sofrida

pelo paciente, quanto em relação ao olhar da trabalhadora de enfermagem. “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

Lopes ressalta que “o gênero constitui um ângulo de leitura do social que tenta explicar as continuidades e discontinuidades e fornecer respostas às desigualdades persistentes entre homens e mulheres” (1996, p. 80). Não é intenção dessa pesquisa realizar uma análise aprofundada sob essa perspectiva, entretanto, considera-se que não se pode deixar de apontar evidências relacionadas às diferentes formas de homens e mulheres sofrerem e lidarem com a violência e com determinadas situações que são banalizadas para os homens, como a vulnerabilidade aos homicídios, e para as mulheres o destino de serem vítimas da violência doméstica.

Assim, esta pesquisa limita-se a conhecer o modo de a enfermagem lidar (olhar) a violência como objeto da assistência em um hospital de trauma, e elege algumas questões que a norteiam: as trabalhadoras de enfermagem estão atentas para identificar as várias faces do atendimento ao usuário em situação de violência? Consideram essa identificação necessária ao seu desempenho profissional? Qual o papel que desempenham enquanto representantes do poder público, no cuidado aos usuários em um serviço público de emergência?

2.4 OBJETIVOS DO ESTUDO

A construção dos objetivos desta pesquisa incorpora as bases da realidade social associada a reflexões sobre a equipe de saúde no cuidado ao paciente vítima de violência, hospitalizado em um serviço público de emergência em trauma. Portanto, as questões norteadoras se constituem a partir dessa base complexa e podem ser assim sintetizadas: O paciente vítima de violência é diferente dos demais? Quais são essas diferenças? Interferem no cuidado? De que modo?

2.4.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é conhecer e compreender o “olhar” e o fazer das trabalhadoras de enfermagem no cuidado ao paciente vítima de violência, hospitalizado em um serviço público de emergência em trauma.

2.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e epidemiológico, o paciente hospitalizado no HPS por violência, segundo a faixa etária, o sexo, a origem social, o tipo de violência e o diagnóstico decorrente da mesma;

- territorializar a origem dos pacientes hospitalizados por essa causa, referenciar possíveis focos de violência, principalmente na cidade de Porto Alegre;
- conhecer o modo que os profissionais de enfermagem planejam, se confrontam, pensam e executam o cuidado ao paciente hospitalizado vítima de violência;
- identificar e discutir as dificuldades desses profissionais em cuidar do paciente vítima de violência.

2.4.3 Hipóteses de Trabalho

Minayo considera que as hipóteses “[...] fazem parte ou são deduzidas das teorias, mas também podem surgir da observação e da experiência nesse jogo sempre impreciso e inacabado que relaciona teoria e prática” (2000, p.95).

É na tentativa de relacionar teoria e prática, e baseada no cotidiano de mais de uma década de trabalho em um hospital público de atendimento ao trauma, que se ousa elaborar as seguintes hipóteses:

- no atendimento ao usuário, em uma instituição pública de emergência e trauma, não existe envolvimento dos profissionais de enfermagem com as causas do trauma advindas de violência e com as suas conseqüências, pois o atendimento às vítimas de violência é voltado exclusivamente ao “órgão” lesado;
- os profissionais de enfermagem não estão sensibilizados nem preparados para se posicionarem, na qualidade de representantes do Poder Público, para avaliar, detectar e comunicar as situações de violência;
- as influências do convívio com o paciente vítima de violência interferem na

satisfação no trabalho e na saúde desses profissionais, pois são despreparados para esse tipo de atendimento e não dispõem de um serviço de apoio voltado à superação de suas dificuldades nesse cuidado;

- o serviço público de atendimento de emergência em trauma não está organizado para promover, prevenir, vigiar e recuperar a saúde do usuário vítima de violência;
- os serviços de referência, para encaminhar os usuários vítimas de violência, não estão articulados com as emergências públicas e, além de serem poucos, estão direcionados à mulher, à criança e ao adolescente, excluindo o contingente de homens adultos;
- a territorialização e o contexto social de origem do usuário vítima de violência possibilita referenciar os possíveis focos de violência e suas causas, possibilitando ao poder público investir em um planejamento voltado à promoção da segurança e da saúde das pessoas desses espaços sociais.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

“O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 240). Com respaldo na afirmação dos autores, e pelos objetivos desta pesquisa, adota-se uma abordagem qualitativa predominantemente com recurso a quantificações demográficas e epidemiológicas. Trata-se de um estudo exploratório e analítico que se apóia na tipologia dos estudos híbridos que articulam bases teóricas e coleta de dados de múltiplas origens, associando quantificações e dados qualitativos.

A pesquisa apropria-se dos elementos discursivos no que se refere a conhecer e compreender de que modo a equipe de enfermagem cuida do paciente vítima de violência. Em relação a esse tipo de objeto a ser investigado Minayo considera que “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados e das ações e relações humanas não-perceptíveis e não-captáveis em equações, médias e estatísticas” (1998, p. 22). A autora ressalta que, quando o objeto de conhecimento é o ser humano e a sociedade, a abordagem qualitativa permite “ir em busca também dos significados da ação humana que constrói a história. É um desafio na busca de caminhos” (MINAYO, 2000, p. 36). Assim, opta-se pela análise qualitativa, acreditando que, para conhecer em profundidade as atitudes que embasam as ações das trabalhadoras de enfermagem ao cuidarem do paciente

vítima de violência, suas falas são elementos fundamentais.

A contextualização do tema exige o conhecimento sobre os indivíduos e o contexto social em que estão inseridos e, portanto, algumas quantificações são utilizadas para caracterizar o paciente vítima de violência, hospitalizado no Hospital de Pronto Socorro. Para tanto, utiliza-se um instrumento (APÊNDICE A) adaptado à leitura pelo software Epi info 6 e feita a coleta dos dados secundários pelo sistema de informação do HPS e nos prontuários dos pacientes hospitalizados.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo se realiza no Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre – RS. Esse hospital é de referência no atendimento ao trauma⁶ e está equipado com tecnologia de alta complexidade para esse tipo de atendimento. Dispõe de várias especialidades clínicas e cirúrgicas: de neurologia, cirurgia geral e do trauma, plástica, traumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cardiologia e cirurgia bucofacial. A maioria das hospitalizações decorre de traumas causados pela violência urbana: acidentes de trânsito e atropelamentos, agressão (física, por arma de fogo, por arma branca), violência doméstica, assaltos e desavenças.

Vale dizer que os usuários que ficam hospitalizados no HPS, após o primeiro atendimento, são os que não têm outro convênio, além do Sistema Único de Saúde (SUS). Os usuários conveniados são transferidos quando é definida a necessidade de hospitalização, alguns permanecem hospitalizados por 24 a 48 horas, até

⁶ Eventos decorrentes de acidentes de trânsito, atropelamentos, violência urbana e doméstica, quedas acidentais.

conseguirem vaga em outro hospital que atenda o respectivo convênio. Essa situação deixa claro que o usuário hospitalizado no HPS aguarda pacientemente o tratamento no hospital de pronto socorro até conseguir uma vaga em outro hospital da rede pública, ou a possibilidade de realizar o tratamento nessa instituição.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo são os profissionais da equipe de enfermagem das unidades de internação do HPS e os pacientes caracterizados são os internados no ano de 2001, vítimas de violência. Define-se o período de seis meses, de janeiro a junho de 2001, por considerá-lo suficiente para a caracterização sociodemográfica dos pacientes. No HPS, o atendimento ao usuário vítima de trauma é realizado nos ambulatórios e nas unidades de internação. As unidades são consideradas abertas e fechadas. Nas unidades abertas são hospitalizados os pacientes com danos de menor complexidade e as internações são por especialidades: traumatologia, neurologia, clínica, cirúrgica, queimados e traumas de face. Nas unidades fechadas ficam os pacientes com danos de maior complexidade: UTI de trauma, UTI clínica, UTI de queimados, unidade de queimados, sala de recuperação e bloco cirúrgico.

A equipe de enfermagem do HPS é composta⁷ por 80 Enfermeiras⁸, 63 Técnicas de Enfermagem e 441 Auxiliares de Enfermagem.

Nas unidades fechadas, a equipe é formada por técnicas de enfermagem e enfermeiras (duas por turno – exceto queimados e bloco cirúrgico); nas unidades

⁷ Dados fornecidos pela Direção de Enfermagem do HPS, em janeiro de 2002.

⁸ A opção é no feminino por ser o contingente profissional majoritário.

abertas há uma enfermeira por turno e um grupo de auxiliares - o número de técnicas e auxiliares de enfermagem varia conforme a especificidade da unidade.

A população de vítimas de violência atendida, no período do seis meses acima citados, constitui-se de 715 indivíduos.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, que é um instrumento com um roteiro de questões estruturadas a partir dos objetivos da pesquisa.

Minayo considera a entrevista um instrumento privilegiado para a coleta de dados e refere que:

É a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...] e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (2000, p.109-110).

Concorda-se com a autora e acredita-se que esse tipo de instrumento de coleta de dados é o indicado para este estudo. A entrevista⁹ com as trabalhadoras de enfermagem foi realizada no próprio local de trabalho, com horário e data previamente marcados, cujas questões gerais foram desdobradas pela pesquisadora de acordo com a necessidade. As entrevistas foram gravadas com a autorização¹⁰ dos sujeitos e as fitas serão conservadas por um período mínimo de cinco anos. Cada sujeito recebeu uma cópia da transcrição da entrevista – em envelope selado

⁹ O roteiro da entrevista está no apêndice B.

¹⁰ Vide APÊNDICE C.

– para ler e autorizar a publicação dos dados com a garantia de sigilo quanto a sua identidade.

Inicialmente, optou-se por entrevistar vinte ou trinta sujeitos, seguindo os estudos de Vergés (1991/1992) que situa nessa faixa a base quantitativa para saturação de dados. Entretanto, considerou-se que a qualidade dos dados foi alcançada com quinze entrevistas selecionadas no quantitativo de trabalhadores, com base na qualificação profissional.

As unidades de internação que têm maior índice de pacientes hospitalizados por violência foram privilegiadas, e foram entrevistadas representantes de todas as categorias de profissionais da enfermagem, ou seja, uma enfermeira e uma auxiliar ou técnica de cada unidade, prioritariamente.

A pesquisadora apresentou os propósitos e os objetivos do estudo ao grupo de cada turno de trabalho dessas unidades; a escolha dos sujeitos da pesquisa foi aleatória quanto aos sujeitos de cada categoria profissional e o interesse deles em participar da entrevista. Quando em um mesmo grupo mais de um trabalhador se colocava à disposição, a definição era feita por sorteio.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, após o agendamento prévio com as trabalhadoras de enfermagem que concordaram em participar, no período de setembro a dezembro de 2002. Em algumas situações foi necessário remarcar a entrevista em função de imprevistos relacionados à demanda da enfermagem, pois a maioria das entrevistas foram realizadas durante o turno de trabalho, em intervalo previamente combinado com a enfermeira da unidade.

Os dados para caracterização dos sujeitos vítimas de violência são provenientes dos prontuários dos pacientes como fonte primária e, do banco de dados da Companhia Rio-Grandense de Processamento de Dados do Município de

Porto Alegre (PROCEMPA), abrangendo os meses de janeiro a junho de 2001. A autorização para a utilização dos dados foi obtida na aprovação do projeto de pesquisa desse estudo, pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Nesse momento, solicitou-se ao hospital a localização dos registros de todos os pacientes que internaram por violência, no referido período, sendo a solicitação feita à bibliotecária que a encaminhou para a PROCEMPA.

A primeira dificuldade encontrada foi a de identificar as internações decorrentes da violência, pois os dados são agrupados em diagnósticos do CID¹¹ ou por “causa da internação”. Optou-se por esta última e, nesses casos, pelas internações que evidenciaram situações de violência (“causas da internação”) classificadas, pelo sistema de informação do hospital, a seguir descritas: estupro, agressão por arma branca, agressão por arma de fogo, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo e agressões outras. No período estudado, 715 pessoas foram hospitalizadas por “causas” relacionadas à violência. Solicitou-se que, na pesquisa da PROCEMPA, fossem incluídos dados sobre sexo, idade, raça/cor, mês da internação, endereço e o número do registro do paciente no hospital¹². Nesse primeiro levantamento, os dados foram agrupados pela classificação “causas da internação”.

Os 715 prontuários foram pesquisados inicialmente no Serviço de Documentação e Estatística (SDE) do HPS, para identificar o diagnóstico, o “destino”¹³ do paciente e o endereço do mesmo, pois esta informação estava incompleta nos dados fornecidos pela PROCEMPA.

¹¹ Classificação Internacional de Doenças.

¹² Informação necessária para identificar o prontuário do paciente no SDE do HPS.

¹³ Optou-se por esse termo para designar “o caminho” que o paciente seguiu após a internação no HPS.

Na análise dos prontuários constata-se que os ferimentos por arma de fogo e por arma branca, em sua maioria, são resultantes de agressão. Entretanto, identificam-se internações que não caracterizam violência, mas acidente de trabalho em adultos ou ferimentos acidentais, principalmente em brincadeiras de crianças (ferimentos na boca decorrentes de acidentes domésticos; nos olhos, por arma de pressão, entre outros). Nesses casos, esses sujeitos foram excluídos¹⁴. Optou-se pela classificação dos eventos que envolvem arma branca e arma de fogo (“agressão por arma de fogo” e “agressão por arma branca”). Após a exclusão dos prontuários que não evidenciavam violência, obteve-se o total de 697 sujeitos para a pesquisa.

Durante o levantamento dos dados, identificavam-se, no período estudado, 150 internações tendo como causa “outros tipos de ferimentos”. Pela magnitude do problema e pela necessidade de compreender essa problemática optou-se por pesquisar 75 desses prontuários, escolhidos alternadamente, contemplando 50% dos casos de cada mês, do período em estudo. Constata-se que oito internações (10,7%) estavam relacionadas à violência, confirmando que a subnotificação desse tipo de evento ainda é significativa, ou seja, a violência permanece velada sob várias denominações e não representa totalmente a magnitude desse agravo na saúde pública do país.

¹⁴ Total de 18 pacientes.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados discursivos foi realizada através da Análise de Conteúdo do Tipo Temático, proposta por Minayo (2000). Operacionalmente, a autora divide a análise em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Na etapa de ordenação dos dados, se procede a transcrição das gravações, a releitura do material, a organização em determinada ordem dos relatos e das observações. As transcrições das entrevistas foram feitas pela pesquisadora e em alguns momentos foi necessária uma pausa para a organização dos dados, previamente agrupados, de acordo com a proximidade temática das informações, sexo e a categoria profissional dos entrevistados.

A classificação dos dados, segunda etapa, foi feita a partir do material escolhido, construído pelos questionamentos da pesquisa com base em um referencial teórico. Minayo (2000, p.235) ressalta que “o dado não é *dado*, é *construído*”.

Nessa etapa, foi feita uma leitura exaustiva e repetida dos textos para identificar as idéias centrais e o estabelecimento das categorias específicas. Com o aprofundamento da análise, procedeu-se ao recorte de cada entrevista/documento, estabelecendo temas classificados pela sua relevância para o estudo.

Para a análise privilegiaram-se as seguintes categorias temáticas: as trabalhadoras de enfermagem e a violência como problema social; quem são os pacientes no modo de ver, olhar das trabalhadoras de enfermagem; o enfrentamento cotidiano com a violência nas relações e processos de trabalho; estratégias de

enfrentamento no cuidado às vítimas e agressores.

Na etapa da análise final, estabeleceram-se articulações com as fases anteriores e com o referencial teórico da pesquisa. Procedeu-se a reflexão e interpretação dos conteúdos manifestos para responder às questões de pesquisa e seus objetivos. Minayo ressalta que o produto final, resultado de todas as etapas de pesquisa, é sempre provisório, “a interpretação [...] análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento de práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos” (2000, p. 237).

Quanto aos dados quantitativos para a caracterização dos sujeitos hospitalizados, utilizou-se o Software Epi Info (APÊNDICE A). A territorialização foi feita através do software Epi Info e baseou-se na origem geográfica de cada paciente admitido no HPS, no período de janeiro a junho de 2001.

A pesquisa junto aos prontuários dos pacientes foi realizada pela própria pesquisadora, no período de novembro de 2002 a janeiro de 2003. Na análise dos primeiros 150 prontuários a pesquisadora contou com auxílio de um bolsista voluntário, acadêmico de enfermagem da UFRGS.

Os dados fornecidos pela PROCEMPA foram inseridos no banco de dados elaborado no Software Epi Info. Entretanto, os dados coletados nos prontuários dos pacientes inicialmente foram ordenados em quadros com a identificação do paciente, seu diagnóstico, a unidade de internação, seu endereço e o seu destino.

Fez-se uma classificação dos diagnósticos (Quadro 5) e da destinação do paciente. Não foi possível a identificação do diagnóstico de 14 pacientes porque seus prontuários não foram localizados.

Buscou-se a informação do endereço somente dos pacientes provenientes de Porto Alegre. Nos registros do sistema de informação do hospital faltam dados sobre

o endereço completo de alguns pacientes. Foi necessário então, conferir os prontuários para se obter essas informações, preenchidas, a posteriori, pelo serviço social com o cadastro de cada paciente anexado nos prontuários. Os endereços foram classificados por bairros da cidade, porém não foi possível identificar a origem de 28 pacientes e, desses, 16 não tinham residência fixa ou eram moradores de rua e nos demais o endereço era inexistente ou estava incompleto.

Os dados coletados foram inseridos no banco de dados do Epi info, fez-se a elaboração de tabelas e quadros a partir dos cruzamentos de variáveis consideradas úteis para a análise e discussão dos dados.

3.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Para acessar os indivíduos trabalhadores da enfermagem e os dados referentes à caracterização dos pacientes vítimas de violência hospitalizados no HPS, encaminhou-se à Direção Científica do Hospital de Pronto Socorro o projeto de pesquisa e o documento elaborado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul, no qual consta sua aprovação no Exame de Qualificação. O projeto recebeu aprovação e autorização para ser desenvolvido.

Os sujeitos do estudo foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos sobre a justificativa e os objetivos, e foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE B). O documento foi redigido em duas vias, permanecendo uma delas com o sujeito da pesquisa que lhe garante: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si; a

privacidade; o anonimato; o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos. O referido documento foi redigido conforme as normas de pesquisa em saúde expressas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4- PACIENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA E SUA HOSPITALIZAÇÃO NO HPS

Nesse capítulo propõe-se caracterizar o paciente hospitalizado vítima de violência, visando resgatar a identidade dos sujeitos que as trabalhadoras de enfermagem cuidam, e é uma tentativa de tornar visível o que parece estar banalizado ou considerado um evento normal para alguns indivíduos. Parte-se do pressuposto de que as trajetórias de vida marcam as formas de adoecer e morrer.

Retomando a trajetória metodológica, os dados foram colhidos no sistema de informação do hospital que registra a causa do evento no momento da internação. Os dados são burocráticos, sendo tratados pela primeira vez. Considerando-se sua organização e tratamento, foram processados na forma de dados de investigação primária, e, as internações que evidenciavam situações de violência foram classificadas, de acordo com o referido sistema de informação, em: estupro, agressão por arma branca, agressão por arma de fogo, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo e agressões outras. No período estudado 715 pessoas foram hospitalizadas em razão de violência e, após a avaliação de internações que não caracterizavam violência na sua origem, obteve-se o total de 697 pacientes.

A caracterização que segue, portanto, baseia-se no tratamento dos dados elaborados a partir de cruzamentos de variáveis consideradas úteis nesta etapa, e as tabelas que seguem contém dados referentes à origem dos indivíduos, ao sexo, à faixa etária, à raça/cor, ao tipo de violência, ao diagnóstico, à unidade de internação do paciente, e à destinação dos indivíduos hospitalizados por violência no período estudado.

4.1 OS PACIENTES: quem são e de onde vêm?

Inicia-se o resgate da identidade dos sujeitos deste estudo pela descrição dos pacientes quanto ao sexo, à faixa etária, à raça/cor, ao tipo de violência, ao local de origem dos pacientes, por considerar que esses dados ajudam na construção de informações que possibilitam evidenciar e visibilizar as vulnerabilidades a que esses indivíduos estão expostos.

Tabela 1 - População hospitalizada no HPS, segundo o tipo de violência, sexo, raça/cor e faixa etária, no período de janeiro a junho de 2001.

TIPO DE VIOLÊNCIA	SEXO		RAÇA/COR ¹⁵			FAIXA ETÁRIA (anos)					
	M	F	B	M	N	0-10	11-19	20-29	30-39	40-49	+ de 50
AAF	308	26	245	38	51	4	89	149	54	25	13
AAB	169	16	129	29	27	1	30	76	36	27	15
Estupro	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0
*Agressões outras	154	22	135	21	20	1	17	61	38	35	24
TOTAL	631	66	509	90	98	8	136	286	128	87	52

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão por arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

B – branca

M – mulata

N – negra

* Agressões outras – físicas e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros).

A Tabela 1 evidencia a prevalência do sexo masculino em relação ao feminino, num total de 631 (90,5%) para 66 (9,5%). Os dados corroboram com outros estudos, entre os quais de Souza e Minayo (1999), Sant' Anna (2000), que

¹⁵ Para garantir a fidedignidade dos dados seguiu-se a classificação do serviço quanto à raça/cor, entretanto faz-se a mudança de “preto” para “negro”, denominação adequada para referir-se a raça negra.

evidenciam a prevalência de morbidade e mortalidade por causas externas nos sujeitos do sexo masculino.

A população estudada caracteriza-se pela predominância da faixa etária entre 20 e 29 anos, com 286 internações (41,0%), seguida das faixas etárias entre 11-19 anos e 30-39 anos, com 136 e 128 internações, correspondendo, respectivamente, a 19,5% e 18,4% das internações por violência. A faixa dos 11 aos 39 anos corresponde, portanto, a um percentual de 78,9% das internações. Esses dados são compatíveis com os estudos de Minayo, Assis, Souza, et al. (1999), Minayo e Souza (1999), Sant'Anna (2000), Westhal (2002), entre outros, que denunciam a vulnerabilidade, a morbidade e mortalidade de jovens, por causas externas, em especial pela violência.

Chesnais, referindo-se ao tema, afirma que: “[...] alguns cemitérios de São Paulo lembram dos campos de batalha das guerras civis européias do século XX [...] os túmulos são, em sua maioria de homens jovens, assassinados, entre 15 e 30 anos” (1999, p. 63).

O jornal Correio do Povo, em edição de 2001, destaca em manchete e capa: “Violência reduz expectativa de vida no País”. A matéria ressalta que, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria Estadual de Saúde, no ano de 2001, “morreram 1284 homens e 171 mulheres por causas violentas, na faixa etária de 20 a 29 anos. Diz, ainda, que “as duas principais causas dos óbitos masculinos foram os homicídios (577 óbitos) e as ocidentes de trânsito (320 óbitos)”. Na mesma reportagem, o coordenador do SIM afirma que “independente do sexo e da idade, as mortes por causas externas ocupam o 4º lugar no Estado do Rio Grande do Sul, nos outros estados do país estão no segundo ou terceiro lugar” (VIOLÊNCIA..., 2001, p.3).

A elevada morbimortalidade de jovens adultos, em especial os do sexo masculino, advindas da violência é evidente e não se pode deixar de salientar que esses adolescentes e adultos jovens apresentam, com frequência, a seguinte situação de vida: trabalho informal, baixa escolaridade; cor negra ou descendentes dessa etnia; atividade ilegal, crime; uso de droga, e pertencem às camadas menos favorecidas da população (MINAYO e SOUZA, 1999; CHESNAIS, 1999; SANT'ANNA, 2000).

Segundo o censo de 2000 do IBGE, a cidade de Porto Alegre tem uma população de 1.360.590 mil habitantes, sendo que 1.121.312 mil são da cor branca (82,41%), 106.714 mil são da raça negra (7,84%) e 118.640 mil são descendentes da etnia afro (8,71). Evidencia-se, na cidade de Porto Alegre, o predomínio da população de cor branca. A partir desses dados constata-se que, se não for considerada essa relação, num primeiro momento os dados mostrarão que os brancos estão mais expostos à violência. Entretanto, essa não é a realidade, pois, a relação entre os indivíduos hospitalizados por violência no HPS e a população de Porto Alegre quanto à raça/cor evidencia que os pacientes brancos correspondem a 0,05% da população de brancos da cidade, enquanto que os negros e descendentes dessa etnia correspondem a 0,17% dessa mesma população, conforme se observa no Quadro 1.

POPULAÇÃO DE PORTO ALEGRE* CENSO 2000 - IBGE						Internações no HPS no período de jan/jun 2001 e a relação proporcional com a população raça/cor de Porto Alegre						Relação da internação raça/cor e a população de Porto Alegre			
Branca		Parda		Negra		Branca		Parda		Negra		Branca		P e N**	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.121.312	82,41%	118.640	8,71%	106.714	7,84%	509	0,05%	90	0,08%	98	0,09%	509	0,05%	188	0,17%

Quadro 1 - Distribuição da população hospitalizada vítima de violência no HPS, no período de janeiro a junho de 2001, quanto à raça/cor em relação à população de Porto Alegre.

Fonte: dados do IBGE de pesquisa de e direito, organizados por SMCL, Porto Alegre, 2003.

* A população total de Porto Alegre é 1.360.590 incluindo indígenas e orientais. (Censo IBGE, 2000)

**As internações de negros e descendentes dessa etnia correspondem ao dobro das internações dos indivíduos brancos.

Essa realidade é sintetizada pelo comentário da Deputada Maria do Rosário, da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul ao afirmar

basta que olhemos para os lados, entremos nos postos de saúde do SUS, nas escolas de periferia mais depreciadas, nos bairros e favelas mais distantes, e encontraremos como maioria os rostos dos afrodescendentes, aqueles e aquelas a quem a cidadania e os direitos humanos ainda constituem um desejo a ser realizado (NUNES, 2002, p.68).

Sant'Anna (2000) também descreve essa realidade em estudo sobre a vulnerabilidade ao homicídio dos adolescentes, na cidade de Porto Alegre. A autora, ao fazer o teste estatístico de comparação de proporções da população quanto à raça/cor, evidenciou que o óbito por essa causa entre negros e pardos é superior em comparação aos brancos.

Acredita-se que desenvolver um modo de olhar diferenciado, ou seja, atentar para o que está por detrás dos dados, é imprescindível para que o profissional de saúde possa desempenhar o seu papel de representante do poder público, principalmente nas situações que envolvem violência e discriminação.

Avançando na análise, também se acredita que o tipo de violência é outro fator que auxilia na compreensão da vulnerabilidade dos grupos populacionais e os dados da Tabela 2 contribuem com outros elementos para a leitura dessa realidade.

Tabela 2 - População hospitalizada, no HPS, segundo o tipo de violência, no período e janeiro a junho de 2001.

TIPO DE VIOLÊNCIA	n	%
Agressão por arma de fogo	334	47,9%
Agressão por arma branca	185	26,5%
Estupro	2	0,3%
*Agressões outras	176	25,3%
TOTAL	697	100,0%

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

* Agressões outras – físicas e/ou com objetos como pedras, barras de ferro, madeira, entre outros.

Do total das 697 internações por violência, 334 foram vítimas de agressão por arma de fogo (AAF), 185 de agressão por arma branca (AAB), 176 de outros tipos de agressões físicas com objetos (pedra, barra de ferro, garrafa, entre outros) e 2 de estupro.

Os dados da Tabela 2 evidenciam que as agressões por arma de fogo (AAF) são as que predominam, 334 (47,9%), seguidas das agressões por arma branca (AAB), 185 (26,5%). Ao pesquisar os prontuários observa-se que as AAF estão relacionadas a assaltos, envolvimento com a polícia, desavenças entre gangues e crimes passionais. Entre as 26 mulheres agredidas por arma de fogo, três tiveram como agressor o marido/companheiro atual ou o ex-marido/companheiro e dez casos não têm informações sobre a causa da agressão, incluído um óbito. Nos casos de AAB existe uma relação com desavenças familiares e briga em bares, envolvendo o consumo de álcool. Nesse último não se identifica número de casos, por não ser o foco deste estudo, mas salienta-se que essa relação apareceu com freqüência na leitura dos prontuários.

Nas “agressões outras”, encontram-se as agressões físicas que atingem, principalmente, a face, com ferimentos nos olhos e fraturas de ossos (maxilar, ossos próprios do nariz, órbita), com necessidade de tratamento cirúrgico e, em alguns casos, deixando seqüelas permanentes como perda de dentes, deformidades na face, cegueira, entre outras. As agressões com objetos (pedras, tijolos, coronhadas, entre outros) causam principalmente traumatismo craneencefálico, de gravidade leve, com necessidade de internação para observação, mas, também, em menor proporção casos graves com necessidade de tratamento cirúrgico (craniotomia), e causando seqüelas permanentes e óbitos.

Há dois casos registrados como estupro em crianças descendentes da raça

negra. Entretanto, na pesquisa dos prontuários foram identificados outros casos, por exemplo, o de uma mulher que internou com queixa de assalto (classificação de agressões outras), mas tinha sido vítima de violência sexual em sua residência, pelo assaltante, e não queria que seu esposo soubesse que tinha sido violentada. Essa situação evidencia que, além da vergonha, a mulher ainda sente medo de ser desprezada ou não ter o apoio de seu companheiro por ter sido vítima de violência sexual. Pode-se dizer que, nesse tipo de situação, o estado de choque é uma alteração psicológica que pode ocorrer imediatamente após o trauma e durar horas ou dias; a mulher também pode ter ansiedade, medo, sentimento de inferioridade, insegurança ou culpa, auto-reprovação entre outros (BRASIL, 2002). Deslandes, Gomes e Silva (2000) ressaltam que a mulher em situação de violência, que procura os serviços de saúde, sente muita vergonha e medo de revelar a origem de suas lesões.

Em relação às duas crianças que foram vítimas de violência sexual ambas são do sexo feminino, descendentes da etnia negra, com menos de 10 anos de idade. Vale ressaltar que

a violência contra crianças e adolescentes apresenta-se de diversas formas, [...] é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados [...] procurando a sua correlação com o relato da possível vítima, dos familiares ou de pessoas da convivência sobre o ocorrido (BRASIL, p. 33, 2002).

Quanto a esses aspectos e sobre o quê as trabalhadoras de enfermagem observam ou percebem nas hospitalizações de crianças vítimas de violência refletir-se-á no capítulo 5 desta dissertação.

A Tabela 3 mostra os dados referentes ao tipo de violência e a origem da população em estudo.

Tabela 3 - População hospitalizada no HPS, segundo o tipo de violência e o bairro de origem dos pacientes residentes em Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2001.

BAIRROS	TIPO DE VIOLÊNCIA				TOTAL
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	n
Partenon	31	9	1	7	48
Restinga	21	5	0	5	31
Lomba do Pinheiro	10	8	0	8	26
Cristal	11	9	0	3	23
Bom Jesus	12	3	0	2	17
Glória	11	4	0	2	17
Santa Teresa	8	2	0	6	16
Centro	2	5	0	5	12
Menino Deus	4	3	0	3	10
Cavallhada	4	0	0	4	8
Vila Nova	3	3	0	2	8
Sarandi	4	0	0	3	7
Medianeira	2	1	1	2	6
Nonoai	2	3	0	1	6
Santana	1	1	0	4	6
Teresópolis	4	2	0	0	6
Morador de Rua	0	3	0	3	6
Sem residência fixa	1	3	0	2	6
Sem registro do endereço	6	1	0	9	16
*Outros	61	44	0	35	140
TOTAL	198	109	2	106	415

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAB – agressão por arma branca

AAF – agressão por arma de fogo

Agressões outras – físicas e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros).

*Os demais Bairros apresentaram de 1 a 5 casos de internação por violência.

A Tabela 3 apresenta os bairros com mais de cinco casos de internação por violência, os quais totalizam 16 bairros do total dos 87 encontrados na pesquisa, sendo que em 28 internações não foi possível identificar o local de residência, indicando indivíduo morador de rua, sem residência fixa ou sem o registro do endereço.

As agressões por arma de fogo são as mais frequentes, seguidas das

agressões por arma branca, das agressões físicas ou com objetos e de estupro.

Esse retrato mostra que as vítimas de violência hospitalizadas no HPS provêm, principalmente, dos bairros Partenon, Restinga, Lomba do Pinheiro e Cristal com 48, 31, 26 e 23 hospitalizações, respectivamente, nesse período.

No Quadro 2 são apresentadas as proporções entre os bairros com mais de cinco internações por violência e os demais.

BAIRROS	TOTAL	
	n	%
BAIRROS COM MAIS DE CINCO CASOS DE INTERNAÇÕES POR VIOLÊNCIA *	247	59,52 %
BAIRROS COM MENOS DE CINCO CASOS DE INTERNAÇÕES POR VIOLÊNCIA **	140	33,73 %
ENDEREÇOS NÃO LOCALIZADOS	16	3,86 %
SEM RESIDÊNCIA FIXA OU MORADOR DE RUA	12	2,89 %
TOTAL	415	100 %

Quadro 2 – População hospitalizada no HPS, segundo a distribuição dos casos quanto ao bairro de origem, dos pacientes residentes em Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2001.

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

* Totalizam 16 bairros

** Totalizam 71 bairros

O Quadro 2 evidencia que 59,52% das internações por violência, no HPS, provêm dos 16 bairros citados na Tabela 3, o que pontua esses locais como possíveis focos de violência na cidade. Também não se pode deixar de ressaltar a subnotificação dos dados, pois em relação aos registros dos endereços dos pacientes, 3,86 % são incompletos ou não são registrados.

Ao pesquisar os prontuários, relacionando rua e bairro, ficou evidente que os pacientes hospitalizados por violência provêm das regiões menos favorecidas econômica e socialmente. As desigualdades sociais e a segregação nas cidades aglutinam, em um mesmo bairro, indivíduos com elevado poder aquisitivo e outros que vivem em precárias condições de vida. Em alguns bairros, a rua é o limite entre um mundo e o outro, ou seja, de um lado há condomínios de luxo, com segurança

privada e, do outro, encontram-se barracos e moradias sem as mínimas condições de higiene e conforto.

Vale salientar que na cidade de Porto Alegre existem dois hospitais que atendem emergências em trauma, englobando a cidade e região metropolitana. Um localiza-se na zona norte da cidade e o outro, onde foi realizada esta pesquisa, na zona central da cidade e atende principalmente a demanda da zona sul. Além disso, é um hospital de pronto socorro municipal e recebe grande parte da demanda da região metropolitana e do interior do Estado.

Outro dado que deve ser considerado é que o tipo de violência mais freqüente é a agressão por arma de fogo cujos agravos necessitam de atendimento imediato, pois o indivíduo corre o risco de não sobreviver ao trauma se não for atendido com urgência. Esse fato pode ser comprovado com os óbitos que ocorreram no primeiro atendimento, no bloco cirúrgico e sala de politraumatizados (Quadro 3), dos 11 casos, 8 foram decorrentes de agressão por arma de fogo.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	TIPO DE VIOLÊNCIA				SEXO		RAÇA / COR			FAIXA ETÁRIA (anos)					
	AAF	AAB	Estupr	Agressões outras	M	F	B	M	N	0-10	10-19	20-29	30-39	40-49	+ de 50
Cirúrgica	216	146	2	45	370	39	285	65	69	5	83	182	65	48	26
Neurologia	10	10	0	65	76	9	64	10	11	0	8	36	21	13	7
Traumatologia	49	9	0	8	62	4	44	9	13	0	13	30	12	5	6
Face	17	3	0	46	61	5	53	3	10	2	15	15	16	13	5
UTI de trauma	33	14	0	10	49	8	51	2	4	1	13	18	13	8	4
* BC	5*	2*	0	1*	8*	0	6	1	1	0	3	3	0	0	2
* Poli	3*	0	0	0	3*	0	3	0	0	0	1	1	0	0	1
PNE	1*	1*	0	1*	2*	1	3	0	0	0	0	1	1	0	1
TOTAL	334	185	2	176	631	66	509	90	98	8	136	286	128	87	52

Quadro 3 – Distribuição dos pacientes vítimas de violência hospitalizados no HPS, quanto à unidade de internação, o tipo de violência, sexo, raça/cor e faixa etária, no período de janeiro a junho de 2001.

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAB – agressão por arma branca

UTI – unidade de tratamento intensivo

AAF – agressão por arma de fogo

PNE – prontuário não encontrado

* BC e Poli – bloco cirúrgico e sala de atendimento ao paciente politraumatizado. Não são unidades de internação e foram incluídas por serem os locais onde ocorrem os óbitos nas primeiras horas de atendimento ao paciente vítima de violência.

Esses dados permitiram territorializar a origem dos pacientes hospitalizados

por violência no HPS, e referenciar seus possíveis focos na cidade de Porto Alegre.

As Tabelas 4, 5 e 6 ilustram as cidades e regiões de origem dos pacientes hospitalizados por violência no HPS.

Tabela 4 - População hospitalizada no HPS, segundo a cidade de origem e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

*CIDADES	TIPO DE VIOLÊNCIA				TOTAL	
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	n	%
Porto Alegre	198	109	2	106	415	59,54 %
Viamão	32	28	0	21	81	11,63 %
Guaíba	15	6	0	5	26	3,74 %
Alvorada	6	3	0	5	14	2 %
Novo Hamburgo	10	0	0	2	12	1,72 %
Canoas	7	3	0	2	12	1,72 %
Gravataí	8	2	0	2	12	1,72 %
Cachoeirinha	6	2	0	0	8	1,15 %
Sapiranga	6	0	0	2	8	1,15 %
Eldorado do Sul	4	2	0	1	7	1 %
Rolante	4	2	0	1	7	1 %
** outras cidades	38	28	0	29	95	13,63 %
TOTAL	334	185	2	176	697	100,00%

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão pr arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

Agressões outras – física e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros).

* As cidades listadas apresentaram mais de 5 casos de internação.

** Totalizam 65 cidades que apresentaram de 1 a 5 casos de internação por violência, num total de 95 internações. Com 38 por AAF, 28 por AAB e 29 internações por agressões outras.

Tabela 5 - População hospitalizada no HPS, segundo a distribuição dos casos quanto à cidade de origem e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

CIDADES	TIPO DE VIOLÊNCIA				TOTAL	
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	n	%
CIDADES COM MAIS DE CINCO CASOS DE INTERNAÇÕES POR VIOLÊNCIA	296	157	2	147	602	86,37 %
CIDADES COM MENOS DE CINCO CASOS DE INTERNAÇÕES POR VIOLÊNCIA	38	28	0	29	95	13,63 %
TOTAL					697	100 %

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão pr arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

Agressões outras – física e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros).

As 11 cidades listadas na Tabela 4, com mais de cinco casos de internação

por violência estão representadas na Tabela 5, totalizam 602 internações e correspondem a 86,37% das hospitalizações, no HPS, em decorrência desse agravo. O tipo de violência mais freqüente é a agressão por arma de fogo, seguido da agressão por arma branca e, por último, as agressões físicas ou com objetos.

Na Tabela 4, a cidade de Porto Alegre aparece em primeiro lugar, com 415 internações (59,54%). Esse dado deve-se, em parte, ao fato de que o hospital em estudo é municipal e fica nessa localidade. As agressões por arma branca e arma de fogo representam 73,97% das internações desses indivíduos. A cidade de Viamão ocupa o segundo lugar em relação à freqüência das internações, com 81 casos (11,62%), quase o equivalente à soma total (95 casos) das internações das 65 cidades que não foram citadas por apresentarem até cinco casos de hospitalização por violência.

Tabela 6 - População hospitalizada no HPS, segundo a região de origem do paciente e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

REGIÃO DE ORIGEM	TIPO DE VIOLÊNCIA				TOTAL	
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	n	%
Capital	197	110	2	106	415	59,5
*Região Metropolitana	108	51	0	44	203	29,1
**Interior do Estado	9	15	0	14	38	5,5
Serra	12	5	0	5	22	3,2
Litoral	7	3	0	5	15	2,1
***Outros	1	1	0	2	4	0,6
TOTAL	334	185	2	176	697	100,0

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão pr arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

Agressões outras – agressões física e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros)

* Classificação das cidades segundo MAGNOLI, OLIVEIRA E MENEGOTO (2001).

** Estão incluídas as demais cidades que não pertencem à região Metropolitana, serra ou litoral.

*** Relacionam-se a internação por violência de pacientes provenientes de outro estado e de outro país.

Segundo Magnoli, Oliveira e Menegoto (2001), a região Metropolitana de Porto Alegre é composta por 23 municípios, nove dos quais estão incluídos nesta pesquisa, entre as cidades com mais de cinco casos de internações por violência. Neste estudo, essa região totaliza 203 casos e corresponde a 29,1% das

internações por esse agravo no HPS, e as cidades que aparecem com maior frequência são: Viamão, Guaíba e Alvorada com 81, 26 e 14 respectivamente (Tabela 5). As agressões por arma de fogo predominam, e o número de casos de agressões físicas é praticamente o mesmo do que o de agressão por arma branca.

Na Serra Gaúcha, a cidade de Rolante corresponde a aproximadamente um terço das internações dessa região (7 casos): 4 por AAF, 2 por AAB e 1 agressão física ou com objetos. Vale destacar que, para uma cidade do interior, é alto esse índice de violência por arma de fogo e arma branca.

No Litoral, a cidade de Capão da Canoa destaca-se pela maior frequência de internações num total de 6 casos, que representam 40% dos pacientes provenientes dessa região: 3 por agressão física, 2 por AAF e 1 por AAB. Nessa localidade, as agressões físicas predominam sobre o uso de arma de fogo e arma branca e não estão relacionadas ao período de veraneio, pois, desses 6 casos um ocorreu no mês de fevereiro e os demais em março e maio.

4.2 DIAGNÓSTICOS DOS PACIENTES E AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Nas Tabelas 7, 8 e 9, considera-se que a relação dos diagnósticos com o tipo de violência e a unidade de internação possibilita uma caracterização dos traumas sofridos pelos pacientes hospitalizados e evidencia o tipo de cuidado que a equipe de enfermagem necessita prestar a esses pacientes.

Tabela 7 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico e o tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

DIAGNÓSTICO	TIPO DE VIOLÊNCIA				TOTAL	
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	nº	%
Trauma torácico	39	52	0	11	102	14,6%
Trauma abdominal	45	49	0	6	100	14,3%
Traumatismos múltiplos	51	11	0	23	85	12,2%
Fraturas de MsSsis	50	8	0	9	67	9,6%
Trauma de face	19	4	0	44	67	9,6%
Ferimentos cortocotusos	46	12	0	3	61	8,8%
TCE	8	8	0	44	60	8,6%
Trauma toracoabdominal	22	30	0	6	58	8,3%
TCE + trauma de face	2	2	0	22	26	3,7%
FAB ou FAF na região glútea	19	2	0	1	22	3,2%
Trauma com TRM	11	3	0	1	15	2,2%
Abuso sexual	0	0	2	1	3	0,4%
Outros	16	0	0	1	17	2,4%
Prontuário não encontrado	6	4	0	4	14	2,0%
TOTAL	334	185	2	176	697	100%

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão por arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

Agressões outras – física e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros).

MsSsis – membros superiores e membros inferiores

TCE – traumatismo cranioencefálico

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TRM – traumatismo raquimedular

Os diagnósticos foram classificados em 24 itens (Quadro 4) e reagrupados na Tabela 7 para facilitar a discussão e a apresentação dos resultados.

O trauma torácico foi o diagnóstico mais freqüente, num total de 102 casos: 52 por AAB, 39 por AAF e 11 por agressões outras. Desses pacientes, 52 foram submetidos a procedimento cirúrgico: 26 por AAF, 21 por AAB e 2 por agressões outras.

O trauma abdominal foi o segundo diagnóstico mais freqüente, num total de 100 casos (49 por AAB, 45 por AAF e 6 por agressões outras); 75 pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico: 40 por AAF, 33 por AAB e 2 por agressões outras.

CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS	DIAGNÓSTICOS SUBDIVIDIDOS	TIPO DE VIOLÊNCIA				TOTAL	
		AAF	AAB	Estupro	Agressões	parcial	geral
Trauma torácico	Trauma torácico sem intervenção cirúrgica	13	31	0	6	50	102
	Trauma torácico com intervenção cirúrgica	26	21	0	5	52	
Trauma abdominal	Trauma abdominal sem intervenção cirúrgica	5	16	0	4	25	100
	Trauma abdominal com intervenção cirúrgica	40	33	0	2	75	
Traumatismos múltiplos	Traumatismos múltiplos	51	11	0	23	84	85
Fratura de membros superiores e de membros inferiores	Fratura dos membros superiores	15	6	0	3	25	67
	Fratura dos membros inferiores	35	2	0	4	41	
	Fraturas MsIsSs	0	0	0	2	2	
Trauma de face	Trauma de face++	3	2	0	23	29	67
	Trauma de face + tratamento cirúrgico	16	2	0	21	39	
Ferimentos cortocontusos	MsIsSs sem fratura	46	12	0	3	61	61
TCE	TCE (causado por: pedrada, agressão física, AAF, AAB, queda decorrente de agressão física, dentro outros)	1	7	0	41	49	60
	TCE + craniotomia	7	1	0	3	11	
Trauma toracoabdominal	Trauma toracoabdominal sem intervenção cirúrgica	0	14	0	4	18	58
	Trauma toracoabdominal com intervenção cirúrgica	22	16	0	2	38	
TCE + trauma de face	TCE + trauma de face (fratura de ossos da face, lesão ocular)	1	2	0	15	18	26
	TCE + trauma de face + craniotomia	0	0	0	1	1	
	TCE + trauma de face + cirurgia da face	1	0	0	6	7	
FAB ou FAF na região glútea	FAF ou FAB região glútea	15	2	0	1	18	22
	FAF ou FAB região glútea com intervenção cirúrgica	4	0	0	0	4	
Trauma com TRM	Trauma coluna com TRM	11	3	0	1	15	15
Abuso sexual	Abuso sexual	0	0	2	1	3	3
Outros	Outros: corpo estranho de reto, lesão artéria com procedimento cirúrgico, cervical sem TRM, FAF escroto co lesão de nervo ciático, FAF pênis)	16	0	0	1	17	17
PNE	Prontuário não encontrado	6	4	0	4	14	14
TOTAL		334	185	2	176	697	697

Quadro 4 – Classificação dos diagnósticos, dos pacientes vítimas de violência hospitalizados no HPS, no período de janeiro a junho de 2001.

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão pr arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

MsSsIs – membros superiores e membros inferiores

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TCE – traumatismo cranicefálico

TRM – traumatismo raquimedular

PNE – prontuário não encontrado

O trauma toracoabdominal é uma associação dos traumas torácicos e abdominais. Esse agravo foi identificado em 58 pacientes, dos quais 30 foram vítimas de AAB, 22 de AAF e 6 por agressão física ou por objetos; 38 foram

submetidos a tratamento cirúrgico (22 por AAF, 16 por AAB e 2 vítimas de agressão física). Vale ressaltar que todos os pacientes vítimas de agressão por arma de fogo e com esse diagnóstico foram submetidos à cirurgia torácica ou abdominal.

Traumatismos múltiplos foi o terceiro diagnóstico de maior frequência, 85 casos, o mais freqüente para os pacientes vítimas de agressão por arma de fogo (AAF). Nessa categoria são incluídos os pacientes com traumas associados: AAF na boca, fratura de vértebra cervical e órbito no primeiro atendimento; AAF no hemitórax, drenagem torácica e fratura de arcos costais; AAF no abdome, região inguinal e lesão torácica com drenagem pleural; fratura subtrocanterica de fêmur e lesão abdominal com intervenção cirúrgica no primeiro atendimento; AAF na face, região cervical, ombro, região glútea, punho e polegar; AAF na região cervical e braço; entre outros. Esses traumatismos múltiplos são decorrentes de ferimentos por arma de fogo em várias partes do corpo, e muitos desses pacientes foram a órbito ou ficaram com seqüelas graves. Essa discussão é apresentada com os dados da Tabela 14, mais adiante.

Os traumatismos múltiplos aparecem em oitavo lugar nos pacientes que foram agredidos por arma branca e referem-se a: traumatismo cranioencefálico com fratura parietal, trauma abdominal e derrame pleural bilateral; ferimento por arma branca (FAB) toracoabdominal, no flanco e em um membro inferior; FAB no tórax, região cervical e lesão vascular em uma das mãos; FAB no couro cabeludo, em vários locais da face, fratura de ossos próprios do nariz, fratura de cotovelo e lesão de tendão no punho direito, entre outros. Esse diagnóstico é o segundo mais freqüente entre os pacientes que foram agredidos fisicamente e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros). Nesse tipo de violência, os traumas associados mais comuns são: traumatismo cranioencefálico e fratura de fêmur;

ferimento de crânio, face, tórax e região dorsal; ferimento de crânio, face e tórax; traumatismo craniano, toracoabdominal e contusão de joelho; hematoma na conjuntiva e região periorbital, escoriações na face, ferimentos cortocontusos na região frontal, ferimentos toracolombar e nos membros inferiores, entre outros. O que se evidencia é que o paciente vítima de agressão física ou por objetos é agredido principalmente na face e crânio, e essas agressões, com frequência, causam danos neurológicos, e à auto-imagem, pois os indivíduos ficam com cicatrizes e alguns com deficiências visuais.

As fraturas de membros superiores e inferiores são o segundo trauma mais freqüente nos pacientes vítimas de AAF (50 casos). O tratamento para esse tipo de agravo, em geral, é cirúrgico e existe um grande risco de infecção, a Síndrome Compartimental¹⁶, que é uma complicação freqüente nas fraturas de ossos da perna e do antebraço, e a embolia gordurosa¹⁷ é uma complicação grave nos pacientes com fraturas de ossos longos. Dos pacientes vítimas de agressão física, 9 tiveram fraturas de membros inferiores ou superiores; e dos pacientes vítimas de AAB, 8 tiveram fraturas.

Os traumas de face são mais freqüentes nos pacientes que sofreram agressão física ou por objetos (44 pacientes) e são caracterizados por fraturas de ossos próprios do nariz, fraturas de ossos da face (mandíbula, malar, zigomático, assoalho da órbita), ferimentos nos olhos, laceração de córnea, edema importante da região periorbital, avulsão traumática de dentes, entre outros. Esse diagnóstico totaliza 67 pacientes e, desses, 39 foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Os ferimentos cortocontusos referem-se aos traumas (46 por AAF, 12 por

¹⁶ Complicação grave, causada pelo edema importante dos compartimentos musculares. É necessária intervenção cirúrgica imediata para evitar seqüelas neurovasculares.

¹⁷ Oclusão de um vaso sanguíneo, por um êmbolo de gordura, em múltiplos órgãos.

AAB e 3 por agressões outras) nos membros superiores ou inferiores que não envolvem fraturas. Esses pacientes necessitam ficar hospitalizados para observar e/ou tratar lesões vasculares e para antibioticoterapia, pois esse tipo de ferimento, em especial o causado por arma de fogo, tem alto risco de infecção.

Os traumatismos craniencefálicos (TCE) são os principais traumas causados por agressões físicas ou por objetos, totalizando 44 dos 60 casos de pacientes hospitalizados por violência, nesse período, e caracterizam-se por: hematoma extradural, contusão hemorrágica, fratura de crânio, edema cerebral, fratura com afundamento de crânio, ferimentos cortocotusos no couro cabeludo, otorragia, entre outros. Dos pacientes com traumatismo craniencefálico, 11 foram submetidos a craniotomia (3 vítimas de agressão física, 7 de AAF e 1 por AAB). O trauma da face associado ao TCE foi identificado em 26 pacientes, sendo que 22 foram vítimas de agressão física e, dentre esses, 1 foi submetido a craniotomia e 6 a cirurgia de face.

Outro dado relevante diz respeito aos ferimentos por arma de fogo (19) e por arma branca (2) na região glútea (o projétil se aloja ou perfura as partes moles - nádega ou região glútea), na cavidade abdominal e fratura de colo do fêmur. Na maioria dos casos não foi necessária a intervenção cirúrgica nos ferimentos da nádega ou região glútea, entretanto, fica evidente que a intenção do agressor é causar, além do trauma, o constrangimento do indivíduo, advindo da localização do ferimento. Provavelmente, esse tipo de ferimento seja uma forma de humilhação, pois, na cultura gaúcha, a exposição dessa região do corpo do homem pode afetar a sua masculinidade e, nessa situação a exposição é inevitável tanto para o tratamento da ferida, durante os curativos, quanto na posição que o paciente necessita permanecer no leito.

Os traumatismos raquimedulares (TRM) com lesão permanente totalizam 15 casos (11 por AAF, 3 por AAB e 1 por agressão física), e os pacientes que sobrevivem a esse tipo de agravo ficam paraplégicos ou tetraplégicos, dependendo da região lesada na coluna.

Na classificação de “diagnósticos outros”, foram agrupados vários tipos de agravos, totalizando 17 casos (16 por AAF e 1 por agressão física). As agressões por arma de fogo caracterizam-se por ferimento na coxa e na perna, com lesão arterial; ferimento no pênis; ferimento na região cervical, sem lesão medular; exploração vascular de ferimento por arma de fogo, entre outros. A agressão física encontrada nessa classificação foi diagnosticada como corpo estranho no reto, em um paciente adulto, do sexo masculino, porém, no prontuário não há descrição sobre o tipo de objeto e não é caracterizado como abuso sexual.

Não foi possível identificar os diagnósticos de quatorze pacientes porque os prontuários não foram encontrados.

A Tabela 8, a seguir, mostra os dados referentes ao diagnóstico, sexo, raça/cor e faixa etária da população hospitalizada.

Tabela 8 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico, sexo, raça/cor e faixa etária, no período de janeiro a junho de 2001.

DIAGNÓSTICO	SEXO		RAÇA/COR			FAIXA ETÁRIA (anos)					
	M	F	B	M	N	0-10	10-19	20-29	30-39	40-49	+ de 50
Trauma abdominal	96	4	70	11	19	0	11	51	16	15	7
Trauma torácico	87	15	73	14	15	0	21	43	13	17	8
Traumatismos múltiplos	75	10	63	11	11	3	15	34	18	8	7
Fraturas MsSsIs	61	6	49	8	10	0	16	26	15	5	5
Trauma de face	63	4	52	3	12	2	14	22	12	12	5
Ferimentos cortocontusos	57	4	36	14	11	1	13	29	9	6	3
Trauma toracoabdominal	56	2	41	8	9	0	14	22	13	6	3
TCE	54	6	49	6	5	0	10	24	16	7	3
FAB ou FAF na região glútea	21	1	17	2	3	0	8	9	2	2	1
TCE + trauma de face	20	6	20	4	2	0	4	5	7	4	6
Trauma com TRM	13	2	14	1	0	0	5	6	4	0	0
Abuso sexual	0	3	1	2	0	2	0	0	0	1	0
Outros	17	0	13	3	1	0	2	9	1	3	2
Prontuário não encontrado	11	3	11	3	0	0	3	6	2	1	2
TOTAL	631	66	509	90	98	8	136	286	128	87	52

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

MsSsIs - membros superiores e inferiores

TCE- traumatismo crânio encefálico

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TRM – traumatismo raquimedular

Os traumas abdominais, torácicos e ferimentos múltiplos são os diagnósticos mais freqüentes para os homens e para a faixa etária de 10 a 29 anos. Esses diagnósticos também predominam para os indivíduos brancos e para os da raça negra ou descendentes dessa etnia.

Quatro pacientes tiveram traumas abdominais graves e necessitaram de tratamento cirúrgico (para retorrafia, colostomia, entre outros). A faixa etária atingida é predominantemente a de 10 a 29 anos.

Os traumas com lesão raquimedular também são mais freqüentes nos homens do que nas mulheres e incidem principalmente na faixa etária dos 10 aos 29 anos (11 dos 15 casos). Esses adolescentes e homens jovens sobrevivem à

agressão e ficam fora da estatística dos homicídios, entretanto, são incluídos na lista de jovens que ficam deficientes físicos por “causas externas”.

Analisando a Tabela 8 é possível afirmar que a violência contra a mulher é diferente da violência infligida ao homem. Nas Tabelas 9 e 10 esses dados estão mais detalhados.

Tabela 9 – Distribuição da população feminina, hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico, raça/cor, faixa etária e tipo de violência.

DIAGNÓSTICO			RAÇA/COR			FAIXA ETÁRIA						TIPO DE VIOLÊNCIA			
Classificação	n	%	B	M	N	0-10	11-19	20-29	30-39	40-49	+50	AAF	AAB	E	A
Trauma torácico	15	22,7%	10	4	1	0	5	7	0	2	1	5	7	0	3
Traumatismos múltiplos	10	15,2%	8	1	1	1	4	3	0	0	2	6	2	0	2
TCE	6	9,1%	5	0	1	0	1	2	2	0	1	1	2	0	3
TCE + trauma de face	6	9,1%	3	2	1	0	3	0	2	1	0	1	0	0	5
Fraturas MsSsIs	6	9,1%	6	0	0	0	0	5	1	0	0	5	0	0	1
Trauma abdominal	4	6,1%	4	0	0	0	0	0	1	2	0	4	1	0	0
Trauma face	4	6,1%	4	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	3
Ferimentos cortocontusos	4	6,2%	3	1	0	1	0	0	1	1	1	3	1	0	0
Trauma toracoabdominal	2	3,0%	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
FAB ou FAF na região glútea	1	1,5%	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Abuso sexual	3	4,5%	1	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	2	1
Trauma com TRM	2	3,0%	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Outros	0	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prontuário não encontrado	3	4,5	3	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2
TOTAL	66	100 %	51	10	5	5	17	20	10	8	6	26	16	2	22

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

TCE- traumatismo crânio encefálico

MsSsIsFraturas de membros superiores e inferiores

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TRM – traumatismo raquimedular

E – estupro

A – agressões físicas ou com objetos

Tabela 10 – Distribuição da população masculina hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico, raça/cor, faixa etária e tipo de violência.

DIAGNÓSTICO			RAÇA/COR			FAIXA ETÁRIA						TIPO DE VIOLÊNCIA			
Classificação	n	%	B	M	N	0-10	11-19	20-29	30-39	40-49	+50	AAF	AAB	E	A
Trauma abdominal	95	15,2%	66	11	19	0	10	51	15	13	7	43	48	0	5
Trauma torácico	87	13,8%	63	10	14	0	16	36	13	15	7	34	45	0	8
Traumatismos múltiplos	75	11,9%	55	10	10	2	11	31	18	8	5	45	9	0	21
Trauma face	63	10%	48	3	12	1	13	22	11	11	5	18	4	0	41
Fraturas MsSsls	61	9,7%	43	8	10	0	16	21	14	5	5	45	8	0	8
Ferimentos cortocontusos	57	9,0%	33	13	11	0	13	29	8	5	2	22	29	0	5
Trauma Toracoabdominal	56	8,9%	39	8	9	0	14	21	12	6	3	43	11	0	3
TCE	54	8,5%	44	6	4	0	9	22	14	7	2	7	6	0	41
FAB ou FAF na região glútea	21	3,3%	17	2	2	0	7	9	2	2	1	19	1	0	1
TCE + trauma de face	20	3,2%	17	2	1	0	1	5	5	3	6	1	2	0	17
Trauma com TRM	13	2,1%	12	1	0	0	5	5	3	0	0	10	2	0	1
Abuso sexual	0	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prontuário não encontrado	11	1,7%	8	3	0	0	2	5	2	1	1	5	4	0	2
TOTAL	631	100%	458	80	93	3	109	266	118	79	46	308	169	0	154

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

TCE- traumatismo crânio encefálico

Fraturas de membros superiores e inferiores

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TRM – traumatismo raquimedular

E – estupro

A - Agressões físicas ou com objetos

O trauma torácico e os traumatismos múltiplos são os diagnósticos mais freqüentes para as mulheres, seguidos dos traumatismos craneencefálicos e traumas de face associados ou não ao TCE. Entre as mulheres, os traumatismos múltiplos são o segundo diagnóstico mais freqüente e, esse diagnóstico é o mais identificado nos pacientes vítimas de violência hospitalizados na UTI de trauma (vide Tabela 11).

Outra diferença entre os sexos está relacionada à idade. Nas mulheres, a faixa etária de 10 a 19 anos representa 25,7% das internações (17 casos). A mesma faixa etária para os homens representa 17,3% (109 casos). Esses dados evidenciam que essas mulheres, mesmo sendo em número menor que o dos homens, são vítimas de traumas graves, e com risco de vida.

Pode-se afirmar que as mulheres são agredidas mais precocemente que os homens. O tipo de violência é o mesmo para os dois sexos (AAF, AAB e agressões físicas), entretanto, dos pacientes que chegam ao serviço público, a violência sexual ainda é mais freqüente nas mulheres.

Tabela 11 – População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico e a unidade de internação, no período de janeiro a junho de 2001.

DIAGNÓSTICO	UNIDADE DE INTERNAÇÃO							
	Cirúrgica	Neurologia	Face	Traumatologia	UTI de trauma	BC*	Poli *	PNE
Trauma torácico	94	0	0	0	5	1	2	0
Trauma abdominal	85	1	1	0	10	3	0	0
Traumatismos múltiplos	51	10	5	3	13	2	1	0
Fraturas de MsSsIs	14	1	0	52	0	0	0	0
Trauma de face	8	5	53	0	1	0	0	0
Ferimentos cortocotusos	53	0	0	8	0	0	0	0
TCE	0	48	0	0	12	0	0	0
Trauma toracoabdominal	50	1	0	0	5	2	0	0
TCE + trauma de face	2	12	5	1	6	0	0	0
FAB ou FAF na região glútea	21	0	0	1	0	0	0	0
Trauma com TRM	6	5	1	0	3	0	0	0
Abuso sexual	2	1	0	0	0	0	0	0
Outros	16	0	0	0	1	0	0	0
PNE	7	1	1	1	1	0	0	3
TOTAL	409	85	66	66	57	8	3	3

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

MsSsIs – membros superiores e inferiores

TCE- traumatismo craniocéfálico

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TRM – traumatismo raquimedular

UTI – unidade de tratamento intensivo

BC – bloco cirúrgico

Poli – sala de atendimento ao paciente politraumatizado

PNE – prontuário não encontrado

* O BC e a sala de atendimento ao paciente politraumatizado não são unidades de internação e foram incluídas por serem os locais onde ocorrem os óbitos nas primeiras horas de atendimento ao paciente vítima de violência.

As internações mais freqüentes, segundo a Tabela 11, do paciente vítima de violência são na enfermaria cirúrgica. Nessa enfermaria, também são hospitalizados

os pacientes que sofrem trauma torácico, abdominal, ou toracoabdominal por agressão física ou com objeto (pedras, barra de ferro, entre outros); traumas com lacerações e comprometimento vascular; traumas com necessidade de intervenção plástica; ferimentos cortocontusos; traumatismos múltiplos; FAF ou FAB na região glútea e as vítimas de estupro, devido aos ferimentos no períneo e nos genitais.

A enfermaria de neurologia é a segunda unidade em número de internações, e os diagnósticos mais comuns são: TCE, traumatismos craniencefálicos associados a trauma de face, traumatismos múltiplos e traumatismos raquimedulares com seqüelas permanentes.

As enfermarias de face e a de traumatologia ocupam o terceiro lugar em número de internações; na primeira, internam com maior freqüência os pacientes com traumas de face e ferimentos múltiplos; na segunda, os pacientes com fraturas de membros inferiores e superiores, e os que apresentam ferimentos cortocontusos, sem risco de lesão vascular.

A UTI de trauma é a quarta unidade em número de internações. Nesse local, estão os pacientes em estado gravíssimo, com necessidade de ventilação mecânica e que necessitam de monitoramento intensivo. Os principais diagnósticos são: traumatismos múltiplos, traumatismo craniencefálico associado ou não à trauma de face, trauma abdominal e torácico.

O bloco cirúrgico (BC) e a sala de politraumatizados são os locais onde ocorrem os óbitos no primeiro atendimento, ou seja, o paciente não chega a ser encaminhado para uma unidade de internação. Dos 8 pacientes que foram a óbito nesse período no BC, os diagnósticos foram os seguintes: trauma abdominal (3), traumatismos múltiplos (2), trauma toracoabdominal (2) e trauma torácico (1). Na sala de politraumatizados 3 pacientes foram a óbito com os seguintes diagnósticos:

trauma torácico (2) e traumatismos múltiplos (1).

A Tabela 12 relaciona a unidade de internação do paciente vítima de violência como sexo, raça/cor e o tipo de violência.

Tabela 12 – População hospitalizada no HPS, segundo a unidade de internação, raça/cor, sexo, e tipo de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	RAÇA / COR			SEXO		TIPO DE VIOLÊNCIA				
	B	M	N	M	F	AAF	AAB	Estupro	Agressões	total
Cirúrgica	285	65	69	370	39	216	146	2	45	409
Neurologia	64	10	11	76	9	10	10	0	65	85
Traumatologia	44	9	13	62	4	49	9	0	8	66
Face	53	3	10	61	5	17	3	0	46	66
UTI de trauma	51	2	4	49	8	33	14	0	10	57
* BC	6	1	1	8	0	5	2	0	1	8
* Poli	3	0	0	3	0	3	0	0	0	3
PNE	3	0	0	2	1	1	1	0	1	3
TOTAL	509	90	98	631	66	334	185	2	176	697

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

UTI – unidade de tratamento intensivo

BC – bloco cirúrgico

Poli – sala de politraumatizados – local onde é realizado o primeiro atendimento ao paciente grave

PNE – prontuário não encontrado

AAB – ferimento por arma branca

AAF – ferimento por arma de fogo

Agressões outras – físicas e/ ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros)

* Não são unidades de internação e foram incluídas por serem os locais onde ocorrem os óbitos nas primeiras horas de atendimento ao paciente vítima de violência.

Pode-se observar que do total dos 697 pacientes, 409 internam na enfermaria cirúrgica, 85 na neurologia, 66 na traumatologia, 66 na enfermaria de face, 57 na UTI de trauma, 8 no bloco cirúrgico e 3 na sala de politraumatizados. O bloco cirúrgico e a sala de politraumatizados, mesmo não sendo unidades de internação, são incluídos na pesquisa porque esses são os locais de óbito nas primeiras horas de atendimento do paciente e o registro desses pacientes é feito nesses locais, considerando-se que não é possível o encaminhamento para uma unidade de internação.

Fica evidenciado que as internações de homens e de mulheres são mais freqüentes na enfermaria cirúrgica (Quadros 5 e 6), entretanto, os indivíduos da raça

negra ou descendentes dessa etnia internam mais do que os da raça branca, com 134 (71,27%) e 285 (55,99%) internações respectivamente. Nessa enfermaria são hospitalizados os pacientes que necessitam de tratamento ou observação cirúrgica. Os cuidados de enfermagem são característicos do pós-operatório imediato, com monitorização do paciente, visando a detecção precoce de alterações no seu quadro clínico, acionando, assim, a equipe de cirurgia do trauma para avaliar a necessidade de uma intervenção cirúrgica de urgência. São, em geral, pacientes lúcidos e orientados, entretanto é comum ter indivíduos com síndrome de abstinência alcoólica ou de outro tipo de droga. Em várias situações, o agressor e o agredido dividem o mesmo espaço na enfermaria, e é comum ter pacientes custodiados (acorrentados no leito) e com escolta policial.

Durante a pesquisa, identificou-se nos prontuários que a unidade de neurologia é o segundo lugar onde homens e mulheres internam com mais frequência, com 76 e 9 internações, respectivamente. Os brancos internam com maior frequência do que os negros ou descendentes dessa etnia. Nessa enfermaria, são hospitalizados, principalmente, os pacientes vítimas de agressão física ou com objetos (pedras, tijolos, barras de ferro, entre outros), com traumas craniocéfalos e as internações decorrentes de arma de fogo e arma branca são devido a traumas raquimedulares, em geral com seqüelas permanentes. Alguns pacientes ficam em observação por vinte e quatro horas, outros permanecem hospitalizados por mais tempo e são transferidos para outro hospital, ou, pela gravidade do trauma, são submetidos a tratamento cirúrgico (craniotomia), nas primeiras 48 horas de internação.

As unidades de traumatologia e de face estão em terceiro lugar, ambas com 66 casos de internação por violência. Na traumatologia, internam 58 pacientes

(87,9%) com fraturas decorrentes de agressão por arma de fogo e arma branca e, na enfermaria de face, a maioria das internações são por agressão física, 46 pacientes (66,7%) com traumas de face (ferimentos nos olhos e fraturas dos ossos da face, entre outros).

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	TIPO DE VIOLÊNCIA				RAÇA / COR			FAIXA ETÁRIA (anos)						TOTAL	
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	B	M	N	0-10	10-19	20-29	30-39	40-49	+ de 50	n	%
Cirúrgica	15	12	2	10	29	8	2	3	10	13	4	5	4	39	59,1%
Neurologia	2	0	0	7	6	1	2	0	2	2	2	2	1	9	13,6%
Traumatologia	3	1	0	0	3	0	1	0	1	2	1	0	0	4	6,1%
Face	1	0	0	4	4	1	0	1	2	0	1	1	0	5	7,6%
UTI de trauma	5	3	0	0	8	0	0	1	0	3	2	0	0	8	12,1%
* BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* Poli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNE	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,5%
TOTAL	26	16	0	22	51	10	5	5	17	20	10	8	6	66	100%

Quadro 5 – Distribuição da população feminina quanto à unidade de internação, tipo de violência, raça/cor e faixa etária das pacientes hospitalizadas no HPS, vítimas de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAB – ferimento por arma branca

AAF – ferimento por arma de fogo

UTI – unidade de tratamento intensivo

BC – bloco cirúrgico

Poli – sala de atendimento ao paciente politraumatizado

PNE – prontuário não encontrado

* Não são unidades de internação e foram incluídas por serem os locais onde ocorrem os óbitos nas primeiras horas de atendimento ao paciente vítima de violência.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	TIPO DE VIOLÊNCIA				RAÇA / COR			FAIXA ETÁRIA (anos)						TOTAL	
	AAF	AAB	Estuprc	Agressões outras	B	M	N	0-10	10-19	20-29	30-39	40-49	+ de 50	n	%
Cirúrgica	201	134	0	35	56	57	57	2	73	169	61	43	22	370	58,64%
Neurologia	8	10	0	58	58	9	9	0	6	34	19	11	6	76	12,04%
Traumatologia	46	8	0	8	41	9	12	0	12	28	11	5	6	62	9,82%
Face	16	3	0	42	49	2	10	1	13	15	15	12	5	61	9,67%
UTI de trauma	28	11	0	10	43	2	4	0	11	15	11	8	4	49	7,77%
* BC	5	2	0	1	6	1	1	0	3	3	0	0	2	8	1,27%
* Poli	3	0	0	0	3	0	0	0	1	1	0	0	1	3	0,47%
PNE	1	1	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0,32%
TOTAL	308	169	0	154	458	80	93	3	119	266	118	79	46	631	100%

Quadro 6 – Distribuição da população masculina quanto à unidade de internação, tipo de violência, raça/cor e faixa etária dos pacientes hospitalizados no HPS, vítimas de violência, no período de janeiro a junho de 2001.

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAB – ferimento por arma branca

AAF – ferimento por arma de fogo

UTI – unidade de tratamento intensivo

BC – bloco cirúrgico

Poli – sala de atendimento ao paciente politraumatizado

PNE – prontuário não encontrado

* Não são unidades de internação e foram incluídas por serem os locais onde ocorrem os óbitos nas primeiras horas de atendimento ao paciente vítima de violência.

A unidade de traumatologia é o terceiro lugar onde os homens internam com maior frequência, e o quinto lugar de internação para as mulheres. É o segundo lugar onde internam os indivíduos da raça negra ou descendentes dessa etnia. Em relação aos indivíduos brancos, as internações nessa enfermaria ocupam o quarto lugar. Nessa unidade, a maioria das internações são por fraturas decorrentes de agressões por arma branca e arma de fogo.

A enfermaria de face ocupa o quarto lugar mais freqüente de internações, para homens, mulheres e indivíduos da raça negra ou descendentes dessa etnia. Já,

para os pacientes brancos é a terceira enfermaria onde internam com frequência maior. Nessa unidade, as internações são decorrentes de traumas de face com lesões oculares, fraturas de ossos da face, dos ossos próprios do nariz, entre outros.

Considerando-se a relação raça/cor dos pacientes hospitalizados nas enfermarias cirúrgica, de traumatologia e de face, é possível inferir que os indivíduos brancos estão mais vulneráveis às agressões físicas e os negros ou descendentes dessa etnia, às agressões por arma branca e arma de fogo.

A UTI de trauma é o terceiro lugar de internações para as mulheres e o quinto lugar de internação para os homens, indivíduos brancos e para os da raça negra ou descendentes dessa etnia. Fica evidente que as mulheres vítimas de agressão chegam ao hospital com maior gravidade que os homens. Por outro lado, os 11 casos de óbito no primeiro atendimento (na sala de poli e no bloco cirúrgico) são de homens, brancos¹⁸, da faixa etária de 10 a 29 anos de idade, constatando-se, mais uma vez, o alto índice de mortalidade de jovens do sexo masculino, por mortes violentas.

Na UTI, são hospitalizados os paciente que chegam ao HPS com traumas graves, que necessitam ficar em ventilação mecânica, com monitoramento contínuo. Nessa unidade, também prevalecem as agressões por arma branca e arma de fogo, num total de 47 pacientes, os demais são vítimas de agressão física ou com objeto (pedras, barra de ferro, entre outros). Após a estabilização do paciente, ele é transferido para a unidade relacionada ao seu tipo de trauma, em geral a especialidade que internou o paciente fica responsável por ele durante todo o período da hospitalização.

¹⁸ Na distribuição da população quanto à raça/cor, na cidade de Porto Alegre, os indivíduos brancos representam 82,41% da população (Quadro 1).

4.3 DESTINAÇÃO DO PACIENTE

O objetivo de identificar a “destinação” do paciente é o de visibilizar o “destino”, que parece estar sendo “naturalizado” para alguns indivíduos de determinadas etnias, sexo e classes sociais, ou seja, qual o caminho que cada um seguiu a partir de uma internação por agressão em um hospital público de trauma.

As Tabelas 13 e 14 apresentam os dados referentes à destinação do paciente após a internação. A primeira relaciona-se com o tipo de violência, sexo e raça/cor; a segunda relaciona-se ao diagnóstico da população em estudo, com a trajetória que cada um segue a partir de uma internação por violência.

Tabela 13 - População hospitalizada no HPS, segundo a destinação do paciente, o tipo de violência, sexo e raça/cor, no período de janeiro a junho de 2001.

DESTINAÇÃO DO PACIENTE	TIPO DE VIOLÊNCIA				SEXO		RAÇA / COR		
	AAF	AAB	Estupro	Agressões outras	M	F	B	M	N
Casa	251	161	2	116	478	52	376	73	81
HPB	20	7	0	28	51	4	43	6	6
Outros hospitais	20	6	0	20	39	7	38	3	5
Presídio Central	16	2	0	1	18	1	15	3	1
Abrigo ou Albergue	2	1	0	2	5	0	4	1	0
FEBEM	1	1	0	1	3	0	1	0	2
Alta a pedido	2	1	0	0	3	0	0	2	1
Fuga	2	0	0	1	3	0	3	0	0
Óbito	19	5	0	6	29	1	26	2	2
Prontuário não encontrado	1	1	0	1	2	1	3	0	0
TOTAL	334	185	2	176	631	66	509	90	98

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

AAF – agressão por arma de fogo

AAB – agressão por arma branca

Agressões outras – físicas e/ou com objetos (pedras, barras de ferro, madeira, entre outros)

HPB – Hospital Parque Belém (hospital em Porto Alegre, conveniado com a Prefeitura Municipal)

Tabela 14 - População hospitalizada no HPS, segundo o diagnóstico e a destinação do paciente, no período de janeiro a junho de 2001.

DIAGNÓSTICO	DESTINAÇÃO DO PACIENTE									
	Casa	HPB	Outros Hospitais	Presídio Central	Abrigo ou Albergue	FEBEM	Alta a pedido	Fuga	Óbito	PNE
Trauma torácico	93	0	2	0	0	0	2	0	5	0
Trauma abdominal	82	0	5	5	1	0	0	1	6	0
Traumatismos múltiplos	62	5	6	2	1	0	0	1	8	0
Fraturas de MsSsIs	46	11	8	2	0	0	0	0	0	0
Trauma de face	61	2	1	0	1	1	0	1	0	0
Ferimentos cortocontusos	54	3	0	2	1	0	1	0	0	0
TCE	14	23	14	2	0	0	0	0	7	0
Trauma toracoabdominal	50	0	2	2	0	2	0	0	2	0
TCE + trauma de face	14	8	2	0	1	0	0	0	1	0
FAB/FAF na região glútea	21	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Trauma com TRM	6	3	3	2	0	0	0	0	1	0
Abuso sexual	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	15	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Prontuário não encontrado	9	0	2	0	0	0	0	0	0	3
TOTAL	530	55	46	19	5	3	3	3	30	3

Fonte: pesquisa direta SMCL, HPS, Porto Alegre, 2002.

Legenda:

MsSsIs – membros superiores e inferiores

FAB – ferimento por arma branca

FAF – ferimento por arma de fogo

TCE - traumatismo crânio encefálico

TRM – traumatismo raquimedular

HPB – Hospital Parque Belém

PNE – prontuário não encontrado

Os óbitos foram incluídos como “destinação”, pois, para “alguns”, o “destino” foi a morte em decorrência da violência.

Dos 697 pacientes hospitalizados, 530 recebem alta e vão para casa. Alguns permanecem no hospital por 24 ou 48 horas, para observação, e retornaram para casa sem seqüelas. Entretanto, muitos ficam dias, semanas e até meses

hospitalizados no HPS, fazem várias intervenções e reintervenções cirúrgicas devido às complicações do trauma advindo, em sua maioria de arma de fogo e arma branca. Alguns permanecem hospitalizados por tempo prolongado, com fraturas expostas graves, também causadas por arma de fogo. A transferência desses pacientes para outros hospitais da rede pública é inviável, pois, o tratamento requer alto investimento tanto em antibióticos quanto em procedimentos - curativos, cirurgias para a limpeza da ferida, enxerto tanto de pele quanto ósseo e material de síntese que é utilizado para fazer a fixação cirúrgica de fraturas. Normalmente, são pacientes lúcidos, orientados, que ficam imobilizados no leito, pela fratura, e que dependem da enfermagem para a realização de suas necessidades básicas de higiene e conforto, curativos e medicações. Essa situação é vivida por pacientes que dependem do SUS, pois, indivíduos com o mesmo tipo de trauma, mas que têm convênios, são transferidos para outro hospital em, no máximo, 72 horas, alguns em 24 horas.

Entre os sobreviventes da violência que retornam para suas casas, muitos apresentam seqüelas definitivas: neurológicas graves (decorrentes das lesões craniocéfálicas causadas pelas agressões físicas e por arma de fogo), perdem a autonomia e a capacidade de comunicar-se com o mundo externo, ficam dependentes de cuidados de higiene, conforto e alimentação para o resto de suas vidas. O mesmo acontece com os pacientes vítimas de traumas raquimedulares, com lesão definitiva de medula. Em geral, são jovens que retornam para casa condenados aos limites de uma cadeira de rodas e dependendo de alguém, tanto para seus cuidados pessoais quanto para sua interação social, pois estão na condição de deficientes físicos.

Dos 101 pacientes transferidos para outro hospital, nesse período, 55 vão

para o Hospital Parque Belém (HPB) e 46 para outros hospitais da rede SUS ou privados, na cidade de Porto Alegre. Atualmente, o HPB é conveniado com a Prefeitura de Porto Alegre e atende pacientes vítimas de trauma, transferidos do HPS. São, principalmente, os pacientes com traumas neurológicos leves, mas que necessitam maior tempo de hospitalização, além dos pacientes com fraturas com pouco risco de complicações, que necessitam tratamento cirúrgico. Essa possibilidade de transferência tem sido uma alternativa para os pacientes do SUS. Entretanto, a superlotação, em especial na unidade de traumatologia, é um problema de difícil solução. O corredor do hospital torna-se um espaço de hospitalização, um prolongamento da enfermaria.

Os diagnósticos mais freqüentes dos pacientes que são transferidos para os hospitais da rede SUS ou privados são: traumatismo craneencefálico, fraturas de membros superiores e inferiores, traumatismos múltiplos e traumatismo raquimedular.

Os dados evidenciam que os indivíduos negros ou descendentes dessa etnia têm maior dificuldade de continuar o tratamento em outro hospital do SUS, ou da rede privada. Esses pacientes permanecem hospitalizados por mais tempo no HPS, e são os que enfrentam e convivem mais com a superlotação. Frente a essa questão, pode-se problematizar se essas transferências são menos freqüentes porque são pacientes com traumas graves ou se o poder aquisitivo é que não permite o pagamento de outro convênio de saúde, ou, ainda, se existem fatores relacionados, influenciando nesse processo. Não é intenção desta pesquisa encontrar essas respostas, mas trata-se de um dado que não pode ficar sem ser evidenciado, provocando a discussão das desigualdades sociais relacionadas à cor/raça/etnia refletidas nos serviços de saúde.

Dos 19 pacientes que são encaminhados para instituições prisionais, 18 são do sexo masculino e um do feminino. A relação proporcional entre os indivíduos brancos e os da raça negra ou descendentes dessa etnia é, praticamente, a mesma. Esses pacientes têm os seguintes diagnósticos: trauma abdominal, traumatismos múltiplos, ferimentos cortocontusos, trauma toracoabdominal, fraturas de membros inferiores, TCE e TRM, totalizando 12 casos. Os demais apresentam traumas leves – ferimento por arma de fogo na região glútea e ferimentos outros.

O Presídio Central de Porto Alegre é o terceiro lugar, para onde são encaminhados esses pacientes, principalmente, os que são agredidos por arma de fogo e arma branca. O encaminhamento desses indivíduos para o presídio evidencia sua situação de contraventores, e podem estar sendo acusados de agressão, roubo ou outra ação ilícita. Esses pacientes são custodiados, ou seja, ficam acorrentados ao leito e sob custódia policial. Entretanto, durante a hospitalização, estão na condição de vítimas de agressão e, para muitos, a internação no HPS é prolongada, pois os diagnósticos decorrem de traumas graves com risco freqüente de complicações. Portanto, são indivíduos que permanecem por longo tempo necessitando de cuidados específicos da equipe de enfermagem. Para alguns, a internação no HPS é o caminho percorrido antes de chegar ao presídio. Esse dado evidencia o quanto os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, convive e cuida de pacientes que estão envolvidos em contravenções que vão desde um pequeno furto, ao assalto e a situações que envolvem crimes hediondos.

Os 5 pacientes que são encaminhados para abrigos ou albergues, são homens, 4 são brancos, moradores de rua ou não têm residência fixa. Esses espaços de encaminhamento são providenciados pelo Serviço Social do Hospital.

Os pacientes que são encaminhados para a Fundação de Bem Estar do

Menor¹⁹ (FEBEM) são do sexo masculino, um é branco, três são negros, todos são menores envolvidos em brigas, na própria FEBEM ou em contravenções.

No período pesquisado, constata-se a fuga de três pacientes do hospital, todos homens, vítimas de agressão por arma de fogo e um agressão física. Três pacientes recebem alta a pedido, ou seja, não aceitam a hospitalização. A alta a pedido é possível quando o paciente (lúcido, orientado e maior de idade) não concorda com a hospitalização. Nesse caso, ele assina um termo responsabilizando-se pela não-aceitação do tratamento que o hospital indica.

O total de óbitos, nesse período, é de 30 pacientes. Desses 29 (99,66%) são homens; 26(86,66%) são brancos e 19 (63,33%) são vítimas de agressão por arma de fogo. Dentre esses, 11 morrem no primeiro atendimento (bloco cirúrgico e sala de politraumatizados), os demais são vítimas de agressão por arma branca ou por outro tipo de agressão. Os diagnósticos são de traumatismos múltiplos (8), TCE (7), trauma abdominal (6), trauma torácico (5), trauma toracoabdominal (2), TCE associado a trauma de face (1) e trauma com TRM (1).

Fica evidente o uso de armamento como objeto de agressão. Assim, conclui-se que, em um hospital de trauma, os profissionais de saúde vivenciam uma situação de guerra, pois, os traumas por arma de fogo são cada vez mais freqüentes e são as principais causas de invalidez e óbitos.

Não se tem a intenção de esgotar a discussão sobre esses aspectos da violência, mas convém lembrar que a caracterização desses indivíduos influencia na prática dos trabalhadores da enfermagem.

Considera-se que os sentimentos e a satisfação no trabalho das trabalhadoras da saúde estão ligados e são influenciados por essa tipologia:

¹⁹ Atualmente esse órgão denomina-se Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS).

raça/cor, idade, sexo e a origem social e situação de vida de cada paciente. Essas situações e “representações” seguidamente estão associadas à ideologia socialmente construída do “destino natural” de cada um e de papéis sociais definidos externamente aos indivíduos, que pretende justificar muitas das situações banalizadas.

Nesse capítulo, portanto, trata-se da caracterização dos pacientes hospitalizados em decorrência da violência, considerando-a necessária para entender de que modo as trabalhadoras de enfermagem enfrentam o cuidado desse tipo de pacientes.

Na seqüência, passa-se a considerar esses aspectos, tentando analisar as relações cotidianas da equipe, na perspectiva terapêutica.

5 TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA

Neste capítulo, tenta-se conhecer e compreender o “olhar” e o fazer das trabalhadoras de enfermagem ao cuidar do paciente vítima de violência, ao ser hospitalizado no serviço em estudo. Para tanto, propõe-se a conhecer como os profissionais de enfermagem planejam e executam o cuidado que prestam a esse paciente e a identificar suas dificuldades no decorrer desse processo.

O HPS tem um contingente²⁰ de 584 trabalhadoras de enfermagem, 80 Enfermeiras²¹, 63 Técnicas de Enfermagem e 441 Auxiliares de Enfermagem.

As trabalhadoras entrevistadas têm de 30 a 59 anos de idade, 12 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino; 8 trabalham no turno da noite e 7 são diaristas²² ou plantonistas do diurno; 3 são enfermeiras, 2 são enfermeiros, 9 são auxiliares de enfermagem do sexo feminino e um do sexo masculino. No grupo das auxiliares, duas são técnicas de enfermagem e duas são graduadas em enfermagem. Entretanto, a mudança de categoria, no serviço, só é possível mediante concurso público.

Em relação ao tempo de trabalho na área da saúde, 3 trabalhadoras estão nessa área há mais de 10 anos, e 8 trabalhadoras, há mais de 20 anos. Quanto ao tempo de trabalho no HPS, 6 trabalhadoras estão há mais de 10 anos e uma há mais de 20 anos. As enfermeiras e auxiliares de enfermagem entrevistados são

²⁰ Dados fornecidos pela Direção de Enfermagem do HPS, em janeiro de 2002.

²¹ A opção é no feminino por ser o contingente profissional majoritário.

²² Diarista é a trabalhadora que cumpre um regime de 6 horas diárias no turno da manhã ou da tarde. A plantonista do diurno cumpre a carga horária de 12 horas em dias alternados e tem duas folgas mensais.

trabalhadoras das enfermarias que têm o maior índice de internações decorrentes de violência. As unidades eleitas para a realização das entrevistas são a traumatologia, a enfermaria cirúrgica e a unidade de trauma de face. Entretanto, no decorrer da coleta de dados quantitativos surge a evidência de que a unidade de neurologia apresenta um elevado índice de internações por violência. Mesmo assim, opta-se por não entrevistar as trabalhadoras dessa unidade em razão das características do paciente e das rotinas diferenciadas em relação às demais unidades.

Considera-se importante focalizar o tempo de inserção desses profissionais na área da saúde, pois, seus cotidianos de trabalho vão construindo “olhares” sobre a tipologia dos pacientes que internam no HPS vítimas de violência e influenciam na forma com que essas internações são recebidas e cuidadas. Lopes ressalta que “as práticas do cuidado ou as práticas de enfermagem são práticas sociais, portanto, resultam da trama dinâmica das relações sociais (1995, p154)”.

Assim, para as trabalhadoras de enfermagem do serviço estudado não é necessário fazer um tratamento estatístico dos dados que caracterizam o paciente hospitalizado, vítima de violência, pois esse perfil já está banalizado no cotidiano de trabalho. A maioria delas afirma que prevalecem as internações de homens, jovens, principalmente com traumas decorrentes de agressões por arma de fogo e arma branca. As mulheres, em geral, são vitimadas por agressão pelo companheiro/marido ou ex-companheiro/ex-marido, e algumas das crianças são vítimas de violência doméstica e abuso sexual por alguém da família ou conhecido da mesma. Entretanto, chama a atenção a ausência de referência à raça/cor desses pacientes. Nos dados estatísticos, ao comparar-se a proporção de brancos, pardos e negros, na cidade de Porto Alegre, fica evidente que as internações decorrentes de violência representam, para os negros ou descendentes dessa etnia, o dobro das

internações em relação aos indivíduos brancos. Essa realidade não é percebida? Ou é tão banalizada que já é considerada a cor/raça “normal” para esses indivíduos que sofrem esse tipo de agressão?

O que a estatística não evidencia é como acontece o relacionamento das trabalhadoras com esses indivíduos, e de que modo cada profissional lida, no seu dia-a-dia, com o cuidado a esses pacientes.

O paciente vítima de trauma encaminhado ao HPS é recebido pela equipe de transporte²³ que o encaminha para uma sala de atendimento ambulatorial de acordo com as suas condições hemodinâmicas. Os pacientes com traumas graves e risco imediato de vida vão para a sala de politraumatizados; os que apresentam traumas leves, mas que necessitam sutura, são encaminhados para a sala de sutura; os hemodinamicamente estáveis e com traumas de face são encaminhados para o setor de otorrinolaringologia ou bucofacial; aqueles com traumas craniocéfalos leves, para a sala de clínica; os estáveis hemodinamicamente e com traumas musculoesqueléticos são encaminhados para a sala de gesso. Nessas salas, realiza-se o primeiro atendimento e o paciente é avaliado pelas especialidades indicadas pelo médico responsável pela sala; as trabalhadoras de enfermagem fazem os procedimentos prescritos e os encaminhamentos dos exames e avaliações necessárias. Nesse momento, a preocupação maior é a avaliação do estado geral do paciente e o controle de seus padrões vitais. A equipe de enfermagem é constituída por um grupo de auxiliares de enfermagem para cada sala e uma enfermeira que atente a demanda de todas as salas, exceto a de politraumatizados, onde fica uma em cada turno de trabalho. Entretanto, é comum que essa enfermeira responda por todas as salas, no período de férias ou quando outra enfermeira está

²³ É constituída de auxiliares de enfermagem majoritariamente do sexo masculino.

de licença.

Depois de realizar o primeiro atendimento, a equipe médica que irá tratar do paciente é definida, e o paciente é encaminhado para a enfermaria destinada para a sua internação. O contato com a unidade de internação é feito pela enfermeira ou por uma auxiliar da sala onde está o paciente. As enfermarias, em geral, sempre estão lotadas, mas, mesmo assim, se providencia um “espaço” para esse paciente, exceto quando as condições de área física ficam inviáveis²⁴. A enfermeira da unidade libera o encaminhamento do paciente enquanto a auxiliar de enfermagem organiza a unidade do paciente²⁵. Ao receber o paciente, muitas vezes são necessárias várias trabalhadoras para transportá-lo da maca para a cama e para realizar os cuidados previstos. A divisão de trabalho é estabelecida pelos procedimentos específicos de cada categoria, porém, em todas as unidades de internação, a enfermeira está presente e acompanha os cuidados diretos aos pacientes, pois ela não se atém apenas à coordenação da área. No turno da noite e nos plantões diários de finais de semana, a Supervisora de Enfermagem também assume uma unidade de internação.

Opta-se, aqui por sair do ambiente do primeiro atendimento após o trauma. Portanto, focalizam-se as unidades de internação do hospital, após o paciente passar pelo primeiro atendimento e se integrar em uma enfermaria, pois não existem quartos individuais ou semiprivativos e apenas algumas enfermarias separam os pacientes por sexo.

Esse tipo de internação é sempre um evento imprevisto, inesperado, entretanto, a equipe de enfermagem deve estar sempre preparada e organizada

²⁴ Nessas situações, o paciente fica na sala de atendimento aguardando um leito no hospital ou na rede do SUS.

²⁵ A unidade do paciente é o espaço ocupado pelo mesmo, na unidade de internação e compreende basicamente do leito, da mesa de cabeceira e de equipamentos como suporte de soro e válvulas para oxigênio e aspiração orotraqueal.

para fazer frente ao imprevisto, mesmo quando o número de trabalhadoras é pequeno para a demanda de pacientes. Essa situação tem sido constante e, para garantir que o atendimento seja realizado, são estabelecidas as prioridades do cuidado: determina-se o que é imprescindível fazer agora e o que poderá ficar para o próximo momento ou turno. Para muitas trabalhadoras, essa situação é frustrante, pois precisam interromper uma atividade para iniciar outra, que deve ser imediata, como relata a auxiliar de enfermagem:

*[...] gente entrando e saindo, médico entrando e saindo, enfermeira [...] paciente entrando em parada, em choque [...] aí tu tá atendendo um paciente vem chegando a tua baixa tens que largar aquele teu paciente para atender a baixa, o paciente já não aceita a interrupção do cuidado, o outro lá também não aceita esperar, o teu colega também precisa sair para fazer uma outra atividade, então é uma alta rotatividade dentro de uma unidade. (Auxiliar de Enfermagem)**

O depoimento dessa trabalhadora ilustra a rotina de uma unidade de internação nesse tipo de serviço e é nesse contexto que o estudo aborda o cotidiano da enfermagem, enfocando que o cuidado a esse tipo de paciente é único.

5.1 TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM E A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA SOCIAL

As trabalhadoras entrevistadas são questionadas sobre como vêm a violência social, em especial as agressões físicas, e com o que mais se preocupam. A intenção é a de conhecer o que pensam sobre o tema. As diversas reflexões são agrupadas nas seguintes categorias: os nascidos sob o signo da violência; a

* Foram mantidas as falas originais

exposição ao risco; o reflexo da violência dentro do hospital; a violência como reflexo das desigualdades sociais.

Nascidos sob o signo da violência

É muita mulher tendo filho e não cuidando, começa por aí. Nós temos uma criança pequena, agora aqui na enfermaria, que foi atropelada e a gente olha para ele e vê que vai ser, acho, um futuro marginal, assim pelo vocabulário e pelo jeito de tratar as pessoas, é agressivo, não respeita ninguém. Eu acho que a violência vem disso [...] quanto mais pobres mais filhos elas têm e não cuidam daqueles filhos, largam, é o tipo daquele ali, ela tinha vários filhos, e ele foi atropelado. A mãe não vem, quem vem é a irmã, mas ele não respeita a irmã, não respeita ninguém [...] é difícil trabalhar com aquela criança [...] é difícil lidar porque ele agride a gente, é malcriado, ele te chama de tudo. Então eu acho que a violência vem daí [...] ele já cresce assim, eu acho que não vai demorar muito e ele já vai estar na rua assaltando. Geralmente são essas pessoas, eles geralmente não têm estudo e não têm perspectiva nenhuma. (Auxiliar de Enfermagem)

Sempre digo para a minha filha: “a vida para eles não vale nada, se tiverem que te dar um tiro para pegar o teu relógio, eles vão dar”. [...] eu acho que tá tudo errado, é a base, é a não esterilização das pessoas, a falta de educação das pessoas, o que está errado é a base. [...] O que eu tenho que ver com o filho dela ir para esquina pedir dinheiro na sinaleira? Eu tenho que resolver isso? Não, não sou eu. A violência vem de baixo, esses garotos de morro de favela, a estimativa de vida é de 18 a 20 anos, me dói [...]. Isso me preocupa, porque se não derem um jeito daqui para frente será cada vez pior, a gente já tem 2, 3 chaves na porta de casa, já tem grade, pega táxi para pegar filho e trazer filho, e daqui para frente como vai ser? Como vamos viver? Tu vais trabalhar e não pode gastar o teu dinheiro a não ser que seja dentro de um shopping e isso vai ser cada vez pior, é isso que eu penso. [...] Então é tudo isso, a base está toda errada! . (Auxiliar de Enfermagem)

No atual “modelo” de sociedade e, conseqüentemente, no imaginário social, se fortalece a crença de que cada um é responsável por si, pois todos têm as mesmas oportunidades de serem trabalhadores ou marginais, e a escolha é de cada um. Dessa forma, fica evidente que, se “alguns” escolhem o “caminho do mal” nada

se possa fazer para mudar o rumo dessa história. Assim, o mundo fica dividido entre os que trabalham e conseguem adquirir dignamente os bens de consumo e os que fazem a opção de adquirir os mesmos bens através de meios “mais fáceis” (ou possíveis?) como o narcotráfico, assaltos, roubos seqüestros, homicídios, entre outras formas de violência e contravenção. É nessa linha de raciocínio que as falas das trabalhadoras estão inseridas, tornando difícil construir-se um comprometimento e responsabilização coletiva com essa realidade. É como dizer que o destino de algumas pessoas é “nascer sob o signo da violência”.

Por outro lado, quando a trabalhadora, ao referir-se à violência social afirma que *“é muita mulher tendo filho e não cuidando [...] quanto mais pobres mais filhos elas têm e não cuidam [...] a violência vem disso [...]”* expressa tanto uma perspectiva de gênero e de dominação, em que cabem à mulher “os papéis da procriação”, e a pobreza é o fator influente na “produção da violência”.

Exposição ao risco e o reflexo da violência dentro do hospital

Às vezes fico muito preocupada, a violência está crescendo demais, eu que moro em um bairro/vila eu vejo a violência crescer dia-a-dia, o medo que dá, tenho filho adolescente tu vê nas esquinas as crianças serem assaltadas, o meu filho foi assaltado. A polícia mesmo chega arrebatando, já faz a vistoria na porrada ali mesmo, isso gera a violência, começa no modo como a polícia chega e tu vê que a cada dia a coisa está aumentando [...] o medo bate e as drogas entram, é uma coisa que a gente sabe que gera a violência. Eu acho que o crescimento da violência está assustador em qualquer situação. (Auxiliar de Enfermagem)

A gente sabe que a violência é a terceira causa de morte no mundo em relação ao agravo de saúde, no caso das causas externas [...].Então, acho que isso está ali no nosso lado, no dia-a-dia de trabalho estamos vivendo a violência [...] Não só do paciente, mas também de quem trabalha com eles, porque todos nós enquanto

cidadãos estamos vivendo essa violência e é difícil fazer com que as pessoas se esqueçam que isso existe e que aqui dentro do hospital elas devem ser sempre pessoas dóceis, boas, maravilhosas e que a coisa não existe. A violência transcende o ambiente externo e passa para o ambiente interno, em pequenos graus, mas ela sempre acontece, e isso às vezes se reflete no comportamento nosso de cuidadores, com quem é cuidado, porque em algumas vezes nós recebemos dessa vítima uma carga de violência expressa das variadas formas [...] quando é verbal permite a alguns responder no mesmo nível, virar as costas e ser indiferente ou até entrar no jogo dessa pessoa [...]. (Enfermeira)

A fala dessas trabalhadoras expressa o quanto o convívio dentro de um hospital de emergência em trauma concretiza o que é veiculado pelos meios de comunicação de massa, ou seja, jornais e telejornais divulgam em suas manchetes, diariamente, os riscos da população frente ao crime organizado. Ao cuidar dos pacientes que internam em decorrência da violência, as trabalhadoras de enfermagem convivem com o drama de cada um e no decorrer do tempo essa passa ser a realidade de vida “de alguns indivíduos”. E nessa perspectiva não tem muito que possa ser feito por esse indivíduo, a não ser contar com a sua sorte, ou seja, “alguns já estão predestinados ao destino” da vulnerabilidade à violência.

A violência como reflexo das desigualdades sociais

Algumas trabalhadoras correlacionam violência e desigualdades sociais:

Eu me preocupo bastante com a violência. [...] tem esse monte de criminalidade devido ao desemprego, as pessoas ficam desesperadas e assaltam para dar comida a um filho [...] aumentou bastante, eu fico preocupada com a violência e com o risco porque tenho filhos, [...] a qualquer hora tem assalto. (Auxiliar de Enfermagem)

Em relação à violência eu me preocupo com o avanço das armas de fogo [...]. Que caminho ela está tomando? Vai ser cada vez pior? Eu acredito que para essa mudança acontecer, vai ter que ser em nível

político, socioeconômico, no modelo econômico. A concentração de renda vai gerar cada vez mais isso, não é colocando mais policiais na rua, não é criando mais presídios, não é isso. E nem é o que a maioria fala, o educar. O que é o educar? Fazer com que as pessoas se moldem? Eles não são pessoas que entram dentro de um molde. Eu acho que depende então do modelo econômico do país, da concentração de renda. (Enfermeira)

A fala das trabalhadoras relaciona violência com pobreza e desemprego, entretanto, Briceño-León (2002), ao refletir sobre a pobreza e a violência, ressalta que a violência pode ser gerada pela associação da pobreza com a desigualdade social e cita, como exemplo, o Brasil onde os maiores índices de violência não são registrados nos estados pobres do nordeste, mas nos estados onde se concentra o maior poder aquisitivo e as desigualdades sociais, como no Rio de Janeiro e em São Paulo.

5.2 O CUIDADO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

5.2.1 Os pacientes: quem são eles sob o olhar das trabalhadoras

Os pacientes que internam em decorrência de violência são descritos e identificados pelas trabalhadoras de enfermagem como “diferentes” dos demais, ou seja, cuidar de um indivíduo que sofreu acidente de trânsito é diferente de cuidar daquele que interna por agressão. Entretanto, essa diferença não é sinalizada de imediato, pois, a maioria considera que os cuidados necessários têm que ser realizados e o atendimento é igual para todos, e em nenhum momento deixam de

prestar a assistência necessária e prescrita que resumem em “higiene e conforto, aplicação de medicações, curativos, entre outros”.

Porém, à medida que começam a refletir sobre o que sentem, pensam e fazem para lidar com esses pacientes, começam a expressar essas diferenças, afirmando que esses pacientes

são agressivos, pouco esclarecidos, com pouco estudo, mais homens. Internam a maioria por arma de fogo e arma branca, dizem que foram agredidos e não sabem porque, mas estão envolvidos com crime e em geral são marginais. A gente acaba descobrindo que eles estavam envolvidos em brigas ou são perseguidos [...] quando eles são mais envolvidos, mais perigosos aí eles são mais quietos. São mais agressivos, mais exigentes, não são educados [...]. Os que internam por agressão querem mandar na gente, que a gente faça as coisas na hora que eles querem, é difícil com eles [...] os que internam por acidente tratam a gente com respeito. (Auxiliar de Enfermagem)

[...] o que foi agredido te trata com maior respeito, o agressor ele no máximo em dois dias já começa querer tomar conta da situação. (Auxiliar de Enfermagem)

As auxiliares de enfermagem direcionam sua fala para o modo como acontecem as relações de trabalho dentro da enfermaria, percebem as diferenças entre os indivíduos e as relacionam com o tipo de trauma, pois sabem que terão condutas e comportamentos diferentes com o cuidado de cada um deles.

Internam principalmente por arma de fogo [...] “são sempre vítimas” [...] acredito que dizem isso para terem algum tipo de diferença de tratamento [...] tratamos todos iguais, tanto a vítima como o agressor; até já tivemos os dois na mesma unidade. [...] tento não me envolver, saber o porquê, a não ser que ele fale. [...] essas pessoas vítimas de violência são diferentes, chegam com uma arrogância, como se eles tivessem algum [...] já para se autoprotegerem [...] O comportamento desses pacientes é diferente [...] eles tentam se impor acredito que é uma forma de se protegerem e dizerem que são sempre vítimas [...]. Tu tens que ter outra postura, não pode ter a mesma postura que tens com uma idosa, uma criança; [...] tu tens que ouvir, te solicitam muito, porque é uma forma de ele te agredir, te testar: “enfermeira! Medicação, medicação! Estou com dor, estou com dor, estou com dor”. É uma forma dele te testar [...] administra-se a medicação para dor; pois eles devem sentir que não estão menosprezados de forma alguma. (Auxiliar de Enfermagem)

O atendimento a todos os pacientes é executado no mesmo espaço, ou seja,

todos acompanham os procedimentos realizados em cada indivíduo. Algumas enfermarias têm cortinas separando os leitos, entretanto, a privacidade nem sempre pode ser preservada. Por outro lado, os pacientes identificam as diferentes funções das trabalhadoras da equipe de enfermagem e sabem que a enfermeira é “a chefe”. Portanto, esse fato faz com que tenham atitudes diferentes com as integrantes da equipe, ou seja, a agressividade dos mesmos não é sentida da mesma forma pelas auxiliares e pelas enfermeiras. Nesse sentido, a reflexão das enfermeiras exprime uma visão mais global de como o paciente está inserido no contexto da enfermaria e como percebem essas diferenças nas relações de cuidado.

A diferença nítida que percebo é a ansiedade, o paciente que foi vítima de agressão por arma branca, arma de fogo, parece que já estava esperando por aquele resultado, não se surpreende tanto. No paciente vítima de acidente, de queda, de trauma o nível de ansiedade é maior, a angústia é maior. (Enfermeira)

Essa questão da agressão, de ser vítima de agressão [...] o comportamento emocional da pessoa influi muito nessa verbalização e no próprio comportamento dele como paciente na enfermaria, porque se ele se sente injustiçado nessa agressão, se foi agredido gratuitamente ele sofre muito mais, do que aquele que participou de uma situação que resultou nessa agressão. Isso é nítido, tivemos casos bem pontuais. (Enfermeira)

Pode-se inferir que a pessoa hospitalizada por violência decorrente de um assalto ou bala perdida, que teve que interromper sua vida e atividades de trabalho para tratar os danos físicos da agressão, pode expressar os seus sentimentos como vítima (depressão, dor, ansiedade entre outros), pois é acolhido como tal. Entretanto, o indivíduo que teve uma participação ativa na agressão, é também agressor e “levou a pior”, foi o perdedor, ou seja, está hospitalizado, mas pensa na “vingança”. Este paciente enfrenta a situação de humilhação sofrida e de raiva, expressando através de agressividade direcionada a quem está mais próximo que, nesse caso, são as trabalhadoras de enfermagem que cuidam dele e os profissionais que permanecem mais tempo próximos a ele.

A vingança...

O sentimento de vingança expresso pela vítima de violência, em especial os que conhecem o agressor, é ressaltado como uma característica desses pacientes. A dor do trauma físico se mistura ao sentimento de derrota e, no período em que estão no hospital, planejam como irão “ajustar as contas”, ou seja, dar continuidade ao ciclo de violência.

Eles não são passivos e ao mesmo tempo em que não referem dor, ficam tentando revidar o que aconteceu [...] vingança [...] “me pegou desprevenido isso não vai acontecer” [...] predominam jovens, ferimentos por arma de fogo e branca, agressões físicas, agressões no futebol, predomina o sexo masculino. (Enfermeira)

O paciente que interna por agressão [...] eu sinto essa questão da agressividade, da vingança, eles sempre estão falando que ao saírem dali vão revidar; o outro paciente ele fica ali em torno daquela dor, daquele sofrimento, a família fica toda em torno dele, e este outro paciente não tem muito esse envolvimento com a família, ele quer mais é ficar rapidamente curado para sair daqui e resolver suas questões. (Enfermeira)

Considera-se que essa é uma das situações que os profissionais de saúde devem estar capacitados para enfrentar, de modo interdisciplinar e interinstitucional, para ter meios de cuidar e tratar além do trauma físico. Entretanto, como essa perspectiva ainda não existe no serviço público de saúde, esses pacientes, muitas vezes, “são rotulados” como merecedores do trauma, pois o evento não foi acidental e se não estivessem envolvidos com a violência não estariam hospitalizados. Muitas vezes, prevalece a atitude julgadora e a terapêutica se configura em forma de punição (LOPES, 1995). As falas das trabalhadoras ilustram o pensamento da autora citada

Eu acho que eles procuram isso para estarem aqui, se fosse só acidente, infarto, daria bem menos trabalho e menos gastos, eu acho que é uma coisa que eles procuram estar aqui, uma coisa que não precisaria ter ninguém internado por facada, porque eles saem para

brigar na rua, para se matarem [...] (Auxiliar de Enfermagem)

Raramente se tem uma vítima de assalto com arma de fogo, aliás, confunde um pouco, é um paciente que ao mesmo tempo em que é vítima de violência, ele é causador de violência. Os nossos pacientes vítimas de AAF ou AAB são ao mesmo tempo causadores de violência e também vítimas de violência. Tem, tem diferença, agora não chega a ser tão sutil, o paciente vítima de [...] eu acho que a equipe, que nós temos outro olhar para esse paciente que é vítima de agressão por arma de fogo [...]. (Enfermeiro)

Esses pacientes já chegam “marcados”, ou seja, os profissionais já sabem que farão todos os cuidados, mas de outra forma:

Eu acho que a equipe, que nós temos outro olhar para esse paciente que é vítima de arma de fogo, então já tens um preconceito [...] já o torna diferente, é bastante difícil determinar se realmente ele é diferente, porque tu já tens esse entendimento antecipadamente, ele já é estigmatizado ou rotulado, o simples fato de ele estar acompanhado de um policial já o coloca na condição de vilão, ele merece, é mínimo o que ele está sofrendo. (Enfermeiro)

Em primeiro lugar tu cortas qualquer tipo de intimidade: “não sou tua tia, meu nome é tal”, estou cuidando de ti [...] Eles tentam no primeiro momento, depois eles percebem que não vai adiantar; não bater boca com eles, responder, mas ao nível, ou faz que não escuta [...] administro medicação para dor; eles devem sentir que não estão menosprezados de forma alguma. Vou tratar uma paciente idosa e um bandidão da mesma forma, mas a minha postura na relação interpessoal é claro que será diferente. (Auxiliar de Enfermagem)

Evitar qualquer tipo de intimidade pode ser a maneira encontrada para estabelecer a distância que protegerá a trabalhadora do envolvimento com as questões relacionadas à violência, é como se fosse possível fazer um descolamento do contexto e só ficar envolvida com a prática técnica, para poder suportar o conflito e o sofrimento causados no enfrentamento dessas situações. Outra alternativa para lidar com esses pacientes é “procurar não saber” o motivo da internação, como expressa uma trabalhadora:

Eu como não sei, o que eu faço procuro não saber da história, para não misturar a razão com a emoção, então, foi assim que eu aprendi, mas não é uma regra básica, não sei se é o certo, esse é o jeito que eu lido com esse paciente, é como se fosse uma senhora que caiu da escada, sem querer saber se ele é vítima ou agressor, o que ele fez. (Auxiliar de Enfermagem)

Vários autores (BOUVIER,1989; DEJOURS, 1988; PITTA, 1991; TITTONI, 1994; LOPES, 1995) referem-se às estratégias utilizadas pelos trabalhadores para suportar algumas situações do cotidiano do trabalho. Mais adiante serão abordadas as estratégias mais utilizadas pelas trabalhadoras que compõem este estudo.

As trabalhadoras também se referem à naturalidade com que os pacientes comentam e expressam o que lhes aconteceu, como foi a agressão e a sua habilidade em conseguir permanecer vivo.

O paciente que foi vítima de agressão por arma branca, arma de fogo, parece que já estava esperando por aquele resultado, não se surpreende tanto. (Enfermeira)

Às vezes eu vejo eles falarem [...] Uma coisa normal, a violência para eles é normal, tanto para eles quanto para os familiares, eles serem presos, eles saírem, eles tomarem uma facada, eles mostram: “eu já tomei facada, eu já estive aqui, tu não lembra de mim? Isso aqui agora é pouco”, uma coisa bem normal, faz parte da vida. Como a gente estudar e trabalhar faz parte da vida da gente, para eles tomarem tiro, agredir e assaltar alguém é normal [...]. (Auxiliar de Enfermagem)

Ele conta com normalidade sem tamanho, conta as proezas: “levei tantos tiros”, é um troféu para eles, “eu tenho tantos no meu corpo”; sendo que uma pessoa normal, trabalhador que sofre FAF por uma assalto ou bala perdida, ele fica bem mais traumatizado, o trauma é bem maior, psicologicamente nem se fala [...]. (Auxiliar de Enfermagem).

A arma de fogo, principalmente entre os jovens, tem uma função simbólica importante, pois representa a masculinidade, sua capacidade de defender-se e demonstrar coragem. Essa construção simbólica prende-se à construção cultural da masculinidade e está relacionada ao rol de ousadia e valentia. Já, evitar o conflito é um sinal de feminilidade (BRICEÑO-LEÓN, 2002). Seguindo o pensamento deste autor pode-se afirmar que sobreviver à violência provocada por arma de fogo ou arma branca pode ser considerado “um troféu”, pois o indivíduo é “homem suficiente para correr o risco” e sobrevive. Sua masculinidade, assim, é reforçada e estará pronto para outro enfrentamento.

Diariamente, tornar-se sobrevivente da violência é uma realidade para muitos cidadãos brasileiros, pois alguns não têm muitas alternativas para seguir outro caminho. Sofrer uma agressão por arma de fogo é um risco que faz parte de seu cotidiano e sobreviver à agressão pode ser um trunfo, “ter o corpo fechado”, pois muitos acreditam e afirmavam que não “nasceram pra semente” (OLIVEIRA, 2001, p. 113). A autora citada refere que a expressão “eu não nasci pra semente” era repetida pelos adolescentes da FEBEM quando lhes perguntava o que queriam fazer e se queriam sair dali. Oliveira considera que o significado dessa frase é:

Então eu posso morrer mesmo. Eu não tenho futuro, não posso crescer, não tenho como me desenvolver, não sou planta que vai vigorar e se sustentar. [...] a violência está também plantada no corpo deles, como se não pudessem sustentar mais nenhuma vida (OLIVEIRA, 2001, p. 113).

Agressão física...

Aproximadamente 70% das internações na enfermaria de face são decorrentes de agressão física – socos, pontapés, entre outros. A maioria é do sexo masculino e de mulheres vítimas de violência doméstica. Esses pacientes são caracterizados tanto pelas enfermeiras quanto pelas auxiliares como pacientes tranquilos e pouco queixosos. “São quietos”, e é comum não informarem, no primeiro momento, o motivo do trauma. Dizem elas:

Isso acontece principalmente quando o paciente é jovem, porque ele tem vergonha de dizer que apanhou, dá impressão disso, pois com o passar dos dias a gente vai sabendo a verdade. (Auxiliar de enfermagem)

Principalmente entre jovens, rapazes, na maioria dos casos de agressão física são jovens. Tive vários casos de pacientes que apanharam por causa de outra menina [...] saíram para dançar. Para

eles é muito difícil dizer que apanharam e vieram parar dentro de um hospital por causa dessa agressão [...] isso acontece bastante. (Enfermeira)

A agressão deixa a pessoa muito fragilizada e todos eles acabam aceitando isso com passividade, não só os agredidos como os próprios traumatizados [...] com trauma de face [...] principalmente o agredido em que essa agressão culminou de uma briga ou de uma bebedeira [...] deve se julgar perdedor por estar hospitalizado [...] (Enfermeiro).

São mais quietos, se não forem pacientes drogados que começam com o processo de abstinência e podem ficar mais agressivos, acho que são mais quietos. (Enfermeira)

Nessa situação, o paciente é tranqüilo e quieto provavelmente por assumir a condição de perdedor e sentir-se humilhado, pois além da dor e do desconforto causado pelo movimento da face para comunicar-se, o paciente, seja homem ou mulher, tem no rosto as marcas da vergonha de ter “apanhado”.

Constata-se que homens e mulheres são agredidos em espaços sociais diferentes:

Nós temos pacientes com ferimentos PAF na face, agressão física, a maioria são homens, até temos casos de pacientes femininas [...] em geral a agressão é causada pelo esposo [...] Difícilmente atendemos alguma mulher que tenha sido agredida na rua, fora da residência [...] percebemos que a mulher sofre a agressão dentro de casa, dificilmente tu atendes uma mulher que foi agredida na rua... na maioria das vezes a agressão foi dentro de casa. Entretanto a maioria dos homens são agredidos fora de casa e geralmente envolve álcool, chegam embriagados, muitas vezes drogados. (Enfermeira)

Alguns homens permanecem na luta pela “demarcação de seu território” tanto no espaço público quanto no privado (doméstico), e a violência é a arma utilizada para garantir essa conquista ou para estabelecer as regras e determinar quem irá cumpri-las.

A espacialização do local das agressões é intimamente marcada pela relação de gênero. O espaço doméstico é, de certa forma, isento de leis formais. Ou seja, a banalização do ditado “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher” abre

caminhos para a “lei do mais forte”, para legitimar o poder do marido sobre a esposa e os filhos e para o estabelecimento de uma “ética privada” que hierarquiza as relações familiares, que parece descompromissada com outros valores da sociedade.

Vários estudos confirmam que, em geral, as mulheres são agredidas no espaço doméstico (ANGULO-TUESTA, 1997; SANT’ANNA, 2000; DESLANDES, 2002). Entretanto, nesta pesquisa, nos dados fornecidos pela PROCEMPA²⁶ para a caracterização dos pacientes, a maioria das mulheres está sem o registro do endereço e essas informações só foram obtidas na pesquisa de prontuários. Esse dado provoca questionamentos sobre o local onde essas mulheres são agredidas; se têm residência fixa; se chegaram sozinhas no HPS, sem condições de informar o endereço pela gravidade do trauma. Ou, ainda, se o dado não é registrado por não ser considerado uma informação importante diante da queixa clássica de assalto. É preciso refletir.

A agressão física, em especial na face, está relacionada ao uso de álcool e é comum esses pacientes entrarem em síndrome de abstinência durante o período que ficam hospitalizados, gerando situações que tumultuam muito as enfermarias e agitam os demais pacientes.

Outra situação é quando o paciente chega embriagado, nunca ele foi o causador, foi assaltado ou não viu o que aconteceu, caiu e bateu o rosto no chão. Isso é bem rotineiro aqui, o paciente inverter a história. (Enfermeira)

É bebedeira, não é de graça que o cara vai apanhar. Às vezes alguns se comportam diferente, são meio agressivos, às vezes alguns querem fazer a gente perder a paciência [...] (Auxiliar de Enfermagem)

O consumo de álcool e de drogas ilícitas está relacionado à maioria dos

²⁶ Companhia Riograndense de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre

traumas decorrentes tanto de acidentes de trânsito, quanto de violência. Já, a síndrome de abstinência é uma das situações que interferem no cotidiano do cuidado, pois, nesses casos, o paciente fica confuso, desorientado, agitado e muitas vezes agressivo; é necessário usar contenção medicamentosa e mecânica para protegê-lo, pois tenta sair do leito e caminhar, mesmo quando apresenta fraturas nos membros inferiores. Os demais pacientes da enfermagem têm dificuldade de entender o quadro clínico daquele que está em abstinência e interagem com o mesmo, estimulando-o. Essa situação provoca um ambiente agitado e tumultuado, causando estresse à equipe de enfermagem que, além dos cuidados específicos ao trauma, convive com a agressividade do paciente gerada nessas circunstâncias.

Skaba considera que o abuso do álcool está relacionado “as discórdias interpessoais que culminam nas agressões e nos homicídios sobretudo nos finais de semana” (1997, p. 126). A afirmação da autora vai ao encontro do relato das trabalhadoras, que referem o aumento de internações associadas ao álcool, nos finais de semana.

Cidadão de bem x marginal

Um trabalhador, uma bala perdida, um assalto eles são diferentes, agora aquele paciente que ele está acostumado, enfim marginal, que vive nesse meio, aquilo é normal para ele [...]. (Auxiliar de Enfermagem)

O agredido, aquele trabalhador fico psicologicamente mais afetada, fico com uma pena, penso que pode ser um filho meu, meu Deus que horror! Fico pensando assim [...]. (Auxiliar de Enfermagem)

As trabalhadoras expressam a sua dificuldade de considerar o paciente “trabalhador” da mesma forma que o “marginal”, pois ambos ocupam locais

diferentes na sociedade e representam “o bem e o mal”. Ou seja, “o cidadão de bem”, que foi agredido num assalto, e o “bandido”, que foi agredido ao tentar fugir da polícia. No hospital, eles dividem o mesmo espaço na enfermaria, estão lado a lado, os cuidados são os mesmos e, às vezes, o “bandido” está em piores condições clínicas. Nessa situação, a trabalhadora se esforça para separar o fazer do contexto. No entanto, aciona o seu julgamento de valores, construído socialmente, em uma lógica inscrita no bem e no mal, onde existe possibilidade de escolha de cada cidadão, ou seja, todos estão livres para seguirem o caminho que quiserem, com oportunidades iguais.

Essa relação enfermagem-paciente [...] difere mais da enfermagem em relação ao paciente do que o paciente em relação à enfermagem [...] se tu tens uma vítima de agressão [...] é um assaltante ou é uma pessoa que tenha uma vida marginal, o pessoal da enfermagem de um modo geral vê essa pessoa de uma forma diferente [...] não tão coitadinho, no sentido de que necessite de bastante ajuda, cuidado e atenção [...] porque ele é um [...] o contrário acontece com aquele que é vítima gratuita da situação, como qualquer cidadão [...] é um homem de bem que foi agredido, aí então, ele merece todos os benefícios porque é um homem de bem, ele transcende aquele grau de paciente vítima de agressão para se tornar um paciente de bem vítima de agressão. Isso é visível é só prestar atenção no que é verbalizado pela equipe de enfermagem não só no momento do atendimento, mas após o atendimento de uma pessoa. (uma Enfermeira)

O paciente com FAB²⁷ está inserido em uma vida mais desregrada, não é criminoso, mas é alcoólatra, sai, bebe, é agredido, tem toda aquela vida “fora dos padrões”, não trabalha, tem a questão do desemprego e toda essa questão social. O paciente que interna por queda, estava trabalhando na sua própria residência ou no trabalho, então tem essa grande diferença que é a questão social, o trabalho a família, toda aquela coisa que diferencia bastante. (Enfermeira)

O conflito vivido pela equipe de enfermagem nesse convívio dualista com o “cidadão de bem” e com “o bandido” pode ser minimizado ao se inserir a discussão sobre exclusão e vulnerabilidade. Em relação a esse tema, Abramovay, Castro e Pinheiro et al. ressaltam que “a violência sofrida e praticada pelos jovens possui

²⁷ Ferimento por arma branca.

fortes vínculos com a condição de vulnerabilidade social em que se encontram nos países latino-americanos” (2002, p. 13).

O paciente custodiado... “o perfil de crime!”

Dos últimos que tenho mais lembrança [...] eles têm um perfil de presidiário, de custodiado, eles já tem um perfil de crime, de já ter praticado crime. (Enfermeira)

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, à medida do possível, é atendido na frente dos demais cidadãos, para agilizar o atendimento e não expor os usuários ao risco de situação de violência envolvendo policiais e custodiado. No decorrer da hospitalização, é comum um agente ficar de “sobrevivo” por estar acompanhando mais de um paciente custodiado, em enfermarias diferentes. Essas situações causam insegurança para muitas trabalhadoras.

Um absurdo aqui dentro! Acho uma incoerência, uma falta administrativa, sei lá do quê! [...] pelo espaço físico que o presídio tem eles poderiam montar um mini pronto lá dentro, com bloco e RX. A gente não precisava ficar exposta como ficamos, com uma 12 atravessada, sabe, uma metralhadora atravessada e os caras aqui dentro, sendo prioridade no atendimento, para os populares que estão aqui não correrem risco [...] são passados na frente de todos, só que as pessoas não entendem isso, acham que eles estão sendo privilegiados, mas é para bem dos demais pacientes e nosso.

Trabalhei no RX e muitos casos atendi lá; acho isso um absurdo! [...] E acho que isso aqui é um ponto muito forte para fuga, para busca de gente perigosa, já teve coisas aqui dentro do HPS, eles são muito espertos, “eu vou me quebrar, eu vou me torcer e tô indo tal dia para o HPS”; e tu está trabalhando aqui [...] Eu já vi chegar [...] todo cheio de correntes, aí tu imaginas o que o cara fez [...] como já vi também só de algemas. Mas aqueles com correntes no pé, na cintura, atrás nas mãos, andando pelos corredores [...] pegando o elevador [...] é muito difícil! Acho muito falho, do governo, essa parte. (Auxiliar de Enfermagem)

Esses pacientes [...] que a gente recebe lá, [...] tu atende, mas se eles quiserem [...] pegam a gente como refém. Às vezes eu comento isso com as gurias, pacientes de alto risco a gente tem lá, estamos sem proteção nenhuma, estão no meio dos outros, não é que tenha que ter diferença, mas é perigoso. Como já aconteceu na sala de sutura, um paciente ameaçou o médico com uma tesoura. Tu fica [...] até chamar um segurança [...] não temos nenhum segurança na porta e aquela nossa enfermaria²⁸ [...] o que a gente recebe paciente do presídio, custodiados, é quantidade, a gente sempre tem dois ou três custodiados lá e eles ficam lá sozinhos, a custódia sai, dão as voltas deles e o paciente fica com uma correntinha no pé, mas o resto tudo solto. Num dia faz cirurgia e no outro já está caminhando. (Auxiliar de enfermagem)

A preocupação com a segurança da equipe é expressa pelas trabalhadoras e o planejamento da assistência e de como lidar com esse paciente leva em conta as informações obtidas do responsável pela custódia. O grau de periculosidade desse indivíduo, segundo a polícia, irá estabelecer o seu espaço na enfermaria.

Eu não modifico o meu comportamento com eles, eu me preocupo [...] em relação ao grau de delinqüência dele, em relação à equipe de trabalho, nesse sentido eu fico preocupada, apreensiva, é uma coisa que me mobiliza. Geralmente tomo como conduta conversar com o responsável pela custódia para saber o grau de delinqüência desse indivíduo para não me surpreender com situações que já passei por aqui [...] Eu não vejo diferença, para mim eles não têm nenhuma diferença, o comportamento deles não é diferente de qualquer outro paciente que não seja custodiado, se é um paciente agressivo, irreverente, mal-educado ou grosseiro, independente do fato de estar custodiado ou não ele vai se comportar da mesma forma. (Enfermeira)

Por outro lado, com as informações da polícia, as trabalhadoras ficam a par dos motivos que causaram a prisão desse indivíduo e determinadas situações mobilizam sentimentos de raiva e indignação na equipe, em especial nos casos que

²⁸ A trabalhadora refere-se a enfermaria cirúrgica.

envolvem estupro, homicídio ou agressões à pessoa conhecida. Esse sentimento também é mobilizado quando o caso se torna público e é veiculado pelos meios de comunicação, pois a trabalhadora convive com a história fora do ambiente de trabalho.

Esse paciente é brabo! [...] afetam psicologicamente, porque a pessoa fica [...] é ruim para a gente [...] eu não gosto de cuidar, mas cuido. Fico revoltada com tudo, com o sistema muitos estão ali devido ao sistema, entendeu, porque não tiveram oportunidades, outros [...] é porque são sem vergonha mesmo, deram oportunidade e ele não quis, é ruim mesmo [...] então tu fica muito afetada, psicologicamente assim [...] afetada mesmo. (Auxiliar de enfermagem)

Esse é brabo! [...] nós como profissionais deveríamos ter um acompanhamento psicológico para poder lidar com esse tipo de paciente porque principalmente em certas situações tu tens que tratar como ser humano que está precisando de ajuda como qualquer outro paciente, mas também tem aquele sentimento de revolta porque ele agrediu alguém, porque ele lesou alguém, principalmente quando é um conhecido teu, como teve casos [...] de colegas nossos que foram assaltados [...]. (Auxiliar de enfermagem)

Esse paciente também é visto como merecedor da agressão e da condição de custodiado. O cuidado necessário é realizado, mas as trabalhadoras procuram não saber os detalhes da história e desejam que a transferência dele para o presídio seja agilizada.

Eu o vejo como paciente, trato como paciente, faço tudo o que tenho que fazer como paciente; agora, na minha cabeça eu acho que ele está tendo o que merece, e gostaria que saísse daqui o mais rápido possível e que nem deveria passar por aqui, está tirando o lugar de muitos [...], não deixo interferir no meu trabalho, mas o meu pensamento é esse, então procuro não saber a história [...] Eles tem bastante semelhança, o modo de falar e de agir conosco ali na enfermaria, são arrogantes, determinados, querem para agora e não para daqui a cinco minutos, são bem arrogantes. (Auxiliar de Enfermagem)

Existe uma diferença daqueles custodiados de primeira viagem e aqueles de repetidas viagens [...] aqueles que já são e já têm ficha judicial, processo, quando são custodiados eles têm uma tendência em se fazerem de vítimas em determinadas situações, porque estão custodiados. Têm outros que se comportam de uma forma banal, como se nada estivesse acontecendo. Agora aqueles que são custodiados pela primeira vez têm a tendência de adotar um comportamento de vítimas injustiçados, ou seja, eles não são

realmente aquilo que estão dizendo que eles são, estão tornando-os dessa forma, em custodiados, em uma pessoa que está presa no hospital. Isso a gente consegue captar na conversa. (Enfermeira)

Em determinadas situações, o profissional de saúde de um hospital de pronto socorro é o primeiro contato desse indivíduo na condição de “custodiado”. Isso pode representar uma alternativa de ser ouvido, de poder expressar a sua inocência e os motivos que o colocam naquela condição, ou então de ter um aliado no que se refere ao “bom tratamento” e também de facilitar o contato com a família ou pessoas que têm interesse em se comunicar.

A condição de custodiado decorre de várias situações, e quando o indivíduo não assume o comportamento que o caracteriza como tal, bandido ou marginal, fica fora do estereótipo já estabelecido, e as relações com as trabalhadoras de enfermagem tomam outro formato. O indivíduo então é inserido no contexto junto com os demais pacientes, principalmente quando a trabalhadora não deixa o preconceito e o seu juízo de valor interferirem no cuidado, apesar de reconhecerem, particularmente as auxiliares de enfermagem, a dificuldade em “separar” conduta e julgamento moral. Nesse contexto, algumas trabalhadoras consideram-no um paciente tranquilo.

Normalmente, são pacientes tranquilos [...] ficam com aquele olhar amedrontado. Mas eu procuro mostrar que para mim não faz diferença nenhuma, estando custodiado ou não ninguém tem medo, mas eles ficam mais resguardados, silenciosos; são mais carentes que os outros, eles mesmos se isolam. Eu até procuro tapar a corrente para os outros pacientes/familiares não verem, porque não interessa a ninguém que estão custodiados, pois os familiares e os próprios pacientes ficam perguntando por que está amarrado? [...], mas não os considero agressivos, pois tem alguns que não estão custodiados e são agressivos; alguns são até bem gentis e educados. (Enfermeira)

Todos os custodiados tiveram um bom comportamento, o agente fica todo o tempo acompanhando. Eu não tenho medo de fazer a abordagem do paciente, faço como profissional, pergunto se tem dor, faço a avaliação, e sempre o retorno é positivo, nunca tive problemas com esse tipo de paciente e nem a infelicidade de ter tumulto aqui. (uma Enfermeira)

É tranqüilo. (Auxiliar de Enfermagem)

Por outro lado, quando a enfermeira afirma que os pacientes custodiados têm “bom comportamento” e a auxiliar confirma essa informação considerando-os “tranqüilos”, estão se referindo aos pacientes custodiados que internam na enfermaria de face. Nessa unidade de internação, são hospitalizados, principalmente os pacientes com traumas de face decorrentes de agressão física, e “*muitas vezes o cara se meteu em uma confusão, nem é o marginal*”, explica outro enfermeiro da mesma enfermaria. Entretanto, essa situação não caracteriza o paciente custodiado nas enfermarias de traumatologia e cirurgia, nas quais a custódia está relacionada a crimes, por exemplo, por homicídio, estupro ou envolvimento com o tráfico de drogas.

Em muitos momentos, a intervenção da enfermeira é feita para promover o cuidado e não permitir que a custódia seja uma forma de punição dentro do ambiente hospitalar, além de evitar que o julgamento ocorra ali e, principalmente, que as argumentações do agente policial interfiram no planejamento do cuidado. As falas das trabalhadoras ilustram essas situações:

Esses estão acuados, se tu não tiveres cuidado, eles são maltratados, são machucados ao ser amarrados. Não sei se tem muito critério [...] muitas vezes os próprios agentes resolvem manter o cara algemado na cama [...] muitas vezes o cara se meteu em uma confusão, nem é o marginal, mas é tratado como, humilhado. São pessoas acuadas, esse tipo de gente. E tem toda aquela história que os policiais criam, de que o paciente fez isso e aquilo e pode vir assaltar o pessoal aqui, sempre argumento que esse hospital funciona há mais de 50 anos e esse seria o primeiro caso. Várias vezes já abordei policiais/agentes por estarem maltratando o paciente no momento do atendimento e ou durante a custódia. (Enfermeiro)

Lido bastante com eles [...] Parece que eles estão assim enjaulados [...] que eles são uns animais selvagens, às vezes eu fico pensando [...] porque aquela corrente? Não posso ir contra essa corrente porque cada um cumpre o seu trabalho, mas acredito que ali não precisaria [...] eu acho muito agressivo, muito agressivo, mas não

interfiro porque é outro trabalho estou interferindo num trabalho de um outro profissional. (Enfermeira)

Quando eu trabalhava no térreo a Brigada trouxe um bandido e tirou-o aos trancos de dentro do carro e levou-o aos pontapés pelo corredor do hospital. Eu me coloquei na frente dos brigadianos e disse “aqui não”, argumentaram que eu não sabia o que ele tinha feito, respondi que não sabia e nem me interessava saber e que aqui dentro do hospital a Brigada não pode bater no paciente [...]. (Enfermeira)

Deslandes (2002), ao refletir sobre os dilemas e questões ético-morais dos profissionais de saúde de um serviço público de emergência no atendimento ao paciente custodiado, considera que esse é um processo que exige um aprendizado fundamental para esses profissionais.

A violência doméstica sob o olhar das trabalhadoras

A violência doméstica, em especial a agressão contra a mulher, ainda é um desafio para os profissionais de saúde. Parece que essa situação é “um carma de algumas mulheres” e que nada se pode fazer para interferir. Ainda existe a crença que em “briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, ou seja, a decisão de viver ou morrer é da mulher e deve ser respeitada, pois faz parte do “seu destino”.

Uma internou duas vezes sofria agressões do companheiro, já tinha se separado dele, e ele voltava para dar umas boas surras nela, ela vinha toda cheia de hematomas, veio até com uma lesão grave, que ela fez uma drenagem de tórax, da agressão que levou. Ela dizia que era ele que batia, ele era um brigadiano e ela já tinha dado parte dele e que já tinha feito de tudo, mas ele voltava, ameaçava e acabava dando nela [...] (Auxiliar de Enfermagem)

Teve uma que baixou conosco, ela tem uma bairra de uma cicatriz e ficou com a boca torta, o marido que causou o corte [...] já se separaram, ele foi para a visita da filha e deu dois tiros no abdome e ela baixou aqui conosco, fez laparotomia e colocou dreno de tórax, [...] já tinha estado aqui, há quatro anos atrás, tinha sido agredida

pela mesma pessoa, só que agora ela já estava separada “parece um carma”. (Auxiliar de Enfermagem)

Dagord ressalta que esse tipo de violência tende a ser naturalizada pelo senso comum, e que essa realidade só será modificada com o entendimento e a alteração “das circunstâncias que tornam a violência masculina contra as mulheres um padrão comum, que continua a se reproduzir sob o olhar indiferente de grande parte da sociedade” (2002, p. 96).

Sant’Anna e Lopes (2002) fazem um recorte sobre vulnerabilidade e culturas de gênero, em um estudo sobre homicídios entre adolescentes, na cidade de Porto Alegre. As autoras evidenciam que, para a maioria das adolescentes assassinadas, o responsável pelo homicídio foi o companheiro e o principal motivo foi o ciúme estabelecendo nexos do poder masculino sobre o corpo feminino.

Várias pesquisadoras e militantes feministas (ANGULO-TUESTA, 1997; MINAYO e SOUZA, 1999; DESLANDES, 1994; DESLANDES, 2002; NEGRÃO, 2002; FERNANDES, 2002; entre outras) enfatizam a necessidade do poder público assumir essa situação como um problema de saúde pública e, principalmente capacitar os profissionais de saúde para o exercício dessa função. Salientam, também, a necessidade de criar espaços de referência e contra-referência para o atendimento e o encaminhamento dessas mulheres. Nesses casos, os hospitais de emergência em trauma necessitam ter um serviço que possa ser acionado imediatamente diante da suspeita de agressão doméstica, para que o profissional de saúde tenha claro o seu papel e a sua obrigação de intervir, não só como um cidadão sensibilizado pela situação, mas como representante do Poder Público. Essa intervenção pode ser na forma de ações e políticas de abrangência interinstitucional, pois iniciativas individualizadas, além de não serem resolutivas, reforçam a construção de que as mulheres, nessa condição, se submetem à

vergonha e a humilhação de serem agredidas por seus companheiros, por escolha pessoal. Para as trabalhadoras de enfermagem, a inexistência de uma política definida e institucionalizada causa-lhes sentimentos de impotência e conflito por não terem meios para intervir.

As mulheres escondem muito. Há pouco tempo a gente teve uma moça de 18 anos que perdeu a visão de um dos olhos, ficou quase 15 dias hospitalizada e a gente ficou sabendo. A mãe contava um pouco porque queria muito que a filha acionasse o companheiro, mas ela negou e contava cada dia uma história; elas vão saindo pela tangente e acabam não assumindo essa situação, é muito complicado. Eu não sei se elas têm medo desses maridos, companheiros, se têm medo de enfrentar a situação social, porque bem ou mal são eles que as sustentam, pois quase sempre são dependentes. Eu não sei dizer porque, mas o fato é que em geral elas não contam as histórias verdadeiras. Eu respeito, não obrigo, sempre procuro acolhê-las, até por um sentimento feminino, de pena, sei lá, pensar que um dia isso pode acontecer comigo ou com alguém que eu queira muito, e dizer que a gente está aqui para ajudá-las e que procure pensar sobre a situação se de fato quer continuar nisso, mas não sei se às vezes as condições sociais e as diferenças são tão grandes que não sei se elas conseguem pensar sobre isso. (Enfermeira)

Algumas trabalhadoras de enfermagem reconhecem a magnitude do problema, estão sensibilizadas para identificar a maioria das mulheres em situação de violência doméstica, entretanto, os mecanismos que interferem nessa realidade ainda são desconhecidos para muitos profissionais de saúde, como se pode identificar na seguinte fala:

Sobre a agressão física entre marido e mulher, a última que estive aqui tentou esconder e tal, depois no fim ela se abriu e [...] acho que ela queria era apanhar mesmo. Iniciou contando outra história, percebi que a história não era bem aquela, foi defender a briga da mãe, mas a gente sabe que não se mete para apartar briga, no fim ele deu uma vassourada pra valer no olho dela. No início defendia o cara, depois a mãe veio aqui, descobriu que ela estava aqui, e foi na delegacia dar parte. (um Auxiliar de Enfermagem)

Na manifestação fica claro que a mulher ainda é vista como a responsável pela situação que está vivendo. Essa fala é masculina, fortalecida pelo preconceito que legitima o poder masculino, e essa legitimidade é construída de tal forma que as

mulheres em situação de violência consideram-se merecedoras da agressão:

Teve outra situação de uma senhora que se engalfinhou com o marido, estava embriagada e ele literalmente demoliu o seu rosto, teve várias fraturas de face, ossos próprios do nariz, chegou embriagada. Verbalizava que tinha brigado com o marido, mas em hipótese alguma ela chorava ou mostrava que era uma pessoa frágil, dizia “ele me bateu, mas bem que eu mereci”. Foi uma situação estranha, não deu braço a torcer admitindo que apanhou, dizia que ela também bateu nele e se ele bateu nela é porque mereceu, pois provocou ele ao máximo. (Enfermeira)

Nesse relato, a paciente acredita que só é agredida porque provoca ao máximo, então, nesse momento, ao homem “é permitido bater”, pois a mulher só apanha quando não “é bem comportada”!

A compreensão dessa dinâmica de relacionamentos violentos é complexa e no modo de olhar da maioria das integrantes da equipe prevalece o senso comum. Elas relatam que a maneira como as mulheres informam o motivo do trauma é a mesma e está expresso nos seguintes depoimentos:

As mulheres verbalizam, algumas, às vezes, ficam envergonhadas da agressão e tentam contar uma história fantasiosa da forma como foram agredidas. (Enfermeira)

Uma mentiu que tinha caído escorregado, caiu no banheiro, se sentiu mal, mas foi uma surra que ela tomou do marido. Estava toda cheia de hematomas. (Auxiliar de Enfermagem)

As mulheres agredidas [...] muitas omitem, tu vais saber num segundo momento quando o familiar vem e tal, mas em geral é agressão física do companheiro. (Enfermeira)

Recentemente tivemos um caso de uma jovem que foi uma briga de família, ela foi agredida pelo marido, a cunhada veio acompanhando e relatou o fato, mas a paciente negou. Informou que foi sem querer que tinha se metido no meio da briga e foi atingida, era uma menina jovem e a cunhada já tinha confirmado que ela tinha sido agredida pelo esposo. (Enfermeira)

A princípio eles negam, omitem, depois dizem que foi agressão física na própria família, contam a história pela metade, e por fim acabam admitindo e contando, a grande maioria omite no primeiro momento. As mulheres que apanham dos maridos são as que omitem mais. (Enfermeira).

Angulo-Tuesta (1997) ressalta que o medo e a vergonha são fatores que interferem na comunicação entre as mulheres em situação de violência e os profissionais de saúde. Então, essas atitudes (medo e vergonha) devem ser consideradas parte do problema, e “é necessário oferecer alternativas que possam contribuir para diminuir o sofrimento de muitas mulheres que procuram os serviços de saúde” (1997, p. 136).

“Agressões outras”... histórias não esclarecidas!

É bem comum, principalmente mulheres, elas acabam depois se desdizendo, mas várias vezes [...] mentem que bateram o rosto e tal [...] nos queimados [...]. Já vi muitos casos que foram a óbito, chegaram com história de tentativa de suicídio, e na verdade, foram agredidas [...]. O queimado, dependendo da situação acaba evoluindo para óbito, é uma coisa bem complicada porque essa situação fica impune; depois [...] um mês após [...] quando ela ou ele morre [...] isso não é considerado e é bem comum acontecer: [...] é agredido no interior, vem pra cá, interna aqui, e não tem nenhuma passagem pela polícia, então, por exemplo, se queimou em casa de uma forma criminosa ele acaba vindo para cá, e um mês depois quando ele morre essa história já está diluída e fica por isso mesmo, ninguém vai cobrar. Isso é bem comum com as mulheres, já vi acontecer várias vezes; eu só vim a perceber isso, quando comecei a me perguntar quem está respondendo por isso e percebi que nada é registrado, não é feita nenhuma ocorrência policial, nada. Quando chegam, numa urgência, se alguém não fizer a denúncia não é aqui que vão fazer, é bem comum acontecer. (Enfermeiro)

Não se insere, neste estudo, o paciente queimado porque o registro é feito como queimadura com a especificação do agente causal, mas não é informado se é acidental ou decorrente de violência. Portanto, essa informação só pode ser obtida na pesquisa de campo, nos prontuários dos pacientes que internaram por queimaduras. Entende-se que esse assunto mereça uma investigação, pois é uma

constatação que, além de grave, gera conflitos e sentimentos de impotência nas trabalhadoras de enfermagem. Alguns relatos são feitos pelos profissionais, ao serem perguntados se já haviam atendido algum paciente que tenha informado “outra causa” no momento da internação e que tenha omitido que o trauma foi decorrente da violência.

Na fala a seguir, o enfermeiro ressalta o espaço que o profissional de saúde ocupa, e o envolvimento dele nas situações relacionadas às internações decorrentes da violência. Salaria a necessidade de desenvolver um modo de “olhar” para identificar o que está por trás de uma tentativa de suicídio ou de trauma acidental.

Tu achas que são um ou dois, mas são muitos casos. [...] inventam que o próprio paciente tentou suicídio, mas a gente fica sabendo da história com o paciente quando chega, porque geralmente ele chega lúcido e nunca imagina que vai morrer, chega falando contigo contando o que aconteceu e tu tens o privilégio (infelizmente) de ter um interlúdio com ele, digamos até bem íntimo, porque tu ficas sozinho e se tu tens técnica para entrevistar ele acaba contando.
(Enfermeiro)

Esse relato aponta para uma “técnica de entrevista” como instrumento importante para a identificação da violência. Os serviços, conforme o entrevistado, poderiam evitar que os profissionais de saúde vivam o constrangimento de serem coniventes com graves situações em que óbitos decorrentes de tentativas de homicídios sejam considerados apenas decorrências de traumas acidentais ou tentativa de suicídio.

Atualmente, no HPS, existe uma sensibilização dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, na detecção dos casos de violência contra as mulheres ali hospitalizadas. Estas, quando identificadas, são encaminhadas à equipe de psicologia que acompanha a paciente durante a hospitalização. Nos casos mais graves, o serviço social é acionado e é feita a tentativa de encaminhar

essa mulher para a Casa Abrigo²⁹. No entanto, a notificação ainda é precária e muitas mulheres agredidas pelos companheiros têm alta do hospital sem serem identificadas como tal ou, quando identificadas e encaminhadas, ainda permanecem nos registros sob a classificação de “agressões outras”. A discussão sobre as notificações das internações decorrentes da violência será abordada mais adiante.

As crianças vítimas de agressão

As crianças que internam em decorrência de violência doméstica encontram um envolvimento diferenciado, pois, institucionalmente, existem mecanismos para acompanhar e encaminhar essa criança ao tratamento não só do trauma, mas no que se refere a sua proteção contra maus-tratos. Em algumas situações, a internação da criança não é indicada pela gravidade do trauma, mas para esclarecer a possibilidade de o mesmo ser decorrente de violência doméstica.

O olhar dos profissionais de saúde na detecção dos casos de violência à criança é um exemplo do envolvimento do poder público com políticas que instrumentalizam o profissional para o encaminhamento dos casos aos órgãos competentes. Os casos identificados ou suspeitos são encaminhados para o Comitê de Proteção à Criança e ao Adolescente do HPS, constituído por uma equipe multiprofissional e, quando necessário, o Conselho Tutelar é acionado.

As trabalhadoras de enfermagem relatam como identificam essas crianças e

²⁹ Casa de Apoio Viva Maria, em Porto Alegre, que abriga e acolhe mulheres em situação de violência. O trabalho é feito com uma equipe Multidisciplinar.

como esse cotidiano é desvelado no dia-a-dia.

As crianças que foram agredidas pela própria mãe e o próprio pai contam uma história diferente, até tem essa característica, se um conta uma história, o outro conta outra é certo que envolve agressão, se cada um dá uma versão é sinal que alguma coisa está errada. (Auxiliar de enfermagem)

Cuidei de uma criança que a mãe dizia que tinha brigado com o irmãozinho, de brincadeira, mas depois ficamos sabendo [...] até tinha marca do tênis do padrasto no rosto da criança, ela tinha um ano e pouco. A mãe da criança estava grávida, e depois contou que foi o padrasto que deu um pontapé, tinha a marca do tênis [...]. (Auxiliar de enfermagem)

Principalmente nas primeiras horas pela verbalização repetida da história a gente percebe [...] e acaba descobrindo que o agravo foi decorrente de agressão. Com as crianças a situação fica muito velada, pois a entrevista é sempre na presença dos pais e se a agressão foi causada pelos pais, tem sempre o medo da criança em revelar, principalmente se ela foi realmente agredida. Isso fica muito escondido, tu tens que ter uma sutileza muito grande para te dar conta [...]. (Enfermeira)

Acontece isso muito com crianças, principalmente nos queimados que se queimam por negligência. (Enfermeira)

A possibilidade de detectar a suspeita de maus-tratos à criança e poder acompanhar o encaminhamento do caso diminui o sentimento de impotência frente a esse tipo de violência, sensibiliza e mobiliza as trabalhadoras para desenvolver um olhar voltado para a identificação e o encaminhamento dessas situações.

Entretanto, a violência à criança, em especial o abuso sexual, causa um sentimento de indignação e revolta na equipe de enfermagem. Além da brutalidade da agressão, envolve a família que deveria ser o local de segurança para todas as crianças. As trabalhadoras expressam esse sentimento nas falas:

Uma criança também que a gente suspeitou de abuso sexual, deveria ter 8 anos, uma menina, suspeitamos pela história que a criança e mãe contavam. A mãe estava acobertando a história toda, então vimos que ali tinha uma controvérsia e que a criança tinha sofrido abuso sexual, não do pai, mas do padrasto, o cara que vivia com a mãe.[...] Imagina qual o futuro dessa criança nas mãos desses monstros. (Auxiliar de Enfermagem)

Uma menina foi violentada, a violência foi tão grande que a criança teve que fazer colostomia ele cortou ela assim [...] foi violentada pelo

padrasto e não lembro o que houve ele foi internado aqui no HPS. [...] para a gente é muito agressivo, pois tu não podes te conformar que aquele cara que fez tudo aquilo e estás cuidando dele [...] não que eu [...] nunca pensei que não vou cuidar bem desse cara porque ele é marginal, não consigo, mas para a gente é brabo, não é fácil. Tu ficas muito revoltada e na realidade, eu particularmente quanto estou longe do paciente sinto aquela raiva, mas quando chego perto para dar o medicamento esqueço, faço o procedimento, é um paciente que está ali [...]. (Auxiliar de Enfermagem)

Vale dizer que os dois casos de abuso sexual registrados no período em estudo, são de duas meninas de três e quatro anos de idade, ambas descendentes da raça negra. Ao abordar o tema no Seminário Internacional³⁰ “Violência e Criança”, Minayo (2002) salienta que o abuso sexual ocorre no âmbito familiar e, em geral, o agressor é o padrasto, pai ou pessoa conhecida da família, as meninas são as principais vítimas. A autora ressalta que a “quantificação da violência sexual é muito difícil porque é encoberta pelos tabus culturais, relações de poder nos lares e discriminação das vítimas como culpadas” (2002, 105). No mesmo evento, com ênfase na violência doméstica na infância e na adolescência, Oliveira (2002) enfatiza que os profissionais de saúde, em especial os que estão nos serviços públicos, devem estar “preparados para essa realidade crua e cruel que atinge as nossas crianças e adolescentes no Brasil” (2002, p. 140).

5.2.2 Enfrentamento cotidiano com a violência nas relações e processos de trabalho da enfermagem

Na rotina do dia-a-dia, as trabalhadoras de enfermagem convivem com o

³⁰ Foi realizado pela USP, em novembro de 2000, na cidade de São Paulo. Esse evento foi registrado em forma de livro, organizado por Márcia Faria Westphal, editado em 2002, com o título Violência e criança.

cuidado como processo e relação de trabalho. O interesse é focar como acontecem essas relações de cuidado e quais os enfrentamentos das trabalhadoras nessa realidade única de um hospital público de atendimento ao trauma.

As trabalhadoras foram questionadas sobre a violência – da cidade, da vida urbana – e sua interferência, na rotina do cuidado aos pacientes hospitalizados, no HPS. Nas suas falas, a violência interfere tanto no seu trabalho quanto na sua vida privada.

Em outro hospital tem “gente comum”...

Eu acho que afeta, pois a gente vê pessoas inocentes que chegam, trabalhadores vítimas de assalto, bala perdida [...] tu fica triste, entristece te afeta bastante. [...] já acaba pesando, pesa para trabalhar. É próprio marginal que tu vai cuidar, ah, meu Deus, fez mal para alguém e não punem ninguém, então fica toda aquela bola de neve, eu acho que afeta bastante, porque o HPS é um hospital que trata essas coisas assim, o clima é muito pesado e o funcionário fica assim [...] não é como outro hospital que não tem essas coisas, são só casos clínicos ou cirúrgico, normais com gente comum. (Auxiliar de Enfermagem)

Afeta em termos assim de não ter limites de pacientes, tu recebes uma carga grande de pacientes e são poucos funcionários. Isso afeta o trabalho, ficamos sobrecarregadas e, às vezes, a gente não consegue fazer um bom trabalho. (Auxiliar de Enfermagem)

Acho que sim, interfere no nosso trabalho e em nós. A gente fica muito nervosa, acaba mudando o comportamento por todas as coisas que a gente vê aqui, socialmente somos diferentes, tenho certeza disso, as pessoas às vezes me falam, [...] eu digo que nós vemos tudo o que as pessoas acreditam que não acontece. Isso interfere na vida íntima, na família e num contexto mais amplo [...]. (Enfermeira)

As trabalhadoras, além de focarem o transtorno no dia-a-dia de trabalho e a superlotação pelo alto índice de internações decorrentes de violência, também

salientam a influência desse convívio na vida pessoal de cada uma. Algumas afirmam que o seu comportamento fora do hospital não é mais o mesmo depois que vieram para o HPS. *“Socialmente somos diferentes”*. Essa afirmação sintetiza o pensamento de algumas trabalhadoras que consideram que fora do hospital têm um cuidado redobrado, influenciado pelo tipo de trauma dos pacientes que cuidam. Uma enfermeira da enfermaria de face e de queimados refere que, na sua residência, observa os mínimos detalhes de prevenção de incêndio e riscos de queimaduras. Auxiliares e enfermeiras das unidades de traumatologia e cirurgia referem preocupação com o risco de agressão por arma de fogo. Uma enfermeira que já trabalhou na sala de pacientes politraumatizados diz que *“mesmo em uma rua de mão única, antes de atravessar, olha duas vezes para todos os lados”*.

As trabalhadoras de um hospital público de emergência em trauma, além de conviverem com a violência da cidade também convivem com o risco de uma eventual agressão no próprio local de trabalho, ou seja, “quando” a violência fica próxima e a segurança do ambiente de trabalho é ameaçada.

Com certeza, afeta qualquer trabalho, qualquer lugar, porque afeta diretamente o ser humano, o cidadão. A violência fora daqui, por exemplo, do Busch com o Bin Laden e com o Iraque é uma coisa que está longe, que vemos pela televisão e que a achamos que não vai chegar na gente [...]. Aqui, no trabalho, nós recebemos o público externo num limite, numa situação muito limítrofe, entre vida e morte, e muitas das vezes a causa é a violência [...]. Nós que temos que cuidar dessa pessoa e prestar a assistência não podemos nos envolver, mas também não podemos dizer que essa situação não existe, pois estamos vendo que existe [...] (Enfermeira)

Olha já teve casos que ela afetou muito, faz alguns anos, foi de um rapaz da FEBEM que estava muito machucado e tiveram que levá-lo para a sala de sutura. Ele se apossou de duas tesouras, ameaçou todos, saiu pulando e tentando apunhalar as pessoas meio que a cegas, colocou a tesoura no pescoço de um médico e desceu para o pátio central do HPS, foi muito difícil conseguir segurá-lo, até a Brigada entrou, mas aquilo tumultuou todo o hospital [...] tumultuou o nosso serviço [...]. Se o cara está com uma arma na mão e inventa ferir alguém, com certeza vai ferir a gente, não tem nenhuma segurança. (Enfermeira)

Entretanto, algumas trabalhadoras consideram que a violência integra o cotidiano do hospital e afirmam que já aprenderam a lidar com essas situações. Em relação à interferência no cuidado e às dificuldades, afirmam:

Atualmente, o maior número de internações tem sido por agressões, eu acredito que 70% das internações, principalmente em datas especial, são por agressão. [...] Então a gente se habitua, passa a ser uma coisa rotineira, até estranha quando não há. (Enfermeira)

É um hospital de urgência onde se espera de tudo, eu acho que as pessoas que trabalham aqui devem estar preparadas para a violência, acidentes e tal. Se fosse um hospital geral tipo Moinhos de Vento, para lá não vai [...]. O pessoal reclama tanto, mas sem os pacientes não teríamos emprego. (Auxiliar de Enfermagem)

É sempre um caso a mais. Não tenho dificuldade. É igual com todos, não vejo diferença. (Auxiliar de Enfermagem)

Não sei, às vezes, tu te irrita um pouco, porque, às vezes, eles brigam, mas, normalmente, até paciente custodiado eu não consigo ver como bandido, acho que os meus colegas também são assim. Estão acorrentados, nós temos dois lá sob custódia, mas a gente trata como se fosse um paciente qualquer. (Auxiliar de Enfermagem)

A violência parece que está integrada e faz parte do dia-a-dia do hospital, é a banalização. No entanto, a contradição ou a ambivalência fica evidente nas falas e atesta que as trabalhadoras buscam formas para esse enfrentamento.

Na última fala acima é possível identificar essa ambivalência e, vale dizer, que a realidade descrita por essas trabalhadoras não é vivenciada por todo o grupo. O modo de cuidar assume diferentes formas. Algumas trabalhadoras expressam suas dificuldades e os sentimentos que mais interferem no cotidiano do cuidado.

Estresse, medo e sentimento de indignação...

Fico indignada e psicologicamente mais afetada de cuidar do

marginal, porque ele agrediu o outro, [...] teve um ali que num assalto deu um tiro na vagina da mulher. Ela foi internada lá no Cristo e ele estava com um policial aqui, fui para casa bem afetada. É brabo! (Auxiliar de Enfermagem)

Acho que agora estou mais acostumada, mas no início fiquei mais chocada com eles. [...] antes eu tinha mais medo, agora até que não. Procuro tratar eles normal [...]. Nos primeiros tempos eu tinha mais medo de chegar perto ou que ele se soltasse da corrente e viesse pegar a gente, tentar fugir, mas agora não, estou mais acostumada. (Auxiliar de Enfermagem)

Logo que eu entrei aqui tive muitos conflitos. [...] ele é mais fechado, é uma pessoa de pouca comunicação, se torna um pouco difícil conversar, chegar até ele. É diferente o acesso e a própria entrevista, quando ele interna é complicado, mas os cuidados em si, os procedimentos não vejo diferença nenhuma. A única dificuldade é a comunicação, mas porque eles também se inibem um pouco e tem medo, porque tudo eles acham que vamos recorrer a polícia. [...]. Por exemplo: a todo o paciente tu queres saber se ele usa drogas, independente da causa que está internando. “Porque tu está perguntando isso? Eu não sou traficante”, eles vão logo dizendo. Perguntamos porque é de rotina perguntar o paciente pode fazer uma síndrome de abstinência [...]. Eles se autodiscriminam, então dificulta bem o acesso, pois, esses pacientes que são marginalizados se sentem agredidos com as perguntas que se faz no momento da internação. Então tu tens até medo de perguntar [...] medo de conversar com ele, tem pouco diálogo. (Enfermeira)

O estresse, o medo e o sentimento de indignação, no cuidado a esse tipo de paciente são expressos pelas auxiliares de enfermagem, entretanto, o medo é também referido por uma enfermeira. A fala da enfermeira mostra um discurso mais racional, mas expressa a dificuldade de conviver com esses pacientes. O que chama a atenção é que parece que a alternativa das trabalhadoras é “se acostumarem” com esses pacientes, ou seja, naturalizar para aceitar “quem vem para cá é que deve aprender a conviver com essa realidade”. No entanto, pensa-se que esse “costume” não se adquire facilmente e/ou permanece “escondido”, pois entre as falas, mesmo das trabalhadoras mais experientes, pode-se identificar as tentativas de criar um “discurso para consumo externo”. Ou melhor, definir uma situação próxima de uma conduta ideal.

Ambivalência: “cuidar do agressor e da vítima da mesma forma?”

Esse “dilema” já foi comentado, neste estudo, ao se referir a dificuldade das trabalhadoras em cuidar do “cidadão de bem e do marginal”. As falas que se seguem ilustram novamente essa situação.

Esse paciente que internou por agressão ao mesmo tempo pode ter sido o causador da agressão e experimenta um sentimento de ambivalência. Se chegas a conhecer o motivo porque ele foi agredido [...] isso tem um peso muito grande na tua relação com ele, porque de uma certa forma te estimula a algumas raivas [...] um sentimento ambivalente, porque ao mesmo tempo em que tens a obrigação, que faz parte do teu trabalho e é isso que a gente quer, atender bem, dá uma raiva, porque às vezes estás atendendo alguém que agrediu uma criança. Mas, eu posso dizer que tenho conseguido trabalhar esses sentimentos comigo e atender essas pessoas. (Enfermeiro)

Essa noite a gente sofreu isso muito na pele, o rapaz do leito 24 foi o que baleou o filho da nossa colega com duas balas alojadas na cervical. Ele está mal na UTI, entre a vida e a morte. O infeliz do marginal tomou um balaço só na clavícula e está lá para nós atendermos. A menina do leito 28 também foi vítima desse tiroteio. Aí tu imaginas [...] tu está tratando aquela menina que foi vítima e do outro cara que provocou toda essa situação, e tens que tratar da mesma forma. Tu imaginas o conflito que se passa dentro da gente. (Auxiliar de Enfermagem)

Nós cuidamos de vítimas e agressores, [...] às vezes, tu sabes que aquele cara é um assassino, um estuprador e tu tens que atender como qualquer outro. Eu vi um cara com uma ficha horrível, veio do gesso, para a traumatologia para ser preparado para o bloco, ele começou a parar [...] era assaltante estuprador e tu ali em cima do cara recuperando [...]. Eles recuperam, levam 10 tiros e recuperam [...] como a gente vê no poli, chegam como uma peneira, e recuperam [...] é uma coisa [...] sei lá [...] a missão deles deve ser essa. (Auxiliar de Enfermagem)

[...] Eu não tenho dificuldade de atender, o meu primeiro princípio enquanto profissional da enfermagem é que essa pessoa é uma vítima, é um doente, é um paciente, é uma pessoa que precisa do meu cuidado e da minha atenção, independente dela ser o mocinho ou o bandido. [...] quando ela chega para mim é a vítima [...] não tenho que me preocupar com o comportamento dela fora daqui que gerou o problema [...] para mim o problema meu com ela é o comportamento que ela terá aqui. Eu não tenho dificuldades de tratar pacientes vítimas de agressão, pelo menos entendo dessa forma. (Enfermeira)

A ambivalência está evidente nesses fragmentos de discurso. Para as auxiliares, o sofrimento e o conflito para conciliar o dever e a razão é mais evidente. Esse sentimento ambivalente também é referido pela enfermeira e pelo enfermeiro, com enfoques diferentes, mesmo se ambos consideram que não encontram dificuldade para fazer o primeiro atendimento e o cuidado a esse paciente. É consenso ético, na fala das trabalhadoras, que agressor e vítimas devam ser tratados da mesma forma, independente dos sentimentos ambivalentes que geram na equipe.

Fica evidente que para algumas trabalhadoras, as auxiliares principalmente, o cuidado a esses pacientes, em algumas situações, pode causar revolta e sofrimento. A equipe reivindica apoio para poder enfrentar essa realidade e para aprender a lidar com esses sentimentos e situações do cuidado.

Então eu acho que deveríamos reivindicar um acompanhamento com o psicólogo [...], para termos pelo menos a possibilidade de expor a nossa revolta e também saber como conduzir isso, porque vai criando dentro de ti uma coisa que não é muito boa e como ser humano tu vai te trancando. Até quando que tu vais ter a consciência que tu não podes e que tu não deves fazer diferença e tu não podes julgar o ato daquele outro? Mas no momento é difícil. Já passou por isso? Eu não acredito que alguém trate tudo isso com indiferença, eu não consigo, não que eu tenha ódio ou alguma coisa, mas é uma revolta que vem interiormente [...]. (Auxiliar de Enfermagem)

Afeta, afeta e muito, bastante [...]. Tu não tens um apoio, pois a instituição não te dá [...] e tu só vai para um psiquiatra quando começa a dar problemas no serviço e já estás doente [...] aí tu vais para o psicólogo e é afastada do teu serviço, atrapalha o serviço dos outros [...] outro funcionário vai começar a se estressar ainda mais do que já está porque vai ter que fazer hora extra para cobrir a tua falta [...], então isso é um ciclo muito grande e que a instituição não se dá conta. Eu acho que para não chegar a este ponto a instituição deveria proporcionar uma assistência psicológica para a gente. (Auxiliar de Enfermagem)

Uma colega foi atender esse paciente³¹ e foi um escândalo, chamou-a com palavras de baixo escalão (horrores!) ela ficou pasma e não soube se impor para fazer ele parar. E ele se sentiu uma estrela porque os outros começaram a rir e aí ele aproveitou a oportunidade

³¹ A trabalhadora está se referindo a um paciente agressivo, cuja internação é decorrente da violência.

e largou todo o verbo. Agora tu imaginas como ficou essa colega [...]. E ele tem um acompanhamento psicológico porque essa atitude não é normal [...] então ele teve direito a um psicólogo e ela não. [...] nós pegamos muitos pacientes de baixo nível, que são agredidos e que agredem. (Auxiliar de Enfermagem)

É inquestionável que as trabalhadoras de enfermagem precisam ter preparo e um apoio para enfrentar e lidar com situações de conflito no cuidado a esse tipo de paciente, em especial ao que “é considerado marginal”. As condutas desses pacientes são parecidas e algumas trabalhadoras “sabem o que fazer” e “como abordá-los”. A fala do auxiliar de enfermagem expressa a sua experiência de quase três décadas, no HPS:

Não tenho dificuldade. A gente percebe que alguns colegas têm, não sei se são mais sensíveis com a maneira dos pacientes se portarem. Eu brinco com os meus pacientes, alguns dou uma pesquisada vejo se dá para contar piadas ou não [...]. (um Auxiliar de Enfermagem)

Em relação a essa fala, é importante evidenciar que é de um trabalhador que, associado ao seu tempo de trabalho no HPS, expressa o gênero como influente nas formas de lidar com e sobre as conseqüências da violência. As situações constrangedoras e o comportamento agressivo dos pacientes são infligidos principalmente às mulheres.

O primeiro momento da internação...

Cada unidade de internação tem uma rotina estabelecida para o primeiro atendimento ao paciente e é direcionada pelo tipo de trauma. Entretanto, a primeira abordagem ao paciente hospitalizado em decorrência da violência é realizada da maneira que cada trabalhadora de enfermagem considera ser a mais adequada. Na

instituição, segundo informam, não há espaços de discussão sobre esse cuidado, ou seja, o mesmo é considerado “rotina” em um hospital como esse.

Ao receber o paciente na unidade de internação, a trabalhadora depara com várias situações e muitas delas têm interesse em saber o porquê da internação e em que circunstâncias ocorreu a agressão:

Eu geralmente leio todos os boletins, procuro não estar perguntando para eles, mas eu leio todos os boletins sempre. Geralmente procuro saber a história, aonde mora e a idade. (Auxiliar de Enfermagem)

Normalmente eu cato, era eu e outra colega, indagávamos tudo, toda a história, só faltava saber o número da conta, tudo. As gurias, às vezes me diziam “amanhã ele vai lá na tua casa, roubar a tua casa”. Mas não consigo ver e acho que as gurias também não, porque o tratam normal. (Auxiliar de Enfermagem)

Esse é o primeiro contato do paciente com a equipe, é quando se iniciam as relações do cuidado, ou seja, a trabalhadora estabelece como será feita a abordagem ao indivíduo.

Eu me interessava, gostaria de saber as histórias, o porquê, o local, se foi um assalto. Eu sou bem curiosa para saber isso aí. Eu tento perguntar, mas quando é um marginal eu não pergunto, quando eu vejo que é assim, mas quando eu não sei vou perguntando e dependendo do papo percebo que alguma coisa está errada e já não pergunto mais, pois já sei que é o agressor. Quando é outra pessoa eu pergunto várias coisas, converso, converso, tentando saber como é que foi. Gosto de saber. (Auxiliar de Enfermagem)

As falas das auxiliares de enfermagem evidenciam que existe interesse das trabalhadoras em interagir com o paciente, possibilitando-lhe que expresse como ocorreu o agravo e fale sobre o trauma. A escuta é uma demonstração de interesse pela pessoa que está sendo recebida no serviço. Contudo, as trabalhadoras sabem quando essa interação não é possível:

Trabalho em empresa, com a saúde do trabalhador e percebo quando o paciente está interessado em relatar ou não; pergunto como foi e dependendo nem vou mais adiante. Não sou muito de perguntar, gosto mesmo é de ler a história no boletim. Tu percebes quando a pessoa quer falar, logo ela conta tudo ou então se retrai e nesses casos sei que não é para perguntar. (um Auxiliar de Enfermagem)

Sempre procuro saber o que aconteceu, mas se percebo que o paciente não quer falar sobre isso não insisto. (Auxiliar de Enfermagem)

O profissional sabe quando o assunto não deve ser abordado, quando “a conversa não deve continuar”. Nesse momento, a relação de interação é interrompida. Assim, cada uma das trabalhadoras irá lidar com o paciente da maneira que considerar mais apropriada.

Nas falas sobre o primeiro atendimento ao paciente fica evidente que esse fazer ou cuidar difere entre as diferentes categorias das trabalhadoras de enfermagem. Nos depoimentos acima, as auxiliares direcionam sua abordagem para o conhecimento e informações sobre o indivíduo e o modo com que irão relacionar-se com ele. As enfermeiras direcionam sua abordagem ao planejamento do cuidado.

Eu me interessou em saber como e por que aconteceu enquanto isso interferir no cuidado que tenho que desenvolver, assim aquela coisa mórbida de saber a história, por saber, não. Eu até, às vezes, me surpreendendo, [...] aquela história já é pública e notória dentro de todo o hospital, coisas que a ética não nos autorizaria fazer, sai nos jornais, na televisão. Eu vejo que isso não contribui em nada para o atendimento do paciente e acho que quanto mais sigiloso e comportamento ético mais adequado tu até obtém mais coisas do paciente porque ele se sente muito mais respeitado nesse momento. Então eu colho uma história da agressão, algum detalhe, alguma coisa que não foi revelada e que percebi que ali havia algo diferente daquilo que foi contado, mas com interesse no tratamento e não como uma mera curiosidade. (Enfermeira)

A gente faz a coleta de dados, até porque temos que passar o plantão e na visita diária sempre gosto de saber, não por curiosidade, mas para poder narrar para minha colega o que realmente aconteceu com aquele paciente. Se o trauma foi na rua, em casa, se foi um conhecido, assalto, agressão por pessoa conhecida ou não. Isso é importante, e a coleta dos dados pode ser feita com a pessoa que veio acompanhando o paciente, até mesmo para preservação do mesmo, porque se foi alguma emboscada esse paciente deve ser protegido. Procuro me informar por ser um dado importante e para saber como trabalhar com ele. Se, por exemplo, brigou com a família, provavelmente, no horário de visitas tu vais ter que selecionar algumas pessoas que possam entrar. Se o agressor for uma pessoa de fora, tudo bem, um assalto também, e nesses casos o serviço social deve ser acionado e de psicologia para fazer acompanhamento. Então eu acho importante sim os fatos e os dados, até mesmo para ti poderes fazer o complemento dessa tua assistência. (Enfermeira)

Eu não procuro entrar muito em detalhes porque não me compete, mesmo porque quando eu falo com o paciente sobre isso eu registro e não tenho a intenção de registrar nada contra eles. Não tenho curiosidade em saber, procuro saber para classificar o que aconteceu se feriu com ferro, pode ter ferro no olho; ou se foi acidente de trabalho deve ser acionado alguém dentro do contexto que está inserido, mas curiosidade eu não tenho até para não ter que registrar coisas que as pessoas possam ler e sair comentando, porque sei que esse dado não ficará só pra mim uma vez que se for registrado no prontuário e eu tenho obrigação de escrever uma vez que é o meu papel eu tenho obrigação de relatar. Eu investigo se foi acidente de trabalho, se foi agressão, agressão policial, essas coisas. (Enfermeiro)

As falas das enfermeiras e do enfermeiro estão voltadas ao planejamento do cuidado, porém são condutas isoladas, isto é, não existe uma proposição institucional de que essa forma de morbidade deva ser incluída no planejamento do cuidado. Em virtude dessa “omissão institucional”³², algumas trabalhadoras consideram que as circunstâncias e os motivos que envolvem a hospitalização decorrente de violência não devem ser consideradas no primeiro momento da internação do paciente. Afirmam que:

Quando o paciente chega sempre relata o fato na versão dele e em hipótese alguma tu vais discordar do que ele está falando e, como ele chega num momento que está ansioso, abalado, a gente evita de fazer qualquer questionamento com esse paciente, eu até trabalho muito com o pessoal para não ficar questionando logo de imediato sobre o que aconteceu, até porque se ele está embriagado às vezes pode se tornar um pouco agressivo e se for por outro motivo vai deixar o pessoal um pouco mais sensibilizado. Então sempre tentamos acalmar, orientamos as coisas mais rotineiras, perguntamos se quer o acompanhamento de algum familiar ou se quer que a família seja avisada. Não vejo nenhuma dificuldade e não noto por parte da equipe, acho que é uma coisa que flui tranquilo. (Enfermeira)

Não me interessa em saber como e porque ocorreu a agressão, porque isso não vai acrescentar em nada no cuidado. Nunca me interessei, às vezes vejo os comentários do pessoal, mas nunca me interessou saber. (Enfermeira)

³² Refere-se ao fato de não ter, no hospital, um protocolo estabelecendo o envolvimento da Instituição e dos profissionais de saúde, no atendimento ao usuário, considerando a violência como um problema de saúde pública. Não existe capacitação dos profissionais para a detecção desse agravo, nem a possibilidade de encaminhar o usuário a serviços de referência visando que o mesmo tenha a oportunidade de sair do ciclo da violência.

Acredito que eu não vá muito além da coisa bem formal de estar colhendo informações mínimas, no histórico de enfermagem, nesse processo que trabalhamos aqui na instituição. Eu acredito que não aprofundo não [...] já tem antecipadamente esse momento de ter feito determinado ato, de estar acompanhado pelos policiais, isso gera algum sentimento [...]. (Enfermeiro)

Geralmente não questiono, não me interessa. (Auxiliar de Enfermagem)

Dessa forma, o primeiro atendimento na unidade de internação e o planejamento do cuidado estão voltados ao trauma que cada paciente sofreu, exceto quando envolve violência doméstica. Em relação a esse tipo de violência, existe sensibilização de algumas trabalhadoras e um envolvimento da instituição, principalmente no que se refere aos maus-tratos à criança.

Os conflitos no momento da internação do paciente são gerados em várias situações da trajetória do mesmo no interior do hospital, entretanto, as trabalhadoras da enfermagem são mais atingidas. Em algumas situações, o paciente não aceita a internação e dificulta a realização dos procedimentos prescritos, por exemplo, a instalação de soro ou a permanência de um aparelho gessado, no caso de fraturas. A interação do paciente com a equipe vai se estabelecendo desde o primeiro momento da internação, mas poderá ter desfechos desagradáveis, *quando se perde o controle*, como ilustra a fala da enfermeira:

Eu acho que existem diversas formas de acolhimento, entretanto, num primeiro momento da acolhida dessa vítima, ele sempre é uma vítima, é recebido como uma vítima, como uma pessoa que está sofrendo e foi agredida, mas com o passar das horas, da avaliação e com a leitura que as pessoas fazem disso é que vai mudando. Às vezes temos situações em que isso muda completamente, partindo de uma excelência para um grau muito ruim de atendimento à saúde. (Enfermeira)

Esse “*grau ruim de atendimento à saúde*”, gerado pelo conflito envolvendo pacientes cuja internação é decorrente de violência, causa frustração para algumas trabalhadoras. Alguns entendem que o despreparo dos profissionais de saúde, em geral, para enfrentar um serviço público de atendimento ao trauma, dificulta o

trabalho não só da enfermagem, mas da instituição como um todo. A fala do enfermeiro expressa esse sentimento:

Certamente, há tanto preconceito [...]. Para os trabalhadores dos setores, os pacientes que chegam nessas condições todos são marginais e têm que ter um tratamento para marginal, o que eu discordo [...]. E aqui no HPS é bem comum isso aí, há um preconceito muito grande de toda a equipe de saúde [...]. Embora eu acho que ultimamente mudou um pouco, talvez pelo contingente de profissionais que são contra essa interpretação, pois ninguém briga sozinho até que prove. [...] mesmo sendo um bandido ele deve receber um atendimento digno, pois estamos aqui para isso, depois ele vai acertar suas contas com a justiça, mas as pessoas não levam isso em conta. [...] É muito difícil, pois aqui o livre arbítrio de todos os profissionais permite que tenham uma conduta que não é ética [...].
(Enfermeiro)

O reconhecimento de que o preconceito exclui do indivíduo os seus direitos de cidadão também é expresso por uma enfermeira, que faz uma reflexão sobre a vulnerabilidade de determinados indivíduos à exclusão, inclusive do direito ao atendimento igualitário à saúde como é preconizado pelo SUS.

No que se refere ao direito de cidadania dos pacientes envolvidos com situações de violência, não há o reconhecimento pela equipe de enfermagem e médica [...]. Os pacientes de uma forma geral são punidos duplamente pela vulnerabilidade em que se encontram e pela situação de injúria que sofrem. O que mais me inquieta é saber que os profissionais de saúde, na sua grande maioria, reproduzem o discurso da classe dominante, como por exemplo, "eles escolhem seus destinos, não fazem nada para melhorar" [...]. E me incomoda saber que esses profissionais vivem dentro deste contexto econômico que impede a ascensão e não se dão por conta. Os pacientes que se tornam envolvidos com a violência são, em muitos casos, vítimas de todo um contexto sociopolítico que limita ações de inclusão social. (Enfermeira)

A mesma enfermeira continua enfatizando que

os profissionais de saúde querem justiça com os "culpados". Quem são eles? [...] Mas não refletem sobre as ações de quem detém o poder, e nem percebem que os ditos "culpados" são sempre os mesmos os e que possuem os três pes: pretos, pobres e psicóticos. É necessário assumir as responsabilidades de agir, para clarear a visão embaçada que impede tratar com as diferenças. (Enfermeira)

Esse é o primeiro momento em que uma trabalhadora relaciona raça/cor com os pacientes que internam em decorrência da violência.

Considera-se a necessidade desse e de outros olhares, para que as trabalhadoras possam entender as tramas que envolvem as relações sociais geradoras e sustentadas na exclusão e marginalização de alguns segmentos da sociedade. Vários autores (CRUZ-NETTO e MINAYO, 1994; DESLANDES, 2002; SANT' ANNA, 2000; SANT' ANNA e LOPES, 2002) ressaltam essa diversidade de olhares e a urgência da inclusão dessas temáticas na qualificação dos profissionais e trabalhadores de saúde pública.

5.2.3 Estratégias de enfrentamento no cuidado às vítimas e agressores

Até o momento, pode-se afirmar que o convívio cotidiano com vítimas e agressores gera conflitos e dificuldades para as trabalhadoras da enfermagem. Conviver com os personagens das manchetes policiais da cidade é uma situação que, para muitas delas, precisa ser enfrentada com auxílio de “algumas estratégias”.

A análise das falas das trabalhadoras de enfermagem revela os “sistemas sociais de defesa” referidos por Pitta (1991). Considera-se que esses sistemas, nesta pesquisa, auxiliam no entendimento das “estratégias” utilizadas pelas trabalhadoras no enfrentamento dos conflitos cotidianos no cuidado.

A primeira defesa corresponde à *fragmentação da relação técnico-paciente*, em que a trabalhadora busca o parcelamento das tarefas, no intuito de reduzir os tempos de contato técnico com o paciente, pois quanto menos íntimo for o relacionamento menor o risco de mobilizar sentimentos de angústia ou revolta. Isso pode ser observado em vários momentos e exemplifica-se com a fala de uma

trabalhadora:

Não tenho nenhuma dificuldade gosto de cuidar desse paciente. Não sei se pelo meu jeito de ser, tipo de personalidade, tanto que às vezes tenho colegas que têm dificuldade e eu digo que posso cuidar. Eles falam horrores, te botam debaixo do tapete, então [...] tens que fazer uma cortina de isolamento e fazer o teu trabalho, mas tem pessoas muito sensíveis que não conseguem trabalhar com esse tipo de paciente. (Auxiliar de Enfermagem)

No momento em que a trabalhadora “cuida” do paciente que está escalado para ser cuidado pela outra, o trabalho é fragmentado, pois, em geral, é feita uma troca de favores, ou seja, o cuidado aos pacientes escalados para as mesmas será realizado por procedimentos e não de modo integral, pois cada uma fará “uma parte”. Essa troca, além de propiciar que cada uma faça os cuidados de sua preferência, “alivia” a “carga do trabalho”, por diminuir as situações de enfrentamento.

A segunda defesa é a *despersonalização e negação da importância do indivíduo*, na qual todos os pacientes são iguais e devem ser cuidados da mesma forma:

Logo que eu entrei aqui tive muitos conflitos, eu sempre tive um olhar meio aberto para a questão do crime, eu pensava que as pessoas não faziam por acaso, que tudo tem a sua causa. Então sempre entendi por aí, nunca recriminei muito, mas fico pensando, se fosse comigo seria diferente? Eu não vou dizer que olho totalmente indiferente, não deixo de ter um olhar [...]. Mas, isso não interfere no atendimento, porque na hora que estou atendendo é a mesma coisa cuidar de um ou de outro. (Enfermeira)

Não consegue interferir no meu modo de cuidar, eu consigo bloquear, eu consigo trabalhar legal na minha cabeça, sabe. Eu procuro não pensar sobre esse paciente, não ver o porquê. Eu sei o porquê ele está ali e do cuidado que necessita, mas procuro não pensar no problema dele e, para não interferir no meu lado profissional procuro não ver o porque ele está ali, se é vítima, se não é. Eu nunca tentei ligar a história do paciente ao meu trabalho, eu sempre procuro pensar que independente do que for, ele é um paciente. (Auxiliar de Enfermagem).

Somos agentes da saúde, nós somos cuidadores e quando se trata de violência nós estamos aqui meio que “santos”, tu atende o agressor e a vítima e na hora tu não tem o que fazer, vai atender igual tanto a vítima como o agressor. (uma Enfermeira)

A fala, “*independente do que for, ele é um paciente*”, significa que para a enfermagem “todos” os pacientes são iguais. Pitta (1991) salienta que a própria estrutura hospitalar contribui para a despersonalização do indivíduo, e cita, como exemplo, as roupas iguais que são vestidas nos paciente. No HPS, esse processo inicia no momento da internação, quando o indivíduo entrega aos familiares seus pertences e veste a “camisola” do hospital. Na ausência de familiares, a enfermeira aciona um funcionário do setor de pertences, para ir até a enfermaria e recolher os objetos de valor (dinheiro, documentos, jóias, entre outros) do paciente que só serão retirados do referido setor por algum familiar autorizado.

A terceira defesa refere-se ao *distanciamento e negação de sentimentos*. Para tanto, o profissional precisa refrear o envolvimento com o paciente e controlar os seus sentimentos. Entende-se que essa é a estratégia mais utilizada pelas trabalhadoras que compõem o estudo, pois várias a evidenciam:

Tenho que me manter mais quieta assim, não posso conversar muito com eles eu me limito a não falar muito até por medo de mexerem comigo, porque já aconteceu de ficar conversando, mas aí eles ficam te chamam o tempo todo, a enfermeira teve que intervir. [...] eu procuro não conversar muito, não posso ser eu, tenho que ser mais séria, para cuidar deles a gente tem que ser diferente do que seria, para cuidar de um trabalhador. (Auxiliar de Enfermagem)

Apesar de ter uma certa curiosidade, até pergunto como foi, mas se sei que é por agressão procuro não misturar, se é um acidente daí sim, mas se for por agressão eu não misturo, para não interferir. Essa é a forma que tenho de me proteger e de trabalhar bem e não deixar o sentimento tomar conta da razão. (Auxiliar de Enfermagem)

“É como esfriar os corpos, esfriar as coisas, tu tiras um pouco da coisa de humano para poder conseguir estar trabalhando...”

Hoje temos convivido com um número maior de pessoas somente vítimas da violência, não sendo o agressor. Embora tenha mudado esse perfil dos pacientes, se tem trabalhado mais com esse paciente já com perfil de presidiário, de ex-presidiário, acho que é como esfriar os corpos, esfriar as coisas, tu tiras um pouco da coisa de humano para poder conseguir estar trabalhando, acho que a gente enfrenta alguma coisa [...] esse sentimento que ao mesmo tempo a gente está tratando essas pessoas e saímos daqui corremos o risco de sermos vítimas dessa violência [...] Existe também risco da violência contra a instituição, quando a polícia chega e diz que tem tantas pessoas no morro de uma facção que está reunida lá e que virão ao hospital retirar determinado paciente. Esse tipo de coisa que pode ser uma estratégia da polícia, não deixa de ser alguma coisa que nos angustia um pouco, se trabalha com esses pacientes, mas até se faz algum esforço para que sejam transferidos logo. (Enfermeiro)

A enfermagem, atualmente, é uma profissão na qual as categorias profissionais que a compõem buscam realizar suas atividades baseadas em princípios do cuidado humanizado, em especial, no ambiente hospitalar. Portanto, quando o enfermeiro refere que é preciso *“retirar ou pouco da coisa de humano, para poder seguir trabalhando”*, está racionalizando seu pensamento, mas exprime o esforço para esse enfrentamento no cuidado ao paciente hospitalizado em decorrência de agressão.

Skaba (1997) entende que os serviços de emergência são locais de extrema vulnerabilidade ao sofrimento no trabalho. Entretanto, alguns profissionais negam esse processo. A afirmação da autora vai ao encontro do que se pensa em relação à utilização da estratégia de negação dos sentimentos, como uma alternativa para suportar o impacto da violência em um serviço público de emergência em trauma.

5.3 TRABALHADORAS E SERVIÇO: vigilância, cuidado e responsabilidade social compartilhada

5.3.1 O serviço: acolhimento ou omissão?

O registro e a notificação dos atendimentos decorrentes da violência é uma das primeiras ações realizadas em um hospital de pronto socorro em trauma, pois fazem parte das informações necessárias para o preenchimento do boletim de atendimento. Entretanto, na maioria das vezes os registros são incompletos, impossibilitando a identificação da violência como causa do atendimento e a notificação não é feita. Considera-se oportuno definir a diferença entre registro e notificação, pois, em algumas situações, suas finalidades são confundidas. Registro é o ato de reter a informação (REGISTRO, 1986), a notificação é o ato de comunicar, dar ciência ou notícia de algum fato e pode ser judicial (NOTIFICAR, 1986). Na área da saúde, notificação significa enviar dados sobre a ocorrência de determinado agravo para um local apropriado onde é feito o mapeamento dos casos e são estabelecidas ações de prevenção e controle do referido agravo.

Deslandes ressalta que ainda é necessário consolidar mecanismos sociais “para que a ‘notificação’ não signifique ‘denúncia’ no sentido repressivo e policialesco do termo” (2002, p. 170). A autora considera que a notificação deveria ser a garantia de que a criança, o adolescente e sua família terão o apoio de profissionais competentes e de instituições voltadas a esse fim. Seguindo o pensamento da autora, entende-se que, além disso, a notificação deveria garantir ao

poder público a informação precisa sobre todos os atendimentos decorrentes da violência em um serviço de saúde.

Entretanto, quando essa prática não é definida, os profissionais de saúde entendem que a informação sobre a violência é importante, mas não faz “parte” do atendimento de saúde ao usuário. Neste caso, questiona-se: o registro e a notificação das internações decorrentes da violência são um caso de polícia ou devem ser feitos pelo serviço social? A fala das trabalhadoras ilustra esse questionamento:

A notificação deve ser feita por alguém, não sei quem, alguém do setor jurídico, pelo serviço social envolvendo um advogado ou alguém assim. (Enfermeiro)

Eu acredito que a notificação deveria ser feita pelo jurídico, com provas, um advogado, uma pessoa experiente nisso aí, para fazer esse tipo de coisa, porque se vai alguém da área da enfermagem fazer uma coisa dessas recebe um processo e nunca mais [...]. (Auxiliar de Enfermagem)

As falas do enfermeiro e da auxiliar demonstram preocupação com as questões que envolvem as internações decorrentes de violência. Entretanto, entendem que estas não fazem parte do cuidado, pois os profissionais de saúde não têm “capacitação legal” para se envolver. Esse posicionamento revela a tentativa de separação entre o cuidado e a relação do indivíduo com o contexto social em que vive. Aponta, também, para a falta de uma estrutura institucional³³ voltada tanto à capacitação do profissional de saúde, enquanto representante do poder público, quanto para a necessidade da inclusão da violência nas políticas de saúde e o seu reconhecimento como um problema de saúde pública.

³³ Refere-se a necessidade do Hospital promover a capacitação dos profissionais de saúde para que possam assumir a sua função de representantes do Poder Público e atuar nos atendimentos e internações decorrentes da violência, detectando-a e encaminhando o usuário para serviços de referência no atendimento desse agravo, após a alta hospitalar o até mesmo durante a internação. Dessa forma, as ações voltadas aos indivíduos em situação de violência não são individuais, mas fazem parte do atendimento em um hospital de pronto socorro em trauma, considerando, assim, a violência como um problema de saúde pública.

O desconforto da omissão: “conivência...?”

Acho que cada unidade deve fazer o seu registro e depois mandar para um local onde todos ficam arquivados [...]. Até para ajudar a polícia, às vezes eles procuram. [...], pois eles (os pacientes) agredem uma pessoa, assaltam e saem ilesos, ninguém sabe, ninguém viu. Vieram aqui se trataram e foram embora. [...]. mas a gente sabe que eles estão envolvidos, eles mesmos falam e saem daqui sem acontecer nada. (Auxiliar de Enfermagem)

Uma coisa muito importante são os vários casos de pessoas agredidas que estão em uma UTI ou foram a óbito e todos sabem quem é o agressor e não é feito nada, porque fica aquele tumulto na família e ninguém faz nada e o agressor está solto, porque não acionar o Ministério Público e abrir um inquérito e ir fundo nisso aí? Porque aqui mesmo teve um caso do marido que agrediu a esposa. Jogou álcool, queimou o seu corpo, e ficou por isso mesmo. A família não fez nada, ficaram só os comentários que não queria mais vê-lo, e a mulher foi a óbito. E aí? O que foi feito eu não sei, porque da nossa parte não foi feito nada, ficou o só o comentário será que foi o cara? Se foi, ninguém fez nada! Existem casos que acho que a gente deve ir a fundo, tem que se envolver, se não estás meio que compactuando, e se é a tua área o teu chão, vamos começar daqui a delimitar os territórios, ou seja, se aconteceu aqui e eu sou a profissional que estou aqui, então, vou começar, pelo menos vou começar atuar aqui, eu sou o passarinho que leva no bico a gotinha d'água para apagar o incêndio. (Enfermeira)

Tu vêes que aconteceu um assassinato e fica diluído, aconteceu uma violência num lar, vem toda aquela história que chama a atenção, mas um mês depois já vem outra história a de que o cara era ruim. Uma história dessas foi uma assim: o cara era casado, negro, agressivo, anti-social, batia na mulher e nos filhos e um dia um filho jogou fogo nele (álcool). A história é a seguinte: ele se separou da mulher e ela queria vender a casa, tirar o cara de lá. Eles inventaram que o próprio paciente tentou suicídio, mas a gente fica sabendo da história com o próprio paciente quando chega, porque geralmente ele chega lúcido e nunca imagina que vai morrer, chega falando e contando o que aconteceu [...]. O paciente acabou morrendo, um mês e pouco depois, e ficou por isso mesmo. A casa ficou com a mulher, o crime ficou impune e até as pessoas que poderiam denunciar não o fizeram, pois o cara batia na mulher, nos filhos, bebia, ou seja, “merecia morrer”. É essencial que alguém faça a notificação, mas não sei dizer quem. A justiça deve ser acionada, pois estamos coniventes com essas situações. (Enfermeiro)

Fica evidente, nos relatos, a omissão institucional em relação às circunstâncias em que ocorre a violência. Entretanto, essa posição, respaldada pela

cultura de que o “profissional de saúde não se envolve”, causa sofrimento e um sentimento de impotência que fica claro quando a enfermeira expressa seu desejo de tomar uma atitude, mesmo que solitária e diz *“eu sou o passarinho que leva no bico a gotinha d’água para apagar o incêndio”*. Quer dizer, mesmo que faça alguma coisa será sem “eco”, pois, institucionalmente, não há nenhuma articulação. O mesmo é evidenciado na fala do enfermeiro ao dizer *“é essencial que alguém faça a notificação, mas não sei dizer quem. A justiça deve ser acionada, pois estamos coniventes com essas situações”*. Ou então, quando a auxiliar expressa seu desconforto em sentir-se conivente ao cuidar de um paciente envolvido em contravenção ou algum delito grave, afirmando: *“mas a gente sabe que eles estão envolvidos, eles mesmos falam e saem daqui sem nada”*. É como se os profissionais de saúde estivessem exercendo nesse momento as funções de sacerdócio, ou seja, é “pecado mortal” revelar as informações obtidas no ato da confissão.

“A enfermagem é o padre para quem se confessam...”.

Muitas vezes a maioria não vai à polícia, como por exemplo, a mulher apanha do marido, [...] não vai à polícia porque tem vergonha ou medo do marido, mas para a enfermagem elas contam, a enfermagem é o padre para quem se confessam. Eticamente não podemos sair contanto, os pacientes confiam, contam coisas assim que nem imaginas. [...] pelo menos fazer uma estatística, não denunciar. Eu acho que é a enfermagem que deve notificar, porque é para enfermagem que eles contam, porque a enfermagem está no dia-a-dia com eles, é para a enfermagem que é revelado o motivo da internação. (Auxiliar de Enfermagem)

As auxiliares de enfermagem reconhecem que, em muitas situações, é no momento da internação que as trabalhadoras ficam sabendo de informações

relacionadas ao paciente que cuidam. Entretanto, de modo velado, há um consenso de que algumas “coisas não devem ser consideradas”, por exemplo, as circunstâncias que envolvem as internações decorrentes da violência, exceto nos casos de maus-tratos à criança e à mulher. Pode-se considerar que essas últimas evidências já estão sendo integradas ao “atendimento de saúde”.

Dessa forma, constata-se que, quando a exigência é legal, as possibilidades para realizar o registro, notificação e encaminhamento são encontradas. Cita-se, como exemplo, os casos em que há suspeitas ou confirmações de maus-tratos à criança e ao adolescente. O Conselho Estadual da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul, criado pela Lei 9831/93, visa a “garantir o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, da criança e do adolescente para que possam exercer sua cidadania plena” (BRASIL, [1993]). Esse conselho prima que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) seja cumprido plenamente no que se refere às instituições e profissionais da saúde. O ECA estabelece que a suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente deverá ser obrigatoriamente comunicada ao Conselho Tutelar das respectivas localidades; prevê uma pena com multa de três a vinte salários de referência, e o dobro, em caso de reincidência, ao médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde ou de ensino fundamental, que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente, identificados na instituição.

Entende-se que essa legislação respalda o profissional da saúde a envolver-se com essas responsabilidades frente à violência, pois além de ações resolutivas, existe um envolvimento institucional que possibilita o encaminhamento e o acompanhamento das crianças e adolescentes. Entretanto, é pouco o envolvimento

desses profissionais, com as às mulheres em situação de violência, e existe uma grande lacuna em relação à visibilidade da vulnerabilidade de exposição dos homens aos eventos decorrentes da violência, em especial às mortes violentas.

O entendimento de que a identificação dos casos decorrentes de violência deve ser feita pela enfermagem e que, além disso, o envolvimento dos outros profissionais também é imprescindível, é expresso na fala da trabalhadora:

A princípio, todo o profissional se envolve, isso é uma cadeia, uma grande cadeia. Acho que quem identifica é o enfermeiro e que quando for suspeitado de alguma coisa [...] seria um conjunto, envolvendo o enfermeiro e o assistente social. Nós que fazemos a assistência, ouvimos o paciente, ajudamos, vamos encaminhar, mas eu não poderia me sentar e ligar para os órgãos competentes acho que não, mas eu identificaria me envolveria sim para que o paciente recebesse o encaminhamento necessário com o profissional indicado para aquele momento. Quer dizer, precisa investigar por que o paciente está sempre apanhando, então tem que ver com a família o que está acontecendo ele é uma pessoa-problema? A rotina dele é apanhar? Acho que contatar com a família, providenciar acompanhamento psicológico necessário até um encaminhamento ao Ministério Público para abrir processo. (Enfermeira)

O reconhecimento da violência como um agravo que faz parte da rotina de um hospital público de atendimento ao trauma parece que começa a ser evidenciado pelas trabalhadoras de enfermagem. Observa-se que estão sendo construídas condutas em relação a esses eventos e algumas falas referem-se à necessidade da informação estatística, além de uma preocupação com os “custos da violência”.

Acho que é importante, fundamental ter todo o perfil das pessoas que internam, mesmo que não se vá trabalhar com a prevenção da violência, mas para poder quantificar o trabalho, poder ter instrumentos, trabalhar com estatísticas fazendo parte do teu trabalho do dia-a-dia, poder elaborar estratégias através dessa estatística. A notificação deve fazer parte do boletim do paciente. (Enfermeiro)

Acho que é muito interessante os hospitais que têm o serviço de emergência, notificar até para saber o número de pacientes e o custo que tem para o hospital, porque eles investem no profissional (até nem é tanto), mas a prevenção não tem. Cuidamos desses pacientes que mais parecem uma árvore de natal, antibióticos caríssimos, nutrição parenteral, tomografias. Para a prefeitura é dispendioso, mas não pensam nisso. (Auxiliar de Enfermagem)

Vários autores (ANGULO-TUESTA, 1997; SKABA, 1997; DESLANDES, 2002) apontam para a precariedade dos registros e notificações da violência doméstica, sendo que dados estatísticos dos demais atendimentos decorrentes da violência são quase inexistentes, pois esses eventos configuram o rol das internações por causas externas e, na maioria das vezes, não são discriminados. Por outro lado, alguns estudos (MÉDICI, 1992; DESLANDES, SILVA, e UGÁ, 1998; MENDONÇA, ALVES e CABRAL FILHO, 2002) pesquisam os gastos com a violência, no Brasil, entretanto representam a realidade de determinadas cidades. São atitudes isoladas e não fazem parte da estruturação de políticas públicas de prevenção desse agravo. Mendonça, Alves e Cabral Filho (2002) salientam que os custos com os eventos violentos, apesar de elevados, não são bem conhecidos no Brasil. Os autores consideram que esses dados contribuem para a visualização do impacto da violência na saúde e possibilitam maior sensibilização do poder público do que as informações epidemiológicas. Concorde-se com os autores e considere-se que deve fazer parte das prioridades, em um hospital de atendimento ao trauma, um sistema de registros precisos que possam avaliar os custos da violência, pois, dessa forma, a magnitude desse agravo é evidenciada.

A necessidade do envolvimento institucional na normatização dos registros e notificações das internações decorrentes da violência também é mencionada pelas trabalhadoras de enfermagem deste estudo.

Acho, que deveria ter uma equipe que se envolvesse com isso. Qualquer pessoa que identificasse poderia notificar ao grupo de trabalho. Vejo bastante efetivo o grupo que trabalha com as crianças vítimas de maus-tratos e de negligência. Então acho que uma coisa desse tipo, em que a pessoa fosse abordada como te falei a pouco, que fosse respeitado a sua vontade, não adianta dizer o que é bom para a tua vida, cada um tem suas crenças e essas patologias de agressão são muito complicadas, tem gente que se sente amada apanhando, chamou a atenção, conseguiu ser alvo da atenção através da violência, é muito complexo e a gente não pode botar a

goela a baixo nossos conceitos. (Enfermeira)

Eu até já fui ver isso uma vez, isso é uma coisa que é determinação legal, [...] teve um caso na televisão de um traficante que estava internado em um hospital privado, vítima de tiros, o hospital vai ter que responder uma sindicância na Polícia Federal ou Ministério Público, ou seja, em um órgão da justiça, porque isso é notificação compulsória, toda a pessoa com ferimento causado por arma de fogo ao ser internada a instituição tem que comunicar a polícia. (Enfermeiro)

Acho que deve sim. E alguns até são notificados, eu não sei se aqui existe algum setor de notificação, mas eu acho que a enfermeira comunicou pra alguém [...]. Isso deveria ficar notificado, até o caso de uma ocorrência policial, os próprios profissionais deveriam denunciar, pois a mãe que estava ocultando a atitude do padrasto³⁴, ela é tão conivente quanto ele. No caso de mulher já tem a delegacia da mulher, mas teria que ter um órgão dentro do hospital para fazer isso aí. (Auxiliar de Enfermagem)

A fala dessas trabalhadoras demonstra que existe um grupo de profissionais sensibilizados com a necessidade de que as questões que envolvem uma internação decorrente da violência não fiquem restritas à “porta do hospital”, mas que façam parte do atendimento desse usuário.

Considera-se que, dessa forma, será resgatado efetivamente o “acolhimento” ao paciente, pois este não se restringe ao primeiro atendimento, mas ao acompanhamento do paciente durante todo o período de hospitalização, a resolução de seus problemas de saúde e o seu encaminhamento a serviços de referência quando a resolutividade não é possível em nível local.

Em relação ao acolhimento do usuário nos serviços públicos de saúde, Leite, Maia e Sena (1999) ressaltam que

o atender, o acolher, o dar ouvidos a, não se esgota numa intervenção de saúde. [...] o acolher deve gerar uma responsabilidade de disponibilizar para o cidadão um determinado trabalho – assistência à saúde – que possa provocar um efeito positivo sobre a situação apresentada. Em última instância, esta

³⁴ A auxiliar está se referindo a um caso de uma criança vítima de abuso sexual.

deve ser a utilidade do serviço de saúde para a vida das pessoas (1999, p. 167).

Concorda-se com as autoras e acredita-se que um hospital público de atendimento em trauma só fará efetivamente o acolhimento aos usuários se houver um envolvimento institucional “além do trauma físico sofrido”. Esse paciente também deve ter a possibilidade de sair do ciclo de violência no qual se encontra e ser encaminhado para serviços de referência existentes na cidade. Atualmente, esses serviços são poucos, estão desarticulados entre si e pouco são divulgados.

5.3.2 O hospital como espaço de prevenção e contribuição para a redução da violência

As trabalhadoras de enfermagem consideram que o hospital pode iniciar a sua contribuição, na redução da violência, com uma mudança na recepção e no próprio fluxo de atendimento aos usuários.

Eu acho que fazer o acolhimento sem reproduzir essa violência, não ter condutas como, por exemplo, “de novo aqui! Não aprendeu que não tens que te envolver nisso ou naquilo!” Ou então com críticas aos “geradores da violência”, como por exemplo, “Hei, cara que dor é essa? Que tanta dor? Agora não posso. Depois eu te atendo. O que é isso? Fica gritando! Lá na rua não sei o que...”. Os profissionais ficam fazendo comparativo com “lá fora” e a vida que os pacientes têm aqui. Isso para mim é uma reprodução da violência. [...]. Quem sabe essa contribuição, o acolhimento. E começar pelo próprio grupo de trabalho, [...] uma coisa bem pé-no-chão, bem local, no seu balcão de atendimento, na sua sala de procedimento, uma coisa bem assim, no corredor, onde os pacientes estão esperando para serem atendidos, começar por ali. (Enfermeira)

Eu acho que a violência se dá de varias formas, em vários graus, então tem vários tipos de violência. Desrespeitar um paciente é um tipo de violência [...]. Ainda mais na saúde que lida com algo tão íntimo que é o corpo da pessoa, [...] estamos em contato com eles por mais tempo e lidamos também com seu sentimento. Então temos

como influenciar, se tu atendes o paciente mal, desrespeita, agride, estás contribuindo para que ele se torne cada vez mais violento. Tem pacientes que são tranqüilos com alguns funcionários da enfermagem e ao mesmo tempo são hostis com outros. Porque essa diferença? O paciente é o mesmo. A saúde e o sistema de saúde também contribuí para que tenha funcionários mais ou menos satisfeitos. O sistema de saúde como um todo, pois se tu tens uma boa assistência tu tens uma pessoa mais satisfeita. (Enfermeira)

Considera-se a necessidade do envolvimento institucional e individual, ou seja, o reconhecimento e a exigência de que cada profissional de saúde tenha a consciência e a obrigação de ser um representante do poder público diante da problemática da violência. Essa responsabilização pode ser lida nas falas e deve ser construída nos espaços públicos de atendimento à saúde, em contraposição às condutas curativas, predominantes, hoje, nos serviços, voltadas ao órgão lesado.

O sistema de saúde brasileiro chega a um limite em que não é mais possível conciliar o atendimento público à saúde com a alienação de muitos profissionais no que se refere ao entendimento das relações conflituosas originadas no cotidiano de violência e exclusão social de alguns segmentos da sociedade. Portanto, é necessário promover a construção da consciência social do trabalhador de saúde, diz Skaba, 1997.

Nesse sentido, as trabalhadoras do HPS salientam a adoção de campanhas de prevenção, promovidas pelo hospital, como alternativas na contribuição para a redução da violência e sugerem que:

Os meios de comunicação têm como contribuir, desde a simples campanha doe sangue, doe órgãos, até mostrando as conseqüências do que pode acontecer com as pessoas que se expõe a esse tipo de risco: alcoolismo, marginalidade, trânsito, violência e agressão física. Eu acho que a própria instituição tem como contribuir na diminuição da violência, principalmente na parte da prevenção, orientação, campanhas [...] quando se divulga o trabalho do hospital. (Enfermeira)

A televisão é o maior veículo de comunicação que temos no Brasil. [...] porque não começar a educar através da televisão? [...] É como a campanha do CA de mama, é linda, é isso aí, tem que se tocar, mostrar o peito, dizer que morre, mulheres no Rio Grande do Sul,

tem que ter impacto, ser de grande impacto. Fogos: “olha aqui a mão! Não tem um pedaço da mão”. Olha a criança que não cuida para atravessar a rua, mostrar, mostrar [...] (Auxiliar de Enfermagem)

As pessoas só se convencem se vêem uma foto bem traumatizante, bem chocante [...] tem que mostrar o paciente assim, deu um tiro na cabeça, bala perdida ou brincadeira com arma de fogo, mostrar a foto daquela pessoa que está assim [...] por que aí a pessoa sente, porque falar, falar há isso não é nada, é só bobagem. É como os fogos de artifício, mostrar as fotos mais chocantes, tem que mostrar, por que senão as pessoas não se convencem. (Auxiliar de Enfermagem)

Acredito que a forma de evitar e reduzir a violência é principalmente a educação. Assim como a campanha que é feita em relação aos acidentes na infância e aos acidentes de trânsito, mostrar o que acontece aqui. (Auxiliar de Enfermagem)

Em todas as falas, o enfoque educativo se evidencia, mas pode-se perceber também a intenção de “levar o hospital até a população” e mostrar a realidade que só é conhecida pelos seus atores, ou seja, mostrar o que “não está escrito” e não é divulgado. Mesmo não sendo abordado diretamente nessas falas, o registro identificando as internações decorrentes da violência também é considerado imprescindível, pois é uma possibilidade concreta de denunciar a magnitude do impacto da violência nos serviços de saúde.

Outra contribuição para a redução da violência, apontada pelas trabalhadoras, é a de esclarecer e orientar a população de como fazer a denúncia da violência doméstica.

Deveria ter campanha, não só da violência no trânsito. [...] o estupro é uma coisa que não é divulgada [...] violência, agressão por arma branca, arma de fogo, estupro, espancamento, isso ninguém faz campanha, o medo de chegar na delegacia e denunciar uma violência, “quem te fez isso?” “Ninguém”! As pessoas preferem ficar quietas, se omitir, eu acho que tem que ser divulgado que as pessoas têm que denunciar, pedir socorro tem que ser feito algo mais forte, para amenizar a violência, que a cada dia cresce é assustador, é assustador a violência. (uma Auxiliar de Enfermagem)

Divulgar que a mulher não tenha medo de fazer a ocorrência [...]. Tenho uma vizinha, que trabalhou em uma escola da prefeitura, como cozinheira. E nessa escola tinha uma menininha do jardim, com 5 anos, que era violentada pelo pai. Gritava em casa dizendo

“pai não faz tá doendo, tá machucando”. Todos achavam que ele estava batendo nela e descobriram que ele violentava a criança [...]. A menina não foi mais na escola e ficou por isso mesmo, que eu saiba. (Auxiliar de Enfermagem)

O esclarecimento aos próprios usuários e à população sobre a importância de fazer a denúncia nos casos de violência doméstica é ressaltado pelas trabalhadoras. No entanto, percebe-se que não existe uma instrumentalização dos profissionais de saúde para exercerem esse papel, pois o hospital não tem um fluxo para encaminhar e orientar os demais pacientes que internam em decorrência da violência, exceto nos casos de maus-tratos contra a criança.

Uma publicação do Ministério da Saúde sobre violência intrafamiliar³⁵, considera que uma política de prevenção à violência, além de estar voltada para dar visibilidade ao problema, deve reforçar o conceito de que “a violência é cultural e por isso pode ser eliminada da vida social” (BRASIL, 2002, p. 85). Considera-se que a construção de tal política deva envolver todos os setores públicos, inclusive a área da saúde. Essas idéias são compatíveis com a percepção e as propostas dos nossos entrevistados

A necessidade de uma articulação multiprofissional, voltada à prevenção da violência, e um sistema de referência e contra-referência efetivo para encaminhar as vítimas da violência, também é citada pelas trabalhadoras.

Se a violência redunde em agravo físico o profissional de saúde tem que participar disso, e principalmente na prevenção. Eu caracterizo várias coisas como violência [...] as drogas, a questão da gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, então tudo isso são violência [...]. Todos devem participar dessa prevenção, para tentar diminuir esse grande índice de violência que existe no mundo, então considero que isso deve fazer parte do currículo de todos os profissionais não só os da área da saúde. (Enfermeira)

Eu acho que a gente tem que abordar o paciente e dizer para ele das possibilidades, mostrar que a gente tem maneiras de ajudá-lo [...] não se pode ter a pretensão de numa internação mudar todo o jeito

³⁵ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

*de viver e a estrutura familiar da pessoa, mas acho que a gente pode dizer que existe isso, isso e isso, que tem um serviço social aqui no hospital que pode encaminhar para tal lugar. **Mas o lugar tem que ter: nome, endereço e horário, não é para a pessoa chegar lá 500 vezes e desistir, ou seja, uma coisa de fato e séria**³⁶. E onde as pessoas tenham o pé no chão, às vezes a gente idealiza e as coisas ficam muito utópicas [...] e tu sabe que a mulher agredida vai voltar para o companheiro e ser agredida novamente por ele. Então acho que tens que ensinar a mulher a conviver de novo com esse cara, ao menos deixar ela pensando se não merece outra coisa, porque subitamente romper isso, não sei, é muito complexo. Acho que o nosso papel seria dizer que essas situações não precisam se repetir e que em tais lugares eles poderão ter auxílio, mas não encher de informações e de medidas na hora da dor física, na hora que tem outras coisas interferindo. (Enfermeira)*

Vale dizer que é praticamente inviável para o profissional de saúde de um hospital de atendimento ao trauma, envolver-se com ações “além do atendimento ao trauma”, se ainda é inexistente um fluxo e um sistema de referência e contra-referência que possibilite o encaminhamento desses pacientes. As trabalhadoras de enfermagem, em muitas situações, estão desinformadas e despreparadas para exercerem a função de agentes na prevenção da violência e no encaminhamento desses pacientes aos serviços voltados a esse fim.

Por último, um trabalhador aponta, como contribuição para a redução da violência, o resgate da cidadania.

Não vejo como o serviço de saúde possa interferir numa coisa pontual já na violência instalada, pode trabalhar como forma de prevenção aliado a outros movimentos sociais, para poder trabalhar em comum para diminuir e prevenir as causas que envolvem a violência. Os profissionais de saúde podem desenvolver algum papel como cidadãos se envolvendo nesses outros movimentos além de suas atividades e no próprio sistema de saúde com educação em saúde. A saúde não é só prevenir doenças, mas trabalhar com toda essa população de excluídos [...], os profissionais da saúde podem estar trabalhando para a inserção desses indivíduos na sociedade, diminuindo a rejeição, incluindo, fazendo o processo de inclusão. (Enfermeiro).

A reflexão do enfermeiro se refere à necessidade de o profissional de saúde

³⁶ Grifo da autora

envolver-se nos demais serviços existentes na cidade que buscam a inclusão dos indivíduos na sociedade. Dessa forma, é possível ressignificar a vida de alguns indivíduos, a partir de uma internação decorrente da violência, ou seja, o hospital como espaço de resgate da cidadania e abertura de novas perspectivas de vida e saúde.

Em resumo, o posicionamento das trabalhadoras de enfermagem, em relação ao hospital como espaço de prevenção e contribuição para a redução da violência se mostra sob vários aspectos: a qualificação do primeiro atendimento ao paciente; as campanhas de prevenção; o esclarecimento e orientação à população em relação à violência e como fazer as denúncias dos maus-tratos às crianças e às mulheres; a articulação multiprofissional na luta pela prevenção da violência e a necessidade de um serviço efetivo de referência e contra-referência e além do trabalho em rede no resgate da cidadania. Na síntese de todas as falas pode-se afirmar que existe uma preocupação com o tema. Entretanto, não há um esforço institucional para que ações sejam articuladas com os demais espaços sociais envolvidos nessa temática.

Angulo-Tuesta (1997) salienta que os indivíduos sobreviventes da violência representam uma demanda significativa para os serviços de emergências e, referindo-se à violência doméstica, aponta para a importância dos serviços de saúde desenvolvem ações não somente voltadas ao dano físico, mas intervenções mais integras, reconhecendo que a violência de gênero precisa de uma abordagem mais ampla. A autora também ressalta que em qualquer proposta encaminhada nesse sentido deve considerar o envolvimento dos profissionais de saúde.

Concorda-se com a autora e entende-se que os profissionais de saúde devam ser capacitados para ações integras que ultrapassem os limites do reconhecimento da violência de gênero e maus-tratos à criança e vão ao encontro de alternativas

que possibilitem evidenciar a vulnerabilidade à violência dos diferentes segmentos sociais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, focalizando o olhar da enfermagem dirigido às internações decorrentes de violência, evidenciou a preocupação das trabalhadoras e as dificuldades encontradas nesse enfrentamento. Torna-se visível que no hospital não existem estratégias definidas em relação à violência numa perspectiva mais ampla, além da proteção à criança e aos adolescentes e uma tênue sensibilização sobre as mulheres que referem interesse em sair do ciclo da violência.

Opta-se por iniciar essas considerações finais fazendo referência as hipóteses que norteiam este estudo. É possível entender o motivo pelo qual as trabalhadoras de enfermagem realizam o cuidado aos pacientes que internam em decorrência da violência, com um “olhar” voltado quase que exclusivamente ao trauma sofrido.

No atendimento ao usuário do hospital em estudo, a maioria das trabalhadoras de enfermagem centram o cuidado no “órgão lesado”, evitando, assim, um envolvimento com as causas do trauma advindas de violência e com as suas conseqüências. Os profissionais de saúde estão voltados ao “reparo” do trauma causado, desconsiderando-lhe as causas. Constata-se que não existe uma qualificação acadêmica e profissional voltada ao preparo desses profissionais, e a instituição não tem programas de capacitação e apoio para que os mesmos possam enfrentar o cotidiano de trabalho, inserindo a violência como um problema relacionado ao trauma sofrido pelo paciente.

Alguns profissionais da enfermagem estão sensibilizados para identificar algumas situações que denunciam internação por violência. Entretanto, não há um

preparo dos mesmos para se posicionarem na qualidade de representantes do Poder Público, e avaliar, detectar e comunicar as situações de violência. As trabalhadoras que participam deste estudo são unânimes em referir que em nenhum momento de sua formação profissional foram abordadas temáticas que envolvem a violência, como um problema de saúde pública e a necessidade do seu entendimento no quadro das tramas políticas, sociais e econômicas.

Constata-se, também, que as influências do convívio com o paciente vítima de violência interferem na satisfação no trabalho e na saúde desses profissionais, pois são despreparados para esse tipo de atendimento e não dispõem de um serviço de apoio voltado à superação de suas dificuldades na prática do cuidado. Portanto, cada trabalhadora enfrenta essa situação da forma que considera mais adequada, adotando estratégias de enfrentamento para suportar o sofrimento causado por essas situações de cuidado.

Considera-se que a capacitação é necessária e deve ser voltada a obtenção de subsídios para o enfrentamento desse cotidiano que além de técnico é pleno de dramas humanos.

Outra evidência é a de que esse serviço público de atendimento de emergência em trauma não está organizado para promover, prevenir, vigiar e recuperar a saúde do usuário vítima de violência. Nessa perspectiva, a quinta hipótese de que os serviços de referência, para encaminhar os usuários vítimas de violência não estão articulados com as emergências públicas, são poucos e estão direcionados à mulher, à criança e ao adolescente, excluindo o contingente de homens adultos, se confirma.

Ao expor a problemática trabalhou-se com a idéia de que a territorialização e o contexto social de origem do usuário vítima de violência possibilita referenciar os

possíveis focos de violência na cidade e suas causas. Neste estudo, evidencia-se que os pacientes hospitalizados no HPS, em decorrência da violência, são provenientes predominantemente dos bairros Partenon, Restinga, Lomba do Pinheiro e Cristal. Ao relacionar rua e bairro evidencia-se que esses usuários são moradores das regiões menos favorecidas econômica e socialmente. Vale ressaltar que esses dados espelham parte da violência na cidade, pois o hospital em estudo localiza-se na zona central e a população da zona norte é atendida por outro pronto socorro localizado naquela região. Entretanto, é possível afirmar que pesquisas voltadas à origem social dos usuários possibilitam ao poder público investir em um planejamento voltado à promoção da segurança e da saúde das pessoas nesses espaços sociais vulneráveis.

Em relação à caracterização do paciente vítima de violência hospitalizado no HPS, no período de janeiro a junho de 2001, evidencia-se a prevalência do sexo masculino em relação ao feminino e constata-se que a violência a homens e mulheres ocorre em espaços e formas diferentes. Os homens estão mais expostos a serem agredidos no espaço público, como resultado de desavenças, assaltos, envolvimento com o crime organizado entre outros; as mulheres são mais agredidas no espaço doméstico, em geral por homens de sua relação, seja namorado ou por com quem convive ou conviveu maritalmente. Essa situação expressa a relação do poder masculino sobre o corpo feminino (SANT'ANNA e LOPES, 2002). Outra evidência em relação às mulheres é que, mesmo sendo em número menor, as internações ocorrem por traumatismos graves e risco de vida. Pode-se afirmar, também, que as mulheres são agredidas mais precocemente que os homens, pois 25% das internações femininas correspondem à faixa etária de 10 a 19 anos, enquanto que para os homens a mesma faixa etária representa 17,3% das

internações. Não se tem a pretensão de fazer uma discussão com base nas culturas de gênero, entretanto não se pode deixar de sugerir que esse tema deva ser mais discutido e aprofundado.

A predominância da faixa etária entre 20 e 29 anos representa 41% das internações, e vale ressaltar que a faixa etária dos 11 aos 39 anos corresponde a um percentual de 78,9% das internações. Esses dados corroboram com vários autores citados (MINAYO, ASSIS, SOUZA et al., 1999; SANT'ANNA, 2000; ABRAMOVAY, CASTRO, PINHEIRO, et al. 2002; SANT'ANNA e LOPES, 2002; LOPES, SANT'ANNA e AERTS, 2002) que denunciam a vulnerabilidade da morbidade e mortalidade de jovens, por causas externas, em especial pela violência.

Quanto à raça/cor, da população em estudo, o maior número de internações é a de indivíduos brancos, mas proporcionalmente se evidencia que a negra e os descendentes dessa raça/cor estão mais vulneráveis às internações por violência, nesta cidade. Esse achado vai ao encontro de outras pesquisas locais. Ressalta-se a necessidade de que a perspectiva da raça/cor e adoecimento seja considerada na assistência e capacitação dos profissionais de saúde.

Em relação ao tipo de violência e ao diagnóstico dos pacientes, predominam as agressões por arma de fogo, seguidas das agressões por arma branca, agressões outras e estupro. Nas primeiras, os principais diagnósticos são os traumatismos múltiplos, as fraturas de membros superiores e inferiores, os ferimentos cortocontusos, os traumas abdominais, os traumas torácicos, entre outros. Nas agressões por arma branca, os principais diagnósticos relacionados a esse tipo de violência são os traumas torácicos, os traumas abdominais, os traumas toracoabdominais, dentre outros. Nas “agressões outras”, encontram-se as agressões físicas ou por objetos (pedras, tijolos, coronhadas, entre outros) e os

principais diagnósticos relacionados a mesma são os TCE, os trauma de face, os traumatismos múltiplos, e os TCE associados aos traumas de face.

Considera-se que a caracterização do paciente hospitalizado em decorrência da violência visibiliza o que “parece que não está sendo evidenciado” ou o que está banalizado. Sob essa ótica, muitos profissionais da saúde entendem que a violência é um problema individual e não existe nada que possa ser feito além de tratar os traumas decorrentes desse agravo. Alguns profissionais estão sensibilizados a identificar determinadas situações, por exemplo, os maus-tratos a crianças e a mulheres em situação de violência. Porém, muitos casos não são evidenciados durante o atendimento e não existe um envolvimento institucional com as internações hospitalares decorrentes da violência.

Para que as ações de proteção e prevenção sejam realizadas, o agravo deve ser identificado, evidenciado, pois só assim é possível promover ações de sensibilização dos agentes envolvidos. Os registros desses eventos são imprescindíveis, entretanto não são priorizados, principalmente porque não existe um envolvimento institucional nessa direção. As iniciativas com vistas a esse procedimento são individuais e frustrantes, na maioria das vezes, pois não têm uma estrutura voltada para essa função.

Resumindo, agressão decorrente de arma de fogo, de arma branca, agressão física, vítimas de bala perdida, trabalhador, bandido, marginal, pacientes custodiados com escolta policial, mulheres e crianças vítimas de abuso sexual e de violência doméstica, vergonha, vingança, agressor e agredido no mesmo espaço, raiva, injustiça... enfermarias superlotadas, pacientes hospitalizados nos corredores e em macas entre as camas... é o cenário onde se desenvolve o trabalho das equipes de enfermagem em um hospital público de atendimento ao trauma.

As trabalhadoras lidam com seus conflitos individual e coletivamente, ou seja, não há uma preocupação do hospital em dar um suporte psicológico para que elas possam enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. Existe o entendimento, de que, na enfermagem, o cuidado deve ser realizado e a trabalhadora não deve se envolver emocionalmente com o paciente, assim, o contexto precisa ser desconsiderado, mas o procedimento ou o cuidado deve ser realizado.

As estratégias para poder trabalhar são criadas entre o grupo, por acordos, como o auxílio mútuo no cuidado aos pacientes, a troca das escalas de pacientes para atender o paciente agressivo que está na escala de outra colega, ou pequenas transgressões, como por exemplo, a troca de plantões além das que “são” estipuladas no mês, para poder “dar uma saída” e “ficar mais tempo fora”. Muitas vezes, o motivo nem é mencionado, é um pacto entre a equipe, uma forma de ajuda mútua entre enfermeira e auxiliares, para suportar o que não pode ser mudado, mas tem que ser enfrentado diariamente.

O desafio de conhecer o modo que os profissionais de enfermagem planejam se confrontam, pensam e executam o cuidado ao paciente hospitalizado vítima de violência permitiu uma reflexão das próprias trabalhadoras sobre o tema. Por um momento, pararam para olhar e pensar sobre esse cotidiano de trabalho. Fica evidente que cada uma das trabalhadoras lida com esse cuidado da forma que acredita ser a mais adequada e utiliza estratégias conscientes ou não para suportar e enfrentar essa realidade. As principais dificuldades dessas trabalhadoras são o despreparo para lidar com esse tipo de paciente e a falta de comprometimento institucional tanto em relação ao apoio psicológico às trabalhadoras, quanto à capacitação, voltada ao tipo de atendimento e perfil do pacientes.

Considera-se que a violência é um problema que atinge todo o país e é

resultante principalmente das desigualdades sociais que assolam não só o Brasil, mas toda a América Latina. Não se tem a pretensão de que os serviços públicos de saúde tenham toda a responsabilidade no combate à violência, entretanto, cabe-lhes o envolvimento na capacitação dos profissionais de saúde para esse enfrentamento.

No final, enfatiza-se que os serviços públicos de saúde necessitam se auto-avaliar e propiciar a criação de espaços para discussão sobre esse tema, reconhecendo sua co-responsabilidade nesse processo.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Garcia Mary; PINHEIRO, Leonardo de Castro; *et al.* **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas.** Brasília, DF: UNESCO, 2002. 192 p.

ALVES, Rubem. **A gestão do futuro.** Campinas: Papirus, 1986.

ANGULO-TUESTA, Antônia de Jesús. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde.** 1997. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Consideração sobre a mortalidade no Brasil em 1980. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 18, p. 122-137, abr. 1984.

BOUVIER, Pierre. **Le travail au quotidien: une démarche socio-anthropologique.** Paris: P.U.F., 1898

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196/96.** Brasília, DF, 1996. 12 f. Disponível em: <http://WWW.ufrgs/HCPA/gppg/res19696.htm>. Acessado em: 8 mar. 2002.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente:** Lei Federal 8.069/1990 (s.l. : s.n, 1993?). 146 p. Livro de bolso.

_____. **Portaria nº 3566/GM de 02 set. 1998.** Brasília, DF, (2002). Disponível em <<http://www.saude.gov.br/programas/acidviol/3566.htm>> Acesso em 10 jan. 2002.

_____. Secretaria de Políticas da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: DF, 2002. p. 96 (Cadernos de Atenção Básica, n. 8. Série A. Normas e manuais técnicos, n. 131)

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. La nueva violencia urbana de América Latina. *In: (Org.).* **Violencia, sociedade y justicia en América Latina.** Buenos Aires: Clacso, 2002. p. 13-26.

CHESNAIS, Jean Claude. A violência no Brasil. Causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 53-

69, 1999.

CRUZ-NETTO, Otávio; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Extermínio: violentação e banalização da vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 199-212, jan./jun., 1994.

DAGORD, Ana Lúcia de Leão. Violência contra a mulher ainda é um desafio. *In*: NUNES, Maria do Rosário (Org). **O direito humano das mulheres e das meninas: enfoques feministas**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do RS, 2002. p. 23-28.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1988.

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas”? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

_____. SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos; UGÁ. Maria Alicia Domingues. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violência em dois hospitais do Rio Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun., 1998. p. 287-299.

_____. GOMES, Romeu; SILVA, Cosme M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan./mar., 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>> Acessado em: 10 mar. 2003.

_____. **Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

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

FERNANDES, Aparecida Luz. Re-construindo os papéis político e social da mulher. *In*: NUNES, Maria do Rosário (Org). **O direito humano das mulheres e das meninas: enfoques feministas**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do RS, 2002. p. 66-82.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais,

Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 354-353, abr./jun. 1999. Disponível em < <http://www.scielo.br> > Acessado em: 28 fev. 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GOMES. Romeu. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 93-100, abril 1997.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: primeiros resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 1009 p.

LEITE, Juliana C. A.; MAIA, Carmem C. Araújo; SENA Roseni Rosângela. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999.

LERT, France. L'approche de la vulnerabilite face à la dépendence dans le champs de la santé publique. **Seminars de recherche du Crips**. Paris: Centre Regional d'Infomatiment de Preventio du SIDA, 1996.

LOPES, Marta Júlia Marques. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. *In*: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 43-52.

_____. SANT'ANNA, Ana Rosária; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. **A Mortalidade por Homicídios em Adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000**. 2002. 17 f. Relatório de Pesquisa – Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. GENST/ EENF/UFRGS. Não Publicado.

_____. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. *In*: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 153-188.

_____. O sexo do hospital. *In*: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 76 -105.

MAGNOLI, Demétrio; OLIVEIRA, Gionava; MENEGOTO, Ricardo. **Cenário Gaúcho: representações históricas e geográficas**. São Paulo: Moderna, 2001.

MATA, R. As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social. In: PINHEIRO, P. S. (Org.). **Violência brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 14-28.

MÉDICI, André Cezar. As raízes econômicas da violência e seus impactos na saúde. **Saúde em Debate**, Pelotas, n. 34, p. 40-46, mar. 1992.

MENDONÇA, Roberto Natanael da Silva; ALVES, João Guilherme Bezerra; CABRAL FILHO, José Eulálio. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 8, n. 6, p. 1577-1581, nov./dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2002000600011&ng=em7nrm=iso>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. Edinilsa Ramos de Souza. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, Márcia Fária (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 95-114

_____. ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de *et al.* **Fala galera: juventude violência e cidadania no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 240p.

_____. SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, jan./jun., 1994.

_____. SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan./mar., 1993.

NEGRÃO, Télia. A rede de defesa dos direitos humanos das mulheres. *In*: NUNES, Maria do Rosário (Org). **O direito humano das mulheres e das meninas: enfoques feministas**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do RS, 2002. p. 13-22.

NOTIFICAR. *In*: FERREIRA Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

NUNES, Maria do Rosário. Uma intolerável discriminação. *In*: _____. (Org). **O direito humano das mulheres e das meninas: enfoques feministas**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do RS, 2002. p. 66-72.

OLIVEIRA, Carmen Silveira de. **Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade**. Porto Alegre: Sulina, 2001. 256 p.

OLIVEIRA, Hélio de. A violência doméstica contra a criança e o adolescente. *In*: WESTPHAL, Márcia Fária (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p.137-140.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALLUD. División de Promoción Protección de la Salud. **Salud y violencia: plan de acción regional**. Washington, DC, 1994. 18 p.

PERALVA, Angelina. **Violência e democracia: o paradoxo brasileiro**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2000. 217 p.

PINHEIRO, P. S. (Org.). **Crime violência e poder**. São Paulo: brasiliense, 1983.

PITTA, Ana. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991. 198 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Setor de Documentação e Estatística. **Dados estatísticos de atendimentos ambulatoriais e de internações, no HPS, no ano de 2001**. Porto Alegre, 2002. Não publicado.

REGISTRO. *In*: FERREIRA Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da**

língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Um Rio Grande do Sul com menos violência e acidentes.** Porto Alegre, 2001. p. 3 - Folder.

SANT'ANNA, Ana Rosária. **Vulnerabilidade ao homicídio: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997.**

Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

_____. LOPES, Marta Júlia Marques. Homicídios entre adolescentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: vulnerabilidade e culturas de gênero.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1509-1517, nov. / dez. 2002.

SCOTT, Joan. Gênero uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade.** Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez., 1995.

SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes. **O vício da adrenalina:** etnografia da violência num hospital de emergência. 1997. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, Edinilza Ramos; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década 80. *In:* MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Os muitos Brasis:** saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 87-116.

SZWARCWALD, Celia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres de. Mortalidade por causas externas no estado do Rio de Janeiro no período de 1976 a 1980. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 19-41, jan.fev., 1986.

TITTONI, Jaqueline. **Subjetividade e trabalho.** Porto Alegre: Ortiz, 1994.

VERGÉS, P. L. L'évocation del' Argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, Marsele, v.15, n.405, p.203-209, 1991/1992.

VIOLENCIA REDUZ EXPECTATIVA DE VIDA NO PAÍS. Correio do povo, Porto Alegre, v. 107, n. 064, p. 3, 3 dez. 2001.

WESTPHAL, Márcia Fária (Org.). **Violência e criança.** São Paulo: Editora da

Universidade de São Paulo, 2002. 313 p.

ZALUAR, Alba. Crime e trabalho no cotidiano popular. **Ciência Hoje**. Rio de Janeiro, v. 5, sup, p. 21-24, 1986.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados para a caracterização e territorialização do paciente vítima de violência hospitalizado no HPS, no período de janeiro a junho de 2001.

Número do registro do paciente: _____

Mês da internação: _____

Bairro / POA: _____

Cidade: _____

Idade: _____

Faixa etária:

- 1- de 0 a 10 anos
- 2- de 10 a 19 anos
- 3- de 20 a 29 anos
- 4- de 30 a 39 anos
- 5- de 40 a 49 anos
- 6- mais de 50 anos

Sexo: M ou F

Cor: B M N (branca, mulata e negra)

Tipo de violência:

- 1- Agressão outras
- 2- Estupro
- 3- AAB (agressão por arma branca)
- 4- AAF (agressão por arma de fogo)
- 5- FAB (ferimento por arma branca)
- 6- FAF (ferimento por arma de fogo)

Diagnóstico:

- 1 - TCE (causado por: pedrada, agressão física, AAF, AAB, queda decorrente de agressão física, dentro outros) - TCE + craniotomia
- 2- TCE + trauma de face (fratura de ossos da face, lesão ocular) com ou sem Cirurgia (craniotomia ou cirurgia da face)
- 3- Trauma de face com ou sem tratamento cirúrgico
- 4- Trauma abdominal com e sem intervenção cirúrgica
- 5- Trauma torácico com e sem intervenção cirúrgica
- 6- Trauma toraco-abdominal com e sem intervenção cirúrgica
- 7- Fratura dos MsSsIs
- 8- Traumatismos múltiplos
- 9- FAF ou FAB região glútea com ou sem intervenção cirúrgica
- 10- Trauma coluna com TRM
- 11- Abuso sexual
- 12- Ferimentos cortocontusos MsIsSs (AAB, AAF, outros) sem fratura
- 13- Outros (corpo estranho de reto, lesão artéria com procedimento cirúrgico, cervical sem TRM, FAF escroto com lesão de nervo ciático, FAF pênis)
- 14- Prontuário não encontrado

Unidade de internação: _____

Destino: _____

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com os as trabalhadoras de enfermagem**Dados de caracterização da trabalhadora**

- 1- Idade: _____
- 2 - Sexo: _____
- 3- Tempo de trabalho na área da saúde: _____
- 4- Categoria profissional: _____
- 5- Tempo de trabalho nessa categoria profissional: _____
- 6- Tempo de trabalho no HPS: _____
- 7- Local de trabalho no HPS: _____
- 8- Turno de trabalho no HPS (tempo nesse turno): _____

Questões norteadoras para a entrevista:

- 1- Como descreves teus pacientes?
- 2- Já cuidaste de algum paciente vítima de agressão física que tenha informado outra causa no momento na internação? Exemplo: foi agredido (a) e informou que fraturou a perna porque caiu da escada. Qual o sexo deste (a) paciente? É freqüente esse tipo de situação?
- 3- O paciente vítima de agressão física é diferente dos demais?
- 4- Quais são estas diferenças?
- 5- Esse tipo de morbidade interfere no teu modo de fazer o cuidado a esse paciente? Fale um pouco sobre o que pensas sobre esse paciente?
- 6- Tens dificuldade para cuidar de um paciente vítima de agressão física? Por que?
- 7- Te interessa saber onde e por que aconteceu a agressão?
- 8- Como caracterizas um paciente custodiado?
- 9- Como vêes a questão da violência, em especial as agressões físicas? Qual o tipo que mais te preocupa?
- 10- A violência afeta o trabalho no HPS?
- 11- Na tua formação profissional a questão da violência foi abordada em algum momento?
- 12- Consideras que os serviços de saúde têm algum papel nas questões que envolvem a violência? E os profissionais da saúde? Como? Podem contribuir para a diminuição da mesma?
- 13- A notificação dos casos de violência deve ser realizada, em um serviço de saúde? Por quem? Para quem?
- 14- Consideras que os profissionais de saúde devam ser capacitados para trabalhar com as questões que envolvem a violência?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido

Sou mestranda em enfermagem na UFRGS e estou realizando uma pesquisa sobre a assistência de saúde aos pacientes vítimas de violência, hospitalizados em um Serviço Público de Emergência. A pesquisa tem como orientadora a Profª Drª Marta Júlia Marques Lopes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS.

O estudo será realizado inicialmente nas unidades de internação do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, através de uma entrevista com a equipe de enfermagem.

Necessito de sua autorização para realizar a coleta de dados através da referida entrevista. A mesma será gravada e trarei a transcrição da fita para que você a leia, pois só utilizarei os dados após o seu consentimento. Será preservada a sua identidade, ou seja, garantido o anonimato de cada sujeito. Você poderá desistir a qualquer momento de participar desta pesquisa. Estou à sua disposição para esclarecimentos inclusive durante o tempo que o estudo estiver sendo realizado.

Sou a pesquisadora e a responsável por essa pesquisa que será a minha dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.

Este documento foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre.

Agradeço antecipadamente

Sandra Maria Cezar Leal

Telefones para contato:

Concordo em participar do estudo acima referido.

Nome: _____

Assinatura: _____