

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP**

Luiz Antonio Manzochi

**O Profissional Invisível nas Emergências:
sua inserção social e institucional**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**São Paulo
2013**

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Luiz Antonio Manzochi

**O Profissional Invisível nas Emergências:
sua inserção social e institucional**

Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em **Psicologia Clínica** sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo
2013

BANCA EXAMINADORA

Dedico este trabalho

Aos profissionais que atuam nas emergências.
Que a humanidade, solidariedade e disponibilidade sejam sempre instrumentos
de trabalho; que dedicar-se a esta atividade seja fonte de realização
profissional e satisfação pessoal e nunca de adoecimento.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, minha orientadora, agradeço por todo incentivo e conhecimento compartilhado, pelos momentos de reflexão e empurrões solidários, necessários e bem vindos!!! Agradeço a generosidade e a prontidão assertiva que me dedica nestes anos de parceria no doutorado e na vida profissional. É um privilégio aprender com você. Muito obrigado.

À Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação que enriqueceram este trabalho.

À Profa. Dra. Sandra Regina Borges dos Santos, pelos ensinamentos e parcerias nos trabalhos junto às emergências, pela seriedade, competência e ricas contribuições no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Ida Elisabeth Cardinalli, pela disponibilidade em participar da banca examinadora deste trabalho.

À Profa. Dra. Iris Regina Fernandes Poffo, por compartilhar momentos de reflexão e pela disponibilidade em participar da banca examinadora deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Durval Luiz de Faria, pelos ensinamentos durante minha vida acadêmica e constante torcida profissional.

Aos meus pais, Helmy e Benoni (*in memoriam*), que me deram o presente da vida e inúmeras e valiosas oportunidades para sair para o mundo, aprender a me firmar nele e existir com felicidade.

À minha mãe, agradeço pela dedicação, incentivo e pelos momentos de avó que viabilizaram várias tardes de estudo.

Aos meus irmãos, Marcos e Lúcia, minha família e minha família estendida, por compartilharem as coisas da vida e estarem sempre na torcida. Obrigado queridos.

Ao 4 Estações Instituto de Psicologia, espaço fundamental para que várias sementes germinassem e frutificassem neste trabalho. Obrigado pelos conhecimentos compartilhados, pelas oportunidades e pela confiança.

À Gabi, querida amiga de longa jornada, agradeço pelo pontapé inicial, pelo incentivo durante todos esses anos e pela atenção e amor que me dedica.

À Luciana, obrigado pelo carinho e incentivo constante.

À Maria Ruth, a quem tenho eterna gratidão por ter caminhado ao meu lado por vários anos e tantos outros, agora dentro de mim; agradeço por ter me ensinado que a vida é um caminho em constante transformação, surpreendente e inédita.

À Mara, irmã querida, amiga, incentivadora. Parceira nos desafios da vida, sempre traz seu amor, carinho e sorriso para perto de mim. Obrigado, querida.

À Déria, Valéria, Rosane e Maria Inês, companheiras de reflexões, incentivadoras e torcedoras. Obrigado pelo carinho e atenção.

À Mônica Pereira e ao Pedrinho (seja bem vindo), pela atenção e cuidado acadêmico.

A todos os meus professores.

À Elaine e Paulo Roberto, pela disponibilidade e eficácia nas correções deste trabalho.

Ao CNPq.

À Mônica, meu amor e companheira de vida, mulher especial, agradeço por compreender a importância desse trabalho em minha vida e dar espaço em nossas vidas para que ele se concretizasse. Obrigado pela paciência, pelo amor e incentivo constantes, pela disponibilidade em refletir e contribuir com seus conhecimentos para enriquecer esse trabalho. Obrigado pelas melhores coisas de minha vida.

Ao meu filho Pedro Luiz, obrigado por existir e me banhar todos os dias com seu sorriso e sua sensibilidade. Obrigado pelas orações matinais feitas em parceria e que iluminam o restante de meu dia. Agradeço a paciência e desculpe pelos momentos que não pude jogar bola ou ir à piscina com você por estar envolvido neste trabalho. Agora vamos comemorar, aqui está ele! Pronto!

Resumo

Este estudo teve como objetivo inicial contribuir para melhoria na qualificação profissional do trabalhador invisível que atua nas emergências, assim como na elaboração de Programa de Atenção à Saúde do trabalhador para esses profissionais, buscando garantir sua saúde física e mental. Profissionais invisíveis das emergências são aqueles que atuam de forma ativa na emergência, mas não diretamente na assistência e, por este motivo, não recebem treinamento específico sobre trabalho nas emergências. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com amostra proposital. Foram entrevistados por meio de entrevista semiestruturada cinco profissionais: uma jornalista de cotidiano de mídia impressa, um motorista de ambulância, uma recepcionista de pronto socorro hospitalar, um fotógrafo da polícia científica e uma voluntária de atenção psicossocial. O conteúdo das entrevistas foi analisado e organizado em categorias construídas com base na literatura, sobretudo em conceitos da Psicologia das Emergências, Psicologia Social (identidade) e Psicologia organizacional e do Trabalho (treinamento e capacitação), com o intuito de agregar conhecimentos que auxiliassem na compreensão do fenômeno estudado. Foi possível observar o despreparo e falta de treinamento específico para atuar em emergências que afetam os profissionais invisíveis. A estrutura do serviço de atenção à saúde do trabalhador não é efetiva e contribui para estigmatizar o profissional que precise de atendimento psicológico ou psiquiátrico. A área de treinamento, desenvolvimento e educação não realiza treinamentos que contemplem a real necessidade dos profissionais. Transtornos emocionais e psicossomáticos levam o profissional a apresentar mudanças de padrão de relacionamento e comportamento. O estudo sugere estratégias de atuação e manejo que possam mudar esta realidade, propiciando espaço adequado para o profissional desempenhar suas funções de forma efetiva e preservando sua saúde física e mental.

Palavras-chave: psicologia da emergência, gerenciamento de crise, trabalhador invisível, doença ocupacional.

Abstract

This study had the objective to contribute to improving the professional qualification of invisible emergency workers, as well as to prepare an Occupational Health Program for these professionals, with the aim to ensure their physical and mental health. Invisible emergency professionals are those who work actively in emergency situations but not directly with the care of people, and for that reason, do not receive specific training on emergency work. A qualitative research with purposeful sample was carried out. Five professionals answered semi-structured interviews: a daily print media journalist, an ambulance driver, an emergency department receptionist, a forensic photographer, and a psychosocial care volunteer. The content of the interviews was analyzed and organized into categories based on the literature, especially on the concepts of Psychology of Emergency, Social Psychology (identity), and Organizational Psychology (training and qualification), with the aim to raise knowledge on the phenomenon studied. It was possible to observe the lack of preparation and specific training of the invisible professionals working in emergencies. The structure of the occupational health care is ineffective and stigmatizes professionals who need psychological or psychiatric care. The training, development and education area does not promote trainings that address the real needs of the professionals. Emotional and psychosomatic disorders cause changes in the relationship and behavioral patterns of these employees. The study suggests action and management strategies that could change this reality, providing enough space for the professionals to perform their functions effectively, preserving their physical and mental health.

Key-words: psychology of emergency, crisis management, invisible worker, occupational disease.

ÍNDICE DE SIGLAS

CENAD – Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres.

COMDEC – Órgão Municipal de Defesa Civil.

FUNCAP – Fundo Especial para Calamidades Públicas.

NUDECs – Núcleos Comunitários de Defesa Civil.

SEDEC – Secretaria Nacional de Defesa Civil.

SINDEC – Sistema Nacional de Defesa Civil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – O trabalho nas Emergências	16
1.1. Histórico e contexto	16
1.1.1. Política Nacional de Atenção às Urgências – Ministério da Saúde	22
1.2. O Trabalho desenvolvido nas situações de Emergências e Desastres ..	24
1.2.1. Habilidades para intervenção em crise: Como fazer?	31
1.3. Quem é o Profissional das Emergências?	33
CAPÍTULO 2 – A atenção à saúde do trabalhador, onde se situa a doença ocupacional	36
2.1. Doenças Ocupacionais: O risco ocupacional do Trabalhador das Emergências	38
CAPÍTULO 3 – As relações do mundo do trabalho e os profissionais das emergências	43
3.1. O contexto institucional e identidade	43
3.2. Treinamentos e contexto institucional	47
CAPÍTULO 4 – Objetivos	50
4.1. Objetivo geral	50
4.2. Objetivos específicos	50
CAPÍTULO 5 – Método	51
5.1. Considerações éticas	55
CAPÍTULO 6 – Análise	56
CAPÍTULO 7 – Discussão	71

CAPÍTULO 8 – Considerações finais	82
--	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
---	-----------

ANEXOS

Anexo I – Roteiro de entrevista semiestruturada	95
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
Anexo III – Ficha de Informação Demográfica	98

Introdução

As situações de emergência e desastres são alvos recentes de estudos que vêm se ampliando devido à maior frequência de ocorrência de desastres, tanto naturais como causados pela ação do homem. A maior mobilidade de pessoas no mundo e a comunicação instantânea entre os mais distantes pontos da terra contribuem para aumentar a visibilidade dos desastres, é possível assistir a um desastre ou emergência praticamente durante seu acontecimento.

A televisão e a internet estão em todo e qualquer lugar, em tempo real, guerras, terremotos, enchentes, assaltos, arrastões, explosões, prisões, assassinatos e ocupações de favelas estão presentes no cotidiano das pessoas. Hoje, é possível assistir àquilo que, antigamente, também acontecia, mas dificilmente chegava ao conhecimento de todos, pelo menos não de maneira tão rápida e detalhada, com o avanço da tecnologia, as imagens são exaustivamente exploradas e divulgadas pela mídia. O olhar de estudiosos, especialistas, teóricos e profissionais voltou-se para essa realidade, uma vez que surgem necessidades inúmeras para serem estudadas, desveladas, compreendidas, pensadas e atendidas.

Seres Humanos envolvidos em emergências e desastres têm suas vidas transformadas devido a consequências diretas ou indiretas de estarem vivendo uma situação de crise e trauma. Nesse cenário, em um primeiro momento, encontram-se pessoas que são vítimas das emergências, sobreviventes que devem receber auxílio, atendimento, orientação e suporte. Então se identificam aqueles que vêm ao seu encontro, os socorristas, que podem ser bombeiros, médicos, paramédicos, enfermeiros, policiais, psicólogos, assistentes sociais, religiosos e outros.

Esses socorristas também podem ser considerados vítimas? Há inúmeros questionamentos a respeito do socorrista. Se o socorrista (bombeiro ou assistente social) não for membro daquela comunidade em que aconteceu o deslizamento de terra que soterrou casas, escolas e pessoas, ele não é uma vítima direta; se o socorrista (médico ou enfermeiro) não for o paciente que

está enfartando no Pronto Socorro, ou o familiar que é o acompanhante deste paciente, ele não é uma vítima direta; se o socorrista (policial ou enfermeiro) não tiver qualquer ligação com o motoqueiro atropelado ou com a senhora que chamou o SAMU porque entrou em trabalho de parto prematura e inesperadamente enquanto fazia compras na feira, ele não é vítima direta da emergência.

Estudou-se, refletiu-se a respeito e foi identificado que nas emergências existem aqueles que estão afetados diretamente e aqueles que estão afetados indiretamente pela emergência, mas que não deixam de sofrer impactos e consequências. Identificou-se também que existem profissionais das emergências que recebem algum tipo de preparo para atuar nesses contextos, por exemplo: bombeiros, paramédicos, médicos, enfermeiros, psicólogos de emergências, policiais, profissionais que atuam diretamente na assistência às vítimas e recebem algumas orientações e treinamentos, mas existem também aqueles profissionais que chamaremos de profissionais invisíveis, que atuam no contexto de emergências de forma ativa, mas não voltados diretamente para assistência e não recebem treinamentos específicos, sendo eles: jornalistas, fotógrafos, motoristas de ambulância, recepcionistas de Pronto Atendimento (PA), socorristas voluntários de atenção psicossocial.

O interesse por estudar a respeito do universo desses profissionais invisíveis das emergências e sua atuação do ponto de vista técnico, objetivo e subjetivo surgiu após identificar-se que tais profissionais estão expostos a situações de risco, estresse, morte e ameaça de morte, além de terem de trabalhar auxiliando pessoas que estão estressadas e com seu funcionamento cognitivo e emocional alterado.

É evidente a necessidade de que esse profissional receba treinamento teórico e prático para atuar nesse contexto e desempenhar sua atividade profissional, ciente de que é uma pessoa em risco que precisa ter determinados cuidados, reconhecer o momento de crise pelo qual a vítima por ele atendida está passando, bem como as consequências advindas desse momento. Esse profissional deve possuir também algum tipo de assistência à saúde do trabalhador, que possa minimamente fornecer ajuda efetiva para os problemas que podem surgir como consequência de sua atuação nesse contexto.

O *International Work Group on Death Dying and Bereavement – IWG* (2002) define as pessoas afetadas por desastres como:

- Sobreviventes (feridos ou não).
- Testemunhas (mídia que registra o ocorrido).
- Primeiros socorristas (serviços de emergência e outros).
- Parentes enlutados, amigos e colegas.
- Pessoas indiretamente traumatizadas.
- Socorristas “secundários” (profissionais e voluntários cuidadores, governantes, políticos e outras pessoas envolvidas).

Nesse artigo, o IWG define ainda desastre como um evento traumático que causa perda de muitas vidas, de saúde e/ou propriedades, bem como impacto em muitas pessoas. Além disso, considera que eventos que causem menos de dez mortes ou menores perdas não constituem desastre, embora reconheçam que esses eventos menores suscitarão consequências similares nas pessoas envolvidas.

Nesse trabalho, é importante ressaltar que as pessoas envolvidas em emergências e desastres estão sujeitas a inúmeras mudanças em seu cotidiano, sua rotina e crenças a respeito de si mesmas e do mundo que as cerca, além de mudanças emocionais e fisiológicas. Todas as pessoas, independentemente de seu nível de envolvimento e de sua forma particular de enfrentar a crise desencadeada pela emergência ou desastre, sofrerão alguma influência do momento vivido.

O objetivo desta pesquisa é estudar o profissional invisível que trabalha nas emergências e desastres, assim como sua atuação e formação profissional. O foco desse estudo será no profissional de emergência que atua em desastres ou eventos menores, bem como as pressões decorrentes desse tipo de atividade, ou seja, profissionais que, em sua atuação, estão expostos aos efeitos decorrentes das situações de crise.

A opção por estudar esse tema é decorrente de um trabalho de muito tempo como psicólogo hospitalar atuando em Centro de Terapia Intensiva (CTI), em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), unidades de Cuidados Paliativos, Clínica Médico – Cirúrgica, Oncologia, sempre em equipe multidisciplinar exposta às mais diferentes situações de emergência e crise.

Nesse período foi possível vivenciar e constatar que, apesar de existirem rotinas e protocolos claros para procedimentos hospitalares com definições para uso de medicamentos, atendimento sistematizado e hierarquias, não se encontrou diretrizes para direcionar, orientar e dar subsídio para o profissional que atua em situações de emergência e que tem de lidar com o aspecto emocional da emergência. Mesmo que existam definições que cuidam de aspectos de caráter objetivo, que encaminham o desenrolar da emergência, nunca se vivenciou na prática hospitalar o uso de material que abarcasse os primeiros auxílios psicológicos que podem ser prestados por qualquer um dos profissionais da equipe. Por isso, é evidente que, apesar das boas intenções e da dedicação dos profissionais, não existe gestão, e os resultados do trabalho devem-se à criatividade e à técnica dos profissionais. Além dessa falta de direcionamento para sua atuação, faltam estruturas eficientes que possam atender às necessidades geradas ao profissional, decorrentes desse tipo de atuação.

Nesse estudo, transita-se por conceitos da Psicologia das Emergências, da Psicologia Social (identidade e ideologia) e da Psicologia Institucional (treinamentos e capacitação), promovendo um olhar sobre o profissional invisível das emergências inserido no contexto social e institucional; refletindo a respeito das necessidades sentidas pelo profissional que trabalha nas emergências e aquilo que as instituições/empresas oferecem a esse profissional, seja em forma de treinamento ou de programas de atenção à saúde do trabalhador.

É necessário, portanto, lançar um olhar para as instituições de trabalho em busca da compreensão de seu contexto e realidade para identificar como elas se estruturam para oferecer atividades de treinamento e capacitação a esses profissionais invisíveis das emergências.

Nesse contexto das emergências, exploram-se as possibilidades teóricas e metodológicas que o campo de estudo em morte, luto, crise e catástrofe oferece para trabalhar na capacitação e na atenção à saúde do profissional das emergências, buscando manter sua saúde física e mental.

CAPITULO 1 – O trabalho nas Emergências

1.1. Histórico e Contexto

Desde o ano de 79 d.C., com a erupção do vulcão Vesúvio, existem registros de grandes catástrofes nas civilizações, sejam elas naturais ou causadas pelo homem devido à sua ação sobre a natureza, muitas pessoas já morreram em terremotos, explosões de vulcões, enchentes, deslizamentos de terra, epidemias, naufrágios, queda de aviões, guerras, choques entre trens, automóveis, explosões nucleares e outras tantas catástrofes. Esses eventos foram acompanhados pela preocupação do Homem em se defender, assim como defender seu território; foram surgindo, então, formas de organização que buscavam essa proteção.

Freitas et al. (1983), historiadores interessados na II Guerra Mundial, relatam que as estruturas e organizações que atuam hoje nas emergências começaram a surgir a partir de 1900. Entre 1914 e 1918, durante a I Guerra Mundial, a Marinha Imperial Alemã efetuou cerca de 200 incursões de bombardeio contra a Grã-Bretanha, atacando, principalmente, alvos civis. A precariedade dos meios utilizados produziu menos de 2.000 vítimas, entre mortos e feridos, e poucos prejuízos materiais. De fato, o prejuízo maior foi dos alemães que haviam produzido o ataque. O governo britânico ficou alerta diante do ataque, as possibilidades abertas pelo bombardeio de áreas urbanas começaram a ser estudadas metodicamente, projetando-se as consequências e tentando criar ações preventivas. Nas décadas de 1920 e 1930, outras ações do tipo chamaram a atenção, como o ataque aéreo japonês contra Xangai e o bombardeio da cidade de Guernica pela aviação alemã, em 1937, durante a Guerra Civil Espanhola. A destruição de Guernica precipitou a tomada de medidas pelo governo britânico, tendo em vista o iminente início de mais uma guerra na Europa. O Ministério do Interior criou uma organização chamada *Air Raid Precautions* ou Precauções contra Ataques Aéreos, que iniciou atividades como: remoção de crianças das áreas de Londres e sudeste da Inglaterra para o interior do país; construção de abrigos subterrâneos públicos e incentivos à

construção de abrigos particulares; distribuição de máscaras contra gases e capacetes de aço; treinamento de pessoal para combate a incêndios, prestação de primeiros socorros e salvamento de vítimas sob escombros.

A experiência levou ao desenvolvimento de medidas de educação e proteção que foram difundidas em larga escala para população, como: cobrir as janelas para escurecer as ruas; colar fita adesiva nos vidros para evitar estilhaços e conhecer os toques de alarme e de final de ataque.

As organizações de voluntários para atuar em emergências cresceram. Cidadãos apresentaram-se à Cruz Vermelha, Exército de Salvação, Malteses (atualmente conhecida como Ordem de Malta, uma organização humanitária soberana internacional que mantém hospitais e centros de reabilitação, trabalham com idosos, refugiados, pessoas com doenças terminais e hanseníase). Organizações governamentais foram criadas com finalidades específicas como os Grupos de Salvamento Pesado, o Real Corpo de Observadores, os Vigilantes Antiaéreos e os Controladores de Danos.

Aconteceu, então, a II Guerra Mundial, com novo panorama a ser enfrentado, os complexos industriais estavam localizados nas grandes cidades e passaram a ser o alvo de ataques; a taxa de urbanização estava elevada e, conseqüentemente, a densidade demográfica também, tornando a população cada vez mais vulnerável aos ataques (Freitas et al., 1983). Assim, o povo foi atingido de forma direta pelos grandes bombardeios que não mensuravam alvos e sim a destruição em massa. O mesmo aconteceu no Japão, atacado por bombas atômicas.

Em decorrência dessa exposição da população aos ataques sofridos por exércitos inimigos, a Inglaterra montou uma organização denominada *Civil Defense (Defesa Civil)*, que tinha o objetivo de preparar e organizar a população, com o objetivo de minimizar os danos causados pelos ataques inimigos (Brasil, 2005).

Passou a ser dada uma grande importância à organização da Defesa Civil. O Japão já possuía, durante a II Guerra Mundial, um sistema eficiente de proteção civil, bem organizada e mobilizada. Essa organização foi percebida quando ocorreram as explosões das bombas atômicas nas cidades de Hiroshima e Nagasaki; de um total de 500.000 pessoas que residiam nas duas cidades, aproximadamente 200.000 foram evacuadas, e cerca de 350.000

sobreviveram. Número representativo, uma vez que armas atômicas têm um grande poder letal. Além disso, em dez dias as indústrias já estavam trabalhando com 70% de sua capacidade. Ao contrário da Alemanha que, após os bombardeios, teve sua população paralisada, pois não havia um sistema de proteção civil eficiente e organizado.

Durante e após esse período de guerras, surgiram outros organismos internacionais de proteção civil, tais como: Organização Internacional de Proteção Civil (1931), Organização das Nações Unidas (1945), Secretaria de Coordenação de Socorro às Catástrofes da Organização das Nações Unidas (1971), Cruz Vermelha Internacional (1859). Essas novas organizações refletiram na mudança de foco, colocando o ser humano como tema principal, a proteção não deveria ser dada somente ao estado, mas ao cidadão. Diante desse contexto, ocorreu a união do Estado com a sociedade civil, que passam a atuar juntos.

Esse panorama complexo que envolve a saúde física e mental das pessoas expostas a situações de emergência trouxe, para as instituições que se propunham a cuidar delas, questões importantes para a estruturação dos serviços e treinamento de seus participantes.

A história da Defesa Civil no Brasil começou com a participação do país na II Guerra Mundial. Em 1942, dois navios de passageiros afundaram na costa brasileira, com um total de 56 vítimas. O governo federal, pensando na segurança da população, tomou medidas como a criação do Serviço de Defesa Passiva Antiaérea e a obrigatoriedade do ensino da defesa passiva nos estabelecimentos de ensino oficiais ou particulares. Em 1943, a Defesa Passiva Antiaérea passou a se chamar Serviço de Defesa Civil, estando sob a supervisão do então Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Em 1966, no Estado da Guanabara (atual Rio de Janeiro), foi organizada a primeira Defesa Civil Estadual do Brasil em razão de uma grande enchente no Sudeste. Em 1967, foi criado o Ministério do Interior com a incumbência de assistir populações atingidas por calamidade pública em todo o território nacional.

No final da década de 1960, foi criado no Ministério do Interior o Fundo Especial para Calamidades Públicas (FUNCAP), que foi regulamentado no país em 1970. Neste mesmo ano, o Grupo Especial para Assuntos de Calamidades

Públicas também foi instituído no ministério. A organização sistêmica da defesa civil no Brasil aconteceu em 1988, com a criação do Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC). O SINDEC foi reorganizado em 1993 e atualizado por intermédio do Decreto Federal nº 5.376, de 17/02/2005, estando vinculado ao Ministério da Integração Nacional. Nessa nova estrutura do SINDEC, houve destaque à criação do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD) e do Grupo de Apoio a Desastres e o fortalecimento dos órgãos de Defesa Civil estaduais e municipais (Braun, 2006).

A Política Nacional de Defesa Civil define a Defesa Civil no Brasil como “(...) o conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar os desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social” e entende ainda que deve haver “(...) o direito natural à vida e à incolumidade, formalmente reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil. Compete à Defesa Civil a garantia desse direito, em circunstâncias de desastre” (Castro, 2000, p. 12).

O SINDEC é articulado nos níveis: federal, estadual e municipal, tendo a responsabilidade de promover a defesa contra desastres, prevenir e minimizar danos, socorrer e assistir as populações afetadas, reabilitar e reconstruir cenários afetados por desastres e atuar na iminência e em situação de desastres.

Em âmbito federal o órgão central é a Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC), responsável pela articulação, coordenação e gerência técnica do sistema. Os Órgãos Estaduais de Defesa são responsáveis pela coordenação e controle em nível estadual, e nos municípios existem os Órgãos Municipais de Defesa Civil, também denominados pela sigla COMDEC, bem como os Núcleos Comunitários de Defesa Civil.

O objetivo básico dos órgãos municipais de Defesa Civil é unir as forças civis e institucionais da área, a fim de motivá-las a participar de uma organização aberta, que tenha como preocupação fundamental capacitar-se para enfrentar as situações emergenciais.

É conveniente que a população (autoridades, serviços e o público) esteja efetivamente habilitada e treinada para evitar ou minimizar os efeitos de fenômenos adversos ou de situações críticas, sendo que a população deve

estar organizada, preparada orientada como fazer e o que fazer podendo assim a comunidade dar uma resposta eficiente aos desastres (Calheiros, 2004).

Para que as ações de Defesa Civil no município sejam eficazes, é necessário que o Órgão Municipal de Defesa Civil seja capaz de tornar o município perfeitamente capacitado a agir no momento oportuno, por meio do acionamento de planos específicos, previamente elaborados, contando com todos os recursos institucionais, humanos e materiais disponíveis, cadastrados e com funções definidas.

Para que a defesa civil municipal esteja preparada para agir, seus componentes devem ter conhecimento técnico, devendo estar capacitados e instruídos para trabalharem na prevenção de desastres e estarem prontos para enfrentá-los, o que consiste na tomada de uma variedade de medidas, de curta e longa duração, planejadas para salvar vidas e limitar os danos que podem ser causados.

Os NUDECs são núcleos comunitários de Defesa Civil, formados nas comunidades, cujo objetivo é planejar, promover e coordenar atividades de defesa civil, trabalhando em suas diferentes fases: preparação, prevenção, resposta e reconstrução. São compostos por pessoas da comunidade que por meio de ações voluntárias se organizam na busca da qualidade de vida e da autoproteção.

O funcionamento dos NUDECs é de primordial importância para o bom funcionamento do SINDEC, uma vez que os principais desastres ocorrem nas comunidades, afetando-as. Logo quem primeiro dá a resposta àquele desastre é quem melhor o conhece, ou seja, a própria comunidade. Por isso, comunidades bem preparadas fortalecerão o sistema, conforme estabelecido na sétima diretriz da Política Nacional de Defesa Civil:

Implementar programas de mudança cultural e de treinamento de voluntários, objetivando o engajamento de comunidades participativas, informadas, preparadas e conscientes de seus direitos e deveres relativos à segurança comunitária contra desastres. (Castro, 2000, p. 13)

Segundo Calheiros (2004), os NUDECs funcionam como elos entre a comunidade e o governo municipal, com atribuições previstas no decreto

federal 5.376, de 17 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil. O Art. 14 desse decreto, define os NUDECs como *“centros de reuniões e debates entre a COMDEC e as comunidades locais e planejam, promovem e coordenam atividades de defesa civil, com destaque para: avaliação de risco de desastres, promoção de medidas preventivas, simulados e treinamento de voluntários”*.

A Defesa Civil propõe-se, portanto, a atuar no âmbito preventivo, na atenção primária e na reconstrução das comunidades afetadas, esse trabalho requer o reconhecimento físico das regiões, o conhecimento da comunidade, seus valores e sua cultura, pois, tanto para a elaboração de um programa preventivo como para uma intervenção no momento de crise e reconstrução, será essencial o relacionamento estabelecido entre o socorrista e o socorrido. A eficácia das intervenções propostas está diretamente ligada a real necessidade das pessoas e comunidades, e essas propostas, por sua vez, só podem ser definidas considerando-se essas pessoas e sua realidade. Isso requer, da instituição socorrista, uma postura de investigação e de aceite do universo daquele ao qual ele se propõe a socorrer. Além disso, como as pessoas envolvidas na defesa civil de uma região fazem parte da comunidade local, quando houver alguma necessidade de intervenção, eles estarão atuando em sua própria comunidade, o que nos alerta para o fato de que o socorrista estará exposto, não só ao estresse das situações de emergência e catástrofes, mas também ao estresse de ver sua própria comunidade, sua rua, seu bairro, seus vizinhos, e porque não, sua própria vida ameaçada.

Cada NUDEC promove o treinamento com os voluntários de sua comunidade da maneira que julgar necessário. Não existe, portanto, um treinamento padrão que garanta que todos os temas relevantes para o tipo de atividade que os voluntários exercerão sejam abordados. Todas essas questões exigem que a instituição socorrista desenvolva estratégias e treinamentos que possibilitem a eficácia de suas intervenções e garantam a saúde física e mental de seus integrantes.

1.1.1. Política Nacional de Atenção às Urgências

Ainda no campo do atendimento às emergências temos a Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde (2006) que estabelece as diretrizes para implementação, em território nacional, do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Observa-se que não existe diretriz definindo como lidar com os primeiros atendimentos psicológicos nas emergências e, na lista de profissionais que devem compor as equipes de trabalho, o psicólogo consta como um profissional opcional.

A Política Nacional de Atenção às Urgências criou o Núcleo de Educação em Urgências (NEU) que busca capacitação, habilitação e educação continuada do profissional que atua nas urgências e reconhece a necessidade de criação de material didático adequado, cursos de capacitação que reflitam realmente a realidade de nosso país e instrumentalizem de forma efetiva os profissionais que trabalham em urgências, com cursos com profissionais qualificados e carga horária suficiente para o desenvolvimento do conteúdo necessário. O NEU discorre a respeito de sua proposta de cursos para capacitação destacando que os conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país não garantem a qualidade do aprendizado.

Encontra-se na Política Nacional de Atenção às Urgências (2006) a portaria GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que apresenta regulamento que propõe temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem desenvolvidos pelos NEUs e considerados necessários para a certificação inicial de profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento às urgências e emergências, seja ele de caráter público ou privado. O regulamento apresenta proposta de capacitação para profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel, profissionais não oriundos da área da saúde, profissionais da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência do tipo B, C e D e profissionais oriundos da área da Saúde.

Contudo, nos programas propostos pelo NEU e nas habilidades esperadas de cada profissional, não existe referência à esfera das relações multiprofissionais, nem ao aspecto psicológico e emocional do trabalho e suas implicações, tanto para o cliente como para o profissional, além de não haver

referência sobre como lidar com os primeiros auxílios psicológicos. O documento coloca como habilidade esperada de seus profissionais o “equilíbrio emocional”, sem definir ou descrever no que consiste esse equilíbrio emocional e sem um programa que, minimamente, possa dar conta disso na realidade do profissional que trabalha nas emergências e está exposto constantemente ao estresse.

Para os profissionais de atendimento pré-hospitalar móvel, não oriundos da área da saúde, como profissionais da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência, a proposta de capacitação do NEU abrange conhecimento dos equipamentos de comunicação e transporte, conhecimento das estruturas do sistema de saúde, conhecimentos para abordagem dos pacientes no que diz respeito a sua saúde física e estratégias de manejo de vias aéreas, ressuscitação cardiopulmonar, conhecimentos específicos das alterações na saúde física de vítimas de afogamento, intoxicação exógena, acidentes com produtos perigosos, parto e manejo de recém-nascidos. Sobre o tema “intervenção, crise e atendimento de pacientes especiais”, o conteúdo sugerido é “reconhecimento e intervenção em situações de crise”, e a habilidade esperada do profissional é “conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nesta situação”. Para a capacitação nesse tema, é proposta carga horária teórica de 2 horas e nenhuma carga horária prática. Nota-se nesse exemplo a inadequação do conteúdo e carga horária sugeridos pelo programa de treinamento.

É reconhecida a importância da educação e do treinamento dos agentes socorristas, seja para atuar junto a comunidades em situações de catástrofe, seja em atendimentos do SAMU ou locais de Pronto Atendimento. Se há, nas instituições, departamentos responsáveis por educação e treinamento, fica a pergunta: por que existem estruturas ineficientes e profissionais insatisfeitos e adoecendo em suas atividades profissionais e voluntárias? Esse estudo se ocupa de discutir esta realidade mais adiante.

1.2. O trabalho desenvolvido nas situações de Emergências e Desastres

Uma situação de emergência e desastre desencadeia uma crise importante nas pessoas afetadas por ela, podendo resultar em situação traumática.

James e Gilliland (2005) definem crise como um desequilíbrio que se instala na vida do indivíduo atingido, afetando não só ele, mas os familiares e a comunidade, desorganizando um sistema que funcionava normalmente e que se depara com algo inusitado, fora de seu repertório, gerando nas pessoas envolvidas diferentes reações. A crise pode causar um trauma, um desequilíbrio psicológico, exigindo a utilização de recursos pessoais pouco ou nunca utilizados anteriormente pelo indivíduo; as situações extremas como morte, ameaça de morte, ferimentos graves e vulnerabilidade são potencialmente causadoras de trauma.

Os momentos de crise desestruturam as pessoas que passam a viver um estado de torpor, confusão e incertezas e podem apresentar sintomas físicos e emocionais. Os familiares ou sobreviventes terão suas vidas alteradas, perdem a ilusão de controle da situação, apresentam preocupação com sua sobrevivência e luto pela possibilidade da perda.

Moriz (2002) apresenta um levantamento de sintomas encontrados em pessoas vítimas de desastres que tinham em comum a capacidade de afetar muitas pessoas ao mesmo tempo e provocar uma série de fatores estressantes, como: ameaça à vida ou à integridade física, exposição ao morto ou ao morrer, enlutamento, perda de vínculos significativos, desagregação social e cultural. Entre os problemas psicológicos encontrados destacam-se: estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, problemas psiquiátricos, depressão maior, distúrbio de ansiedade, síndrome de pânico. Foram encontrados também sintomas não específicos, como: baixa qualidade de sono, aumento no uso de álcool, drogas e cigarros, problemas e conflitos familiares, problemas em relacionamentos interpessoais, preocupações financeiras.

Para auxiliar essas pessoas que passam por experiências traumáticas, Dyregrov (2003) considera necessário: ajuda rápida e organizada com um foco e que auxilie e forneça às vítimas informações a respeito do que aconteceu, do

que podem esperar do futuro próximo e das possíveis reações. Para um auxílio eficaz, é necessário um serviço com qualidade que seja planejado e que conte com pessoas qualificadas.

A intervenção precoce deve ser bem organizada e fazer mais do que oferecer conforto e oportunidade para as vítimas se unirem; os serviços devem incluir intervenção imediata, intervenção psicoeducacional e terapia específica para situações de trauma. É importante que as vítimas possam receber um auxílio prolongado e se vincular com pessoas envolvidas no processo.

Em uma situação de emergência e catástrofe Leitner (1974) e Belkin (1984) apud James & Gilliland (2005), Dyregrov (2003) e Franco (2005) sugerem que as intervenções devem ser feitas com o objetivo de auxiliar as vítimas e sobreviventes a enfrentar o momento mais crítico de incertezas (início da crise), conseguindo compreender o que está acontecendo, buscando resgatar a sensação de controle sobre suas vidas, proporcionar condição física e emocional para que cada indivíduo consiga utilizar seus recursos para superar o problema e conseguir utilizar os recursos da comunidade.

A intervenção de primeira instância refere-se aos primeiros auxílios psicológicos, ou seja, à assistência imediata, que pode se dar em um único encontro, com duração de minutos a horas. Os principais objetivos desses primeiros auxílios são proporcionar apoio, reduzir o perigo de morte e aliar a pessoa em crise com os recursos de ajuda disponíveis. Essa intervenção pode ser realizada no momento e lugar em que necessários, pode ser em ambientes comunitários, hospitais, igrejas, escolas, ambientes de trabalho, linhas telefônicas de urgência. Policiais, assistentes sociais, padres, enfermeiras, médicos, advogados são alguns dos profissionais habilitados a realizar essa primeira ação, além de psicólogos e psiquiatras. A intervenção de segunda instância diz respeito à terapia para a crise, que também é um processo terapêutico breve, porém este vai além da restauração do enfrentamento imediato, pois o encaminhamento dado à resolução da crise pode durar de semanas a meses e tem como meta assistir a pessoa para integrar a crise à sua história de vida, com melhores recursos e disposição para encarar o futuro.

Essa intervenção requer maior preparo de quem irá aplicá-la, por isso os mais indicados são os psicoterapeutas, em geral psicólogos e psiquiatras (Slaikeu, 1996).

Segundo Benveniste (2000), as pessoas habilitadas à prática da intervenção em situações de crise podem começar a intervenção logo depois do evento traumático. Para a vítima pode ser bastante doloroso falar a respeito do que se passou, mas a maioria refere um alívio e uma redução dos sintomas após o atendimento.

A intervenção em crise é uma estratégia de ajuda indicada para auxiliar uma pessoa e/ou família ou grupo no enfrentamento de um evento traumático, amenizando os efeitos negativos, tais como danos físicos e psíquicos e incrementando a possibilidade de crescimento de novas habilidades de enfrentamento e opções e perspectivas de vida. O tipo de crise não importa, pois o evento é emocionalmente significativo e gera uma mudança radical na vida da pessoa. A intervenção terapêutica no momento da crise é tão eficaz quanto à intervenção de um paramédico ao proporcionar suporte de vida a um ferido grave (Rodriguez, 2003). Assim, as metas durante a superação da crise devem ser focadas em ajudar as pessoas a lidar com o evento traumático, a ajustar-se à nova situação, a devolver-lhe seu nível anterior de funcionamento. Essas metas são estabelecidas por meio de um convite ao indivíduo para que fale de sua experiência, fazendo com que observe o evento a distância ou em outra perspectiva, ajudando-o a ordenar e reconhecer seus sentimentos, além de buscar a resolução de problemas, iniciando pelas metas mais práticas e imediatas.

Geralmente, os indivíduos que se encontram em crise são tomados por pensamentos e sentimentos que dificultam o estabelecimento de prioridades, preocupam-se mais com o que não podem resolver imediatamente e ignoram os problemas mais imediatos e de mais fácil solução, no momento. Por isso, é necessário que o técnico o ajude a organizar-se, estabelecendo metas em curto e longo prazo. As metas de curto prazo buscam tranquilizar o indivíduo, manejar o medo, falar sobre o ocorrido; as de longo prazo são para ajudá-lo na retomada de planos de vida, como a busca por trabalho ou de uma terapia de longa duração, se necessário. O técnico precisa ser ativo e direto, ajudando o paciente a definir esses tipos de metas, bem como executá-las, tanto as de curto, como as de longo prazo (Benveniste, 2000). Nota-se que esse autor utiliza o termo vítima quando fala a respeito das pessoas que passam por situações de crise e desastre, mas usa o termo paciente, quando a vítima está

envolvida em alguma situação de intervenção, seja de apoio, acolhimento ou de psicoterapia, ressalta-se que o termo paciente significa ter paciência, esperar, ter uma posição passiva, aguardando algum acontecimento, reduzindo e retirando da vítima o poder e o importante papel que ele tem no enfrentamento ativo da crise que está vivenciando. O técnico trabalhará com a vítima conforme os recursos que esta apresentar ou tiver capacidade de desenvolver naquele momento; a possibilidade de entendimento, o reconhecimento e a ação da vítima nortearão o trabalho do técnico. Será a ação conjunta técnico/vítima que possibilitará o atendimento adequado às necessidades da vítima.

Para trabalhar nas crises são propostos modelos de intervenção. Leitner (1974) e Belkin (1984) apud James e Gilliland (2005) escrevem a respeito de três modelos de intervenção: Modelo de Equilíbrio, Modelo Cognitivo e o Modelo de Transição Psicossocial, todos baseados em teorias específicas.

- *Modelo de Equilíbrio:* Este modelo busca auxiliar o cliente a restabelecer o equilíbrio pré-existente em sua vida antes da crise. É um modelo mais adequado para o início da crise, quando o cliente está desorientado, desesperado, sem saber como se organizar e que atitudes tomar.
- *Modelo Cognitivo:* O objetivo deste modelo é auxiliar o cliente a se conscientizar e modificar seu modo de ver e suas crenças a respeito dos acontecimentos e da situação de crise. Esse modelo baseia-se na concepção de que o indivíduo reage àquilo que a crise significa e não simplesmente aos fatos concretos da crise, se o indivíduo conseguir perceber isso, poderá modificar a leitura que faz do momento e poderá, quem sabe, reagir de forma diferente.
- *Modelo de Transição Psicossocial:* Este modelo preconiza que cada indivíduo é produto de sua genética somada à vivência com seu meio social e cultural. Portanto, o objetivo de suas intervenções é auxiliar o cliente a identificar as dificuldades internas (pessoais) e externas (da situação) que contribuem para a crise, para então escolher alternativas possíveis de enfrentamento e manejo, utilizando recursos pessoais e recursos do meio social e cultural para resolução da crise.

Ressalta-se a importância de identificar as particularidades de cada modelo, sabendo que estão baseados em teorias diversas, porém com a clareza de que podem ser utilizadas técnicas específicas de cada modelo, conforme a necessidade das pessoas envolvidas. Os mesmos autores nomeiam esta flexibilidade de Teoria Eclética de intervenção em crise.

Franco (2005, p. 179) confirma a importância da intervenção de primeiros auxílios psicológicos em situação de emergência e concorda que na atuação do profissional socorrista aparecem técnicas de cada modelo. *“A intervenção psicológica em emergência promove e estimula a capacidade adaptativa dos sujeitos, (...) oportuniza que utilizem como recurso a rede de apoio social (...) e objetiva um reconhecimento cognitivo do evento”*.

Segundo Franco (2005), o atendimento psicológico na situação de crise busca conter o desespero e a desorganização dos indivíduos e do grupo, fornecer um espaço de acolhimento e orientação, prevenir um processo de luto complicado, auxiliar familiares a retomar o controle da situação, aumentar a capacidade adaptativa.

James e Gilliland (2005) descrevem o Modelo de Seis Passos para intervenção em crise que propõe atitudes e ações conjuntas que possibilitam o manejo e trabalho com o cliente durante a crise. Definem o profissional que auxilia a pessoa ou grupo de pessoas em crise como um gestor, que deverá ter uma visão ampla de todo o processo ao mesmo tempo em que lida com as características individuais, bem como tem a responsabilidade de gerenciar a crise moldando-se às necessidades que se modificam a cada momento. Para isso, o gestor necessita de muitas competências pessoais e deve:

- 1) Definir o problema do ponto de vista do cliente para saber a dimensão da crise vivenciada.
- 2) Garantir segurança física e emocional ao cliente minimizando as situações de risco.
- 3) Fornecer suporte, garantir e demonstrar ao cliente que está ali para ajudá-lo e que realmente se importa com ele.
- 4) Avaliar alternativas, levantando as alternativas possíveis que possam auxiliar o cliente frente a cada situação ligada à crise.

- 5) Planejar ações e atitudes que auxiliem na resolução de problemas e na retomada de controle sobre a situação.
- 6) Obter compromisso, para que o cliente esteja engajado no enfrentamento da situação, com atitudes e posturas que garantam este engajamento; demonstrando que o compromisso do cliente é indispensável para o sucesso do processo.

É reconhecida, portanto, a grande importância de se proteger o cidadão, o indivíduo e a comunidade. Os modelos apresentados anteriormente, que fundamentam a *práxis* da Psicologia das Emergências e Desastres, abordam, entre outros temas, as consequências das emergências no âmbito individual. As situações inesperadas, inusitadas, surpreendentes e, por isso, desestruturantes geram estresse emocional e a ruptura com aquilo que a pessoa acreditava ser um mundo seguro, previsível. Segundo Parkes (2009), este é definido como o Mundo Presumido, construído por cada um com base nas concepções sobre os pais ou principais cuidadores, nas concepções a respeito de si, daquilo que espera dos outros e de seu senso de significado e propósito de vida. Para o autor, o Mundo Presumido é que possibilita estabelecer um senso de confiança e segurança na vida e é constituído por meio das relações que a criança estabelece com o mundo que a cerca e pelas experiências desenvolvidas pelo Modelo Operativo Interno – MOI (Bowlby, 1993, 1998). Nesse modelo estão inseridas as imagens representacionais internas que o indivíduo tem de si e de suas capacidades, juntamente com a imagem que tem do outro.

Para Bowlby (1993), o MOI constitui-se conforme as relações de apego que a criança estabelece com seus primeiros cuidadores e as estratégias que aprende para manter a proximidade da figura de apego diante de situações de estresse, doença, medo. A ideia é a de que as pessoas possuem um *modus operandi* no mundo, para cuja leitura o MOI dá os instrumentos. “*Cada pessoa constrói modelos funcionais do mundo e de si própria neste mundo; com o auxílio desses modelos a pessoa percebe os eventos, prevê futuro e elabora seus planos.*” (Bowlby, 1998, p. 221)

O apego é, portanto, importante ao longo do ciclo vital, exercendo um papel fundamental no desenvolvimento humano. Conforme a relação

estabelecida, vivida e significada pelo indivíduo com suas primeiras figuras de apego podem se desenvolver diferentes estilos de apego que apresentarão diferenças e peculiaridades que influenciarão diretamente na relação do indivíduo com o meio e com as pessoas que o cercam.

Se cada pessoa tem uma forma de se relacionar com o mundo e com as pessoas a sua volta, cada um reagirá de uma forma diferente no enfrentamento de situações de emergência. Grégio (2005) ressalta a influência que o padrão de apego de uma pessoa tem no enfrentamento de uma crise; segundo aquela autora, pessoas que apresentam um padrão de apego seguro geralmente interpretam as situações de ameaça e estresse como menos desestruturantes, pois apresentam amplo repertório de formas de enfrentamento para lidar com a situação, percebendo-se capazes de enfrentá-la e se adaptarem à nova situação. Ao contrário, aquelas pessoas com apego inseguro sentem-se mais ameaçadas, pois apresentam pobre repertório de enfrentamento, insegurança em suas ações e pouca confiança em alguém que poderá ajudá-la em um momento de emergência, crise e estresse.

Há vários tipos de reação que os indivíduos têm diante da crise e da abordagem de primeiros auxílios psicológicos, alguns deles ficam desesperados, desestruturados, paralisados, confusos, distraídos, enfurecidos, ansiosos, nervosos, tristes, quietos, verborrágicos, agressivos, solícitos, calmos, gentis, tremendo, rindo, chorando, vomitando, desmaiando e outros. Assim como podem apresentar toda esta gama de comportamentos, reagirão de acordo com seus modelos de enfrentamento e apego, isso significa que apresentarão os seus recursos disponíveis, os quais devem ser identificados o mais rapidamente possível pelo profissional da emergência, para guiá-lo em suas decisões e atitudes em direção a uma intervenção efetiva e produtiva.

A pessoa que enfrenta a perda de alguém significativo seja em uma Unidade de Pronto Atendimento em um hospital, em um leito de UTI, na rua, em um atropelamento, um acidente de avião, um assalto, um parto prematuro, um deslizamento de terra e outros terá seu mundo presumido posto em prova e apresentará todas as reações e sintomas presentes nas situações de desastre e estresse já citados anteriormente, além disso, podemos dizer que esta pessoa está entrando em um processo de luto desencadeado pelo rompimento de vínculo (Parkes, 1998).

O luto é um processo de elaboração da perda ocorrida, de reestruturação da vida diante da nova situação que se apresenta e de busca de significado que possibilitará a integração do ocorrido na realidade do enlutado Bromberg (1995), Parkes (1998), Franco (2002). Franco (2005) destaca que no início da situação de emergência as reações que se apresentam são as encontradas na primeira fase do luto, o entorpecimento, que se caracteriza por choque, descrença e dificuldade de entrar em contato com o ocorrido. Se a perda foi traumática e inesperada, maior será a chance de ocorrência de um quadro de luto complicado (Rando, 1993), o que ressalta ainda mais a importância dos primeiros auxílios psicológicos que, além de auxiliarem o enlutado a enfrentar o momento presente, possuem também caráter preventivo para luto complicado.

Independentemente de qual modelo for utilizado para trabalhar na crise, os profissionais envolvidos precisam ter conhecimento técnico e habilidades específicas para utilizá-lo e aí estão incluídos conhecimentos sobre reações psicológicas das pessoas em crise ou que tiveram seu mundo presumido destruído por uma situação de crise ou catástrofe. O profissional não pode ignorar o peso dessa experiência ao fornecer seu conhecimento e sua prática, assim como não pode ignorar que o sofrimento do outro pode causar impacto sobre ele, de maneira que ele pode ou não vir a enfrentar saudavelmente.

1.2.1. Habilidades para intervenção em crise. Como fazer?

Para desenvolver o trabalho de auxílio psicológico é necessário que o profissional compreenda aspectos importantes em relação à vítima. Segundo Gilliland & James (2005) e Franco (2005), são eles:

- A compreensão cognitiva que a vítima tem da situação.
- O estado emocional da vítima e seu grau de comprometimento.
- Recursos disponíveis: estratégias de enfrentamento, recursos da comunidade disponíveis e acessíveis à vítima.

As competências que esse profissional deve possuir para atingir tais objetivos são: assertividade, prontidão, conhecimento específico, habilidades

de comunicação, escuta, criatividade, observação de comportamento, disponibilidade, sensibilidade para identificar necessidades das pessoas atendidas e estar apto a fazer encaminhamentos necessários.

É por meio do reconhecimento da situação, compreendendo a realidade do ponto de vista da vítima e compreendendo seu contexto que o trabalhador da emergência poderá definir as melhores e mais eficazes estratégias a serem utilizadas, sendo mais ou menos diretivo em suas intervenções.

O profissional deve ser capaz de conhecer a si mesmo, suas reações diante das situações de emergência, percebendo seus limites profissionais e pessoais, identificando o momento que precisa modificar, interromper sua atuação ou até mesmo buscar auxílio, caso necessário.

Fica claro, portanto, que devem existir métodos e ferramentas que possibilitem o profissional a lidar com os efeitos que sua atuação profissional pode causar ao seu corpo físico e emocional. Trata-se de estratégias que auxiliem na manutenção de sua qualidade de vida, saúde física e mental.

Como exemplo, há técnicas que foram desenvolvidas por meio de intervenções realizadas com soldados na II Guerra Mundial, são as técnicas de *defusing* e *debriefing*, utilizadas logo após do evento traumático e que foram evoluindo a partir da década de 1970, Paton, Violanti & Dunning (2000); Sthulmiller & Dunning (2000); Guimarães et al. (2007) falam do desenvolvimento do *debriefing* psicológico.

O *defusing* é realizado logo após o evento traumático e visa à diminuição da intensidade das reações, colocando-as em perspectiva, utilizando a estratégia de informar a pessoa envolvida a respeito do ocorrido, organizando uma rede de apoio que possibilite o contato entre pessoas que passam pela mesma situação, buscando integrar as pessoas e diminuir a solidão e isolamento.

O *debriefing* pode ocorrer logo após o *defusing* ou nos dias subsequentes ao evento (Guimarães et al., 2007). Trata-se de uma entrevista que visa iniciar um processo de integração das vivências traumáticas do evento, possibilitar o reconhecimento de recursos emocionais do indivíduo, sua resiliência, além de fortalecer seus laços com a rede social de apoio.

Na década de 1980, foi desenvolvida a técnica de *critical incident stress debriefing* – CISD, com objetivo de reduzir o estresse de trabalhadores dos

serviços de emergência, essa técnica fazia parte de um programa desenvolvido por Jeffrey Mitchell para intervenções em crise e desastres (Guimarães et al., 2007). O CISD busca facilitar a expressão de emoções e sentimentos relacionados à experiência traumática e tem o objetivo de reorganizar cognitivamente a experiência.

Outras técnicas de *debriefing* foram criadas e são utilizadas em situações de emergência e desastre, sendo elas: *debriefing* de Dyregrov, *debriefing* de Raphael e o *debriefing* sobre os estressores múltiplos (Guimarães et al. 2007). Cada técnica tem sua especificidade, mas todas têm em comum o objetivo de auxiliar, reestruturar e fortalecer novas formas de enfrentamento.

O *debriefing* realizado com o profissional que atua nas emergências tem o objetivo de auxiliá-lo a reorganizar os sentimentos e emoções causadas por sua exposição à situação de crise, pontuar e perceber aspectos pessoais que possam ter influenciado em sua atuação reconhecendo limites e possibilidades. O *debriefing* auxilia também no planejamento das próximas intervenções.

1.3. Quem é o Profissional das Emergências?

Os profissionais que trabalham em algum contexto de emergência, seja ele: hospital (UTI – Unidade de Terapia Intensiva e PA – Pronto Atendimento), local de ocorrência de desastre, delegacia ou SAMU estão expostos aos efeitos da ocorrência da emergência. Em algum grau, essas pessoas sofrerão alterações em sua rotina ou serão expostas a situações e emoções que dizem respeito à emergência e, em maior ou menor grau, podem ter suas vidas afetadas por essas vivências.

Posto isso, os profissionais que trabalham no contexto das emergências são: bombeiros, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, motoristas, médicos, policiais, telefonistas, membros da defesa civil, voluntários, religiosos, recepcionistas, paramédicos, jornalistas, fotógrafos, porteiros e muitos outros. Entre esses profissionais, existem aqueles que atuam diretamente na assistência às vítimas e recebem algum tipo de treinamento e preparo para atuar nesse contexto, bem como outros profissionais que atuam de forma ativa, mas não diretamente voltados à

assistência e por isso não recebem treinamento específico, são identificados nesse trabalho como profissionais invisíveis das emergências.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento à vítima, a sobreviventes ou a familiares da vítima terão uma atuação muito mais efetiva se estiverem munidos de conhecimento teórico e tenham passado por treinamentos práticos que possibilitem o manejo da situação e a compreensão de sua intervenção. O treinamento possibilitará que esses profissionais realizem seu atendimento com postura correta, atitude adequada, tom de voz, assertividade, detectando necessidades de encaminhamento, desempenhando importante papel no desenvolvimento da crise, prevenção de luto complicado e, acima de tudo, ciente de suas próprias reações diante da atuação profissional nesse contexto, estando atentos a sua saúde física e mental, assim como a eventual necessidade de procurar suporte.

O trabalhador das emergências está constantemente exposto a situações estressantes, seja por sua gravidade, exposição à morte, situações de calamidade, sofrimento, desamparo e desesperança. Além disso, essas situações exigem dele um grande esforço para manter seu foco de trabalho e utilizar seus conhecimentos teóricos e técnicos, habilidades pessoais e experiência profissional para desempenhar uma intervenção eficaz, rápida e consistente.

A emergência da situação requer respostas rápidas e coerentes do profissional, colocando nele pressão emocional e grande responsabilidade. O ideal é poder contar com a presença de outros socorristas, seja de equipe multiprofissional, seja de sua própria especialidade, pois o fato de compartilhar a situação com mais alguém possibilita a troca de informações, além de percepção de particularidades da situação que podem ser de grande importância para a intervenção.

Apesar de estar – ou exatamente por estar – em uma situação estressante, o profissional precisa manter-se em bom nível funcional, com equilíbrio físico e emocional. Para isso é necessário que tenha percepção de sua atuação, de seus limites e possibilidades. É preciso também que tome certos cuidados consigo mesmo e com suas necessidades de descanso, alimentação, sono, ingestão de líquidos e outras.

A necessidade de este profissional possuir conhecimento, capacidades, habilidades e treinamentos específicos revela uma atuação complexa e, como tal, necessitada de atenção, tendo em vista que é uma profissão que causa estresse. Por isso é importante refletir a respeito das questões ligadas à saúde desse trabalhador.

CAPÍTULO 2 – A atenção à saúde do trabalhador, onde se situa a doença ocupacional

Segundo Mendes (1995), a doença ocupacional, embora sem esta denominação, foi descrita desde os tempos antigos, Hipócrates século V a.C. descreveu quadro clínico da intoxicação saturnina ligada à exposição ao chumbo em trabalhadores mineiros.

Em 1700 foi publicado *De morbis artificum distriba*, escrito por Bernardino Ramazzini, conhecido como o “pai da medicina do trabalho”, descrevendo doenças de aproximadamente 50 ocupações.

Mendes (1995) aponta que a Revolução Industrial (1760-1850) teve papel de destaque na mudança das condições de vida social e de trabalho. As condições de trabalho eram péssimas, as doenças e os acidentes eram numerosos e não havia limites na jornada de trabalho, ultrapassando dezesseis horas de trabalho por dia, em ambiente fechado e com manuseio de máquinas sem qualquer proteção. Além disso, disseminaram-se as doenças infectocontagiosas.

Em 1831, na Inglaterra, Michael Saddler elaborou um relatório que chocou a opinião pública por suas conclusões a respeito de doenças respiratórias detectadas em mulheres e crianças que trabalhavam nas fábricas de palitos de fósforo. Em razão do impacto desse relatório, em 1833, foi baixado o *Factory Act*, a primeira legislação realmente eficiente no campo da proteção ao trabalhador.

No Brasil, em 1919, foi aprovada a primeira lei sobre Acidentes do Trabalho (Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919). Essa lei define o que é considerado acidente de trabalho, prevê indenizações e atendimento jurídico oferecido pelo ministério público ao trabalhador (Mendes, 1995).

Os organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuíram muito para o fortalecimento da medicina do trabalho. De uma comissão mista dessas duas agências, surgiu, em 1950, a definição dos objetivos da medicina do trabalho e a recomendação nº 112, da OIT (1959), definindo objetivos e

funções dos serviços médicos nos estabelecimentos de trabalho. Com base nessa recomendação, na década de 1970, o governo brasileiro regulamentou a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho nas empresas acima de determinado porte e grau de risco.

A saúde do trabalhador, no pensamento da medicina ocupacional, era relacionada apenas ao ambiente físico, na medida em que o trabalhador estava em contato com agentes químicos, físicos e biológicos que poderiam causar acidentes e enfermidades. Ganhou novo enfoque, a partir da década de 1980, no contexto da democracia que trouxe questões de direitos e qualidade de vida. Esse novo enfoque foi muito importante para a mudança que se concretizou com a Constituição Federal de 1988 (Mendes, 1995).

A saúde do trabalhador enfoca o processo saúde e doença das pessoas em sua relação com o trabalho. As condições de trabalho e suas patologias estão relacionadas a variáveis como a organização do trabalho e a relação entre trabalhador, produto e meio de produção e refletem valores e regras da sociedade.

Fica, portanto, difícil falar de um mundo do trabalho e de outro mundo fora dele. Os trabalhadores existem no mundo, transformando e sendo transformados pelo trabalho, com um modo de viver determinado historicamente, definido socialmente e diferenciado em classes sociais com hierarquia de poder. É por meio do trabalho que o indivíduo se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente.

Com o conceito de qualidade de vida, ampliou-se uma visão limitada de saúde do trabalhador; as intervenções de prevenção, tanto de aspectos físicos como de saúde mental, passaram a fazer parte de seus programas.

Esse enfoque em qualidade de vida, saúde física e mental propiciou um olhar para o indivíduo e suas necessidades, bem como para a importância do reconhecimento de si mesmo. O indivíduo precisa se reconhecer antes, durante e depois de sua atuação profissional para identificar sintomas e buscar soluções necessárias.

2.1. Doenças Ocupacionais: O risco ocupacional do Trabalhador das Emergências

Segundo Mendes (1995), as alterações da saúde relacionada ao trabalho podem ser classificadas em dois grupos: o primeiro, aqueles que traduzem ruptura abrupta do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho e a saúde do trabalhador, como, por exemplo, os acidentes do trabalho e as intoxicações agudas de origem profissional. O segundo grupo inclui problemas de caráter crônico: a doença profissional típica, definida como aquela inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade.

Laurell e Noriega (1989) concordam que há ainda um grupo de problemas atribuídos à organização do trabalho no modo de produção capitalista, como o envelhecimento precoce, a síndrome da fadiga patológica, os distúrbios do sono e da sexualidade, o estresse crônico. Existem estudos de Natividade (2009), Oliveira e Castro (2009), Ronzani (2007), Graeff (2006) e Violanti & Aron (1995) realizados com profissionais de diversas áreas que atuam nas emergências que focam questões ligadas à saúde ocupacional. Esses estudos ilustram, perfeitamente, os diferentes tipos de alterações citadas pelos autores mencionados anteriormente. Nesses estudos foram encontrados aspectos comuns que influenciam na saúde e na qualidade de vida dos profissionais, sendo eles: enfrentamento constante de situações de risco iminente, morte, perdas, situações de violência, calamidades, destruição em massa, pobreza e desesperança.

Nas equipes de emergência, o sucesso do trabalho do grupo depende do desempenho individual, gerando pressão e responsabilidade pela vida do próprio profissional, seus colegas e pessoas envolvidas na crise. Surgem também dificuldades institucionais que transitam entre as pressões inerentes a uma situação hierárquica de relação de trabalho; sentimento de falta de reconhecimento e valorização das instituições em relação a esse profissional, que se traduzem em baixos salários, recursos materiais insuficientes e inadequados, produzindo condições inseguras de trabalho.

Zapparoli e Marziale (2006) avaliam o risco ocupacional em unidade de suporte avançado de vida em emergências, entrevistando médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e motoristas

das unidades móveis. Por meio de entrevistas, esses autores realizaram levantamento dos riscos ocupacionais percebidos pelos profissionais, os principais achados foram: Possibilidade de adquirir infecções, serem vítimas de agressões morais, acidentes automobilísticos, agressões físicas, falta de material disponível, acidentes de trabalho com material perfurocortante, esforço mental e físico exigidos, falta de treinamento dos profissionais, problemas com a chefia (relacionamento/comunicação).

Como vimos anteriormente, o trabalho de emergência exige do profissional uma conduta rápida e assertiva, longos períodos de tempo em serviço e condições precárias de conforto, fatores que o tornam uma pessoa vulnerável a riscos. Esse panorama de conflitos e desencontros entre expectativas profissionais e a realidade profissional que se apresenta pode gerar nos profissionais estresse, frustrações, insegurança diante do destino profissional e pessoal, bem como outras reações que trazem prejuízos significativos para a saúde física, mental e qualidade de vida desses profissionais e, conseqüentemente, para suas famílias.

O estresse, os conflitos e pressões inerentes ao trabalho, as frustrações e insatisfações que podem surgir no ambiente de trabalho, quando somadas, podem causar no profissional a Síndrome de Burnout, esse termo surgiu nos Estados Unidos a partir de 1974, quando Freunderberger, um médico psicanalista, observou que muitos voluntários com os quais trabalhava apresentavam um quadro de desmotivação e perda de interesse nas atividades desenvolvidas, além disso apresentavam-se exaustos, com sintomas físicos e emocionais (Guimarães, 2007).

A síndrome de Burnout vai além do estresse, está associada ao mundo do trabalho e ocorre pela cronificação do estresse associada à despersonalização que leva o profissional a criar uma barreira entre ele mesmo e seu trabalho. Para Benevides-Pereira (2002), o Burnout é um conjunto de sintomas, sendo eles: fadiga mental e física, falta de entusiasmo pela vida e pelo trabalho, baixa autoestima, sentimento de impotência e inutilidade, que pode levar o trabalhador à depressão e até suicídio.

O quadro de Burnout pode ser observado nos profissionais das emergências também, devido ao estresse constante e aos problemas que podem ocorrer no ambiente de trabalho, como conflitos de hierarquia,

frustração do profissional por ter de se adaptar e aceitar algumas limitações institucionais.

Além dessa síndrome, o profissional que trabalha nas profissões de ajuda e cuidado de outras pessoas está sujeito a desenvolver um quadro de Fadiga por Compaixão (Figley, 2002), que possui aspectos bem semelhantes ao Burnout, porém mais complexo e com nuances específicas.

O profissional que trabalha no atendimento de pessoas traumatizadas entra em contato com a dor, o desespero, a desestruturação emocional dessas pessoas e os relatos, sentimentos e comportamentos dos traumatizados causam sensações, sentimentos e emoções no socorrista, sua condição de sofrimento é ativada pelo sofrimento relatado pelo outro. O socorrista quando treinado sabe como lidar com essa situação, ele percebe seu sofrimento e aceita aquela condição, pois quer auxiliar o traumatizado, o socorrista tem uma relação de empatia e compaixão com aquele que pretende ajudar.

Esse socorrista possui sua história pessoal de perdas e sofrimentos, assim como recursos próprios que aprendeu a utilizar para lidar com suas feridas e sofrimentos pessoais. Quando tem seu sofrimento ativado pelo sofrimento do outro, ele utilizará seus próprios recursos para integrar suas feridas, sem projetá-las na pessoa socorrida. Esse ato de integração entre os aspectos “saudáveis” e o sofrimento do socorrista permite que ele lide com a situação de forma adequada. Dessa forma a pessoa traumatizada terá a oportunidade de relacionar-se com o socorrista e ter a possibilidade de elaborar seu sofrimento reconhecendo em si seus próprios recursos.

O processo de empatia e compaixão exige do socorrista disponibilidade física e emocional, quando submetido por um longo período a um intenso sofrimento, o socorrista pode desenvolver a Fadiga por Compaixão que ocorre por alguma dificuldade do profissional em lidar com os sentimentos negativos, trágicos e dolorosos que a atuação junto ao seu semelhante lhe causa. Essa dificuldade de lidar com sentimentos negativos associados à identificação e à empatia fazem com que o sofrimento alheio cause, no profissional, respostas somáticas e comportamentais bastante negativas, podendo apresentar sintomas iguais aos apresentados pelas pessoas por ele assistidas.

Além da síndrome de Burnout e da Fadiga por Compaixão, pode se configurar um quadro de Traumatização Vicariante (McCann & Pearlman, 1990,

apud Lago e Codo, 2010), esta situação se desenvolve por meio do contato que o socorrista tem com o sofrimento intenso do traumatizado que ativa seu próprio sofrimento, nessa situação, porém, o socorrista, por não possuir treinamento e conhecimento para lidar com esse sofrimento intenso nega suas próprias feridas, não consegue integrar seus aspectos “saudáveis” com seu sofrimento, não conseguindo elaborar a situação. O socorrista ficará internamente cindido, passará a apresentar respostas reativas e não conseguirá desenvolver empatia e compaixão devido à contratransferência, passando a projetar suas feridas no traumatizado. O socorrista tem o contato com suas vivências mal resolvidas através da dor relatada pelo traumatizado e bloqueia o contato com essa pessoa para proteger-se. Nesse caso o socorrista não consegue auxiliar o traumatizado e sofre, podendo dissociar e desenvolver quadros de isolamento, rigidez, baixa autoestima, dificuldade de relacionamentos e desestruturação emocional.

Lago e Codo (2010) apresentam-nos o dilema: empatia, identificação e compaixão são elementos indispensáveis para que um cuidador consiga desempenhar sua tarefa de cuidar do outro, porém, quando mal administrados, esses elementos podem causar Fadiga por Compaixão e Traumatização Vicariante que, para esses autores, são problemas de saúde mental no trabalho.

Segundo Dafos-Rodrigo (2005), os quadros de Burnout, Fadiga por Compaixão e Traumatização Vicariante apresentam sintomatologia similar e algumas vezes, na literatura referente ao assunto, são tratados como o mesmo fenômeno, porém com diferente nomenclatura. A autora observa que o mais importante para distingui-los é identificar a etiologia do quadro e não a sintomatologia.

O trabalhador das emergências e cuidador de vítimas sobreviventes e familiares convivem com o sofrimento alheio cotidianamente, estão em contato com sentimentos negativos, possibilidade real de morte, que podem acabar por suscitar experiências pessoais já vividas pelo profissional.

Campos (2005) enfatiza que, em uma instituição de saúde, profissionais de qualquer cargo, médicos, enfermeiras, recepcionistas, terapeutas e outros que estejam expostos ao convívio e/ou atendimento de pessoas vítimas de desastres, ou que estão em intenso sofrimento, podem ser afetados por

sentimentos negativos. Isso evidencia a importância de se pensar sobre os programas de treinamento oferecidos a esses profissionais, assim como a estrutura da qual esses dispõem dentro da instituição para cuidar de sua saúde física e mental.

CAPÍTULO 3 – As relações do mundo do trabalho e os profissionais das emergências

3.1. O contexto institucional e identidade

Qualquer pessoa que ingressar em uma profissão ou em uma instituição de trabalho passará por um processo pelo qual será habilitada para o correto desempenho de suas atividades. Devido a especificidades encontradas no papel complexo que desempenhará, sua preparação irá além dos procedimentos técnicos que envolvem as atribuições do cargo, sendo necessário o aprendizado de um conjunto de técnicas, bem como a reconstrução de novo papel profissional e nova visão de mundo que permitirá o desempenho deste papel. Trata-se de uma conversão identitária que muda a si mesmo após a incorporação de novas ideias (Cunha, 2004).

A sociedade cria instituições e grupos profissionais com estatutos e regras que impõem aos seus integrantes uma ideologia, assim também funcionam as profissões que criam um mito coletivo a respeito de sua própria atuação (Enriquez, 2000).

A respeito de Ideologia, Eagleton (1997 apud Enriquez, 2000) escreve: “trata-se de um conjunto relativamente bem sistematizado de categorias que fornecem um arcabouço para a crença, a percepção e a conduta de um grupo de indivíduos” (p. 49).

A ideologia passa a ser um conjunto de crenças compartilhado pelos sujeitos e a sociedade que Lowy (1993 apud Morais 2010) denomina “visão social do mundo” e representa como determinado grupo entende e interpreta o mundo ao seu redor. Para Morais (2010, p. 636):

A ideologia exerce uma espécie de padronização dos desejos e comportamentos dos indivíduos que a compartilham, atuando como ferramenta que interfere diretamente na consciência destes, guiando os seus comportamentos em conformidade com as ideias do grupo.

Enriquez (2000), Horochovski & Taylor (2001) concordam que a ideologia possibilita a manutenção das instituições, uma vez que o sujeito, seguindo as crenças e o mito institucional, interioriza e aceita as regras impostas, aumentando sua adesão ao coletivo assim como sua produtividade na instituição. O discurso ideológico produz crenças e ilusões ao trabalhador, criando um grupo coeso que se fortalece à medida que executa suas tarefas, baseado no regulamento da organização. O coletivo se fortalece e aquilo que é individual, único, diferente daquilo que apregoa o discurso institucional, perde sua força e passa a não existir mais, aquilo que é dito pelas lideranças passa a ser a verdade do sujeito. A organização se transforma em um espaço social de comportamento controlado (Enriquez, 2000).

Pode-se considerar, portanto, que existe, nos discursos institucional, organizacional e das profissões, a transmissão de uma ideologia que pasteuriza o sujeito e unifica o grupo, criando um ambiente que garante a existência da organização, desconsiderando o indivíduo com sua singularidade e subjetividade.

No que diz respeito à Polícia Militar, aos Bombeiros, a Médicos, à Guarda civil, deve-se considerar que esses profissionais são ligados ao controle de situações exercido por meio do poder e por vezes pela coerção. O Policial Militar participa de uma instituição que doutrina os sujeitos que dela participam, cria-se uma visão idealizada do policial e bombeiro, que não admite deslizes e características particulares subjetivas. Murta & Tróccoli (2007), Ronzani (2007), Natividade (2009) e Morais (2010) são estudiosos e escrevem sobre o adestramento que acontece com aquele sujeito que entra na organização da polícia. A instituição “desconstrói” o sujeito individual e trabalha para que ele incorpore o perfil demandado, fidelizando o sujeito aos seus iguais dentro da corporação e distanciando-o daqueles que não participam da organização; este processo faz com que o policial se distancie do restante da sociedade, garantindo a existência da corporação e de seus membros. Esse processo produz uma idealização do policial e do bombeiro que, na maioria das vezes, são vistos como heróis.

Como pode, então, um policial sofrer e temer os perigos que deve enfrentar em sua atuação profissional? Ele não deve fragilizar-se, pois, se o

fizer, não servirá para a função, será descartado, mesmo que permaneça dentro da instituição será estigmatizado.

Olhar para a origem das profissões e compreender sob que crenças e necessidades elas surgiram pode auxiliar a compreender a forma como elas se apresentam atualmente.

A Polícia Militar teve início em 1809 por decreto de D. João VI, rei de Portugal, que criou a Guarda Real de Polícia que deu origem a primeira Polícia Militar do Brasil, no então estado da Guanabara. Esta tinha por missão fazer policiamento ostensivo e manutenção da ordem pública. O primeiro Pelotão de Bombeiros teve início em 1856 por decreto de D. Pedro II, que determinou a criação do primeiro Corpo Provisório de Bombeiros da Corte, com função de apagar incêndios e salvar pessoas, as duas organizações tiveram suas origens em corporações compostas por homens e baseadas na manutenção da ordem por meio da coragem, força e poder.

O médico se encaixa nesse modelo de relacionamento por meio do poder. A formação médica e as instituições refletem naquilo que a sociedade acredita e atribuem ao médico, ou seja, um papel de salvador, daquele que detém a sabedoria para a cura, criou-se uma imagem idealizada desse profissional que o distancia do humano e do sofrimento.

Socialmente, não existe permissão para um médico se abalar pela perda da saúde de um paciente ou sofrer pela impossibilidade de salvar uma vida. Como o médico pode se comover e construir empatia com uma família em sofrimento, se ele está em uma posição superior de protetor da vida e detentor do conhecimento que pode curar?

A sociedade busca no policial, no bombeiro e no médico aquilo que ela mesma depositou nesses profissionais: uma base segura, infalível, que a proteja dos males, das doenças, da violência, da morte, por meio de seu poder de controle, coragem, força e coerção.

Uma reflexão que merece atenção é a respeito da origem e do contexto das profissões do cuidar, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, religiosos, são profissões, inicialmente com predominância feminina que requerem dedicação e empatia com o outro que, geralmente, é visto como necessitado, vítima, paciente. Nas sociedades ocidentais e predominantemente cristãs os profissionais de ajuda e saúde

eram, em sua maioria, religiosas e mulheres que atuavam nas Santas Casas de Misericórdia, portanto esse caráter feminino e religioso vivido nessa cultura imprime a essas funções a ideia de cuidado e abdicção de si com o objetivo de amenizar o sofrimento alheio. Não se considerava um espaço, um olhar para o sofrimento daquele que cuidava; cuidar do outro engrandecia aquele que a esse ofício se dedicava. Nesse caso, a sociedade também busca nesses profissionais aquilo que neles depositou: uma base segura de proteção por meio da dedicação, do amor e da solidariedade.

Não existe, portanto, um espaço, um lugar, uma permissão social que possibilite ao policial, ao bombeiro, ao enfermeiro, ao médico, ao psicólogo e a tantos outros profissionais reconhecerem, vivenciarem e buscarem formas de manejar as reações que podem surgir em seu trabalho. O que pode causar no profissional das emergências esse abismo entre aquilo que lhe é imposto, colocado como característica de sua profissão e identidade, e aquilo que ele vivencia na prática?

Vários são os estudos realizados com policiais militares e bombeiros (Murta & Tróccoli, 2007; Ronzani, 2007; Natividade, 2009; Morais, 2010) que discorrem sobre as mudanças ocorridas na vida daqueles que ingressam nessas instituições e passam a lidar com o estresse de situações ameaçadoras, exposição ao perigo iminente de morte, situações de morte de pessoas da comunidade ou de seus colegas de trabalho. As mudanças relatadas vão desde uma maior rigidez e tentativa de controle em suas vidas e de seus familiares, até aumento significativo de consumo de álcool e drogas, surgimento de quadros psiquiátricos com afastamento de funções laborativas e aumento do índice de suicídio na população de policiais.

Estas reações indesejáveis podem ser observadas na qualidade de vida de médicos, enfermeiros, psicólogos. Nessas profissões ocorre com frequência a Síndrome de Burnout que impossibilita a atividade profissional e compromete consideravelmente a qualidade de vida do profissional afetado.

Considerar a origem das profissões e compreender que tipo de ideologia está presente em suas raízes é de extrema importância, pois o processo de desenvolvimento das profissões e instituições carrega em seu cerne os conceitos primordiais; mesmo quando surgem inovações ou mudanças, essas não deixam de possuir características que refletem sua ideologia de origem.

Esse fato pode explicar porque, na maioria das vezes, novos serviços ou formas de enfrentamento que são oferecidos aos integrantes de uma instituição não apresentam eficácia.

Em pesquisa, Natividade (2009) entrevistou 140 bombeiros de uma corporação do Estado de Santa Catarina e identificou razões pelas quais eles não utilizavam o serviço de suporte psicológico disponibilizado em seu quartel e que visava ao atendimento do profissional que sentisse necessidade de suporte psicológico. Entre as principais razões estavam receio de retaliação de colegas e superiores caso soubessem da busca pelo auxílio emocional, local da sala da psicóloga ficava em evidência dentro do quartel não garantia privacidade, não considerava seu problema como emocional, mas falta de reconhecimento de seu valor por parte dos superiores e instituição, não acreditava na eficácia de atendimento psicológico.

Não podemos deixar de nos preocupar quando percebemos profissionais sofrendo e adoecendo apesar de as instituições promoverem capacitação e treinamento a eles e, em algumas situações, oferecerem serviços de apoio e suporte às suas necessidades pessoais. O que acontece então? Por que isso ocorre?

É necessário lançar um olhar para as instituições e os programas de treinamento.

3.2. Treinamentos e contexto institucional

Traçando um histórico na evolução de treinamentos, os autores Tonioli & Machado (1987) e Mattos(1992) destacam três fases. A primeira é de homem-objeto, o funcionário considerado um instrumento que viabiliza o trabalho e sua produtividade, sem identificação com a organização, sendo o treinamento como um adestramento para a função.

Em uma segunda fase, o homem era visto como um recurso adicional que necessitava de aprimoramento de suas habilidades. Nessa fase existia uma integralização do indivíduo com a instituição, uma vez que se iniciam reflexões a respeito das relações humanas no trabalho. Percebeu-se que alguns fatores sociais eram importantes para o indivíduo nas empresas, por

isso foram desenvolvidas políticas que aproximavam o indivíduo do trabalho e da empresa, considerando, porém, apenas as necessidades da empresa e não do indivíduo.

Na terceira fase, e atual, o homem é considerado capaz de expressar atitudes e comportamentos, um ser complexo em sua totalidade social, política, familiar e profissional que age de forma crítica e reflexiva. O treinamento nessa fase caracteriza-se como um processo de desenvolvimento e aprendizado contínuo, uma ferramenta para que as organizações alcancem seus objetivos.

Diversos autores (Abbad e Borges-Andrade, 2004; Bastos, 1991; Nadler, 1994 apud Abbad et al., 2006) estudam e abordam conceitos importantes na Psicologia Social e do Trabalho e têm como foco informação, instrução, treinamento, desenvolvimento e educação nas organizações. Esses autores concordam que os processos que acontecem dentro das organizações e que permeiam a qualificação do profissional estão diretamente ligados à interação entre a organização, o indivíduo e o meio em que estão inseridos.

Borges-Andrade e Magalhães (2001) e Fernandes et al. (2006) tecem reflexões a respeito de programas de treinamento realizados em organizações, explicitando a importância de os profissionais de TD&E terem clareza do porquê e para quem estão realizando um treinamento, assim como de definir um foco específico e uma forma adequada de mensurar os resultados de tais ações de treinamento. Os autores criticam aqueles treinamentos realizados apenas porque a organização acha importante treinar seus funcionários e realizam ações, por vezes, isoladas ou equivocadas que não surtem efeitos benéficos.

Para um treinamento ser eficaz, é necessário que se perceba que as pessoas estão utilizando aquilo que foi aprendido e em situações adequadas que realmente solicitem o uso de tais recursos. Outro termômetro para medir a eficácia de um treinamento é perceber que aquilo que foi aprendido propiciou mudanças efetivas no trabalho da organização e aumento na autoconfiança dos funcionários.

Continua atual a preocupação das organizações com o tema Qualidade de Vida (QV). Os estudos realizados nessa área têm como objetivo melhorar o bem-estar do trabalhador, associado a melhoria do desempenho institucional. A QV está relacionada à satisfação que o indivíduo tem em sua atividade

profissional. Segundo Hackman e Oldham (1975) apud Marques e Moraes (2004), algumas características das tarefas realizadas no trabalho podem trazer um grau de satisfação por meio do estado psicológico que geram no trabalhador. Sendo elas:

- Relevância percebida pelo indivíduo sobre seu trabalho.
- Responsabilidade percebida pelo trabalhador quanto aos resultados do trabalho executado.
- Conhecimento dos resultados do trabalho pelo trabalhador.

Podem ser também fatores de motivação: o significado da tarefa, o desafio e a variedade de habilidades e talentos necessários para cumprir a tarefa e o reconhecimento do trabalho desenvolvido.

A satisfação no trabalho está também ligada à possibilidade de *feedback* dado pelos pares, bem como a autoavaliação a respeito de seu desempenho na tarefa, possibilitando o aprimoramento individual e a melhor interação com pares de trabalho e clientes atendidos.

Considerando-se essas questões apontadas pela área de TD&E e a atuação do profissional invisível no contexto das emergências, identifica-se que o ideal é que esse profissional seja visto como parte integrante da equipe de emergência e receba treinamento adequado para atuar no contexto em que se enquadra, mesmo que sua atuação não seja direta na assistência à vítima ou a familiares. Percebe-se a necessidade de esse profissional conhecer a importância de sua atuação no contexto da emergência por meio de conhecimentos teóricos e avaliações de pares e superiores, por isso este deve receber informações importantes a respeito dos fatores aos quais estará exposto e as possíveis consequências de tal exposição. Todo esse conhecimento ajudará esse profissional na percepção de alterações em sua saúde física e mental e na busca por ajuda para resolver tais alterações.

CAPÍTULO 4 – Objetivos

4.1. Objetivo geral

O presente estudo buscou compreender a experiência vivida pelos profissionais considerados invisíveis em atuações de urgência e emergência, a partir de sua perspectiva, considerando sua formação e atuação profissional tendo essa experiência inserida no contexto social e institucional.

Com esse trabalho, objetiva-se secundariamente contribuir para melhoria na qualificação profissional do trabalhador invisível que atua nas emergências, assim como chamar a atenção para esses atores, no Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador, buscando garantir sua saúde física e mental. Isso implica contribuir para estudos e reflexões que possam enriquecer e ampliar a formação técnica do profissional das emergências e proporcionar um ambiente saudável de trabalho que auxilie esse trabalhador a lidar com as situações de catástrofes, perdas, morte e luto que enfrenta em sua atuação profissional.

4.2. Objetivos específicos

- Levantar necessidades de profissionais que trabalham nas emergências e estratégias utilizadas por eles para atuarem diante dos desafios impostos por sua atividade profissional, tanto na esfera pessoal como profissional.
- Refletir a respeito das necessidades percebidas pelo trabalhador que atua nas emergências e aquilo que as instituições/empresas lhe oferecem.
- Explorar as possibilidades teóricas e metodológicas que o campo de estudo em morte, luto, crise e catástrofe oferece para trabalhar na capacitação e na atenção à saúde do profissional que trabalha nas emergências.

CAPÍTULO 5 – Método

No presente estudo, fez-se uso de pesquisa qualitativa, considerando-se seus objetivos. Os pesquisadores, por meio das pesquisas qualitativas, ocupam-se com os processos, ou seja, querem saber como os fenômenos ocorrem e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos. *“A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera”* (Turato, 2003, p.262).

A abordagem qualitativa estuda os significados e as representações psíquicas que o sujeito imprime e extrai de suas experiências. A vivência do indivíduo se expressa por meio de seu ponto de vista e das relações que ele constrói por meio de sua experiência.

Por isso, na presente pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa para compreender a experiência vivida na perspectiva dos participantes a respeito de sua formação e atuação profissional nas situações de emergência e compreender sua vivência objetiva e subjetiva inserida no contexto social e institucional.

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão única, particular daquilo que estuda, não se preocupando com generalizações, princípios e leis. O foco é o particular, buscando a compreensão dos fenômenos estudados. Seus achados podem ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada. O pesquisador deverá interpretar os dados, costurando aquilo que é individual, único e expresso pelos participantes com a teoria, as crenças os paradigmas, ou seja, a interpretação é feita a luz do embasamento teórico, o que propicia credibilidade e seriedade científica aos dados obtidos.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. No caso dessa pesquisa, o interesse está na experiência do profissional invisível das emergências, que desempenha suas atividades inserido em uma realidade social, cultural e histórica que influencia diretamente sua atuação e o resultado.

Nessa abordagem, o caráter único de cada acontecimento não impede a definição de constantes gerais; o individual não exclui o geral, nem a possibilidade de introduzir a abstração e categorias de análise.

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada que permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. O propósito da entrevista é fazer com que o entrevistador se coloque dentro da perspectiva do entrevistado (Patton, 1990). A entrevista permite adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas (Ludke e André, 1986 apud Minayo, 1994). A entrevista semiestruturada possibilita que o participante se expresse, detalhando sentimentos e situações vivenciadas. Esse estudo possibilitou uma escuta a respeito da experiência individual do profissional e como ele vive essa realidade. O roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se no Anexo I.

Na análise realizada pelo método qualitativo, busca-se compreensão e significado. Com base nessas definições, o conteúdo das entrevistas foi analisado e organizado em categorias que forneceram informações produtivas para análise do contexto mais amplo. Essa análise foi fundamentada na revisão teórica da literatura que forneceu também perspectiva para a interpretação.

Os participantes foram acessados de forma intencional por meio de contatos do pesquisador com pessoas que trabalham em emergência e desastres, foi solicitado que esses profissionais, após informação sobre essa pesquisa, indicassem pessoas que trabalhavam na área e tinham o perfil desejado; o pesquisador entrou em contato com o participante por telefone ou *e-mail*, explicando a pesquisa e, em caso de concordância, agendando a entrevista.

Foi entrevistado um profissional de cada especialidade, respeitados os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Critérios de Inclusão: profissionais, homens ou mulheres, que estivessem ativamente trabalhando em situações de emergência, no mínimo por dois anos e que atuassem no auxílio às vítimas, sobreviventes ou familiares.

Critérios de exclusão: profissional de emergência que esteja aposentado ou afastado.

Os participantes foram entrevistados individualmente pelo pesquisador, em local e horário pré-determinados. Foi apresentado ao participante o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas seguiram roteiro semiestruturado, com objetivo de verificar crenças, conceitos, expectativas e significados das experiências vividas na atuação profissional do entrevistado, assim como se dá sua relação com a instituição onde trabalha. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) e preencheram uma ficha de informações demográficas (Anexo III).

Todos os custos de transporte e de outras necessidades que se fizeram presentes foram de responsabilidade do pesquisador.

Foi oferecida a todos os participantes a possibilidade de receber atendimento psicoterápico caso a participação na pesquisa evocasse o aparecimento de questões subjetivas impactantes para o participante. O atendimento seria gratuito e realizado pelo pesquisador em seu consultório. Nenhum participante solicitou atendimento psicológico após a realização da entrevista.

Participaram desta pesquisa:

- Uma jornalista de cotidiano, na mídia impressa.
37 anos/Jornalista/Casada/filho de 13 anos.
Curso extracurricular: Redação Jornalística (30 horas)
Tempo de atuação nas emergências: 2 anos e meio.
- Uma voluntária da Defesa Civil atenção Psicossocial.
35 anos/Assistente social/casada/filho 14 anos/filhas de 13 e 9 anos.
Curso extracurricular: treinamento voluntariado (30 horas)
Tempo de atuação nas emergências: 4 anos.
- Um motorista de Ambulância de Pronto Socorro.
38 anos/motorista/casado/filho 14 anos/filha 9 anos.
Curso extracurricular: Não.
Tempo de atuação nas emergências: 6 anos.

- Uma recepcionista de Pronto Socorro hospitalar.
24 anos/recepcionista/solteira/sem filhos.
Curso extracurricular: Não.
Tempo de atuação nas emergências: 4 anos e meio.
- Um fotógrafo da polícia científica.
50 anos/fotógrafo/divorciado/filho 30 anos.
Curso extracurricular: Preparatório de fotógrafo polícia científica
20 horas.
Tempo de atuação nas emergências: 2 anos e meio.

Para análise das entrevistas, foram construídas categorias com origem nos temas levantados pela literatura e que compuseram a elaboração da entrevista. As categorias foram modificadas e ampliadas, conforme as experiências descritas nas falas dos profissionais.

Assim, as seguintes categorias se destacaram para serem analisadas:

- I. Fator gerador de impacto.
- II. Influência do fator emocional na atuação profissional no contexto das emergências.
- III. Alterações físicas e emocionais durante atuação no contexto das emergências.
- IV. Mudanças percebidas em aspectos da vida após iniciar atuação profissional no contexto das emergências.
- V. Influência do preparo técnico na atuação profissional no contexto das emergências.
- VI. Treinamento: empresa realizou treinamento ou forneceu informações a respeito da atuação profissional nas emergências?
- VII. Atenção à saúde do trabalhador.
- VIII. Ações da empresa que poderiam contribuir para melhorar a atuação profissional.

5.1. Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, em 30/09/2013.

Projeto aprovado pela Plataforma Brasil. Número: 22834213.5.5482.

Para garantir que foram seguidas as normas e recomendações quanto à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade em pesquisa, o presente estudo foi fundamentado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde (1996), no Código de Ética do Psicólogo, do Conselho Federal de Psicologia (2005).

CAPÍTULO 6 – Análise

As entrevistas, após cuidadosa leitura na íntegra, permitiram análise de acordo com as categorias previstas, que também foram sensíveis a novas informações e considerações advindas dessa leitura analítica. Alguns trechos foram selecionados para explicitação da análise e estão apresentados a seguir entre aspas, tendo os participantes identificados com a inicial de sua função, conforme descrito:

F – Fotógrafo da polícia científica.

J – Jornalista de cotidiano, mídia impressa.

M – Motorista de ambulância.

R – Recepcionista de Pronto Socorro.

V – Voluntária Defesa Civil.

I) Fator gerador de impacto

As situações de emergência foram definidas como impactantes à medida que reportaram os participantes a suas vivências pessoais, fato que os aproxima da humanidade das vítimas e de seu próprio sofrimento, por vezes mal elaborado.

“Foi uma tortura para mim, sabe, tive um irmão que morreu assim, de repente, ele caiu morto no chão da sala e a gente não sabia que ele já estava morto, fiquei desesperado tentando um vizinho que me emprestasse um carro para levá-lo ao hospital, Irônico, né? Motorista de ambulância e não tinha carro para salvar meu irmão!!! Naquela hora lembrei de meu desespero com meu irmão.” (M)

“(…) eu via o quanto ela estava cuidando dele, me lembrei muito da morte de meu avô, minha avó sofreu muito.” (R)

“(…) um atropelamento, menino de 10 anos, de bicicleta, atropelado, corpo dilacerado, a mãe ali, desesperada, gritando. Eu fotografei, mas com uma

agonia muito grande, eu já tive filho pequeno, fico lembrando e pensando se fosse meu filho. Dá uma tristeza muito grande, neste dia lembro que chorei bastante, fiquei mal, mal mesmo, não queria fazer mais nada naquele dia, depois que sai da cena.” (F)

“(…) eu recorro de pensar em tudo, na minha família, na casa de meus pais, na segurança das pessoas que eu amo, pensei que precisava falar para minha mãe guardar o botijão de gás mais longe da casa.” (J)

O fato de um acontecimento revelar a fragilidade humana, tanto física como emocional, mobilizou conteúdos que, além de reportarem os participantes a sua própria fragilidade, colocam em questionamento seu mundo presumido, o que os desestabiliza emocionalmente. Além disso, a violência de chacinas e assassinatos desnuda a crueldade humana revelando facetas do humano que se tenta negar, reprimir. Ter contato com a violência de forma tão direta libera sentimentos e emoções.

“A gente atende muito pessoas que encontram cadáver e é terrível o grau de decomposição, o cheiro, ver os familiares olhando para aquele monte de carne (...) eu imagino o familiar que tem uma mãe e de repente encontra ela apodrecendo, deve ser horrível !!!! (...). Uma coisa que choca muito, eu acho, é perceber como é rápida a degeneração, como é frágil o corpo humano, como a vida é frágil.” (F)

“(…) cada família que eu cadastrava me sensibilizava muito (...) nunca tinha trabalhado com pessoas que perderam tudo, inclusive parentes, era desolador (...) estava em uma situação muito triste. Foi diferente de tudo que eu já tinha visto de sofrimento (...) me senti muito impotente, fraca.” (V)

“(…) você fica mais impressionado com as coisas que vê, pessoas com o corpo destruído (...) sempre impressiona o que está por detrás daquilo, muitas vezes a brutalidade (...) estas cenas impressionam, você ver a brutalidade com que as coisas acontecem e a fúria com que foi feito o ataque (...) muitos tiros na cabeça, pessoas muito jovens envolvidas no tráfico de drogas, garotos de 13, 14, 15 anos.” (F)

Foram também fatores geradores de impacto, a percepção da realidade a que outras pessoas estão submetidas e a dificuldade de o profissional se relacionar com pessoas fragilizadas.

Em algumas situações surge o sentimento de inadequação pessoal e profissional.

“Eu pensei na realidade daquelas pessoas pobres, morando apinhadas em uma casa velha (...) fiquei muito emocionada, triste. Pensei nas crianças que estavam naquele acidente e no desespero de seus pais. Eu estava ansiosa também, pois eu precisava manter a calma.” (J)

“É complicado, você tem que meio blindar, a violência entre eles você acaba acostumando, porque é isso, é um mundo cão, mundo da bandidagem, então eles se matam uns aos outros, mas justamente quando você vê familiares, mãe, irmã, namorada, que não estão envolvidas na bandidagem, mas tem um laço afetivo, como todo mundo e aí você vê estas pessoas com este sofrimento, presenciando, é pesado.” (F)

“Outra coisa que acho que me marca é a emoção das pessoas, acabo sentindo um pouco a dor delas, dá uma adrenalina misturada com desespero, é uma sensação estimulante, mas assustadora ao mesmo tempo, eu acho que é esta sensação que me mantém sendo jornalista, diria que é uma atração para entender os fatos, contar os acontecimentos, o estresse é o preço que pago por estar lá no meio da confusão.” (J)

“Olha, eu acho que fiquei muito tocada com a condição social daquelas pessoas e pelas cenas de horror do local. Eu, que estava de fora e nem conhecia aquelas pessoas, fiquei alterada, imagine para quem estava envolvida na situação, com seus parentes e filhos soterrados, isto me tocou, eu acho.” (J)

“Mas eu não tenho muita emoção de ver o cadáver, o morto não me afeta, não gosto mesmo é de ver os familiares sofrendo.” (F)

“Olha, nós não temos nenhum preparo para isto, eu lido com meu bom senso, tento acalmar a pessoa, mas realmente não temos treinamento para isto, fica difícil, tento acalmar, ou simplesmente não falo nada, vou saindo e entro na viatura.” (F)

“Bem, o marido dela foi piorando, ele tinha câncer (...) ela andava bem triste pelos corredores, eu até evitava ficar passando pelo local que ela ficava, pois nem sabia o que falar para ela. Ela vinha na porta da UTI e eu evitava atendê-la, chamava a enfermeira direto, pois via no monitor que era ela que estava acionando a campainha na porta. Eu estava muito incomodada com aquela situação, lembro que fiquei com pena da dona C. (...). O mais difícil para mim foi ter me afastado e depois ter que encarar a família na porta de UTI, naquela situação. Eu não sabia o que falar, eu senti vergonha e pena deles ao mesmo tempo. Eu tinha vontade de sumir,

eu estava triste por ela estar passando por aquilo (...). Não era minha família, mas eu queria que tudo desse certo para eles. A dona C. me considerava muito e eu não soube como ajudá-la de verdade, me envergonhei por isto.” (R)

“Me senti muito impotente, fraca, fiquei muito mobilizada, eu não conseguia sorrir e isto me deixou muito incomodada. Eu sempre atendo e recebo as mães, no meu trabalho, com um sorriso, sendo cordial e demonstrando que eu me importo com elas e suas crianças, mas ali, naquela situação eu não conseguia dar um sorriso, minha energia se esgotou eu nem conseguia apertar a mão daqueles que sentavam na minha mesa para cadastramento”. (V)

“A mãe ficou na minha mesa, baixou a cabeça chorando e me pediu desculpas. Eu estava muito nervosa, minhas mãos tremiam, eu não conseguia conter minhas lágrimas. Eu não estava chorando, assim, desesperada, mas as lágrimas não paravam de sair. (...). Até hoje não consigo entender por que não consegui me organiza no meio daquelas pessoas que estavam sofrendo e retomar meu trabalho, eu estudei para ser uma assistente social e acho que falhei feio.” (V)

“(…) Ele disse que tem uma amiga psicóloga que pode conversar com quem sentir necessidade. Eu não conversei, eu fiquei muito chocada comigo mesma, me surpreendi com este limite que eu não conhecia, fiquei envergonhada. Como pode uma assistente social que não consegue trabalhar com aquele que necessita?!??? Tive vergonha e tenho até hoje.” (V)

“E quando fico sabendo que algum socorrido morreu, dependendo do caso fico muito triste, este que te contei, por exemplo, fiquei chateado, talvez se o socorro tivesse sido mais rápido o homem estaria vivo.” (M)

II) Influência do fator emocional na atuação profissional no contexto das emergências

Os participantes nomearam sentimentos e emoções que ajudaram e que dificultaram sua atuação profissional. As emoções que ajudaram foram aquelas voltadas ao controle da situação.

“Me considero um cara durão, de bem com a vida e me impressiono pouco com coisas que as pessoas consideram chocantes, acho que meu bom humor me ajuda a passar por estas coisas, meu temperamento meio estourado também me ajuda, pois não fico pensando remoendo as coisas,

já passo para a próxima, para minha atividade isto é bom me ajuda a me proteger, me blindar.” (F)

“Ser prática, direta e racional ajuda bastante, nos dá coragem para sair fazer as matérias. Tem hora que não dá para refletir a respeito do que estamos fazendo, faço e pronto, se eu parasse para pensar eu não conseguiria realizar bem meu trabalho.” (J)

As emoções e sentimentos que os profissionais nomearam como ruins e que dificultaram sua atuação foram principalmente ansiedade, nervosismo e fragilidade emocional. Surgiram sentimentos ligados à situação de emergência e também sentimentos oriundos da relação interpessoal com profissional/vítima ou familiar.

“(…) ao mesmo tempo em que tenho tranquilidade para dirigir, fico muito ansioso, pois sei da minha responsabilidade, sinto uma pressão dentro de mim, quero chegar logo para buscar um paciente no local e depois trazê-lo para o hospital, o tempo de demora pode significar vida ou morte, isso me deixa ansioso.” (M)

“(…) ele foi falando e eu fui ficando enjoado e irritado, não sabia como fazer aquele homem parar de me contar os problemas da filha.” (M)

“Pensei nas crianças que estavam no acidente e no desespero de seus pais. Eu estava ansiosa também.” (J)

“Eu sempre fui muito ansiosa e acho que isto me atrapalha principalmente neste trabalho em Pronto Socorro, pois o ambiente é pesado e exige coisas rápidas, acabo ficando mais ansiosa ainda. As pessoas que chegam aqui querem ser atendidas rapidamente e ver seu problema resolvido, a ansiedade delas, às vezes, ativa a minha e eu começo a suar, ter taquicardia.” (R)

III) Alterações físicas e emocionais durante atuação no contexto de emergência

As alterações que ocorreram no desenvolvimento das atividades em emergência foram de natureza física e emocional, os profissionais identificaram estas alterações e em alguns momentos sentiram-se incompetentes, inadequados e até envergonhados pela ocorrência delas.

“(...) Eu estava muito nervosa, minhas mãos tremiam, eu não conseguia conter minhas lágrimas. Eu não estava chorando, assim, desesperada, mas as lágrimas não paravam de sair.” (V)

“Eu estava ali, mas parecia que estava anestesiada.” (V)

“Voltei para o local, eu tremia de nervosa e minha boca estava seca, por mais que eu tomasse água, não passava aquela sensação.” (J)

“(...) foi me dizendo aquilo e eu ficando muito cansado, meus braços estavam doendo muito, mas não podíamos parar no meio do caminho. Fomos descendo e ela chorava e falava. Foi uma tortura para mim (...) fui ficando nervoso.” (M)

“(...) fico muito ansioso, pois sei da minha responsabilidade, sinto uma pressão dentro de mim, quero chegar logo para buscar um paciente no local e depois trazer para o hospital, o tempo de demora pode significar vida ou morte, isso me deixa ansioso.(...) ele foi falando e eu fui ficando enjoado e irritado, não sabia como fazer aquele homem parar de me contar os problemas da filha.” (M)

“Bem, o marido dela foi piorando (...) eu até evitava ficar passando pelo local que ela ficava, pois nem sabia o que falar para ela (...). Ela vinha na porta da UTI e eu evitava atendê-la, chamava a enfermeira direto, pois via no monitor que era ela que estava acionando a campainha na porta. Eu estava muito incomodada com aquela situação, lembro que fiquei com pena da dona C.” (R)

“Eu só consegui dizer que ela teria que esperar, então minha voz embargou, eu disse que eles teriam que aguardar e entrei para chamar a enfermeira, entrei e fui chorar, fiquei muito triste (...). O mais difícil para mim foi ter me afastado (...), naquela situação. Eu não sabia o que falar, eu senti vergonha e pena deles ao mesmo tempo. Eu tinha vontade de sumir, eu estava triste por ela estar passando por aquilo (...). A dona C. me considerava muito e eu não soube como ajudá-la de verdade, me envergonhei por isto.” (R)

“Uma das enfermeiras daquele plantão era muito legal, ela me disse que viu que eu tinha ficado muito triste. Quando ela falou, meus olhos encheram de lágrimas. Eu disse para ela como eu estava me sentindo muito triste mesmo e até envergonhada.” (R)

“Me senti muito impotente, fraca, fiquei muito mobilizada, eu não conseguia sorrir e isto me deixou muito incomodada. Eu sempre atendo e recebo as mães, no meu trabalho, com um sorriso, sendo cordial e demonstrando que eu me importo com elas e suas crianças, mas ali, naquela situação eu

não conseguia dar um sorriso, minha energia se esgotou eu nem conseguia apertar a mão daqueles que sentavam na minha mesa para cadastramento.” (V)

“(…) eu fiquei muito chocada comigo mesma, me surpreendi com este limite que eu não conhecia, fiquei envergonhada. Como pode uma assistente social que não consegue trabalhar com aquele que necessita?!?! Tive vergonha e tenho até hoje.” (V)

“O cenário parecia de guerra, tinha uma fumaça de poeira que envolvia o local, não chegava a sufocar, mas dava uma aflição muito grande ver aquilo. Eu estava muito nervosa (...). Aquele senhor foi me contando a cena e minhas pernas foram amolecendo, eu estava me sentindo mal; me afastei um pouco e sentei em uma mureta, tomei um pouco de água e respirei, tive uma sensação muito ruim, um desespero no peito. Mas eu precisava falar com as pessoas para coletar informações.” (J)

“Eu tinha vontade de sair dali, estava nervosa, fui até nosso carro de reportagem, tomei mais água, fiquei alguns minutos sentada no carro, me sentia paralisada. Olhei para a cena, realmente era desalentador ver aquilo. Naquela hora me emocionei (...). Voltei para o local, eu tremia de nervosa e minha boca estava seca, por mais que eu tomasse água, não passava aquela sensação.” (J)

IV) Mudanças percebidas em aspectos da vida após iniciar atuação profissional no contexto das emergências

Após o início de suas atividades no contexto das emergências, os profissionais relataram mudanças que perceberam ter ocorrido em si mesmos. Foram mudanças físicas e emocionais, sintomas psicossomáticos e mudanças de comportamento. Há relatos de aumento da necessidade de controle sobre sua vida e a do outro, maior cuidado consigo mesmo com diminuição de comportamentos de risco. Em relação às outras pessoas, surge a valorização das relações e a tentativa de controle, assim como maior aceitação do outro, sem o surgimento de irritação diante das diferenças.

Foi relatado também aumento do medo e da fragilidade em relação à vida, pela percepção da impossibilidade de controle sobre ela, surgimento de sentimentos depressivos, aumento de oscilação de humor, pensamentos

dispersos, insônia e gastrite. Algumas mudanças influenciaram na relação desses profissionais com suas famílias.

Surgiu nas falas a minimização dos próprios problemas por perceber a gravidade de outras situações e a redefinição de prioridades.

“Depois que comecei a dirigir ambulância fiquei mais ansioso e engordei bastante, eu acho que fiquei mais acelerado, uma vez eu estava brigando com meu filho, pois ele estava demorando para sair do banho e ele saiu e me disse que eu tinha sempre pressa para tudo, que eu poderia relaxar porque nossa casa não é hospital, muito menos ambulância. Quando isto aconteceu, minha esposa disse para eu me acalmar, às vezes me vejo querendo tudo rápido.” (M)

“Eu me percebo mais assustada com as coisas, acho que fiquei mais ansiosa. Minha atuação nestes anos na defesa civil me fez perceber como somos fracos perto da força da natureza, isto assusta. Estou medrosa e mais vigilante com meus filhos.” (V)

“Minha relação com as outras pessoas mudou, acho que eu me irritava mais facilmente com os outros porque eu dava muita importância para coisas bestas, simples, e hoje vejo como algumas coisas não são tão importantes.” (F)

“Com certeza, a noção da fragilidade da vida pega muito, eu fiquei mais ciente dos riscos, eu adoro guiar e adoro andar de moto, hoje sou muito mais cuidadoso, eu era uma pessoa bem estourada no trânsito, agora ando bem calmo, sei que uma briga de trânsito pode me matar. Eu sei que a morte está muito mais perto do que eu imaginava antes. Tive uma mudança de comportamento.” (F)

“Eu fiquei mais cuidadosa comigo e com as pessoas que amo, meu marido diz que eu exagero, acabo extrapolando. Por exemplo: fui fazer uma matéria com garotos skatistas da periferia, escutei relatos de uso de drogas, violência, agenciamento de adolescentes para o tráfico, abuso sexual. Quando voltei para casa disse para meu filho que ele não iria mais poder andar de skate.” (J)

“Depois que fui para esta área de cobertura de fatos e cotidiano me tornei mais ansiosa, engordei, parei de fazer ginástica, me sinto sempre cansada e prefiro ficar em casa do que ir na academia. Acho que fiquei mais sobressaltada com as coisas, tem vezes que me assusto quando meu celular toca.” (J)

“Uma coisa que mudou para mim foi a maneira como vejo a vida e meus problemas. Eu acho que quem trabalha com a desgraça dos outros, acaba sofrendo um pouco a dor do outro sim, e isto é desgastante, mas, em compensação, nossos próprios problemas, aqueles do dia a dia, parecem mais simples. Como posso sofrer por estar com dificuldade de seguir minha dieta de regime, por exemplo, quando tem gente morrendo de câncer, ou perdendo pessoas que amam? Meu problemão vira um probleminha, uma besteira.” (R)

“Eu aprendi que tenho um limite, antes, como sou assistente social eu achava que estaria sempre pronta, em qualquer circunstância para agir, fazer e acontecer, naquela experiência aprendi meu próprio limite que eu mesma não conhecia. Eu posso até trabalhar com as fichas das pessoas cadastradas para fazer distribuição de cestas básicas, colchões, mas não me peça para conversar com estas pessoas, pedir informações para cadastro, é muito pesado para mim, fico muito apreensiva e emocionada; minhas perguntas é que geraram aquela crise na mocinha que eu atendia, me assustei.” (V)

“Depois daquele dia eu fiquei muito dispersa no trabalho, distraída com as coisas. Me peguei algumas vezes no volante do carro pensando: ‘onde é mesmo que estou indo?’ Isso nunca me aconteceu. Acho que a necessidade de saber o final das coisas era para me acalmar. Depois que vi as entrevistas na televisão parece que aquela inquietação passou, diminuiu, pelo menos, não fiquei mais pensando naquelas pessoas o tempo todo, antes até quando estava no banho eu lembrava de cenas do acidente.” (J)

V) Influência do preparo técnico na atuação profissional no contexto das emergências

Na fala dos entrevistados há predomínio de satisfação no preparo técnico para desempenhar a função de forma geral, porém grande insatisfação no preparo específico para desempenhar a função no contexto das emergências.

Alguns profissionais destacaram a importância de possuir um roteiro de atuação, que representou uma forma de estabelecer controle, dando maior segurança ao profissional. Foi apontado também a importância de o profissional sentir apoio da empresa.

“Eu acho que minha formação de assistente social me ajuda, não para estar em situações extremas como esta que te contei, mas me ajuda na vontade de ajudar as pessoas, na capacidade de doar meu tempo e atenção para as pessoas.” (V)

“O bom do pronto socorro é que eu tenho tipo um *checklist* para me auxiliar nas etapas de recepção dos pacientes, isto facilita muito.” (R)

“Ter sido fotógrafo por tantos anos, me ajuda muito agora nesta atividade, tecnicamente o treinamento como fotógrafo foi muito bom, deram dicas importantes para dar conta do trabalho.” (F)

“Meu conhecimento para guiar me ajuda, sempre gostei de dirigir, já fui até piloto de prova quando era mais jovem, eu sei estar atrás de um volante, modéstia a parte eu dirijo muito bem. Não é qualquer cara que pode ser motorista de ambulância.” (M)

“O que me ajuda muito é o respaldo que recebo de minha chefia (...). Posso contar com eles, eles bancam os repórteres que trabalham com eles, se ocorrer algum problema com alguma instituição ou com alguma pessoa que vamos abordar, eles tomam o problema para o jornal e nos blindam, isto ajuda muito, para mim, me dá coragem de ‘meter as caras’ atrás dos fatos.” (J)

O que dificultou, do ponto de vista técnico, foram equipamentos antigos ou ineficientes, falta de treinamento específico.

“Uma coisa que atrapalha é nosso sistema, ele vive saindo do ar e eu tenho que digitar as mesmas informações, várias vezes, isto irrita muito o cliente, que tem que repetir para mim as informações, ela acaba brigando comigo.” (R)

“Olha a ambulância poderia ser mais moderna, já tá meio surrada.” (M)

“O que me atrapalha? Deixe-me pensar. Eu não sei o que fazer e como ajudar em situações muito extremas, fico paralisada eu acho, como fiquei naquela situação.” (V)

VI) Treinamento: empresa realizou treinamento ou forneceu informações a respeito da atuação profissional na emergência?

Alguns profissionais não receberam qualquer tipo de treinamento; outros receberam treinamentos básicos para desenvolvimento de suas atividades, porém sem informação específica a respeito do contexto das emergências.

“Não. O hospital me treinou no uso do sistema para lançar atendimentos, fazer a entrada de pacientes, listas de materiais e medicamentos que o departamento precisa e enviar materiais para laboratório. Aprendemos toda a parte burocrática. (...) Tem também um treinamento de maquiagem e cabelo, pois temos que estar no padrão, para trabalhar como recepcionista.” (R)

“Então, tive algumas aulas junto com policiais, aprendendo deveres e direitos dos policiais, rotina policial, aprendi a usar arma, e tive um pouco de psicologia (...) psicologia do crime, perfil psicológico do psicopata, paranoico, homicidas, mas na prática não ajuda em nada.” (F)

“Não. Eles me pediram a carteira de motorista e comprovante de experiência em direção de ambulância. Tive três dias para conhecer o setor, por dois dias acompanhei outro motorista e no terceiro ele me acompanhou, comigo dirigindo, este foi meu treinamento. Mas eu já dirijo ambulância fazem 6 anos, nem precisava me treinar.” (M)

“Olha, eu fiz o treinamento de voluntária da defesa civil (Município), foram 30 horas de curso, mas se eu te disser que não foi nada parecido com o que encontramos na realidade, você acredita? Eles falaram de como funciona a defesa civil, falaram da divisão de atuação em fases de prevenção educativa e de ação na comunidade quando acontece alguma coisa que precisam de nós, eles descreveram as etapas do atendimento, o fluxo das pessoas. Só isso.” (V)

“[Treinamento] Não. Nada. Até que seria interessante, acho.” (J)

VII) Atenção à Saúde do trabalhador

Os profissionais entrevistados reconheceram que a instituição onde trabalham oferece atendimento básico para o funcionário, com serviços de

prevenção de doenças infectocontagiosas, por meio de vacinação, e de clínico geral que pode fazer encaminhamentos.

Relataram possibilidade de atendimento em saúde mental, mas destacaram o receio de utilizar esse tipo de serviço, pois pode parecer inadequado para função e ser estigmatizado pela empresa e pelos colegas. Outros entrevistados não usariam atendimento em saúde mental por considerar que podem enfrentar as dificuldades emocionais sem auxílio profissional.

“Temos um médico do trabalho lá no jornal, mas nunca fui nele. Já estive na enfermaria, pois tomamos vacinas necessárias para determinadas viagens (...) temos um colega que foi encaminhado pelo médico do jornal para um psiquiatra, mas ele teve que procurar em nosso convênio. (...) Eu? Não, não acho que eu precise.” (J)

“Tem o médico do trabalho, aqui eles dão as vacinas também, já tomei a vacina de gripe duas vezes aqui no hospital. E já passei com o médico, pois tenho gastrite e às vezes tenho muita queimação, já fiz alguns exames e ele me deu a medicação, nem precisei comprar (...) quando fui tratar da gastrite o médico perguntou se eu queria passar na psicóloga, mas eu não quis não (...) sabe como é, né? Pode sujar a carteira profissional da gente, já tive colega que ficou afastado, passava na psicóloga, tomava remédio, um dia ele voltou para o trabalho, ficou uns dois meses e foi demitido. A empresa não quer gente fraca da cabeça.” (M)

“O coordenador sempre nos diz que podemos procurá-lo se precisarmos de alguma coisa. Ele disse que tem uma amiga psicóloga que pode conversar com quem sentir necessidade. Eu não conversei, eu fiquei muito chocada comigo mesma, me surpreendi com este limite que eu não conhecia, fiquei envergonhada. Como pode uma assistente social que não consegue trabalhar com aquele que necessita?!?!? Tive vergonha e tenho até hoje.” (V)

“Olha, eles dizem que podemos ter suporte psicológico e psiquiátrico, mas sinceramente, é uma porcária, e ninguém usa, tem muito preconceito, como estamos em um meio policial, todo mundo acha que tem que ser macho e suportar tudo. Eu, por exemplo, nem comento que faço terapia, eu seria estigmatizado, com certeza. Para este povo, quem faz terapia é maluco, mariquinhas.” (F)

“Temos um médico do trabalho e uma psicóloga (...). Já tomei as vacinas e já passei com o médico, pois estava com muitas dores na costas, ele me enviou para um ortopedista, pois fico sentada muito tempo no trabalho e ele achou que era algo em minha coluna (...). Na psicóloga nunca fui,

tenho uma colega que foi conversar com ela por que estava com problemas com a liderança e disse para a psicóloga que não sabia como lidar com sua chefe e se sentia acuada, ameaçada de perder o emprego, ela me contou que a Dra. disse que ela tinha que se adaptar ao trabalho, fazer direito suas tarefas e que assim não teria problemas com a chefe, ela nem quis saber as situações que minha colega passou, depois disso nem penso em procurá-la.” (R)

VIII) Ações da empresa que poderiam contribuir para melhorar a atuação do profissional

Os entrevistados apontaram melhorias que julgam importantes para o desempenho profissional, destacando entre elas: revisão de número de funcionários para evitar sobrecarga de trabalho, revisão de salários, oferta de local adequado para descanso dos funcionários, fornecimento de equipamentos adequados e funcionais para desempenho da função.

Alguns entrevistados gostariam de receber treinamentos mais elaborados e específicos para o contexto de emergência que incluíssem informações sobre tensão e estresse no ambiente de trabalho.

“Olha, eles poderiam colocar mais motoristas, quando um de nós falta, o outro colega tem que dobrar o plantão e isto é bem desgastante, se tivesse mais uns dois motoristas isso não aconteceria. (...) Poderia ter um local pra gente descansar um pouco, aquela salinha do plantão fica bem ao lado da saída do estacionamento, fica cheiro de fumaça de escapamento direto e as cadeiras são bem duras (...). Se eu pudesse descansar entre uma saída e outra, ficaria mais tranquilo, mas a gente acaba ficando sentado na ambulância mesmo ou na porta do Pronto Socorro conversando com o vigia.” (M)

“O curso de formação teria que ser mais longo, abordar mais temas como te falei, estas coisas emocionais. A instituição em si não se preocupa com as pessoas, cada um quer resolver o seu e não estão nem aí para o profissional nem para a qualidade do trabalho oferecido, nem com o custo benefício.” (F)

“Eles poderiam fornecer uma estrutura mais legal para a gente trabalhar, por exemplo, tem plantão que não tem papel higiênico no banheiro, tem dia que não tem água para beber, o filtro está vazio.” (F)

“Uma ideia que esta entrevista me fez pensar é um treinamento de como trabalhar nestas situações de emergência, será que pode ser menos desgastante? Ter uma técnica para nos ajudar e nos proteger das emoções que podem nos paralisar.” (J)

“Eles poderiam dar mais cursos para os funcionários. Quando vamos trabalhar na UTI e Pronto Socorro ninguém nos diz a tensão que vamos passar, o trabalho das recepcionistas dos outros departamentos do hospital é muito diferente, teria que ter um treinamento específico para escriturárias e recepcionistas destes dois serviços.” (R)

“Poderiam colocar mais recepcionistas no plantão porque somou poucas e muita gente procura o Pronto Socorro, estamos sempre trabalhando no limite, nervosas, cansadas. Temos uma responsabilidade na liberação rápida dos atendimentos e isto é bem desgastante. (...) Poderiam rever nossos salários também, é muito baixo para suportar tudo que suportamos. Se eu quiser ter um nível melhor, teria que ter dois empregos, mas fica impossível, não sobra energia.” (R)

“Acho que a Defesa Civil poderia realizar mais treinamentos, mas que tivéssemos oportunidade de exercer coisas práticas, o treinamento é muito teórico e não nos ajuda quando vamos para as ruas. A realidade é bem diferente.” (V)

A análise das entrevistas possibilitou compreender melhor a experiência vivenciada pelos profissionais invisíveis das emergências em sua atividade profissional.

Foram entrevistados profissionais de diferentes profissões que exigem formação e nível de escolaridade diferentes, além disso, os profissionais possuem tempos de atuação nas emergências, gênero e idades diferentes. Conclui-se que essas diferenças não colaboraram para que as vivências dos profissionais fossem diferentes, pelo contrário, todos eles apresentaram dificuldade em lidar com as emergências, principalmente com o sofrimento das vítimas e seus familiares. Foi nítida a identificação dos profissionais com as vítimas e o quanto as experiências vividas profissionalmente reportaram os profissionais a suas vivências pessoais.

Todos os entrevistados relataram falta de treinamento específico para as situações de emergência, alguns passaram por treinamentos, mas julgaram inadequados e incompletos, não atendendo de forma geral a expectativa e a necessidade dos profissionais. Chamou a atenção o fato de os trabalhadores

não utilizarem os serviços de atendimento à saúde do trabalhador de suas empresas, revelando, em suas falas, uma atmosfera de discriminação daquele funcionário que utiliza os atendimentos da psiquiatria e de assistência psicológica, além da descrença na efetividade de tais atendimentos.

Além disso, é surpreendente a quantidade de sintomas físicos, emocionais e as mudanças de comportamento apresentadas pelos profissionais invisíveis das emergências e o despreparo para manejar as situações que se apresentam em sua atuação profissional.

Na discussão a seguir traremos elementos da fundamentação teórica que contribuíram para ampliar o entendimento da realidade vivida pelo profissional invisível das emergências.

CAPÍTULO 7 – Discussão

A compreensão das experiências dos profissionais invisíveis no contexto das emergências por meio da análise das entrevistas direcionará a discussão a seguir a respeito da qualificação e treinamento desses profissionais, dos cuidados necessários com a saúde do trabalhador e da realidade social e institucional por eles vivenciada, no contexto das emergências.

As discussões apresentadas serão baseadas nas possibilidades de compreensão das categorias utilizadas na análise.

Uma Experiência de Impacto

Na experiência vivida pelos profissionais invisíveis no contexto das emergências foram muitos os acontecimentos e emoções geradores de estresse, levando-os a experimentar sentimentos de inadequação pessoal e profissional, provocando angústias e preocupações. Sentir-se incapaz de desempenhar sua função, não conseguir lidar com os acontecimentos que surgiram em seu contexto profissional e interpretar essa condição como falha que atribui a si, pelo que considera sua inabilidade, gerou condição de sofrimento e causou sérios danos ao indivíduo, afetando sua autoestima e autoimagem. Essa situação provocou no profissional fantasias a respeito de demissão por sentir-se inadequado e incapaz.

Sabe-se que a fantasia de demissão tem um fundamento de realidade e pode vir a se concretizar, uma vez que o profissional pode vir a apresentar comportamentos inadequados na tentativa de sair dessas situações.

Nos relatos ficaram evidentes situações que reportaram os profissionais a sentimentos já vividos em experiências pessoais, como também aquelas situações que os levaram a pensar em suas famílias, revendo conceitos e valores, como precauções que tomariam dali em diante em suas vidas. Isso demonstra o quão próximo o trabalhador se sente daqueles que ele assiste, o quanto a humanidade de ambos os coloca no mesmo patamar. Além da proximidade promovida por essa humanidade comum, o trabalhador depara-se

com cenas de violência, de morte, de ameaça à vida, que revelam facetas do humano e colocam em prova as certezas do mundo presumido. Isso desestabiliza e desestrutura o indivíduo que não está preparado para enfrentar situações como essa.

Mesmo o profissional treinado está sujeito a esses fatores estressores, é por isso que, no contexto das emergências, temos técnicas específicas para a expressão desse sofrimento e elaboração da situação vivenciada. O *debriefing* realizado com o profissional das emergências possibilita a reorganização mental e emocional deste, estruturando o profissional.

O que ajuda e o que dificulta a atuação profissional?

Os participantes nomearam sentimentos, emoções e formas de enfrentamento que ajudam e que dificultam sua atuação profissional. Notou-se que essas emoções, sentimentos e formas de enfrentamento foram classificados em duas polaridades, bons e ruins. Os bons foram aqueles que deram aos entrevistados a sensação de controle da situação, de blindagem que evitou o sofrimento e permitiu a realização da tarefa que precisava ser concluída, sendo eles: ser racional, prático, direto, “durão”, bem humorado, concentrado na tarefa. Os ruins foram ansiedade, nervosismo, fragilidade emocional, raiva, emoções, sentimentos e formas de enfrentamento que causaram estresse e aversão à situação, dificultando a execução da tarefa.

Quando classificados desta maneira, em polos opostos, percebe-se o despreparo do profissional que compreende que aquilo que o afasta e o protege do acontecimento e de vivências desagradáveis é bom, e aquilo que o faz se perceber tocado, afetado, fragilizado pela experiência é ruim.

Sabendo-se que qualquer desses sentimentos, emoções e formas de enfrentamento estarão presentes nas situações de emergência e que, em momentos e intensidades diferentes, podem tanto ajudar como dificultar a atuação do profissional, ressalta-se que não é a existência da reação, mas como ela é percebida e utilizada. Nas entrevistas surgiram situações que ilustram bem como os profissionais vivenciam as diferentes reações, em seu relato o fotógrafo se define como racional prático e direto, diz que isso facilita seu isolamento do contexto geral da cena que está fotografando e o protege da

aflição de ver o sofrimento dos familiares das vítimas, ele consegue realizar seu trabalho e sai da cena sem falar com os familiares que, muitas vezes, tentam falar com ele. Nesse caso, ser racional, prático e direto distanciou o profissional, tornando-o rígido e inacessível à emergência e suas necessidades. Por não se relacionar com a situação que se apresenta, o profissional deixou de intervir naquilo que a emergência está solicitando, talvez um olhar, uma palavra aos familiares fizesse uma grande diferença para os envolvidos na situação, inclusive para o fotógrafo que se coloca como “blindado” em relação ao sofrimento, mas que está exposto à situação de crise e não sairá ileso dessa vivência. Ele poderá, inclusive, apresentar alterações e sintomas que, possivelmente, nem relacionará com o contexto das emergências. Esse profissional poderia utilizar as características de prático, racional e direto para se relacionar com a emergência, tomando decisões necessárias e assertivas que pudessem contribuir para uma situação que atendesse às necessidades do profissional e dos outros atores envolvidos na emergência. Pensando sob o ponto de vista de satisfação profissional, quando o fotógrafo sai da cena da emergência, evitando se relacionar com ela, ele coloca em seu relato que sai acuado, incomodado, buscando passar para outro momento em sua vida, já a outra possibilidade de atuação, que atende à necessidade das pessoas envolvidas na emergência, pode provocar uma satisfação prazerosa que contribui para o bem-estar do profissional e reflete diretamente em sua qualidade de vida e aumenta a possibilidade de este profissional conseguir identificar em si alterações importantes que possam ocorrer e que necessitem de intervenção.

– Alterações físicas e emocionais: o corpo falando por si

Os entrevistados relataram a ocorrência de sintomas físicos e emocionais desagradáveis no decorrer da emergência, constatando que o corpo responde ao chamado de alerta apresentando alterações físicas e emocionais que aumentam o nível de estresse gerando desconforto.

Essas alterações foram mais um fator de estresse, uma vez que o profissional não estava ciente de que elas poderiam ocorrer e não estava preparado para manejar essa situação.

O profissional invisível das emergências está exposto a essas alterações em seu cotidiano de trabalho, uma exposição contínua às mudanças fisiológicas e emocionais. Esse contínuo de estresse acarretou aos profissionais entrevistados sintomas psicossomáticos como insônia, inapetência, gastrite, hiperfagia, alterações emocionais como sentimentos depressivos, ansiedade, nervosismo, autoestima e autoimagem rebaixadas e mudanças de comportamento como tentativa de maior controle sobre sua vida e a vida de seus familiares, impulsividade.

O perigo dessa repetição de estresse é que as situações profissionais se tornam aversivas e surgirão, cada vez mais, manobras de evasão na tentativa de autoproteção. As consequências desse ciclo de sofrimento, aversão e evasão são inúmeras, tanto para a saúde física como mental do trabalhador.

Nesse contexto profissional de dor e sofrimento o trabalhador sente a responsabilidade de exercer bem sua tarefa e acaba submetido a situações que podem deflagrar Síndrome de Burnout, Fadiga por Compaixão e Traumatização Vicariante, problemas que devem ser abordados preventivamente pelos treinamentos de TD&E e, após sua ocorrência, tratados pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador.

– A vida mudou!!! Alterações percebidas após início de atuação em emergências

Nas entrevistas foram relatadas alterações importantes e significativas na vida dos profissionais. O surgimento de quadros de ansiedade, apatia, ganho de peso, gastrite, dispersão mental, sentimentos depressivos, percepção da fragilidade da vida associada ao aumento de necessidade de controle sobre si e o outro, além de minimização dos próprios problemas revelam o impacto que a vivência no contexto das emergências causou na vida dessas pessoas.

As alterações na saúde física e mental acarretam mudanças de estilo de vida, mudança nos padrões de relacionamento e na autoestima e autoimagem do profissional. Tais mudanças influenciaram diretamente as famílias dessas pessoas, uma vez que o profissional passa a se relacionar de forma diferente com o seu entorno. Surgem conflitos familiares gerados pela tentativa de

controle, redefinição de valores e até mesmo pela minimização da importância de problemas.

É importante ressaltar que todas as alterações e sintomas relatados estão ligados à crise e ao trauma causado pela atuação profissional nas emergências, os profissionais foram expostos a um contexto ameaçador, uma emergência, cenas de violência, morte, ou possibilidade de morte que colocaram seu mundo presumido em prova, foi tirado dele a certeza de controle sobre a vida e os acontecimentos. Os entrevistados tiveram de se adaptar a uma nova realidade, diferente daquela que julgavam controlar, relataram reações de desequilíbrio e sintomas físicos e emocionais semelhantes às reações iniciais do luto, além de modificarem sua forma de se relacionar consigo mesmos, com seus problemas e com seus familiares. Surgiram nas entrevistas comportamentos que buscavam maior controle sobre a vida na busca da manutenção de vínculos significativos. As mudanças na autoestima e autoimagem relatadas estão ligadas aos padrões de apego que imprimem o tipo de relação entre o profissional e o evento traumático.

Nas entrevistas, também ficaram evidentes mudanças positivas, como diminuição de comportamento de risco e aceitação das diferenças interpessoais. Não se pode deixar de notar as frases que permeiam o discurso dos profissionais: *“Fiquei mais cuidadosa (...) cuido mais de mim (...)”, “(...) fiquei mais cuidadoso, não me arrisco tanto (...)”*. Esses discursos demonstram aspecto de autocuidado, mas refletem uma verdade parcial ou uma visão parcial de si, uma vez que esses mesmos profissionais engordaram, desenvolveram sintomas psicossomáticos, se isolaram, sentem-se estressados.

Essas mudanças ocorridas na vida dos profissionais revelam a importância de treinarmos, tanto de forma psicoeducativa, fornecendo informações preventivas e estratégias de manejo que visem minimizar efeitos indesejáveis, como ensiná-los a identificar a necessidade de buscar ajuda e, claro, a organização deve fornecer estrutura e ações adequadas e efetivas que visem à saúde do trabalhador.

– Preparo técnico e treinamento

Os profissionais revelam que se sentem preparados tecnicamente para desempenhar suas funções de uma forma geral, porém, totalmente despreparados para fazê-lo no contexto das emergências. Isso confirma que se trata de profissionais invisíveis das emergências, tendo em vista que as organizações não possuem um olhar para suas necessidades reais.

Pelo conteúdo das entrevistas entende-se que as organizações onde esses profissionais trabalham não oferecem treinamento focado para a atuação em situações de emergência e estresse. Há treinamentos destinados a garantir a execução de tarefas como cadastrar um paciente no sistema de internação, saber a maneira correta e as fotos necessárias para documentar uma perícia policial, acompanhar o motorista para verificar sua forma de conduzir a ambulância, explicar como funciona o fluxo de atendimentos dentro da defesa civil, porém, nenhuma dessas ações de treinamento vai ao encontro daquilo que preconizam alguns estudiosos (Bohlander, 2003; Loiola et al., 2006; Abdad et al., 2006) da área de treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E), que definem que a qualificação do profissional e os treinamentos fornecidos pelas organizações devem estar permeados pelos processos que ocorrem da interação entre organização, indivíduo e o meio em que estão inseridos.

Compreende-se, portanto, que toda ação de treinamento precisa levar em consideração a necessidade de informação técnica que a organização precisa que seu funcionário domine, a forma como ele poderá executar as tarefas destinadas a ele, que necessidades o funcionário precisa ter atendidas para desempenhar sua função sem prejuízo a sua saúde física e mental. O treinamento precisa sempre contextualizar a tarefa do empregado, tanto dentro da organização, como no meio em que organização e trabalhador estão inseridos, ou seja, é necessário compreender a inserção institucional e social desse trabalhador.

Entende-se que, se assim for, os treinamentos fornecerão informações importantes que garantam a harmonia entre aquilo que precisa ser realizado e as necessidades dos profissionais levando em consideração sua totalidade, como ser no mundo e não apenas como empregado de uma organização.

Para atuar no contexto das emergências é necessário que o profissional tenha conhecimento das alterações físicas e emocionais às quais estará exposto, assim como suas possíveis consequências, para que ele identifique alterações e solicite ajuda. Ele deverá compreender as diferentes formas que encontrará na expressão do sofrimento de seu cliente e de como abordá-los de maneira correta e eficaz.

O entendimento do profissional a respeito do estresse diário a que será submetido e o domínio de técnicas para manejar essas situações são ferramentas imprescindíveis para a manutenção de sua saúde física e mental.

Outro conceito importante que pode auxiliar na construção de uma qualificação profissional mais adequada é o de Qualidade de Vida, que está ligada à satisfação que o indivíduo tem em sua atividade profissional. Essa satisfação profissional surgiu nas entrevistas em momentos em que os profissionais relataram sua satisfação em perceber que sua atuação profissional ajudou ao próximo, seja na resolução de um crime ou delito através de fotos que auxiliem nas investigações,; no fato de alertar outras pessoas sobre os riscos de uma tragédia através da divulgação jornalística de um acontecimento trágico; na satisfação de ver uma vítima socorrida na ambulância saindo com vida do hospital. A satisfação relatada por esses profissionais demonstra que eles identificam a importância e relevância de sua atuação no processo de desenvolvimento e resolução da emergência, eles não ficaram com uma visão segmentada de sua atuação profissional, colocaram-se como parte de um processo. Faz-se, portanto, necessário que o treinamento dos profissionais contextualize sua atuação, compartilhando as fases do processo do qual ele faz parte, explicitando a importância de sua atuação eficaz para um bom resultado geral, valorizando as habilidades e competências da cada profissional.

Ainda focando o conceito de QV e satisfação no trabalho, é evidente a necessidade de que todas as reações adversas provenientes da atuação do profissional no contexto das emergências recebam a devida atenção e resolução, seja através de ações preventivas que conscientizem o profissional *a priori* e que o instrumentalize para que saiba como lidar com as reações desagradáveis que podem surgir em sua atuação, seja utilizando uma abordagem com técnicas como o *debriefing* que possibilita a reorganização de

sentimentos e emoções causadas pela atuação e reconhecimento de características pessoais a serem consideradas para futuras atuações, ou ainda por intervenções do programa de atenção à saúde do trabalhador através de atendimento médico e psicoterápico.

Um profissional bem treinado e considerado em suas necessidades pessoais e profissionais perceberá a relevância de seu trabalho e se sentirá valorizado pela organização. Isso significa que o profissional precisa encontrar na organização, não só um canal de treinamento e qualificação profissional, mas um espaço que permita que ele lide com as questões advindas de sua atuação.

O *debriefing* é uma técnica que pode contribuir para que o profissional invisível se torne visível, fornecer esse espaço para o profissional significa reconhecê-lo como humano e sujeito as mais diversas reações diante das emergências. Esse tipo de espaço autoriza e encoraja o profissional a perceber-se e perceber o outro e a organização como parceiros.

Por se tratar de um momento de exposição pessoal e profissional é preciso um manejo adequado do *debriefing*, com estabelecimento de regras que garantam a privacidade dos profissionais envolvidos. Esse *debriefing* pode acontecer entre profissionais de um mesmo setor ou até mesmo entre equipes, por exemplo: motoristas de ambulância e recepcionistas de pronto socorro. De forma alguma o grupo deve ser entendido como terapêutico ou propiciar interpretações a respeito das colocações feitas pelo profissional, o intuito do *debriefing* é unicamente a expressão e reconhecimento de sentimentos e emoções decorrentes da atuação profissional na emergência, possibilitando a reorganização pessoal e o reconhecimento de recursos para lidar com o contexto de crise.

Para que esse espaço seja construído dentro da organização é necessário que esta tenha claro qual a importância desse tipo de trabalho e qual o lugar que o trabalhador ocupa em suas prioridades. É evidente que será necessária estrutura adequada e recursos financeiros e humanos que possibilitem tempo e espaço físico para este tipo de atividade.

As questões ideológicas e os processos de integração do profissional na organização precisam ser cuidadosamente avaliados. O que se percebe, na maioria das organizações, é uma integração que padroniza as pessoas e

desvaloriza sua individualidade e identidade, fato que vai à contramão de um cuidado individualizado.

As entrevistas realizadas apontam que, muitas vezes, o número escasso de funcionários e a carga horária de trabalho e superposição de plantões são fatores geradores de estresse, faz-se refletir a respeito da postura de gestores e administradores que buscam um sucesso de números e lucros e nem sempre prezam pela qualidade do ambiente de trabalho e da qualidade do serviço oferecido.

– Atenção à saúde do trabalhador

Como visto no item “Doenças ocupacionais: o risco ocupacional do trabalhador das emergências”, os trabalhadores das emergências que atuam em situações de crise, estresse, ameaça à saúde ou perda da vida estão sujeitos ao aparecimento de quadros de Burnout, Fadiga por Compaixão e Traumatização Vicariante. É necessário que os profissionais que atuam nos serviços de atenção à saúde do trabalhador tenham conhecimento desses quadros e saibam como tratá-los sem estigmatizar os profissionais afetados.

Ações preventivas, como palestras e divulgação de material informativo impresso podem ajudar muito a conscientizar todos os funcionários de uma organização, mesmo aquele que não esteja sujeito ao aparecimento desses quadros, mas que, ao saber da realidade vivida por seus colegas, pode compreendê-los melhor e até mesmo alertar um colega quando perceber alguma alteração nele.

O conteúdo expresso nas entrevistas demonstra uma relação bastante superficial dos trabalhadores com o serviço de atenção à saúde do trabalhador oferecido por suas organizações. Alguns profissionais receberam vacinação importante para sua atuação ou utilizaram serviços médicos, mas constam nas entrevistas uma insegurança muito grande na utilização de serviços de saúde mental oferecidos pela organização, uma vez que o trabalhador tem receio de ser estigmatizado e perder seu emprego. Um receio que tem fundamento real no preconceito de que o profissional fragilizado que necessita de medicação psiquiátrica ou de processo psicoterapêutico não é um bom profissional. Em

algumas respostas surgiram a seguinte frase: “é fraco (...) não serve para a função”.

Além disso, um entrevistado relatou a inadequação de serviço oferecido na atenção psicológica, uma vez que a psicóloga responsável pelos atendimentos visava à adequação do funcionário à demanda da organização, não apresentando escuta e manejo adequados à problemática trazida pelo funcionário.

Uma estratégia utilizada pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador da Polícia Montada do Canadá pode auxiliar no manejo das questões ligadas à saúde mental do trabalhador dentro de uma organização, lá, todos os profissionais reconhecidos como profissionais que atuam em situações de risco passam por avaliações periódicas e podem ser encaminhados para rede de referência externa, garantindo o sigilo e privacidade.

É claro que todas as questões ligadas ao preparo técnico, treinamento e atendimento à saúde do trabalhador dependem de um posicionamento das organizações e de uma avaliação das necessidades reais dos trabalhadores; a área de TD&E preconiza que todas as ações de intervenção nas empresas devem refletir uma necessidade real de treinamento e precisam ser cuidadosamente planejadas e avaliadas após sua implantação.

– Ações da organização que poderiam contribuir para melhorar a atuação do profissional

Quando perguntados a respeito de ações das organizações poderiam contribuir para a melhora da atuação profissional, os entrevistados enumeraram ações de valorização do funcionário, revisão de salários, carga horária e aumento do número de funcionários, também foram propostas ações de treinamento que abordassem questões de tensão e estresse no trabalho.

Chama a atenção o fato de que nenhum dos profissionais mencionou melhoria das ações ligadas à saúde do trabalhador, isso demonstra um desconhecimento da importância e da relevância de se ter uma atenção adequada e efetiva, voltada à saúde física e mental do trabalhador. Pode-se dizer que esse desconhecimento reflete e contribui para a manutenção do

estigma e do preconceito a respeito das questões referentes à saúde mental dentro de organizações de trabalho.

As questões relacionadas à morte, luto, apego e mundo presumido, fortaleceram a importância de se olhar para as características individuais e subjetivas dos profissionais envolvidos nas situações de emergência, a análise destacou essa forma individual de atuar e reagir às pressões decorrentes do trabalho profissional nesse contexto. Haverá uma forma particular de cada profissional se relacionar e elaborar as situações vividas em seu exercício profissional, isso confirma a importância de as organizações de trabalho fornecer informações teóricas a respeito da atuação profissional no contexto das emergências e possibilitar um espaço adequado para que o profissional expresse sua vivência, elaborando e reestruturando seu equilíbrio emocional utilizando seus próprios recursos emocionais.

Na análise ficou elucidado o sofrimento calado e solitário do profissional invisível das emergências e a relação árida que existe entre as organizações de trabalho e esses profissionais. A fundamentação teórica alerta para a importância de as organizações lançarem um olhar mais cuidadoso para esses profissionais, as áreas de TD&E pontuam a importância das avaliações de necessidade de treinamento que possibilitam uma intervenção mais eficaz, a estruturação de ações psicoeducativas preventivas, assim como as ações ligadas aos programas de saúde do trabalhador.

Faz-se necessário que organizações e profissionais percam seus pudores e sejam capazes de estabelecer relações mais próximas e mais saudáveis que garantam a saúde de ambas as partes.

CAPÍTULO 8 – Considerações finais

Ao atuar como profissional na área da Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar, Psicologia das Emergências e Luto, foi possível cuidar de pessoas que passam por sofrimento intenso, seja por razões de adoecimento, perda de pessoas significativas, exposição a situações de ameaça à vida, perda de moradia, bem como tantas outras situações de crise que exigem dessas pessoas um processo de elaboração de suas experiências, desenvolvimento de formas de enfrentamento, busca de sentido e significado para as experiências dolorosas para retomada do controle de suas vidas.

Esse processo acontece de forma gradual e gera intenso sofrimento ao traumatizado e seus familiares. Um exemplo comum é um processo de adoecimento que tem início com sintomas e idas ao médico e exames, definição de um diagnóstico de doença potencialmente fatal, tratamentos iniciais e possíveis intercorrências ou até morte. No período de adoecimento podem ocorrer passagens em Pronto Socorro, resgate em ambulância, exames laboratoriais, internações hospitalares e estadias em UTI, o doente e seus familiares serão atendidos por um grande número de profissionais, das mais diversas formações e que estarão expostos ao intenso sofrimento dessas pessoas que necessitam de seus serviços.

Outro exemplo é um evento de deslizamento de terra com soterramento de ruas, casas e pessoas, as vítimas serão resgatadas por equipe de socorristas, sobreviventes serão levados para abrigos ou serviços de saúde, famílias serão cadastradas por assistentes sociais, receberão alimentação e moradia provisória; os mortos serão encaminhados para velórios coletivos. Durante todo esse processo as vítimas serão assistidas por vários socorristas que estarão atuando profissionalmente e expostos a diversos sofrimentos alheios.

No contexto das emergências atuamos em equipes multiprofissionais e, por nossa formação e olhar clínico, não deixamos de observar as consequências que a exposição ao sofrimento das vítimas e familiares trazem para a vida profissional e pessoal dessas pessoas, interferindo em sua

autoestima, autoimagem e relacionamentos interpessoais, podendo propiciar o surgimento de desequilíbrio emocional, sintomas psicossomáticos, além de mudanças comportamentais.

A opção pela realização desse estudo foi para trazer à luz a questão da atividade profissional daqueles que denominamos Profissionais Invisíveis das emergências, trata-se de profissionais que atuam no contexto de emergência de forma ativa, mas não voltados diretamente à assistência e não recebem treinamento específico para situações de emergência. São eles: jornalistas, fotógrafos, motoristas de ambulância, recepcionistas de pronto atendimento, voluntários de atenção psicossocial.

A psicologia do Luto e das Emergências foi de importante contribuição para sustentar nossa compreensão a respeito das repercussões da atuação do profissional invisível nas emergências em sua vida profissional e pessoal. Por meio do conhecimento a respeito de exposição ao estresse e surgimento de quadros de trauma secundário, Síndrome de Burnout, Fadiga por Compaixão, Trauma Vicariante e Luto, foi possível reconhecer a situação delicada a que esses profissionais estão expostos, bem como a necessidade urgente de instrumentalizá-los para que eles se reconheçam como pessoas em risco que necessitam de cuidados específicos. Além disso, esses profissionais devem ter conhecimento a respeito das alterações que encontrarão nas pessoas traumatizadas e como auxiliá-las de forma eficaz.

O conhecimento teórico da Psicologia das emergências nos subsidiou com técnicas preventivas que incluem treinamentos com informações psicoeducativas e formas de manejo como o *debriefing* que possibilita o profissional se relacionar com os conteúdos que emergiram de sua atuação no contexto das emergências, elaborando conteúdos emocionais.

Ficou evidente a importância de o profissional invisível possuir conhecimentos que possibilitem o entendimento das experiências de emergência, para que ele compreenda as alterações que possa vir a vivenciar no aspecto físico e mental, aliviando o fator estressante de tais sintomas.

Para maior compreensão do universo em que esse profissional atua, voltamos nosso olhar para as organizações de trabalho, utilizando conceitos da Psicologia Organizacional e do Trabalho a respeito de Qualidade de Vida, treinamentos e capacitação profissional, assim como conhecimentos a respeito

da Atenção à Saúde do Trabalhador, sempre dando ênfase às particularidades vividas pelos profissionais invisíveis das emergências.

As intensas vivências de impacto identificadas na análise de conteúdo sustentam a visão de que o profissional, mesmo não atuando diretamente no apoio às vitimas e familiares, é exposto ao intenso sofrimento dessas pessoas e apresentam sintomas físicos e emocionais que mobilizam questões pessoais e profissionais.

Os relatos demonstram uma dificuldade muito grande de o profissional lidar com seus sentimentos e emoções, assim como os limites pessoais que se apresentam em cada situação, por vezes os profissionais questionam sua própria competência, uma vez que sentem seu desempenho profissional comprometido pelas reações desagradáveis.

Através da análise de conteúdo identificamos que as organizações onde os profissionais entrevistados trabalham não possuem uma estrutura de TD&E que entenda o profissional em sua individualidade, subjetividade e inserido no contexto organizacional e social, não compreendendo a importância de realizar treinamentos que abarquem questões que vão além das atividades práticas ou burocráticas desempenhadas no cotidiano de trabalho. Esse reducionismo do funcionário à sua função traz consequências seriíssimas ao profissional, seus familiares e às pessoas por ele atendidas.

A Psicologia das Organizações contribui com o conceito de Qualidade de Vida nas organizações, discorrendo sobre a importância da motivação e da satisfação dos profissionais com sua atuação. O profissional sentirá motivação e satisfação se sentir-se integrado na empresa e compreendido em suas necessidades profissionais e pessoais. O profissional precisa perceber a relevância de seu trabalho, a importância de sua atuação para o resultado final do trabalho executado, a importância de suas habilidades e disponibilidade para enfrentar desafios. Além disso, é importante um *feedback* dos parceiros de trabalho e superiores para que o profissional valorize e avalie seu próprio desempenho. Na análise de conteúdo não identificamos esse tipo de relação entre organização e trabalhador. O que empobrece o cenário profissional, tornando-o palco de inseguranças e insatisfações, gerando no profissional questionamentos a respeito de si e de sua atuação. Nesse contexto o conceito de conversão identitária trazido pela Psicologia Social nos auxilia a

compreender que a forma como a organização se relaciona com seu funcionário, bem como as informações e comportamentos que ela valoriza em seus empregados levam essas pessoas a se transformarem para responder aos anseios das organizações, o trabalhador anula sua individualidade incorporando um papel que não corresponde a seus anseios e desconsidera suas necessidades. Tal despersonalização contribui para a queda de autoestima e autoimagem, sentimentos depressivos e insatisfação com a atividade profissional, quadro que propicia o aparecimento de alterações ligadas à saúde mental e distúrbios psicossomáticos.

A análise de conteúdo confirma o preconceito que as pessoas têm a respeito de atendimentos de saúde mental nas empresas, os profissionais têm receio de procurar psicólogos e psiquiatras que atuem na organização onde trabalham, aparecem relatos de medo de serem estigmatizado por colegas e até mesmo pela empresa. Surge também a inadequação desses serviços, que podem manter o foco de atendimento nos interesses da empresa em detrimento da saúde emocional do profissional.

Foi interessante notar que, segundo os profissionais, as melhorias que as empresas poderiam fazer para propiciar uma melhor atuação do profissional incluem ações de bem-estar e de reciclagem de equipamentos e sistemas de computação adequados, além de treinamentos específicos para situações de estresse no trabalho, mas nenhum profissional sugeriu melhorias na atenção à saúde do profissional, com suporte efetivo ao funcionário que apresente sintomas e necessidade de tratamento, principalmente em saúde mental. Isso mais uma vez confirma o preconceito e o desconhecimento que as pessoas têm sobre a importância desse tipo de suporte.

Esse trabalho tem um olhar voltado para os profissionais invisíveis, sua percepção a respeito das vivências profissionais e do contexto onde atuam. Através da análise de conteúdo, foi possível discernir características das organizações onde esses profissionais atuam, além de elucidar a diferença entre as necessidades sentidas pelos profissionais em sua atuação e aquilo que recebem das organizações.

É alarmante perceber o descompasso que existe entre o movimento da organização e o anseio dos trabalhadores. A psicologia entende essa situação

como desestruturante e de extremo prejuízo para a saúde global dos trabalhadores.

Ações de orientação devem ser desenvolvidas junto às organizações de trabalho para sensibilizá-las a respeito da importância da atuação dos departamentos responsáveis pelas ações de treinamento, desenvolvimento e educação, atuação que deve considerar a importância de treinamentos específicos a respeito da atuação no contexto das emergências, fornecendo aos profissionais informações para auxiliá-los no entendimento e no manejo nas situações de crise.

É importante que o departamento de recursos humanos realize um diagnóstico institucional que realmente traduza as necessidades dos profissionais, só assim os treinamentos serão efetivos e os profissionais se sentirão escutados e, conseqüentemente, mais motivados. A organização precisa compreender que não é produtivo apenas treinar o profissional com informações teóricas e práticas sistematizadas sem levar em consideração as necessidades do profissional para que ele consiga desempenhar as funções importantes para a organização, mantendo sua saúde física, mental e sua qualidade de vida.

A organização de trabalho deve ter uma compreensão global da atuação de seus profissionais favorecendo que todos tenham conhecimento dos processos que acontecem dentro da organização, garantindo que cada profissional seja visto como parte de um todo global. Esse tipo de olhar possibilita a ampliação do papel do profissional e a integração das equipes de trabalho, além disso melhora a autoestima e autoimagem desse profissional, conscientizando-o sobre a importância de sua atuação e ação dentro do processo de trabalho da organização.

A partir do momento que as organizações de trabalho compreendem o trabalho desenvolvido nas situações de crise e emergência tomando conhecimento dos problemas físicos e mentais a que os profissionais estão sujeitos por estarem expostos ao estresse e ao sofrimento, elas terão mais possibilidades de estruturar uma intervenção efetiva por parte dos serviços de atenção à saúde do trabalhador, avaliando periodicamente os profissionais envolvidos em situações de emergência e descentralizando os atendimentos de saúde mental, garantindo a privacidade do profissional.

Deve-se, inclusive, orientar os administradores das organizações de trabalho que os investimentos em ações de treinamento, desenvolvimento e educação dos profissionais e atenção à saúde do trabalhador terão uma repercussão econômica positiva para a organização que terá um funcionário satisfeito, motivado e mais saudável, gerando menos custos e baixas taxas de afastamento do trabalho.

O campo de estudo sobre luto, morte e catástrofes possibilitou a construção de conhecimento que pode contribuir para uma capacitação adequada ao profissional das emergências e o estabelecimento de rotinas e estratégias que melhorem seu ambiente de trabalho e sua relação com o contexto das emergências. Ações importantes, por parte das organizações podem mudar a realidade constatada por este trabalho.

Um treinamento psicoeducativo que possibilite que o profissional elabore suas crenças a respeito da morte e luto é de extrema importância, pois ter a consciência de suas crenças fortalece o profissional em suas relações com as vítimas e seus familiares, gerando menos estresse e maior possibilidade de empatia. Mesmo que as crenças do profissional sejam diferentes daquelas que as vítimas e familiares possuem, o fato de o profissional estar certo de seu posicionamento dá a ele maior segurança em suas ações, para que, ao entrar em contato com os conteúdos emocionais das vítimas e familiares, não vivencie ansiedades pessoais, dúvidas e incertezas que poderiam desviá-lo do foco de trabalho, dificultando as relações interpessoais.

Uma vez conhecidas as repercussões da exposição prolongada do profissional a situações de estresse e intenso sofrimento, deve-se estabelecer jornada de trabalho com carga horária adequada e local agradável e calmo para descanso do profissional no local de trabalho, se possível com atividades de descontração e contato com plantas e música suave. A possibilidade de relaxar e entrar em contato com natureza e música pode propiciar um estado emocional mais tranquilo e equilibrado. A carga horária de trabalho também deve prever que alguns horários sejam utilizados para se desenvolver um trabalho efetivo junto às equipes que trabalham nas emergências, oportunizando a elaboração das vivências traumáticas e suas repercussões, deve-se utilizar as técnicas de *debriefing* auxiliando a reorganização emocional dos profissionais e possibilitando a percepção de que o sofrimento atinge todos

os envolvidos nas situações de emergência, enfraquecendo o preconceito que envolve as questões de saúde mental.

Sabe-se que mesmo com orientações e intervenções preventivas adequadas, existirão casos de intenso desequilíbrio mental com alterações psicossomáticas, porém em menor número e talvez menos estigmatizadas, já que os profissionais e organizações terão conhecimento dos processos vivenciados por aqueles que trabalham nas emergências.

Lançar um olhar sobre o profissional invisível das emergências alimentou a expectativa de torná-lo mais visível e chamar a atenção para seu sofrimento solitário e cruel, que o desestrutura e traz consequências graves para sua vida profissional e pessoal. É essencial acreditar em medidas preventivas que minimizam as vivências intensas e amortecem os efeitos catastróficos na saúde física e mental do trabalhador.

O estudo direcionado a esse tipo de profissional fez, necessariamente, que um olhar fosse lançado para as organizações de trabalho, embora não fosse o foco principal dessa tese, tanto que a fala a respeito das empresas está baseada na análise do material fornecido pelos entrevistados, sem que fossem estudados profundamente os complexos processos organizacionais.

Futuros estudos podem se aprofundar na realidade das organizações, contribuindo para uma compreensão maior dos aspectos administrativos, financeiros e os movimentos que provocam a divisão do trabalho, sem que cada profissional tenha o conhecimento do processo de trabalho em sua totalidade. Sem dúvida tal contribuição auxiliaria na abordagem das organizações e suas estruturas. Sabe-se que as relações complexas entre organizações e trabalhadores influenciam diretamente nos quadros de doenças ocupacionais e no tipo de intervenção realizada na atenção a saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAD, G.S. & BORGES-ANDRADE, J.E. Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In: ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J.E. & BASTOS, A.V.B. (org.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artemed, 2004.
- _____. et al. Contexto de trabalho, desempenho competente e necessidades em TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J.E.; ABBAD, G.S. & MOURÃO, L. (org.). *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BASTOS, A.V.B. O suporte oferecido pela pesquisa na área de treinamento. *Revista de Administração*. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 87-102, out./dez. 1991.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BENVENISTE, D. Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres Trópicos. *La Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, VIII (I) 1-6. 2000.
- BOHLANDER, G. (cols.). *Administração de recursos humanos*. São Paulo: Pioneira, 2003.
- BORGES-ANDRADE, J.E. & MAGALHÃES, M.L. Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. *Estudos de Psicologia* 6(1), p. 33-50, 2001.
- BOWLBY, J. *Separação, angústia e raiva*. Vol. 2. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- _____. *Apego e perda*. Vol. 2. São Paulo: Martins Fontes, 1973/1993.
- BRASIL. Decreto n. 5376 de 17 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC e o Conselho Nacional de Defesa Civil, e dá outras providências. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5376.htm. Acesso em: 25/08/2012.

- BRAUN, A.A. A Análise do trabalho voluntariado no Sistema Nacional de Defesa Civil. 2006. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Planejamento e Gestão em Defesa Civil)- Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006. Disponível em <http://www.ceped.ufsc.br/biblioteca/trabalhos-academicos/analise-do-trabalho-voluntariado-no-sistema-nacional-de-defesa-civil>. Acesso em 12.04.2013.
- BROMBERG, M.H.P.F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Ed. Psy II, 1995.
- CALHEIROS, L.B. et al. *Apostila sobre implantação e operacionalização de COMDEC*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil, 2004.
- CAMPOS, E.P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- CARLINI-COTRIM, B. *Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias*. Rev. Saúde Públ., v. 30, n. 3, 1996, p. 285-293.
- CASTRO, A.L.C. *Política Nacional de Defesa Civil*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil, 2000.
- CUNHA, N.V. da. Como se “fabrica” um policial: algumas considerações em torno dos processos de socialização e formação profissional. *Anais do Fórum Internacional de Formação Policial*. Rio de Janeiro , 2004.
- DAFOS-RODRIGO, W.A.M. *Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma*. 2005. Tese de Doutorado. Faculty of Education-Simon Fraser University. Disponível em: <http://summit.sfu.ca/system/files/iritems1/10200/etd1966.pdf> acesso em 20/09/13.
- DYREGROV, A. Intervention following trauma. *Forum*, vol. 8. issue 2, 2003, p. 8-22.
- ENRIQUEZ, E. Vida psíquica e organização. In: F.C. Prestes Motta & M.E. Freitas (orgs.). *Vida psíquica e organização*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000, p. 11-22.
- FERNANDES, S.R.P.; BASTOS, A.V.B.; TIRONI, M.O.S. & VIANA, A.C.V. “Cuidar-se para cuidar”: avaliação de um programa de desenvolvimento

de pessoas de um hospital. In: BORGES-ANDRADE, J.E.; ABBAD, G.S. & MOURÃO, L. (org.). *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FIGLEY, C.R. (2002). Compassion Fatigue: Na introduction[s.l.]: The Green Cross Foundation. Disponível em [http:// www.greencross.org/_Research/CompassionFatigue.asp](http://www.greencross.org/_Research/CompassionFatigue.asp). Acesso em 09/08/11.

FRANCO, M.H.P. *Estudos Avançados sobre o Luto*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

_____. Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 10, n. 2, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14/01/10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200003>.

FREITAS, C. et al. *Atos e homens da segunda guerra*. Rio de Janeiro: Bloch, 1983.

GRAEFF, B.P. O policial militar em tempos de mudança: ethos, conflitos e solidariedade na polícia militar do estado de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2006. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5740/1/2006_Beatriz%20Porf%C3%ADrio%20Graeff.pdf Acesso em 08/04/2010.

GRÉGIO, C. *Antes e depois do trauma: Vivência traumática e o Mundo Presumido*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

GUIMARÃES, L.A.M.; GUIMARÃES, P.M.; NEVES, S.N.H. & CISTIA, J.M.D. A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. São Paulo: *Mudanças: Psicologia e Saúde*. V. 15, jan-jun. 2007.

HOROCHOVSKI, R.R. & Taylor, C.R. A estruturação do sujeito nas instituições e organizações: aspectos inconscientes no cotidiano organizacional. *Revista Spei*, 2(2), 2001, p. 37-47.

- INTERNATIONAL WORK GROUP ON DEATH DYING AND BEREAVEMENT. Assumptions and principles about psychosocial aspects of disasters. *Death Studies*, 26:6, 2002, p. 449-462.
- JAMES, R.K. & GILLILAND, B.E. *Crisis Intervention Strategies*. 5. Ed. Memphis: BOOKS/ COLE, 2005.
- LAGO, K & CODO, W. *Fadiga por compaixão*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- LOIOLA, E. et al. Aprendizagem em organizações: Mecanismos que articulam processos individuais e coletivos. In: BORGES-ANDRADE, J.E.; ABBAD, G.S. & MOURÃO, L. (org.). *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Educ/Moraes, 1989.
- MARTINS, M.C.N & BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* v. 13, n. 3, set-dez 2004, p. 44-57.
- MATTOS, R.A. *De recursos Humanos a Seres Humanos nas empresas*. Brasília: Livres, 1992.
- MENDES, R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MORAIS, L.L.P. Vestindo a camisa: aspectos ideológicos do uso da farda. Um estudo de caso em uma unidade policial. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*. Rio de Janeiro, 2007.
- MORAIS, L.L.P., PAULA, A.P.P. Identificação ou resistência? Uma análise da constituição subjetiva do policial. *RAC*, v. 14, n. 4, art. 4, jul/ago 2010, p. 633-650.
- MORRIZ, F.H. 60,000 disaster victims speak: part I. an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 65 (3) fall2002. Atlanta. USA.2002.

- MURTA, S.G. & TRÓCCOLI, B.T. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades; Firefighters' occupational stress: intervention effects based on needs assessment. *Estud. psicol. (Campinas)*, v. 24, n. 1, p. 41-51, 2007.
- NATIVIDADE, M.R. Vidas em risco: A identidade profissional dos bombeiros militares. *Psicologia & sociedade*, 21(3): 411-420, 2009.
- OLIVEIRA, Z.G. & CASTRO, P. *Acidentes de trabalho com perfuro cortantes em atividade de enfermagem – uma revisão bibliográfica*. Trabalho monográfico apresentado à Universidade Católica de Goiás (UCG) para obtenção do título de Especialista em Enfermagem do Trabalho no ano de 2009. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Acidentes%20de%20Trabalho%20com%20Perfurocortantes%20em%20Atividade%20de%20Enfermagem%20-%20uma%20Revisio%20Bibliografica..pdf> Acesso em 15/09/13.
- PARKES, C.M. *Luto, estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.
- _____. *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus Editorial, 2009.
- PATON D.; VIOLANTI, J.M. & DUNNING, C. *Póstraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives*. Springfield, IL: Editora Charles C. Thomas Publisher, 2000.
- PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
- RANDO, T.A. *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press, 1993.
- RODRIGUEZ, A.C. (2003). *Los Cinco Componentes de los Primeros Auxilios Emocionales en la Intervención en Crisis*. Disponível em: <http://www.monografias.com/trabajos15/intervencion-en-crisis/intervencion-em-crisis.shtml> Acessado em 17/12/2012.
- RONZANI, T.M.; RODRIGUES, T.P.; ANDREIA, G.B.; LOURENÇO, L.M. & FORMIGONI, M.L. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados o abuso de álcool entre bombeiros. *Estudos de Psicologia* 12(3), 2007, p. 285-290.

- SLAIKEU, K.A. *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno, 1996.
- SPENCER, J.C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 74, 1993, p. 119-126.
- STULHMILLER, C. & DUNNING, C. Concerns about debriefing. In: B. Raphael & J.P. Wilson (eds.) *Psychological Debriefing-theory, practice and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- TONIOLI, N. & MACHADO, N. *Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos: uma abordagem sistêmica*. São Paulo: RTA, 1987.
- TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VARGAS, M.R.M. & ABBAD, G.S. Bases conceituais em treinamento, desenvolvimento e educação – TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J.E.; ABBAD, G.S. & MOURÃO, L. (org.). *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- VIOLANTI, J.M. & Aron, F. Police stressors: Variation in perception among police personnel. *Journal of Criminal Justice*, 23, p. 287-294, 1995.
- ZAPPAROLI, A.S., MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Rev. Bras. Enferm.* jan-fev; 59(1): 41-6. 2006.

Anexo I

Roteiro de entrevista semiestruturada

- 1- Em sua atuação nas emergências, qual experiência foi mais impactante? Por quê?
- 2- Do ponto de vista técnico, o que ajuda e o que dificulta sua atuação profissional?
- 3- Do ponto de vista emocional, o que ajuda e o que dificulta sua atuação profissional?
- 4- Em situações como esta que relatou você prefere atuar sozinho ou com pares profissionais?
- 5- Você sentiu mudanças em algum aspecto de sua vida depois que começou a atuar nas emergências?
- 6- A empresa/Instituição que você trabalha ofereceu algum treinamento ou informação a respeito da atuação profissional no contexto das emergências?
- 7- A empresa/Instituição que você trabalha oferece programa de atenção à saúde do trabalhador?
- 8- Você já fez uso deste serviço? Como foi a experiência?
- 9- A empresa/instituição que você trabalha poderia contribuir de alguma maneira para melhorar sua atuação profissional? Como?

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que é parte de uma Tese de Doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

Título do estudo: O Profissional Invisível nas emergências: sua inserção social e institucional.

Objetivo: Buscar compreender a experiência vivida pelos profissionais considerados invisíveis em atuações de urgência e emergência, considerando sua perspectiva e atuação profissional, tendo esta experiência inserida no contexto social e institucional. Além disso, contribuir para a melhoria em sua qualificação profissional, assim como na assistência fornecida pelo programa de saúde do trabalhador.

A participação nesta pesquisa requer o preenchimento de uma ficha com informações demográficas e responder uma entrevista semiestruturada, com duração estimada de uma hora e meia.

Se, em qualquer momento, não for de seu interesse continuar participando da pesquisa, esta autorização perde a validade imediatamente.

As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração de trabalho científico, para publicação em meios acadêmicos e científicos. Seu nome e dados pessoais não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos seus registros será garantida.

Se, ao participar desta pesquisa, você perceber que ficou mobilizada/o de alguma forma e/ou que sua participação tenha trazido consequências emocionais indesejadas para você, podemos oferecer-lhe apoio psicológico. Você receberá uma cópia deste termo, onde constam os dados do pesquisador, que poderá ser contatado a qualquer momento.

Dados do pesquisador:

Luiz Antonio Manzochi (Psicólogo)

RG: 15584031 CPF: 084356238-23 CRP: 06/48199-3

Endereço: Rua das Flechas, 735. CEP– 04364-030 São Paulo SP

Telefone: (11) 98331-6071

Email: kou.lam@terra.com.br

Declaro que entendi os objetivos desta pesquisa, bem como os riscos e benefícios de minha participação na mesma e concordo em participar.

Nome:

RG: CPF:

Assinatura:

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Anexo III

Ficha de Informação Demográfica

Informações Demográficas.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: Sexo: F () M ()

Nacionalidade: _____ natural de: _____

Estado Civil: _____ Grau Instrução: _____ Profissão: _____

Função atual: _____ Tempo de atuação nesta função: _____

Você realizou algum curso extracurricular, por opção própria, que abordava tema importante para sua atuação profissional nesta função atual? Qual ou Quais? Por favor, indique a duração do curso, em horas/aula.

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Telefones para contato: _____

E-mail: _____

Possui dependentes? () Sim () Não . Quantos? _____

Qual o grau de parentesco dos mesmos: _____.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura