

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência”

por

Verônica Santos Albuquerque

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Cecília de Souza Minayo

Rio de Janeiro, março de 2010.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A345 Albuquerque, Verônica Santos
Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos
profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. /
Verônica Santos Albuquerque. Rio de Janeiro : s.n., 2010.
195 f., tab., graf.

Orientador: Minayo, Maria Cecília de Souza
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Violência. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Pessoal de
Saúde. 4. Representações Sociais. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.11



“Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência”

apresentada por

Verônica Santos Albuquerque

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Fábio Chigres Kuschnir

Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Prof.^a Dr.^a Patricia Constantino

Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo – Orientadora

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial meus pais e minha filha Ana Cecília, sempre presentes e os maiores incentivadores na minha trajetória profissional.

À Maria Cecília de Souza Minayo, orientadora querida, pela convivência carinhosa e produtiva, pela plena disponibilidade de ensinar e pela capacidade de motivar a cada encontro.

A todos os militares do Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro que contribuíram para que este trabalho de pesquisa fosse possível ou que participaram diretamente dele, em especial, ao Cel. Marcelo Canetti.

Ao Cel. Claudio Sérgio, amigo com quem troquei as primeiras impressões sobre este trabalho, sendo fundamental no estabelecimento das redes necessárias para que a pesquisa de campo acontecesse.

A Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), pelo incentivo institucional para minha qualificação acadêmica.

Aos amigos do UNIFESO, Edneia Moço, Kátia Felipe, Suzelaine Tanji, Dayanne Tomaz, José Carlos Campos, Cesar de Paula, Ana Paula Esteves, Antônio Vasconcellos, Claudia Ribeiro, Francisco Gondim, Célia Tomaz, Rosana Telles, Regina Rossado, Fernanda Werneck e Geise Branco, pelo apoio durante o percurso.

Às pessoas que tive o prazer de conhecer e conviver durante os anos em curso do Doutorado na ENSP, em especial às amigas Simone Carvalho e Karla Menezes.

À Prof^ª. Sueli Deslandes e à Prof^ª. Patrícia Constantino, pelas valiosas contribuições na qualificação do projeto que deu origem a esta tese.

Ao meu querido Carlos, pelas importantes reflexões partilhadas, pelo aprendizado cotidiano, pela parceria afetuosa, companheira e feliz dos últimos anos.

Contra as chamas em lutas ingentes
Sob o nobre e alvirubro pendão,
Dos soldados do fogo valentes,
É na paz a sagrada missão.
E se um dia houver sangue e batalha,
Desfraldando a auriverde bandeira,
Nossos peitos são férrea muralha,
Contra a audaz agressão estrangeira.

Aurifulvo clarão gigantesco
Labaredas flamejam no ar
Num incêndio horroroso e dantesco,
A cidade parece queimar.
Mas não temem da morte os bombeiros
Quando ecoa d'alarme o sinal
Ordenando voarem ligeiros
A vencer o vulcão infernal.

Rija luta aos heróis aviventa,
Inflamando em seu peito o valor,
Para frente o que importa a tormenta
Dura marcha ou de sóis o rigor?
Nem um passo daremos atrás,
Repelindo inimigos canhões
Voluntários da morte na paz
São na guerra indomáveis leões.

Missão dupla o dever nos aponta
Vida alheia e riquezas salvar
E na guerra punindo uma afronta
Com valor pela pátria lutar.

**(Hino do Soldado do Fogo
Letra: Sérgio Luiz de Mattos)**

RESUMO

Trata-se de um estudo das representações, experiências e práticas dos profissionais que atuam no serviço pré-hospitalar de urgência e emergência do Corpo de Bombeiros, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, frente ao cotidiano de atendimento a vítimas de violência ou em áreas dominadas pelo crime. O objetivo geral da pesquisa foi relacionar as representações de violência e as percepções de risco com as experiências, as práticas e o cotidiano destes profissionais. A abordagem metodológica se centrou nos referenciais das representações sociais e articulou dados quantitativos e qualitativos, numa perspectiva de triangulação de métodos. Os dados quantitativos foram construídos a partir de duas técnicas de coleta de dados: questionário e pesquisa documental. Já os dados qualitativos se basearam em entrevistas individuais semi-estruturadas. Os sujeitos da pesquisa foram militares do Corpo de Bombeiros que atuam em guarnições do Grupamento de Socorro de Emergência nos dez quartéis da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que registram o maior número de atendimento a eventos envolvendo violência. Participaram da pesquisa oficiais médicos, praças técnicas em enfermagem e motoristas. A análise dos resultados foi organizada em três partes: o contexto, os sujeitos e as representações. No contexto, está a caracterização das vítimas, da assistência e das lesões geradas pelos eventos violentos intencionais no cerne das causas externas. Destacou-se a maior vitimização masculina, de jovens e negros, além da maior frequência de eventos durante os finais de semana. Foram encontradas, ainda, relações significativas entre eventos envolvendo projeteis de armas de fogo com lesões penetrantes em crânio e tórax e também com o desfecho para óbito. Para análise do perfil e condições de trabalho dos sujeitos – bombeiros militares – a base de comparação foi estudo recente e similar realizado com policiais no Rio de Janeiro. Com relação às representações e experiências, destacaram-se a presença cotidiana da violência na vida e no trabalho dos profissionais estudados. A preferência por atendimento a lesões decorrentes de eventos traumáticos também foi expressiva. Surgiram, ainda, a naturalização da violência e a indignação frente à violência, principalmente quando envolve grupos vulneráveis e percepções negativas e positivas de risco. A análise das concepções que os profissionais possuíam com relação a diversos aspectos que permeiam o fenômeno da violência mostrou que os conhecimentos para abordagem técnica das lesões decorrentes dos eventos violentos são valorizados na área da saúde. Porém, a compreensão científica ampliada e atual da violência e seus impactos não esteve disseminada entre os profissionais estudados.

Palavras chaves: violência, atendimento pré-hospitalar de emergência, representações sociais, profissionais de saúde.

ABSTRACT

This study discusses about the representation, experiences and practice of pre-hospital emergency care professionals in the face of the assistance to violence victims or on areas controlled by criminals. These professionals were from Fire Brigade of metropolitan region of Rio de Janeiro. The research aimed to relate representations of violence and risk perception with experience, practice and daily work of studied professionals. Methodological approach based on references of social representation and joined together quantitative and qualitative data, using triangulation of methods. Quantitative data were constructed from two techniques of information catch: questionnaire and documental research. Qualitative data came from individual interview semi-structured. Professionals involved in this research were officers' physicians, nursing technician and ambulance drivers – all of them were military from the Rescue and Emergency Squad of Fire Brigade of Rio de Janeiro. These professionals worked on the ten barracks on Rio de Janeiro that attend the most cases of urban violence. Results analyses were organized in three parts: the contexts, the agents and the representations. Context part includes the violence victims, the emergency care and the wounds characterization, comparing the intentional violence events with general external causes. The main victims of lethal violence were black and young men. Violent occurrences happened more frequently on weekends. Other evidence found in this study was the significant relation between firearm events and deep wounds on head and chest and so with death. The analyses of pre-hospital emergency care professionals characteristics were compared with similar studied played with military policemen on Rio de Janeiro. On representation and experience part appeared the daily presence of violence on life and work of studied professionals. Preference for trauma care was also an expressive data. Other research finds were the naturalization and the indignation in face of violence, mainly when it affects vulnerable groups. Negative and positive risk perception was also found. The analysis of health professionals' conception about some violence aspects showed that their knowledge was focused on technical procedures for wound care. However, a broadened and current scientific comprehension of violence and its impacts was not disseminated between studied professionals.

Key words: violence, pre-hospital emergency care, social representation, health professionals.

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 01: Comparação percentual da distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo faixa etária, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	72

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 01: Universo dos sujeitos do componente quantitativo do estudo	56
Tabela 02: Amostra de participantes do componente quantitativo do estudo.....	57
Tabela 03: Frequência de recuperação de questionários preenchidos do componente quantitativo do estudo.....	58
Tabela 04: Distribuição dos RAPH por quartel da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e por classificação dos eventos – set-nov/2008.....	66
Tabela 05: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo classificação dos eventos, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	67
Tabela 06: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo sexo, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	69
Tabela 07: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo cor da pele, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	71
Tabela 08: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo dia da semana, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	74
Tabela 09: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo período do dia, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	75
Tabela 10: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo encaminhamento/desfecho, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	76
Tabela 11: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo tipo de lesão, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	80
Tabela 12: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo sítio anatômico das lesões, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	81
Tabela 13: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo registro de hálito etílico, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	82
Tabela 14: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo classificação dos eventos, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	83
Tabela 15: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo características das vítimas, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	84

Tabela 16: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo características do socorro, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	85
Tabela 17: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo características das lesões, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008.....	87
Tabela 18: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo sexo.....	89
Tabela 19: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo situação conjugal.....	90
Tabela 20: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo patente.....	91
Tabela 21: Médias dos tempos relativos à trajetória profissional dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	92
Tabela 22: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção e características dos ganhos salariais.....	93
Tabela 23: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção sobre a qualidade de vida após o ingresso no CBMERJ.....	94
Tabela 24: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção sobre as condições de trabalho na corporação ao longo do tempo.....	94
Tabela 25: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo escolha profissional em caso de recomeço da carreira.....	95
Tabela 26: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo exercício de atividade remunerada complementar.....	96
Tabela 27: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo ramo da atividade remunerada complementar.....	96
Tabela 28: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo período do dia em que exercem atividade remunerada complementar.....	98

Tabela 29: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo remuneração pela atividade remunerada complementar ao trabalho na corporação.....	99
Tabela 30: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo últimas férias gozadas.....	99
Tabela 31: Distribuição dos percentuais de grau de satisfação com o trabalho dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	100
Tabela 32: Médias das notas atribuídas pelos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, referentes ao grau de satisfação em diferentes aspectos do trabalho.....	102
Tabela 33: Distribuição dos percentuais de vivência de eventos violentos na vida cotidiana dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	105
Tabela 34: Distribuição dos atendimentos por evento segundo percepção dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	111
Tabela 35: Distribuição dos percentuais relativos às reações frente às notícias de violência na mídia dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	114
Tabela 36: Distribuição dos percentuais de ocorrência envolvendo criminosos segundo a vivência dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	115
Tabela 37: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção do grau de risco no trabalho.....	124
Tabela 38: Distribuição dos tipos de risco percebidos pelos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	125
Tabela 39: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo sentimento durante o socorro em áreas e situações de conflito ou na presença de criminosos.....	126
Tabela 40: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo sentimento frente aos diferentes tipos de socorro.....	132
Tabela 41: Distribuição das percepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da formação inicial ao ingressarem na corporação.....	137

Tabela 42: Distribuição da frequência de educação continuada para atuar em emergência segundo percepção dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	138
Tabela 43: Distribuição das alterações físicas e emocionais, relacionadas ao trabalho, percebidas pelos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário.....	140
Tabela 44: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca dos determinantes da violência.....	144
Tabela 45: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da relação entre desigualdade social e violência..	145
Tabela 46: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da relação entre setores sociais e violência.....	146
Tabela 47: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da relação entre violência, intencionalidade e lesão física.....	147
Tabela 48: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da tipologia e natureza da violência.....	148
Tabela 49: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário frente a justificativas para atos violentos.....	150
Tabela 50: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere ao perfil de vitimização fatal por violência.....	151
Tabela 51: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere à naturalização da violência.....	152
Tabela 52: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere ao estudo do fenômeno da violência pelos profissionais da saúde.....	153
Tabela 53: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere à assistência às vítimas e aos perpetradores de violência.....	154
Tabela 54: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere a relações histórico-sociais e o fenômeno da violência.....	155

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento pré-hospitalar
ASE	Auto Socorro de Emergência
BM	Bombeiro Militar
CB	Cabo
CBMERJ	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
CID-10	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças
COCB	Centro Operacional do Corpo de Bombeiros
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DBM	Destacamento de Bombeiro Militar
GBM	Grupamento de Bombeiro Militar
GBS	Grupamento de Busca e Salvamento
GOGB	Grupamento Operacional do Comando Geral
GOPP	Grupamento de Operações com Produtos Perigosos
GSE	Grupamento de Socorro de Emergência
NGA	Normas Gerais de Ação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAF	Projétil de arma de fogo
PEET	Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas
PM	Policial Militar
RAPH	Registro de Atendimento Pré-Hospitalar
RG	Registro de identificação
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência (França) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Brasil)
SBE	Socorro Básico de Emergência
SD	Soldado

SGT	Sargento
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SME	Socorro Médico de Emergência
SMUR	Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
TEM	Técnico em Emergências Médicas
TEN CEL	Tenente Coronel
UR	Unidade de Resgate
USA	Unidade de Suporte Avançado
VTR	Viatura

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1. OBJETO	19
1.2. HIPÓTESES	20
1.3. JUSTIFICATIVA	21
1.4. OBJETIVOS	22
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1. VIOLÊNCIA E O CAMPO DA SAÚDE	23
2.1.1. Conceitos de violência no campo da saúde	23
2.1.2. Tipologia e natureza da violência	26
2.1.3. Sentidos da violência para a saúde	27
2.1.4. Fontes de informação e epidemiologia da violência	30
2.2. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
2.2.1. Conceitos de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência	34
2.2.2. O atendimento pré-hospitalar no mundo	36
2.2.3. O atendimento pré-hospitalar no Brasil	39
2.2.4. O atendimento pré-hospitalar no Estado do Rio de Janeiro	44
2.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E VIOLÊNCIA.....	47
3. METODOLOGIA	54
3.1. OPERACIONALIZAÇÃO DO COMPONENTE QUANTITATIVO DA PESQUISA.....	55
3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DO COMPONENTE QUALITATIVO DA PESQUISA.....	61
3.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA	63
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
4.1. O CONTEXTO: CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO CÉRNE DAS CAUSAS EXTERNAS	65
4.1.1. Análise comparativa entre o atendimento pré-hospitalar às causas externas em geral e às violências intencionais	69
4.1.2. Análise específica do atendimento pré-hospitalar aos eventos envolvendo violência intencional	82
4.2. OS SUJEITOS E O TRABALHO: PERFIL, CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO DOS MILITARES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS.....	89
4.3. AS EXPERIÊNCIAS E AS REPRESENTAÇÕES: SOCORRO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, ATENDIMENTO EM ÁREAS DE CONFLITO E PERCEPÇÃO DE RISCO..	104
4.3.1. A experiência da violência na vida cotidiana e no trabalho	104
4.3.2. Representações sobre violência no Rio de Janeiro	108
4.3.3. Representações sobre o atendimento aos diferentes tipos de eventos classificados como causas externas	111
4.3.4. Representações sobre o atendimento aos diferentes tipos de vítimas	113
4.3.5. Representações sobre o atendimento em áreas violentas ou em que organizações criminosas estão presentes.....	114
4.3.6. Percepção de risco frente aos atendimentos em áreas violentas.....	121
4.3.7. Percepção de vulnerabilidade militar no contexto da violência no Rio de Janeiro	133
4.3.8. Relação bombeiro militar e polícia militar nos eventos envolvendo violência	137

4.3.9. Representações sobre a preparação profissional para o atendimento pré-hospitalar às vítimas de violência	139
4.3.10. Impactos percebidos na vida cotidiana decorrente do trabalho no APH com vítimas de violência e em áreas dominadas pelo crime	140
4.3.11. Concepções gerais dos militares sobre o tema violência	143
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICES	
APÊNDICE A: Instrumento de construção de dados – Questionário	173
APÊNDICE B: Instrumento de construção de dados – Roteiro para análise documental dos registros de atendimento pré-hospitalar (RAPH).....	185
APÊNDICE C: Instrumento de construção de dados – Roteiro para entrevista	188
APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido (para os sujeitos que responderam os questionários).....	189
APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido (para os sujeitos entrevistados).....	191
ANEXOS	
ANEXO I: Modelo de Registro de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH)	193

APRESENTAÇÃO

Esta tese se origina de uma pesquisa realizada durante dois anos no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). A motivação para estudar as representações sociais dos profissionais desta corporação, que prestam socorro direto às vítimas de violência e em áreas com índices elevados de criminalidade, nasceu da minha aproximação com estes militares, já que sou enfermeira e tenente da corporação.

Desde o meu ingresso no CBMERJ, em 2002, observo o contato direto das guarnições de militares com a violência das ruas do Rio de Janeiro. Constantemente escutava narrativas de atendimentos em situações de conflito, em presença de criminosos e a pessoas vitimizadas de diferentes maneiras pela violência urbana, o que trouxe elementos empíricos para formulação de uma proposta de pesquisa.

A proposta inicial era, então, analisar o fenômeno da violência no contexto das causas externas a partir do olhar dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar, no caso, dos bombeiros do Grupamento de Socorro de Emergência. Para tal, se tornou fundamental enveredar no estudo sobre a violência e foi com o direcionamento da disciplina “Leituras em Violência e Saúde”, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação desta Escola, que encontrei substrato conceitual para a construção teórica dos objetivos, hipóteses e referenciais desta pesquisa.

No exame de qualificação do projeto da tese, a proposta de investigação foi ampliada de forma a contemplar também uma análise do perfil dos militares que prestam o atendimento pré-hospitalar nas ruas do Rio de Janeiro, incluindo suas condições de vida e trabalho. Assim, o projeto foi consolidado e o trabalho de pesquisa se baseou em três pilares: o contexto, os sujeitos e as representações.

Esta tese se constitui em cinco capítulos: introdução, marco teórico, metodologia, resultados e considerações finais.

Na introdução estão apresentados o objeto da pesquisa, suas hipóteses, justificativa e objetivos.

O marco teórico foi construído sobre três tópicos de revisão fundamentais no embasamento da pesquisa: (1) a violência e o campo da saúde; (2) o atendimento pré-hospitalar de emergência e (3) representações sociais e violência. Para o primeiro, busquei apresentar conceitos de violência, sentidos e relações com a área da saúde, além de sua tipologia, natureza e informações epidemiológicas. O segundo tópico traz conceitos de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, passando por referenciais deste tipo de atenção à saúde no mundo, no Brasil e, mais especificamente, no Rio de Janeiro. E no terceiro tópico são apresentados aspectos teóricos das representações sociais e aplicações metodológicas, especialmente em estudos sobre a violência.

Considerando a opção por uma abordagem que utilizou a articulação de dados quantitativos e qualitativos, o terceiro capítulo contém a fundamentação da escolha metodológica, a descrição da operacionalização da construção destes dados, assim como considerações sobre os procedimentos éticos realizados no trabalho direto com os sujeitos da pesquisa.

O capítulo de resultados e discussão foi dividido em três partes: a primeira aborda o contexto, ou seja, a caracterização dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência no cerne das causas externas. Esta parte incluiu as características das vítimas, da assistência e das lesões e foi elaborada basicamente a partir da análise de formulários preenchidos de registros de atendimento, disponíveis no Serviço de Arquivo Médico do Grupamento de Socorro de Emergência do CBMERJ. A segunda parte, construída a partir de dados obtidos de questionário, apresenta os sujeitos e o trabalho, ou seja, o perfil dos militares, suas condições laborais e de vida. A terceira parte refere-se às experiências e às representações dos profissionais e aborda especialmente a análise das descrições de socorro às vítimas de violência, dos atendimentos em áreas onde organizações criminosas estão presentes e da percepção de risco. Essa parte foi constituída por onze unidades de registro, desdobradas em categorias, que emergiram da análise dos dados de questionários e de entrevistas com os militares.

O último capítulo contém as considerações finais, compostas por um consolidado dos principais achados, checagem das hipóteses e também por algumas propostas para desdobramentos futuros.

Tanto a formulação do projeto da pesquisa, quanto a construção, a análise dos dados e a elaboração final do texto desta tese me ofereceram a oportunidade prazerosa de estudo, de

reflexão a partir de diversas produções do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), de trabalho em campo empírico de pesquisa e de rica interlocução com a minha orientadora.

Espero que o conteúdo apresentado possa fomentar novos debates sobre violência e saúde, com desejadas repercussões na formação e atuação dos profissionais desta área, assim como despertar para novas possibilidades de pesquisa neste campo.

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As violências e os acidentes constituem a segunda causa de mortalidade geral no país e a sexta maior causa de internação hospitalar (BRASIL, 2007). As taxas de mortes por causas violentas nos principais centros urbanos brasileiros estão entre as mais altas do continente americano, expressando uma tendência de crescimento, que desde a década de 1980 vem se acentuando (SOUZA *et al.*, 2003).

A demanda crescente de serviços para o atendimento das lesões e traumas provocados por acidentes e violência requer novas habilidades, equipamentos e organização do sistema de saúde. Esses desafios exigem reflexões, decisões e ações adequadas. O Ministério da Saúde, buscando oferecer diretrizes para a atuação dos estados e municípios, elaborou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Essa Política, ao tomar, como uma de suas diretrizes, a sistematização, a ampliação e a consolidação do atendimento pré-hospitalar reconhece o papel estratégico desse tipo de intervenção para salvar vidas e evitar sequelas, por vezes permanentes, entre as vítimas (DESLANDES, *et al.*, 2007a; BRASIL, 2001).

Assim, a relação entre violência e atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência se apresenta como uma estratégia de política pública em saúde. Porém, a abordagem do atendimento pré-hospitalar a vítimas de violência ou em áreas violentas, sob o olhar dos profissionais que as socorrem, não se constitui uma abordagem frequente de pesquisas. Por isso, a presente tese nasce da motivação para aproximação e compreensão das representações, experiências e práticas desses profissionais, tendo a violência como contexto problematizador.

1.1. Objeto

O objeto desta tese é o estudo das representações, experiências e práticas dos profissionais que atuam no serviço pré-hospitalar de urgência e emergência do Corpo de Bombeiros, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, frente ao cotidiano de atendimento a vítimas de violência ou em áreas marcadas pela violência.

1.2. Hipóteses

Nesse contexto, levantam-se as seguintes hipóteses:

As representações que os profissionais do atendimento pré-hospitalar têm sobre a violência manifestam-se em suas práticas durante o socorro, incluindo a forma de atender as diferentes vítimas e os diferentes tipos de violência.

O atendimento a situações traumáticas, decorrentes de acidentes e violência, traz a percepção de necessidade de domínio de saberes e de habilidades técnicas complexas, contribuindo para uma autoimagem de competência por parte dos profissionais de saúde que atuam na emergência pré-hospitalar.

A iminência de prestar atendimento em áreas de confronto ou onde organizações criminosas estão instaladas gera nos profissionais uma sensação de medo frente à percepção de risco, o que, por sua vez, se caracteriza como um fator de estresse no trabalho.

A prestação de socorro às vítimas de violência aproxima os profissionais de forma diferenciada deste fenômeno, com repercussões em suas vidas pessoais.

Os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar, em sua maioria, possuem competência técnica para lidar com as situações clínicas e traumáticas de emergência geradas por atos violentos (perfurações, contusões, hemorragias etc.), mas não possuem uma compreensão ampliada sobre a violência e seus impactos no campo da saúde.

A formação desses profissionais nos diferentes níveis (graduação, pós-graduação, formação técnica e treinamento em serviço) não contempla debates sobre violência e sua relação com o campo da saúde.

1.3. Justificativa

Considerando a complexidade e os impactos da violência no campo da saúde, torna-se necessário aprofundar e especificar as facetas e manifestações desse fenômeno, visando a construir elementos adequados e aprimorados para a atuação do setor saúde. De acordo com Minayo (2006a), não basta quantificar os mortos, os feridos, as vítimas e os agressores. Essas pessoas fazem parte de uma realidade histórica e cultural e possuem razões subjetivas. Conhecer a magnitude da violência, mas também os seus sentidos é pré-requisito para a formulação de programas de promoção, prevenção e controle. É nesse contexto que se enquadra a presente pesquisa. Busca-se conhecer as representações e práticas dos profissionais que socorrem as vítimas de violência, no nível pré-hospitalar, sob uma abordagem quantitativa e qualitativa que articula a análise de dados estatísticos com um enfoque compreensivo sobre o atendimento nessa esfera, com a finalidade de responder a questões práticas.

O diferencial dessa pesquisa consiste em centrar a análise nas representações sociais do grupo profissional que presta o primeiro atendimento às vítimas de certos tipos de violência e que, também, atua em áreas violentas. Esses profissionais são sujeitos importantes na reflexão sobre o tema, já que o atendimento pré-hospitalar é uma estratégia reconhecida como abordagem fundamental para a sobrevivência das vítimas de acidentes e de violência. O estudo das representações e das práticas desse grupo social se faz no contexto proposto por Minayo (2006a) de conhecer e reconhecer a contribuição dos múltiplos atores cidadãos e institucionais para a prevenção e controle da violência no país.

A originalidade da abordagem deste estudo reside na conjugação de uma visão sobre o contexto em que atuam os profissionais, situando o atendimento às violências intencionais no cerne das causas externas, sobre as características dos sujeitos que socorrem e seu processo de trabalho e sobre suas representações.

Estudar as representações dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a violência pode facilitar a construção de estratégias para sua formação e educação permanente, de forma a favorecer a ampliação da compreensão e o desenvolvimento de competências para lidar com esse problema.

1.4. Objetivos

Geral:

- Relacionar as representações de violência e as percepções de risco com as experiências, as práticas e o cotidiano de profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Específicos:

- Analisar os atendimentos pré-hospitalares aos eventos de acidentes e violência, identificando características das vítimas, das lesões e das circunstâncias da assistência.
- Caracterizar as condições de vida e de trabalho de militares do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros que atuam na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.
- Descrever o atendimento a vítimas de violência ou o socorro em áreas consideradas violentas a partir de experiências de profissionais em atendimento pré-hospitalar de emergência.
- Desvelar práticas profissionais em situações de atendimento de urgência desencadeado por diferentes tipos de violência.
- Compreender as representações dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência sobre violência, incluindo a percepção de risco.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Considerando a proposta de investigação, foram eleitas três unidades temáticas para constituição do marco teórico – a ‘violência e o campo da saúde’, o ‘atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência’ e ‘representações sociais e violência’.

2.1. Violência e o campo da saúde

2.1.1. Conceitos de violência no campo da saúde

O vocábulo violência deriva da palavra *vis*, de origem latina, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro. Eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência se designa, pois, de acordo com épocas, locais e circunstâncias. Há violências toleradas e há violências condenadas (MINAYO, 2003).

Abordando a visão do senso comum, Chesnais (1981) distingue no discurso contemporâneo próprio do imaginário social, três definições implícitas de violência: a ‘violência física’, que atinge diretamente a integridade corporal, a ‘violência econômica’, que consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens, além da ‘violência moral e simbólica’ que trata da dominação cultural, ofende a dignidade e desrespeita o direito alheio.

De acordo com Minayo (2003), na ceira do conhecimento erudito, filósofos e cientistas têm contribuído para pensar o assunto violência. Na visão de Hannah Arendt (1990, 1994), a violência é um meio para a conquista do poder, mas não se confunde com o poder; pelo contrário, demonstra incapacidade de argumentação e de convencimento. Arendt não vê positividade na violência, não considera que ela acelere o desenvolvimento econômico

(como já foi justificado por autores como Engels, 1975), que seja necessária para promover a mudança da sociedade burguesa desigual para uma sociedade igualitária e nem que seja inevitável no universo da escassez e da necessidade, conforme argumentara Sartre (1964). Para Arendt (1994, p. 57) “a violência, sendo instrumental por natureza, é racional. Ela não promove as causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar as causas e trazê-las à atenção pública”.

Domenach (1981) considera que a sociedade passa a encarar a violência como um problema a partir da modernidade e do avanço dos direitos humanos e do conceito de democracia. Esse autor enfoca também a ideia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas, sobretudo, é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, a violência não pode ser tratada apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Trata-se de uma ideia que se contrapõe ao senso comum, que costuma colocar a violência como um fenômeno sempre produzido pelo outro e contra nós (MINAYO, 2003).

O reconhecimento da violência como sendo multifacetada aparece na obra de Denisov (1986) que aponta suas características externas e internas, coletivas e subjetivas. O tema é analisado a partir de indivíduos, grupos, classes e instituições que, em suas relações, empregam diferentes meios de coerção e aniquilamento direto ou indireto sobre seus semelhantes, com a finalidade de reter ou conquistar poder, posses e privilégios.

Freud também apresentou interpretações sobre o tema da violência, agrupadas por Minayo (2003) conforme a cronologia: em seus primeiros escritos, há uma associação de violência com a agressividade instintiva do ser humano. Num segundo momento, ele evolui para a ideia da violência como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana diante das situações competitivas. Numa terceira etapa, há o avanço para o conceito de construção de identidades de interesse. É desta identidade, segundo Freud, que surgem os vínculos emocionais entre os membros da comunidade humana, levando-os a preferirem a ‘civilização’, o diálogo e a convivência pacífica ao uso puro e simples da força física para se impor.

A inclusão da violência na pauta do setor saúde vem acontecendo lentamente. Dentre as conceituações surgidas nesse setor, destaca-se a Organização Mundial de Saúde, que define violência como:

O uso de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p 5).

Uma análise de Dahlberg e Krug (2007) sobre a definição de violência da OMS aponta para a associação entre intencionalidade e realização do ato, independentemente do resultado produzido. Assim, são excluídos dessa definição os incidentes não intencionais, tais como a maioria dos ferimentos decorrentes de acidentes de trânsito. A questão da intencionalidade é complexa porque mesmo que se distinga a violência de atos não intencionais que produzem ferimentos, a intenção de usar força em determinado ato não significa necessariamente que houve intenção de causar dano. Na verdade, pode haver enorme disparidade entre comportamento intencional e consequência intencional. O agressor pode cometer um ato intencional que, sob critério objetivo, pode ser considerado perigoso e, possivelmente, ter resultados adversos para a saúde, mas não percebê-lo assim. Além disso, a noção de que a violência é culturalmente determinada, faz com que as pessoas tenham intenção de ferir outras, mas segundo sua formação cultural e crenças, não consideram seus atos violentos.

Ainda sobre a definição de violência da OMS, os autores inferem que a inclusão da palavra “poder”, completando a frase “uso de força física”, amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência, passando a incluir os atos que resultam de relações de poder, como ameaças e intimidação. O “uso de poder” também leva a incluir a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita. Portanto, a visão de “uso de força física ou poder” deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos autoinfligidos (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Sendo assim, a definição da OMS cobre uma ampla gama de eventos, refletindo um crescente reconhecimento da necessidade de incluir a violência que não produza necessariamente lesão ou morte, mas que, apesar disso, impõe um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. As consequências de um ato violento não representam necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte. Elas podem ser imediatas ou latentes e durar por anos após o ato abusivo inicial. Assim,

definir as consequências somente em termos de ferimento ou morte limita a compreensão total da violência para indivíduos, comunidades e sociedade (DAHLBERG e KRUG, 2007).

2.1.2. Tipologia e natureza da violência

A tipologia proposta para a classificação da violência, segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações: violência autoinfligida (dirigida contra si mesmo), violência interpessoal e violência coletiva.

Por violências autoinfligidas se entendem os comportamentos suicidas e os autoabusos. No primeiro caso, a tipologia contempla suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de autoabuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.

As violências interpessoais compreendem a violência intrafamiliar e a violência comunitária.

Por violência intrafamiliar se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência.

A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões como violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Por violências coletivas se entendem os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, do ponto de vista social, se incluem os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões. No campo político, estão as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos de nações, geralmente motivados por interesses de dominação.

Minayo (2006a) acrescenta, ainda, um tipo de violência, classificada como estrutural. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que produzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e de etnia, além daqueles que mantêm o domínio adultocêntrico sobre as crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificado, aparentemente sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência descritos anteriormente tem sua base na violência estrutural.

Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: violência física, psicológica, sexual e abandono, negligência ou privação de cuidados:

O termo 'abuso físico' significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. A categoria 'abuso psicológico' nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social (BRASIL, 2001). A classificação 'abuso sexual' diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por negligência ou abandono se entende a ausência, a recusa ou a deserção de assistência necessária a alguém que deveria receber atenção e cuidados (BRASIL, 2005).

2.1.3. Sentidos da violência para a saúde

A sensibilização do setor saúde em relação à violência se iniciou pioneiramente com o problema dos maus-tratos às crianças. De acordo com Minayo (2006a), na década de 1960, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes e sua influência negativa para o crescimento e desenvolvimento das vítimas. Uma década depois que os pediatras Kempe *et al.* (1962) cunharam a expressão "síndrome do bebê espancado", vários profissionais passaram a reconhecer e diagnosticar esse tipo de agravo

como um problema de saúde. Programas de prevenção e intervenções, principalmente, nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, se instituíram na pauta de serviços públicos, privados e de organizações não-governamentais.

A violência contra a mulher passou a fazer parte da agenda da saúde pelo protagonismo do movimento feminista na última metade do século XX. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou o setor saúde para atuar ativamente e dar respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência; mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações. Já a temática dos maus-tratos contra idosos surgiu em 1975 e vem assumindo relevância na bibliografia nacional, internacional e nas práticas de proteção, prevenção e atenção. Porém, na área da saúde, os estudos e ações ainda são raros (MINAYO, 2007a).

Foi na década de 1980 que o tema violência entrou com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais no campo programático da saúde na sociedade ocidental. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde começaram a falar especificamente de violência (MINAYO, 2006b).

Nesse contexto, uma reflexão sobre a relação entre violência e saúde passa pela ideia de que a violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor saúde (BRASIL, 2005). Como aponta a Organização Pan-Americana de Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p.5).

A visão do setor saúde sobre o tema violência contempla vertentes explicativas e operacionais. Entre as instituições nacionais e internacionais há, cada vez mais, um consenso em torno da seguinte questão: a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima (AGUDELO, 1997). Assim, o setor saúde e seus profissionais consideram as manifestações da violência como negativas para a sociedade e para os indivíduos (BRASIL, 2005).

Nos estudos científicos da área da saúde há pelo menos três correntes que buscam explicar a violência. A primeira sustenta a ideia de que a violência é resultante de determinantes biológicos. A segunda corrente tenta explicar a violência a partir, exclusivamente, do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais. Em terceiro lugar, existe a concepção do âmbito social como ambiente dominante na produção e na vitimização da violência, onde tomam corpo e se transformam os fatores biológicos e emocionais (BRASIL, 2005).

No caso das explicações biológicas, vários são os autores que analisam as propensões de indivíduos para a agressão ou para o crime. Consideram que o comportamento violento é uma resultante dos condicionamentos biogenéticos, sendo, portanto, um fenômeno inerente à natureza humana (BRASIL, 2005). No entanto, em diferentes textos sociológicos e da área da saúde, se elaboram críticas à ênfase excessiva na concepção de determinação biológica dos comportamentos violentos (MINAYO *et al.*, 1990; MINAYO e SOUZA, 1997, 1999).

O questionamento da postura reducionista que privilegia a causalidade biológica da violência, assim como da postura de entendimento unicausal, macro ou microsocial, se baseia na concepção de violência como um fenômeno complexo, multicausal e envolvido pela dialética de causa-efeito. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de tornar específicas as manifestações de violência e sua articulação com o todo e a indicação de que os processos subjetivos devem ser, ao mesmo tempo, incluídos na análise e contextualizados no âmbito sócio-histórico (MINAYO, 2003).

Um modelo ecológico que ajuda a compreender essa natureza multifacetada da violência foi introduzido na década de 1970 e explora a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto de múltiplos níveis de influência sobre o

comportamento. O primeiro nível desse modelo procura identificar tanto os fatores biológicos como os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento violento. O segundo nível explora as relações sociais próximas, enquanto o terceiro nível examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais do indivíduo. O quarto e último nível do modelo ecológico se detém nos fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência (SCHIAMBERG e GANS, 1999; HEISE, 1998; GARBARINO e CROUTER, 1978).

Nesse contexto, é importante considerar o embricamento entre os aspectos biológicos e sociais na construção de tipos de personalidades e subjetividades, inclusive as que se consideram violentas. Porém, o lócus de expressão dessas subjetividades é o contexto histórico-social, em que as particularidades biológicas encontram as idiossincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socioculturais. Essa reflexão mostra a necessidade dos profissionais de saúde trabalharem não só com modelos epidemiológicos, mas incluírem a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos, das ações e dos processos violentos (BRASIL, 2005).

2.1.4. Fontes de informação e epidemiologia da violência

A incidência da violência e dos acidentes que provocam mortes costuma ser medida de acordo com os níveis de renda do país. Em 2000, o número de mortes violentas em países de baixa e média renda foi de 32,1 por 100 mil habitantes, duas vezes maior do que o índice em países de alta renda (14,4/100 mil). Há também consideráveis diferenças regionais: na África e nas Américas, a taxa de homicídios é quase três vezes maior do que a de suicídios. Nas Europa e no Sudeste da Ásia, as taxas de suicídio são mais do que o dobro das taxas de homicídios (19,1 em 100 mil comparadas a 8,4 em 100 mil, e 12,0 em 100 mil comparadas a 5,8 em 100 mil). Já na região do Pacífico Oriental, as taxas de suicídio são quase seis vezes maiores do que as de homicídio (20,8 em 100 mil comparadas a 3,4 em 100 mil) (DAHLBERG e KRUG, 2007).

As mortes por violência, juntamente com as provocadas por acidentes recebem a nomenclatura de “causas externas” na classificação da OMS.

No Brasil, as mortes por causas externas ocupam o segundo lugar no perfil de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 5 a 49 anos. Cerca de 1.118.651 pessoas morreram por essas causas de 1991 a 2000. Dessas, 369.068 pessoas foram a óbito por homicídios; 62.480 por suicídio e 309.212 por acidentes de trânsito (BRASIL, 2005; SOUZA *et al.*, 2003).

No contexto da demanda crescente relacionada às causas externas, é possível observar que a evolução da mortalidade por causas violentas no país vem se tornando um fenômeno de alta relevância. No início da década de 80, ela ocupava o quarto lugar no perfil das principais causas de óbito, passando ao segundo lugar, a partir de 1989 (MINAYO, 1994). Estudo de Souza *et al.* (2003), utilizando uma série temporal – 1980 a 1998 – mostrou que, neste período, as violências e os acidentes tiveram um incremento de 23%, ao passar de 59 óbitos/100.000 habitantes, em 1980, para 73 óbitos/100.000 habitantes, no final da década de 90.

De 1980 a 2000, houve um crescimento proporcional de mais de 200% nos homicídios que passaram de 13.601 no ano de 1980 para 43.343 em 2000. O mais elevado incremento desse fenômeno se deu nos anos 1980. Na década de 1990, o número de mortos continuou alto e se elevando, embora com menos intensidade (de 1991 para 2000, a diferença foi de 47%). Em 2000, os homicídios corresponderam a 38,3% do total de mortes por causas externas no Brasil, confirmando-se a tendência de acirramento. Cerca de 70% deles foram cometidos por armas de fogo, cujo uso aumentou intensamente nesse período. Em 1991, 50,3% (15.460) deles ocorreram por armas de fogo e, no ano 2000, esse percentual subiu 68%, correspondendo ao óbito de 30.855 pessoas. A maior parte das vítimas de mortes são homens, com taxas de 44,0/100 mil, comparadas com as de 3,9/100 mil para mulheres, o que compõe uma razão de 12/1. No período analisado (1980 a 2000), cerca de 70% de todos os homicídios ocorreram nas faixas etárias de 10 a 39 anos, mais de 83% deles foram jovens do sexo masculino, em sua maioria, pobres e vivendo nas periferias das grandes cidades (BRASIL, 2004g; SOUZA *et al.*, 2003).

Segundo Souza e Lima (2007), em 2003, 51.043 brasileiros foram assassinados, o que soma quase 140 mortes por dia. No entanto, o conhecimento adquirido pelos estudos realizados, ao invés de ser usado para o desenvolvimento de mecanismos sólidos de enfrentamento do problema, concorre para a banalização da violência.

Dentre as capitais brasileiras com os maiores índices de homicídio por número de habitantes, no ano de 2003, destacaram-se: Recife/PE (66,4 por 100 mil habitantes), Vitória/ES (55,8 por 100 mil habitantes), Maceió/AL (51,2 por 100 mil habitantes), Porto Velho/RO (50,3 por 100 mil habitantes), Belo Horizonte/MG (48,0 por 100 mil habitantes), Rio de Janeiro/RJ (47,7 por 100 mil habitantes), São Paulo (47,0 por 100 mil habitantes), Cuiabá/MT (46,2 por 100 mil habitantes) e Macapá/AP (41,5 por 100 mil habitantes) (SOUZA e LIMA, 2007). Esses diferenciais na espacialização dos homicídios são explicados a partir de diversas hipóteses e variáveis. A grande maioria dos estudos tenta compreender o efeito dos determinantes a partir de indicadores socioeconômicos, principalmente, no que se refere à pobreza relativa, representada pela desigualdade de renda (LIMA *et al.*, 2005; BEATO FILHO, 2001; NAJAR, 1997; SZWARCOWALD e CASTILHO, 1998; CRUZ, 1996). Mas, consideram, também, outros fatores, como a conexão interna entre cidades com redes internacionais de tráfico de drogas, de armas, de mulheres e crianças, de pedras preciosas, de fauna e de flora. De acordo com Procópio (1999), essas redes, que se articulam em torno de atividades ilegais, altamente perigosas e com rotas bem estabelecidas no país, se constituem como um processo social potencializador de homicídios.

Uma característica marcante no padrão epidemiológico brasileiro de homicídios, descrita por Souza e Lima (2007) consiste na intensidade dos coeficientes em uma população cada vez mais jovem. Nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e os adultos jovens, dos 15 aos 29 anos, as taxas são extraordinariamente mais altas do que na população como um todo. Em relação à taxa geral, a da faixa dos 15 aos 19 anos é 1,5 maior. No grupo dos 20 aos 24 anos, a taxa é 2,5 vezes maior. E, entre 25 e 29 anos, é 2,1 vezes maior do que a da população geral.

Como já foi descrito anteriormente, a diferença de sexo revela, invariavelmente, taxas mais elevadas no grupo dos homens. No estudo entre as capitais brasileiras, conduzido por Souza e Lima (2007), os riscos masculinos também se apresentaram bastante elevados quando comparados aos feminino. Nas cidades nordestinas de João Pessoa, Maceió, Aracaju e Salvador os riscos de homens morrerem por homicídio foram, respectivamente, 39.5, 24.7, 23.7 e 21.6 vezes maiores do que os da população feminina. Esse padrão também foi observado em Florianópolis, onde os homens tiveram a taxa 24.8 vezes superior à das mulheres. Em Rio Branco foi observada a menor razão, mas a população masculina ainda apresenta uma taxa 9.1 vezes maior do que a das mulheres. Para as autoras, a sobremortalidade masculina é também observada em outras sociedades. Entretanto, é

relevante a intensidade com que a violência vem dizimando pessoas do sexo masculino em nosso país, com sérias consequências na estruturação econômica, social e familiar.

Outro achado desse estudo foi que, paralelamente à concentração de homicídios por faixa etária e sexo, observa-se uma dramática concentração de risco na população negra. As taxas de homicídio são mais elevadas entre os negros em todas as faixas etárias, com muito mais intensidade entre 20 e 29 anos. Embora os dados relativos a esta variável padeçam de elevados sub-registros nas diferentes fontes onde eles são notificados, há indicações de que a distribuição desigual de riquezas e recursos sociais entre brancos e negros no Brasil acaba por provocar desigualdade na distribuição da morte violenta. Assim, são os homens negros e, entre esses, os mais jovens, as vítimas preferenciais da violência letal (SOUZA e LIMA, 2007).

Cabe ressaltar que os números relativos à mortalidade, mais amplamente coletados e disponíveis, são apenas um dos tipos possíveis de dados que descrevem o problema. Como os efeitos não fatais são muito mais comuns do que os fatais, e como certos tipos de violência não são totalmente representados nos dados de mortalidade, outras informações se fazem necessárias para se compreender as circunstâncias relativas ao fenômeno e para se descrever o impacto da violência na saúde dos indivíduos e das comunidades. Esses tipos de dados se referem a doenças, danos e demais condições de saúde; informações auto-relatadas sobre atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais e exposição à violência; a características das comunidades e da população onde o contexto é mais violento; às circunstâncias das ocorrências criminais e agressores; aos custos de tratamento e serviços sociais; dados indicando o peso econômico sobre os sistemas de saúde e possível economia obtida nos programas de prevenção; a políticas sociais e legislação (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Os números referentes à mortalidade certamente subestimam o verdadeiro efeito da violência. Em todas as partes do mundo, as mortes representam a ponta do *iceberg* quando se fala do tema. Ataques físicos, sexuais, psicológicos e negligências ocorrem a cada dia, embora não se disponha de estimativas nacionais e internacionais. Nem todas as agressões produzem ferimentos que, por sua seriedade, exijam atenção médica, e mesmo as que têm consequências graves nem sempre são registradas, já que os sistemas de vigilância para registro e compilação das agressões são ainda inexistentes em muitos países ou ainda estão em fase de implantação (DAHLBERG e KRUG, 2007).

2.2. Atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência

2.2.1. Conceitos de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência

Ao analisar as acepções na língua portuguesa dos termos 'urgência' e 'emergência', Giglio-Jacquemot (2005) caracteriza urgência como algo que exige uma ação rápida e indispensável e emergência como o acontecimento de alguma coisa séria, cuja aparição súbita ameaça ou causa perigo. Analisando tais definições no âmbito do discurso médico, a autora complementa que o que caracteriza a emergência é um processo com risco iminente de vida, devendo ser diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Já a urgência está relacionada a processos agudos, podendo haver risco de evolução para complicações mais graves, porém sem risco iminente de vida.

No contexto da assistência às urgências e às emergências, o atendimento pré-hospitalar (APH) se configura como toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar. A resposta deve ser adequada à solicitação, a qual poderá variar de uma simples orientação médica ao envio de uma ambulância ao local da ocorrência, tendo em vista a manutenção da vida e a minimização das sequelas (LOPES e FERNANDES, 1999).

O atendimento pré-hospitalar pode ser reconhecido em duas esferas – o móvel e o fixo. O pré-hospitalar móvel tem como missão o socorro imediato das vítimas e encaminhamento para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar. Tanto o atendimento pré-hospitalar móvel, quanto o fixo, se fundamentam na ideia de que, frequentemente, lesões e traumas provocados por vários tipos de eventos, dentre eles acidentes e violências, têm condições de serem revertidos em sua totalidade ou em parte, dependendo do suporte oferecido à vítima (BRASIL, 2004d; DESLANDES *et al.*, 2007).

O objetivo do APH de emergência é manter a homeostase até haver a possibilidade de realização do tratamento adequado (MALVESTIO e SOUSA, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde, o APH é aquele que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, de natureza traumática, não-traumática ou psiquiátrica que possa levar ao sofrimento ou mesmo à morte (BRASIL, 2002a).

O atendimento pré-hospitalar móvel pode ser classificado como primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, e como secundário, quando a solicitação parte de um serviço de saúde, no qual o usuário já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para continuidade do tratamento (BRASIL, 2002a).

O serviço móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou região, podendo, no entanto, extrapolar os limites municipais. Estas regiões de cobertura devem ser previamente definidas, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, ofertas de serviço e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço de atendimento pré-hospitalar deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponível conforme critérios de hierarquização e regionalização fortemente pactuados entre os gestores do sistema locorregional (BRASIL, 2002a).

A equipe de profissionais de saúde para o atendimento pré-hospitalar deve ser composta por coordenador do serviço, responsável técnico (médico), responsável de enfermagem, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem. A equipe de profissionais não oriundos da área da saúde inclui telefonista, rádio-operador e condutor de veículos de urgência. Estes profissionais devem ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2002a).

Além da equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas a causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da área da saúde, como bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento (BRASIL, 2002a).

2.2.2. O atendimento pré-hospitalar no mundo

Dois modelos têm inspirado a organização do atendimento pré-hospitalar móvel no mundo: o americano e o francês, sendo que muitos países adotam estratégias que mesclam características destas duas matrizes de orientação. O modelo de pré-hospitalar americano prioriza o atendimento feito por paramédicos (técnicos), enquanto o modelo francês adota a presença de médicos nas ambulâncias (ALBUQUERQUE e MINAYO, 2009; DESLANDES, 2002; LECHLEUTHNE, 1994).

A organização dos serviços e dos sistemas de APH apresenta-se de forma heterogênea nos diferentes países que possuem esse tipo de atendimento. É possível encontrar diversos modos de organização de sistemas de APH.

Alguns sistemas baseiam as centrais do APH nos hospitais. Esses hospitais são responsáveis por contratar, treinar e administrar os profissionais que atuam nos eventos de emergência. Tal modelo é comumente encontrado em sistemas recém-implantados e em países com deficiências organizacionais nos seus programas nacionais de saúde. O sistema de emergências médicas na China, por exemplo, é fortemente baseado nesse modelo de atendimento (VANROOYEN *et al.*, 1999).

Muitos países possuem sistemas de APH sob a responsabilidade de municípios ou jurisdições. O suporte financeiro dos serviços municipais geralmente é dado pelo governo. Quase metade dos serviços de APH nos Estados Unidos funciona sob esse modelo. O financiamento da maioria dos sistemas europeus também é governamental e a utilização dos serviços de emergência é caracterizada como um benefício (VANROOYEN *et al.*, 1999).

Serviços privados para atendimento médico de emergência ainda mantêm grande influência sobre os sistemas municipais norte-americanos. Em outros países, esse modelo de serviços não se desenvolveu significativamente, tendo em vista o entendimento do APH como um direito à assistência financiada pelo Estado (VANROOYEN *et al.*, 1999). Dentro do modelo de APH privado, estão os serviços ligados às concessionárias que administram rodovias (OKUMURA, 1989).

Nas áreas rurais dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, os sistemas de APH baseados em serviços voluntários exercem um importante papel. Uma rede de voluntários é formada e treinada para o atendimento às emergências médicas (VANROOYEN *et al.*, 1999).

Sistemas complexos agregam diversos modelos. Em muitos centros urbanos, encontram-se centrais de operações independentes, reguladas por instituições médicas e pelos Corpos de Bombeiros locais. Cabe ressaltar que a qualidade da atenção às emergências, em modelos com coexistência de sistemas, pressupõe ações coordenadas (VANROOYEN *et al.*, 1999).

Modelos complexos incluem, ainda, a coordenação civil e militar. São característicos de países que vivem situações de guerra. O APH na Jordânia, por exemplo, é de responsabilidade da Defesa Civil, a qual mantém as ambulâncias e provê o treinamento dos profissionais, em conjunto com a Força Aérea Jordânica, responsável pelos helicópteros e pelos médicos que atuam no resgate aéreo (ABBADI *et al.*, 1997).

De acordo com Nikkanen *et al.* (1998), o sistema de APH na França apresenta dois níveis: o atendimento em ambulâncias de Suporte Básico, realizado por bombeiros, e o atendimento avançado em ambulâncias tripuladas obrigatoriamente por médicos. As chamadas de emergência na França são triadas e respondidas por centrais de regulação médica. Essas centrais fazem parte da rede do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU - França).

A história do SAMU da França inicia-se na década de 1960, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos de APH até então existentes. Em 1965, foram oficialmente criados os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). E, em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tal, um centro de regulação médica (LOPES e FERNANDES, 1999).

O SAMU passou a regular as demandas de emergência na França, de uma maneira global, a partir dos anos 80. A regulação mobiliza as ambulâncias básicas do Corpo de Bombeiros para as situações mais simples ou as ambulâncias avançadas para as emergências mais graves (NIKKANEN *et al.*, 1998).

O serviço de APH na Espanha, segundo Queipo de Llano *et al.* (2003), é de responsabilidade de companhias regionalizadas ligadas ao setor público. Cada comunidade autônoma da Espanha possui uma companhia para atendimento às emergências médicas e traumáticas. O serviço de APH é estendido a todo território e disponível para qualquer cidadão da comunidade. Por exemplo, na comunidade de Andaluzia, a gestão do APH é realizada pela *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias* associada ao *Servicio Andaluz de Salud*.

Na Alemanha, o sistema médico de emergência, descrito por Moecke (1998), é considerado uma função pública com acesso a toda a população. No entanto, cada estado pode delegar toda ou parte da responsabilidade por esses serviços de emergência a diversas organizações, como o Corpo de Bombeiros, a Cruz Vermelha, a Associação Automobilística Alemã e outras agências, incluindo companhias privadas de serviços médicos.

Uma das questões fundamentais dos serviços médicos de emergência alemã foi a criação de centros regionais de operação. Cada região é servida, exclusivamente, por um desses centros, os quais coordenam todas as atividades de emergências médicas. Em algumas regiões, como a de Hamburgo, o centro é integrado ao Corpo de Bombeiros. Em outras áreas, como a da Bavária, os centros e o Corpo de Bombeiros funcionam independentemente. A tentativa de implantação de um número telefônico nacional único para as emergências não teve sucesso. Na maioria das regiões, há, no mínimo, dois números destinados aos chamados de emergência (MOECKE, 1998).

Outra questão estrutural dos serviços de emergência na Alemanha se refere à utilização de dois tipos de ambulância: as de Suporte Básico para os transportes de baixo risco e as de Suporte Avançado para as emergências mais graves. Parte das ambulâncias avançadas é tripulada por médicos (MOECKE, 1998).

O sistema de APH na Rússia, descrito por Townes *et al.* (1998), é regulado por centro de operação, denominado estação central. O profissional regulador é um enfermeiro treinado, o qual determina o tipo de ambulância que deve seguir para o local do evento, assim como o hospital de destino.

2.2.3. O atendimento pré-hospitalar no Brasil

No Brasil, a sistematização do APH é relativamente recente. Na década de 1950, implantou-se, em São Paulo, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), o qual era um órgão da então Secretaria Municipal de Higiene. Sua proposta era que o médico fosse à residência do doente a fim de lhe prestar cuidados. Do ponto de vista histórico, pode-se considerar esta experiência como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil (MARTINS e PRADO, 2003; BRASIL, 2000).

No contexto nacional da gestão dos serviços de APH, destacam-se os Corpos de Bombeiros. Essas corporações realizam serviço emergencial em diversas situações, incluindo o resgate e salvamento de pessoas. Porém, por muito tempo, este atendimento foi realizado por profissionais pouco qualificados para o cuidado em si, em viaturas inadequadas e com materiais insuficientes (MARTINS e PRADO, 2003).

Na década de 1980, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de APH, levou alguns estados a criarem serviços que, no entanto, eram dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização. Surgiu, então, um verdadeiro mosaico de modelos de APH no Brasil. A maioria deles apresentava deficiências técnicas significativas, tanto no setor público, quanto no modelo privado (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004b).

Um movimento inicial de sistematização do atendimento pré-hospitalar ocorreu com a criação do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), em 1986.

Desde então, diversos grupos que se articularam com os governos locais foram criados, levando ao surgimento de serviços de APH no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004b).

Em 1989, implantou-se, em São Paulo, o Projeto Resgate. Essa proposta foi desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Secretaria de Segurança Pública. Este sistema integrava o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), o Corpo de

Bombeiros e o Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo de São Paulo (TACAHASHI, 1991).

Nesse contexto, o componente pré-hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo foi criado nos moldes do SAMU francês, baseado no convênio de cooperação técnica entre a França e o Brasil. Esse modelo de atenção às urgências diferia de outros, especialmente dos norte-americanos, pelo fato de propor um sistema com participação efetiva do médico. Tal participação ocorre tanto no atendimento direto às pessoas no local da ocorrência como na central de operações, através da regulação médica do sistema (BRASIL, 2000).

Atualmente, o APH na cidade de São Paulo é operacionalizado por Unidades de Resgate (UR) do Corpo de Bombeiros, tripuladas por bombeiros socorristas, em conjunto com Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU, tripuladas por médico e enfermeiro (MARTINS e PRADO, 2003).

Outra experiência de gestão mista consiste no Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), proposto pelo Ministério da Saúde e implantado em 1990 em Curitiba. Na época, o atendimento era realizado por socorristas do Corpo de Bombeiros e contava com médicos que eram deslocados para o local da emergência, quando necessário (MARTINS e PRADO, 2003).

Com o objetivo de reduzir a incidência, a morbidade e a mortalidade por agravos externos, o Ministério da Saúde criou, em 1990, o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET). Um dos níveis desse Programa relacionava-se ao APH e coube aos Corpos de Bombeiros a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar às emergências e traumas no âmbito público. Porém, somente o Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) dispunha de oficiais médicos, praças auxiliares e técnicas de enfermagem para realizar o APH. Nos demais estados, os bombeiros passaram a ser treinados através de um curso básico de socorristas, equivalente ao treinamento do técnico em emergências médicas básico dos Estados Unidos (MARTINS e PRADO, 2003).

Os serviços de APH nos diferentes estados brasileiros foram sendo construídos tendo como referência o modelo francês ou o modelo norte-americano.

A implementação do PEET foi distinta em cada estado, já que os recursos acabaram ficando restritos à Região Sudeste do Brasil. O Programa foi extinto em 1992 e a obrigação primeira de atendimento às causas externas ficou com os Corpos de Bombeiros (MARTINS e PRADO, 2003).

Assim, no Brasil, dois sistemas de APH passaram a coexistir no âmbito público: o do telefone 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos de Bombeiros. Em algumas cidades, ambos contaram com a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionaram a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanavam as ordens e apoio às diferentes ações (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004b).

Visando a unificação da estrutura e melhoria na assistência, o Ministério da Saúde optou, em 2003, pela implantação em âmbito nacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), baseado no modelo francês (RAMOS e SANNA, 2005).

O SAMU, como parte da organização de redes locais, está inserido na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006). Trata-se de uma política abrangente e integradora que enfatiza a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências, além da regionalização. Ela comporta estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir agravos, e qualificação das equipes envolvidas na atenção às urgências. Visa à integração do complexo regulador do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização de resultados das ações e serviços de urgência (BRASIL, 2004c).

A Política Nacional de Atenção Integral às Urgências teve como eixos de intervenção: (1) uma estratégia promocional de qualidade de vida e saúde através de mobilização nacional em torno ao combate a violência e demais causas externas de agravos de urgência; (2) a regulação médica das urgências como ferramenta de defesa do direito de acesso aos usuários acometidos por agravos de urgência, que interligada a outras regulações, deve promover entrada e saída qualificadas destes usuários no sistema; (3) a organização de sistemas regionais de atenção às urgências, hierarquizados e com pactos gestores de referência e contra-referência e (4) a capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam na área, através dos Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2006).

O componente pré-hospitalar móvel, caracterizado pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), foi eleito pelo governo como primeira ação no enfrentamento às urgências (BRASIL, 2004d). Tal opção se justificou pelo seu alto potencial de impacto de preservação da vida, pela sua capacidade de “observatório do sistema e da saúde da população” e pela sua capacidade de intervenção nos fluxos de pacientes urgentes em todos os níveis do sistema, através da regulação médica.

A regulação médica das urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central. O estabelecimento de uma estimativa inicial do grau de urgência em cada caso desencadeia a resposta mais adequada e equânime para cada solicitação. A ação de socorro desencadeada é monitorada continuamente até a finalização do caso, assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos da regionalização e hierarquização do sistema (BRASIL, 2004f).

A regulação médica do sistema é entendida como o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar. Ela faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e decisão gestora dos meios disponíveis (BRASIL, 2000).

Graças à regulação médica, é possível utilizar os recursos disponíveis com o máximo de eficiência. A categorização dos pacientes por um médico, através do telefone, faz com que o acesso aos hospitais de referência fique reservado para os feridos e doentes mais graves. Casos menos graves são direcionados para estruturas mais leves. Da mesma forma, com essa regulação, os meios de ação mais sofisticados no âmbito pré-hospitalar são direcionados, prioritariamente, para os casos mais graves (CARLI, 1995).

As Centrais SAMU-192 de abrangência municipal, micro ou macrorregional devem prever acesso a usuários e profissionais de saúde, por intermédio do número telefônico público e gratuito 192, exclusivo para as urgências médicas. Esta “porta de entrada” no sistema de saúde necessita de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção.

Isso significa garantia de acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), à assistência social e outras que se façam necessárias (BRASIL, 2004f).

A gestão do APH, no contexto da Política Nacional de Atenção às Urgências, está integrada à regulação de todo o sistema de saúde. Assim, a garantia da atenção integral às urgências fica estabelecida pela transversalidade de atuação das coordenações municipais, estaduais e regionais do sistema de urgências que deverão ter, no âmbito da organização dessa atenção, autoridade sanitária sobre o conjunto de recursos que a compõem.

O monitoramento da acessibilidade e da resolubilidade é de competência da Coordenação Municipal do Sistema de Atenção Integral às Urgências, incluindo o componente pré-hospitalar móvel – SAMU 192. A consolidação e a análise dos dados epidemiológicos das demandas direcionadas às Centrais SAMU-192 competem, também, ao nível municipal (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2004e).

A Coordenação Estadual do Sistema de Atenção Integral às Urgências tem importante papel impulsionador na implantação do sistema. Seu objetivo é fornecer subsídios para a formulação e execução da política de atenção às urgências. A coordenação de rede estadual deve promover a integração dos sistemas regionais e municipais, além da permanente articulação interinstitucional (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2004e).

Desde que em acordo com a pactuação estabelecida com os municípios, as secretarias estaduais de saúde poderão assumir a gestão do sistema de atenção pré-hospitalar móvel e a operacionalização das centrais SAMU – 192, quando estas apresentarem abrangência regional ou estadual (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2004e).

2.2.4. O atendimento pré-hospitalar no Estado do Rio de Janeiro

No Rio de Janeiro, a sistematização do atendimento pré-hospitalar é anterior à implantação do SAMU. Iniciou-se com a criação do Grupamento de Socorro e Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), em 1986, através do Decreto nº. 9.053 de 09 de julho de 1986, com objetivo de prestar atendimento médico às emergências ocorridas em vias públicas do estado, sendo o pioneiro no Brasil neste tipo de atividade (CANETTI, 2005).

A missão do GSE consiste em: “Promover atendimento médico pré-hospitalar em vias e logradouros públicos, com propósito de diminuir a morbidade e mortalidade, decorrentes de emergências clínicas e traumáticas” e “Promover o transporte inter-hospitalar, transferindo pacientes de unidade de saúde pública de atenção básica, para hospital público de maior complexidade de atendimento”. O total anual de atendimentos, desde a criação do GSE, se apresentou em evolução crescente. Em 1986, foram 11.412 atendimentos e, em 2004, este total atingiu 128.319 atendimentos.

Deslandes *et al.* (2007b) realizaram uma análise importante sobre a implantação do SAMU no Rio de Janeiro e o estabelecimento da sua relação com o trabalho já em curso do GSE: o Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro atua através de linha própria (193), incluindo a presença de atendimento médico e de organização por meio de uma central de regulação, além de disposição de ambulâncias diferenciadas segundo a complexidade. O modelo do SAMU é padronizado, operando com uma central telefônica (192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Há uma normalização para a composição das equipes de socorro segundo a complexidade, regulando os tipos de unidades móveis, suas atribuições e recursos. A comunicação e cooperação entre os modelos SAMU e o GSE do Corpo de Bombeiros ocorreu de forma desigual entre as cidades brasileiras. No Rio de Janeiro, a chegada do SAMU foi avaliada como perda de espaço político e de financiamento do Corpo de Bombeiros, instituição que agrega, há décadas, uma grande experiência no atendimento pré-hospitalar. Gestores do GSE entrevistados pelas autoras do referido estudo criticaram o Ministério da Saúde por não ter envolvido o GSE na formulação e implantação da política de atenção às urgências da qual se originou o SAMU. Fatores que impediram a integração GSE/SAMU no Estado do Rio de Janeiro envolveram desde questões, como a obrigatoriedade de uso de uniforme, logotipos e equipamentos específicos, até a

consideração de improcedência de repasse de verbas da estrutura SAMU para o Corpo de Bombeiros.

Assim, a partir de 2005, quando o SAMU foi implantado no Rio de Janeiro, se estabeleceu um acordo informal em que ele se limitaria a atender urgências clínicas e domiciliares. O GSE continuaria, então, a ser o responsável pelos atendimentos em via pública às vítimas de acidentes e violência (DESLANDES *et al.*, 2007b).

No primeiro semestre de 2007, com a união das Secretarias de Estado de Saúde e de Defesa Civil, um gestor do GSE assumiu a Superintendência de Urgências e Emergências. Atualmente, essa Superintendência trabalha no sentido de integrar as ações e a regulação do atendimento pré-hospitalar no estado do Rio de Janeiro, o que inclui a articulação entre o GSE e o SAMU.

Considerando que o cenário da presente pesquisa é o GSE, alguns aspectos normativos e operacionais do atendimento pré-hospitalar desempenhado por este Grupamento serão apresentados a seguir, com base nas suas Normas Gerais de Ação (NGA) (SESDEC/CBMERJ, 2006).

O atendimento pré-hospitalar do CBMERJ contempla as duas modalidades de APH: o móvel, operacionalizado por meio de veículos terrestres, aquáticos e ambulâncias aéreas; e o APH fixo, representado pelos centros de recuperação de afogados. Tomando por base o objeto deste estudo que se concentra no componente terrestre do APH móvel, serão apresentados aqui aspectos referentes ao socorro médico de emergência (SME) e ao socorro básico de emergência (SBE).

O SME caracteriza-se por atividade desenvolvida por oficial médico utilizando ambulância terrestre, técnicas, equipamentos e medicamentos de suporte básico e avançado de vida. Além do médico, compõem a equipe de socorro uma ou duas praças auxiliares de guarnição, além do condutor. Já o SBE é realizado por oficial enfermeiro ou praças técnicos de enfermagem com formação em urgência pré-hospitalar, utilizando ambulância terrestre, técnicas e equipamentos de suporte básico de vida. A equipe de socorro é composta também por mais uma ou duas praças auxiliares de guarnição e por um motorista.

A principal viatura utilizada no APH móvel terrestre do GSE é denominada Auto-Socorro de Emergência (ASE). Existem ASE equipadas para o suporte avançado (ASE-A) e para o suporte básico (ASE-B).

Todas as guarnições do GSE, distribuídas pelos diferentes quartéis do Rio de Janeiro, durante o serviço, estão operacionalmente subordinadas ao coordenador médico do Centro de Coordenação e Regulação Médica do Centro de Operações do CBMERJ (COCB).

De acordo com as NGA do GSE, compete às suas guarnições o atendimento em vias e logradouros públicos nas seguintes situações: 1) acidente de trânsito com vítimas; 2) evento com lesões corporais (agressões por arma de fogo, arma branca, quedas etc.); 3) afogamento; 4) tentativa de suicídio; 5) mal súbito; 6) apoio a outras guarnições do CBMERJ no atendimento de pacientes psiquiátricos e 7) outros acidentes com vítimas (incêndios, desabamentos e outras calamidades), em apoio a outras guarnições do CBMERJ.

As fases do APH realizados pelo GSE compreendem a solicitação do socorro e a confirmação realizada pelo comandante da viatura. Segue o acionamento e o deslocamento para o socorro. Após o atendimento na cena, é realizado o transporte da vítima ao hospital de referência. Uma cópia do documento de registro do atendimento pré-hospitalar (RAPH), preenchido pelo comandante da guarnição, é deixada no hospital e sua via original, com assinatura do médico que recebeu a vítima no hospital, fica no CBMERJ, sendo encaminhado quinzenalmente ao Serviço de Arquivo Médico. Por fim, a viatura retorna ao quartel.

2.3. Representações sociais e violência

O trabalho de Serge Moscovici, psicólogo social romeno, nascido em 1925, constituiu a matriz conceitual sobre a qual se desenvolverão as análises de parte dos dados empíricos desta pesquisa. Portanto, a terceira unidade temática do marco teórico desta tese se propõe a apresentar brevemente aspectos teóricos das representações sociais e aplicações metodológicas, especialmente em estudos sobre a violência.

A noção de representação social foi introduzida por Moscovici em 1961, em um estudo sobre a psicanálise (MOSCOVICI, 1978). Ele inicia o processo de elaboração teórica retomando a noção de representação coletiva de Durkheim e elabora um conceito verdadeiramente psicossocial, na medida em que procura “dialetrizar” as relações entre indivíduo e sociedade, afastando-se igualmente da visão sociologizante de Durkheim e da perspectiva psicologizante da Psicologia Social da época. A noção de representação social proposta por Moscovici preocupa-se em explicar os processos que dão origem à pluralidade de modos de organização do pensamento no contexto dinâmico das sociedades contemporâneas, caracterizadas pela multiplicidade de sistemas políticos, religiosos, filosóficos e artísticos e pela rapidez na circulação das representações (ALVES-MAZZOTTI, 1994).

As representações sociais partem da premissa de que não existe separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito, como nos apresenta Alves-Mazzotti (1994): “em sua atividade representativa, ele não reproduz passivamente um objeto dado, mas, de certa forma o reconstrói e, ao fazê-lo, se constitui como sujeito, pois ao apreendê-lo de uma dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material” (p.62).

Para Moscovici (1978), toda representação é constituída na relação do sujeito com o objeto representado, não existindo representação sem objeto. Desse modo, uma representação social não pode ser compreendida como processo cognitivo individual, uma vez que é reproduzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. O objeto – seja ele humano, social, material ou uma ideia – será apreendido através da comunicação.

Os elementos da realidade, os conceitos, as teorias e as práticas são submetidos a uma reconstrução a partir das informações colhidas e da bagagem histórica (social e pessoal) do

sujeito. Assim sendo, as representações sociais tomam o objeto e tratam de explicar as características do pensamento social, diferenciando-o do pensamento individual (MOSCOVICI, 1978).

Para Moscovici, a representação possui duas faces pouco dissociáveis: a face figurativa e a face simbólica e dois processos importantes que dão origem a elas: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é a passagem de conceitos ou ideias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, se transformam em supostos reflexos do real. Ela é responsável pela transformação do que é estranho em familiar. É por meio desse processo que os objetos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade vista como natural. Já a ancoragem é a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando-o a valores e práticas sociais. É o processo da inserção de um conhecimento enquanto quadro de referência, a partir de experiências e esquemas de pensamento já estabelecidos sobre o objeto. A atividade representativa constitui, portanto, um processo psíquico que nos permite tornar familiar e presente em nosso universo interior algo que está distante.

Uma vez esclarecida a natureza psicológica das representações, Moscovici passa a analisar sua natureza social. Observa inicialmente que as proposições, reações e avaliações que fazem parte da representação se organizam de forma diversa em diferentes classes sociais, culturas e grupos, constituindo diferentes universos de opinião. Cada universo apresenta três dimensões: a atitude, a informação e o campo da representação. A atitude corresponde à orientação global, favorável ou desfavorável, ao objeto da representação. A informação se refere à organização dos conhecimentos que o grupo possui a respeito do objeto. Finalmente, o campo de representação remete à ideia de imagem, ao conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um aspecto preciso do objeto e pressupõe uma unidade hierarquizada de elementos.

A análise dessas dimensões se desdobra ainda na possibilidade de caracterização dos grupos em função de sua representação social. Isto quer dizer que é possível definir os contornos de um grupo, ou ainda, distinguir um grupo de outro pelo estudo das representações partilhadas por seus membros sobre um dado objeto social (ALVES-MAZZOTTI, 1994; MOSCOVICI, 1978).

Segundo Moscovici, a análise dimensional das representações indica um dos aspectos que justificam a utilização do qualificativo “social”, além do fato dela ser engendrada coletivamente. Sua função deixa clara a apreensão deste qualificativo: as representações contribuem “para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais” (MOSCOVICI, 1978, p.77).

Moscovici mostra, ainda, que a situação social em que são elaboradas as representações apresenta três características básicas: 1) a dispersão das informações, o que faz com que os dados de que o sujeito dispõe sobre um novo objeto social sejam, ao mesmo tempo, excessivos e insuficientes, contribuindo para a incerteza quanto ao âmbito das questões envolvidas; 2) a pressão para inferência, gerando desvios nas operações intelectuais, na medida em que o sujeito precisa, a qualquer momento, no curso das conversações cotidianas, estar pronto para dar a sua opinião, tornando estáveis impressões com alto grau de incerteza e 3) a focalização sobre um determinado aspecto ou ponto de vista, o que influencia o estilo de reflexão do sujeito (ALVES-MAZZOTTI, 1994; MOSCOVICI, 1978).

Assim, Moscovici procura estabelecer um modelo capaz de dar conta dos mecanismos psicológicos e sociais da produção das representações, suas operações e suas funções, permitindo relacionar interações sociais, processos simbólicos e condutas.

Denise Jodelet, colaboradora de Moscovici, no esforço de sistematização do campo, apresenta alguns conceitos de representações sociais:

As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tal, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica (JODELET, 1990, p.361).

A marca social dos conteúdos ou dos processos se refere às condições e aos contextos nos quais emergem as representações, às comunicações pelas quais elas circulam e às funções que elas servem na interação do sujeito com o mundo e com os outros (JODELET, 1990, p.362).

Jodelet (1990) procura mostrar como o processo de ancoragem, relacionado dialeticamente à objetivação, articula as três funções básicas da representação: a função cognitiva de integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a função de orientação

das condutas e das relações sociais. Assim, esse processo permite compreender como a significação é conferida ao objeto representado, como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social, instrumentalizando a conduta, como se dá sua integração em um sistema de recepção e como influenciam e são influenciados pelos elementos que aí se encontram (ALVES-MAZZOTTI, 1994).

Além do próprio Moscovici e de Jodelet, muitos outros pesquisadores têm apresentado contribuições relevantes para o aprimoramento da teoria das representações sociais ao longo desse período de mais de quase cinquenta anos que nos separam de sua formulação inicial.

É grande a variedade de abordagens encontradas nos estudos de representações sociais. Isto se deve não apenas ao fato de que estes são realizados em áreas diversas, nas quais predominam diferentes tradições de pesquisa, mas também porque não há uma metodologia “canônica” (ALVES-MAZZOTTI, 1994). De acordo com Jodelet (1990), estudos de representações sociais devem responder à dupla questão que está na base da teoria que a distingue das outras abordagens da cognição social: como o social interfere na elaboração psicológica que constitui a representação e como esta elaboração psicológica interfere no social. Isto quer dizer que o interesse é uma modalidade de pensamento social sob seu aspecto constituído e constituinte.

Ao estudar as representações como produto, procuramos apreender seu conteúdo e sentido através de seus elementos constitutivos: informações, crenças, imagens, e valores expressos pelos sujeitos e obtidos por meio de questionários, entrevistas, observações, análise de documentos etc. Ao estudá-las como processo, estamos interessados na relação entre a estrutura da representação e suas condições sociais de produção, bem como nas práticas sociais que ela induz e justifica. Isto geralmente requer análise de aspectos culturais, ideológicos e interacionais, prevalentes no grupo estudado (ALVES-MAZZOTTI, 1994).

As representações sociais são tidas como formas de pensamento prático que se figuram, concomitantemente, como campos socialmente estruturados, que só podem ser compreendidos quando referidos às condições de sua produção, e como núcleos estruturantes da realidade social, tendo em vista seu papel na criação da realidade (SPINK, 1993).

Tomar por base a ideia de que as representações são elaboradas a partir de um campo socialmente estruturado e são frutos de um *imprinting* social é aceitar a diversidade implícita no senso comum, reconhecendo, entretanto, que algo sempre sustenta uma determinada ordem social, sejam pressupostos de natureza ideológica, *epistêmes* historicamente localizadas ou, até mesmo, ressonâncias do imaginário social. Esta diversidade pode ser melhor entendida a partir da ideia de coexistência de permanências e novidades no campo socialmente estruturado. As representações sociais não são meras (re)combinações de conteúdos arcaicos sob pressões das forças do grupo. Elas são também alimentadas pelos produtos da ciência, que circulam publicamente através da mídia e das inúmeras versões populares destes produtos. Ou seja, parece lícito afirmar que, se de um lado buscamos elementos mais estáveis, aqueles que permitem a emergência de identidades compartilhadas, de outro trabalhamos com o que há de diferente, diverso e contraditório no fluxo do discurso social (SPINK, 1993).

A diversidade e a contradição nos remetem ao estudo das representações sociais não mais como conteúdos, mas como processo, entendido não como mero processamento de informações e elaboração de teorias, mas como práxis; ou seja, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na criação e na manutenção de uma determinada ordem social (SPINK, 1993).

Nos diversos textos que lidam com as representações sociais enquanto formas de conhecimento prático, e, portanto, núcleos estruturantes, são destacadas diversas funções, entre elas: orientação de condutas e das comunicações (função social); proteção e legitimação de identidades sociais (função afetiva) e familiarização com a novidade (função cognitiva).

Cabe ressaltar, ainda, a transversalidade das representações sociais discutida por Spink (1993):

As múltiplas dimensões do campo de estudos das representações sociais, a interdisciplinaridade que lhe é intrínseca, as contradições e paradoxos com que se depara o pesquisador e as inúmeras dualidades (campo estruturado/núcleo estruturante; conteúdo/processo; contexto histórico/"aqui-e-agora"), que, a exemplo das unidades subatômicas estudadas pela Física Quântica, têm um aspecto dual, apresentando-se ora como partículas, ora como ondas, situam as representações sociais no seio do debate mais atual sobre a ciência, não só pelo questionamento que suscita sobre a natureza do conhecimento e sobre a relação indivíduo-sociedade, mas, sobretudo, por inseri-la dentro do paradigma da complexidade (p. 307)

Neste contexto, muitos estudiosos do fenômeno da violência, vêm utilizando as representações sociais como base conceitual e metodológica de suas pesquisas com abordagens diversificadas, como ilustrado pelos exemplos que se seguem.

Assis *et al.* (2004) analisaram as representações sociais de adolescentes, estudantes de escolas públicas e particulares de São Gonçalo, Rio de Janeiro, e identificaram a visão positiva de si próprio (alegria, bom humor, extroversão, satisfação com o corpo) como núcleo central da representação de autoestima e autoconceito tanto dos jovens que sofrem maus-tratos como daqueles que não os sofrem. Ainda com relação aos adolescentes que sofreram violência, as pesquisadoras também encontraram as atitudes de amizade e cuidado com as pessoas como categoria do núcleo central dessas representações.

Pesquisa realizada por Cavalcanti *et al.* (2006) analisou as representações sociais de profissionais de três maternidades públicas do Rio de Janeiro sobre a violência sexual contra a mulher através de dois núcleos temáticos – as ideias associadas a este tipo de violência e as explicações para a sua ocorrência. Esta abordagem revelou seis núcleos de sentido em torno dos quais giram a construção das representações: o do sofrimento, o do distúrbio de comportamento e o de relação sexual forçada, como ideias associadas; e o de relações de gênero, violência urbana e imputação de culpa à mulher, como explicações para ocorrência da violência.

Outro exemplo de estudo que relaciona representações sociais e violência é o de Anchieta e Galinkin (2005) que envolveu policiais civis do Distrito Federal. As autoras observaram que os policiais elaboram representações sobre a violência a partir de sua prática profissional, das relações sociais com seus pares e com os diferentes sujeitos sociais que fazem parte do seu trabalho. Os resultados apresentaram representações que se limitam à manifestação física da violência e à ideia de um ato praticado exclusivamente pelo “outro”, aquele que está fora da lei. A responsabilização do Estado apareceu nas representações dos policiais, assim como a desestruturação da família e a concepção de má índole. A população pobre apareceu como aquela que mais pratica atos ilegais e crimes violentos na representação dos policiais e, por isso, é vista por eles como suspeitos em potencial.

A violência também apareceu como uma manifestação associada à representação de “ser indesejável” do usuário de maconha por universitários de João Pessoa, Paraíba, estudados por Coutinho *et al.* (2004).

Com base no que foi apresentado neste capítulo, é possível considerar que a perspectiva centrada nas representações sociais permite captar os sentidos que os atores (perpetradores ou vítimas da violência) atribuem aos seus valores e às suas práticas, sem secundarizar o sistema (ambiente, contexto, coautores, situações, estruturas) no qual esses sujeitos agem e onde ações violentas são praticas. Neste sentido, Porto (2006) defende que as representações sociais sobre a violência privilegiam a subjetividade sabendo, no entanto, que elas só se constroem em relação a um dado contexto ou ambiente objetivamente dado. Ou seja, subjetividade e objetividade são assumidas, tanto uma quanto a outra como componentes fundamentais desta forma de relação social.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

O presente estudo tem como referência central a noção de representações sociais. Desenvolvida por Durkheim na constituição da Sociologia como ciência, e denominada então representações coletivas, essa noção trouxe a possibilidade de se analisar cientificamente a dinâmica social a partir dos símbolos que a figuram e que lhe dão significação. Símbolos esses passíveis de estudo, tanto quanto as estruturas e as instituições (DURKHEIM, 1978).

As representações sociais se manifestam em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam, se rotinizam, e, portanto, podem e devem ser analisadas (MINAYO, 2006a). Assim, o domínio das representações sociais permite a compreensão do fenômeno da violência a partir dos diferentes atores sociais. Ou seja, assume-se ser impossível entender esse fenômeno sem se interrogar sobre os sentidos, os valores e as crenças que estruturam e presidem a vida social, os quais são conteúdos por excelência das representações sociais (PORTO, 2006).

A proposta do presente estudo se concentra nas representações e também nas experiências e nas práticas dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência sobre a violência. Esses profissionais, vinculados a uma corporação militar – os Bombeiros do Rio de Janeiro – constituem um coletivo com códigos próprios, típicos das atividades que realizam, da formação que têm e da instituição da qual são membros. Além disso, expressam visões de mundo próprias da sociedade em geral, que também permeiam suas percepções e práticas. Existe assim uma conexão de sentido entre o fenômeno da violência e suas representações sociais pelos Bombeiros, atravessadas que são pelas ideias que circulam na sociedade e na cultura organizacional. Enquanto visão de mundo, as representações que têm sobre a realidade – nesse caso específico, sobre a violência – não são falsas nem verdadeiras, são a matéria prima para compreensão da realidade em análise.

Os sujeitos desta pesquisa são profissionais de saúde que atuam no atendimento pré-hospitalar de emergência do Grupamento de Socorro em Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ): são médicos e técnicos de

enfermagem que compõem as guarnições das ambulâncias (ASE – Auto Socorro de Emergência) em quartéis da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Além deles, foram incluídos, também, motoristas das ambulâncias, que compõem a guarnição de socorro.

Considerando o fenômeno da violência, a perspectiva analítica centrada nas representações sociais permite captar os sentidos que os profissionais atribuem às suas práticas, sem secundarizar o contexto (ambiente, situação, estruturas) no qual esses atores agem e onde as ações violentas são praticadas. Esta análise privilegia a subjetividade das representações sabendo, no entanto, que elas só se constroem em relação a um dado contexto ou ambiente objetivamente dado. Ou seja, subjetividade e objetividade são assumidas como componentes fundamentais das relações sociais (PORTO, 2006).

A análise e a compreensão das representações sociais dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência e a relação dessas representações sobre a violência com seu modo de agir tiveram por base abordagem quantitativa e qualitativa, numa perspectiva de triangulação, ou seja, de projetar vários olhares sobre uma mesma situação (MINAYO *et al.*, 2004).

3.1. Operacionalização do componente quantitativo do estudo

Os dados quantitativos, que visam obter evidências de associações entre variáveis independentes e dependentes (MINAYO *et al.*, 2005), foram construídos a partir de duas técnicas de coleta de dados: questionário e pesquisa documental.

3.1.1. Construção dos dados quantitativos a partir de questionário

O universo de sujeitos considerado para o preenchimento dos questionários foi constituído pelo total de profissionais (médicos, técnicos de enfermagem e motoristas) que compõe as guarnições das ambulâncias em todos os quartéis do Corpo de Bombeiros, localizados na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, e que oferecem esse tipo de atendimento, como apresentado na *tabela 01*.

Tabela 01: Universo dos sujeitos do componente quantitativo do estudo

Unidade	Localidade	Oficiais médicos	Praças socorristas	Motoristas	Total
GOCC	Centro	14	08	08	30
1º GBM	Humaitá	07	04	04	15
DBM 1/1	Catete	-	08	04	12
2º GBM	Méier	07	04	04	15
DBM ½	Ramos	-	08	04	12
3º GBM	Niterói	07	04	04	15
20º GBM	São Gonçalo	07	04	04	15
4º GBM	Nova Iguaçu	07	04	04	15
8º GBM	Campinho	07	04	04	15
DBM 1/8	Realengo	-	08	04	12
11º GBM	Vila Isabel	07	04	04	15
DBM 4/11	Maracanã	-	08	04	12
12º GBM	Jacarepaguá	07	04	04	15
13º GBM	Campo Grande	07	04	04	15
DBM 1/13	Santa Cruz	-	08	04	12
14º GBM	Duque de Caxias	07	04	04	15
DBM 1/14	São João de Meriti	-	08	04	12
17º GBM	Copacabana	07	04	04	15
DBM 1/17	Gávea	-	08	04	12
19º GBM	Ilha do Governador	07	04	04	15
24º GBM	Irajá	07	04	04	15
28º GBM	Penha	07	04	04	15
GOPP	Duque de Caxias	07	04	04	15
1º GBS	Barra da Tijuca	07	04	04	15
<i>Total:</i>		<i>126</i>	<i>128</i>	<i>100</i>	<i>354</i>

GOCC: Grupamento Operacional do Comando Geral; GBM: Grupamento de Bombeiro Militar; DBM: Destacamento de Bombeiro Militar; GOPP: Grupamento de Operações com Produtos Perigosos; GBS: Grupamento de Busca e Salvamento.

Considerando esse universo (n = 354), optou-se por uma amostragem intencional, composta por elementos propositalmente selecionados a partir de características típicas ou representativas da população.

O critério de escolha de representatividade para o contexto estudado consistiu na seleção dos componentes das guarnições dos dez quartéis da Região Metropolitana do Rio de Janeiro com maior índice de atendimento a eventos violentos segundo estatística anual do GSE de 2007, conforme apresentado na *tabela 02*. Esses eventos violentos incluem: atendimento a vítimas de projéteis de arma de fogo, arma branca, de agressão por força física e de autoagressão.

Tabela 02: Amostra de participantes do componente quantitativo do estudo

Unidade	Localidade	Oficiais médicos	Praças socorristas	Motoristas	Total
GOCC	Centro	14	08	08	30
3º GBM	Niterói	07	04	04	15
20º GBM	São Gonçalo	07	04	04	15
13º GBM	Campo Grande	07	04	04	15
12º GBM	Jacarepaguá	07	04	04	15
DBM 1/8	Realengo	-	08	04	12
4º GBM	Nova Iguaçu	07	04	04	15
8º GBM	Campinho	07	04	04	15
14º GBM	Duque de Caxias	07	04	04	15
DBM 4/11	Maracanã	-	08	04	12
<i>Total:</i>		<i>63</i>	<i>52</i>	<i>44</i>	<i>159</i>

GOCC: Grupamento Operacional do Comando Geral; GBM: Grupamento de Bombeiro Militar; DBM: Destacamento de Bombeiro Militar

Nos Grupamentos de Bombeiros Militar (GBM), o comando das guarnições das ambulâncias de suporte avançado de vida é do oficial médico. Já nos Destacamentos de Bombeiro Militar (DBM), onde não há oficiais médicos, a guarnição das ambulâncias de suporte básico de vida é comandada por uma praça, técnica em emergências médicas (TEM).

Os oficiais médicos do Grupamento de Socorro e Emergência (GSE) atuam em escala de serviço de 24 horas, o que corresponde a um plantão fixo em determinado dia da semana. A escala das praças socorristas e motoristas é organizada numa jornada de 24 horas de serviço, seguidas de 72 horas de folga, o que perfaz a média de dois serviços semanais. Cada GBM possui uma subseção interna do GSE, que é chefiada por um oficial médico. Nos DBM, a praça TEM mais antiga responde pelo serviço do GSE no quartel.

Sendo assim, para construção do componente quantitativo do estudo, foram reproduzidos 159 questionários, correspondendo ao número de profissionais da guarnição das ambulâncias de cada quartel selecionado, como foi apresentado na *tabela 02*. Os questionários foram autopreenchidos sem a presença do pesquisador e sem necessidade de identificação do respondente. Eles foram colocados em envelopes individuais e entregues pela pesquisadora, em mãos, ao oficial médico chefe de subseção de cada GBM ou à praça TEM responsável pelo serviço do GSE nos DBM. Os envelopes ficaram disponíveis no setor durante duas semanas, de forma que cada profissional pudesse respondê-lo individualmente no seu dia de serviço. Cada questionário foi acompanhado de uma folha de rosto contendo a apresentação da pesquisa, seus principais objetivos, uma solicitação de colaboração voluntária e instruções sobre o preenchimento. Além desta folha, também acompanhou o material o termo de consentimento livre e esclarecido. Após o período aproximado de duas semanas, a pesquisadora retornou ao quartel para recolher os questionários.

Dos 159 questionários distribuídos, obteve-se o retorno de 117 preenchidos, representando 73,6% da amostra prevista, conforme apresentado na *tabela 03*:

Tabela 03: Frequência de recuperação de questionários preenchidos do componente quantitativo do estudo

Categoria profissional	Questionários distribuídos	Questionários recuperados	%
Oficiais médicos	63	44	69,8
Praças socorristas – técnicos de enfermagem	52	41	78,8
Praças combatentes – motoristas	44	32	72,7
Total:	159	117	73,6

O questionário fechado utilizado nesta tese se baseou em instrumento elaborado por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES/FIOCRUZ) para pesquisas realizadas com policiais civis e militares no Rio de Janeiro (MINAYO *et al.*, 2008; MINAYO *et al.*, 2007; CONSTANTINO, 2006; MINAYO e

SOUZA, 2003). Questões referentes às características sócio-econômicas dos militares e às condições de trabalho foram consideradas e adaptadas para a presente pesquisa com bombeiros militares. Os blocos de questões do questionário original sobre qualidade de vida, condições de saúde e consumo de substâncias não foi utilizado para esta tese, por não se relacionar diretamente com os objetivos propostos. Novas questões, buscando levantar concepções, percepções, sentimentos e experiências relacionadas à violência na vida pessoal e profissional do grupo social estudado, foram inseridas, com vistas a compor a análise das representações dos militares estudados. O questionário utilizado nesta pesquisa está apresentado no apêndice A.

As variáveis apresentadas e analisadas a partir dos dados coletados com o questionário foram idade, sexo, situação conjugal, patente, tempos relativos à trajetória profissional e ganhos salariais, compondo as características sócio-econômicas dos militares. Informações sobre o processo de trabalho foram discutidas a partir dos dados referentes à percepção da qualidade de vida após o ingresso na corporação e das condições de trabalho no CBMERJ ao longo do tempo, além de escolha profissional em caso de recomeço da carreira, dados sobre atividades remuneradas complementares, férias e formação inicial e continuada para o atendimento de emergência. Variáveis relacionadas ao grau de satisfação com o trabalho e vivência de eventos violentos durante as atividades de socorro também foram analisadas.

Representações relacionadas à violência na vida pessoal e profissional foram analisadas no componente quantitativo desta pesquisa através de variáveis sobre as reações dos militares frente às notícias de violência na mídia, a percepção do grau e dos tipos de risco vivenciados no trabalho, os sentimentos durante o atendimento em áreas de conflitos e em presença de criminosos e os sentimentos frente aos diferentes tipos de socorro. Uma série de afirmações sobre a violência também foi apresentada aos militares para que eles assinalassem se concordavam ou não como forma de identificar concepções que compõem representações do grupo social estudado.

3.1.2. Construção dos dados quantitativos a partir de pesquisa documental

Além da construção de dados através do questionário, variáveis quantitativas também foram obtidas a partir da análise documental no Serviço de Arquivo Médico do GSE. Os documentos analisados foram os *registros de atendimento pré-hospitalar* (RAPH), cujo modelo está apresentado no anexo I. O preenchimento dos RAPH é obrigatório e individual para cada vítima atendida pelo profissional de saúde do Corpo de Bombeiros, responsável pelo atendimento pré-hospitalar de emergência – oficial médico nas ambulâncias de suporte avançado de vida e técnico em emergências médicas nas ambulâncias de suporte básico de vida.

Foram analisados os RAPH gerados pelos atendimentos a causas externas pelas guarnições dos quartéis estudados no período de três meses consecutivos – setembro, outubro e novembro de 2008. A seleção deste período correspondeu à disponibilidade dos RAPH dos três últimos meses, no Serviço de Arquivo Médico, considerando-se o momento da coleta destes dados, que ocorreu em dezembro de 2008. Na análise dos RAPH abordaram-se as características das vítimas e as circunstâncias e evolução do atendimento, segundo roteiro pré-estabelecido (apêndice B).

As variáveis analisadas a partir dos dados coletados nos RAPH incluíram idade, sexo e cor da pele das vítimas. As características relativas ao atendimento foram apresentadas pelos dados referentes ao dia da semana, período do dia, tempo de resposta e desfecho do socorro. Foram analisadas, também, variáveis relacionadas às lesões produzidas pelas causas externas – tipos de ferimento e sítios anatômicos acometidos.

Os dados obtidos por meio dos questionários e dos RAPH foram objeto, num primeiro momento, da digitação em planilhas de *Microsoft Office Excell*. Os bancos de dados foram convertidos para o programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* – versão 11.5, com o qual foi realizada a descrição das frequências simples.

3.2. Operacionalização do componente qualitativo do estudo

A perspectiva qualitativa da pesquisa voltou-se para a compreensão dos significados das ações nos contextos das estruturas sociais. Foram construídos através de entrevista individual semi-estruturada com oficiais médicos do GSE. A entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (2006b), combina perguntas fechadas e abertas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Para auxiliar a entrevista, foi construído um roteiro focalizado (SOUZA *et al.*, 2005a), contendo cinco tópicos temáticos, que englobam: 1) as representações de violência e experiências relacionadas na vida cotidiana dos entrevistados; 2) as representações e práticas profissionais frente a situações de violência; 3) a percepção de risco e as experiências de atendimento em áreas consideradas violentas ou em que organizações criminosas estão presentes; 4) a formação e a preparação profissional para lidar com a violência e 5) o impacto do atendimento a vítimas de violência no cotidiano da vida pessoal (apêndice C). Esses tópicos temáticos funcionaram como um guia para interlocução durante a entrevista, permitindo flexibilidade no diálogo e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo relevantes.

As entrevistas foram realizadas nos oito GBM, considerados também para construção dos dados quantitativos (tabela 02), cuja guarnição é comandada por um oficial médico, durante o plantão dos profissionais. Foram gravadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando-se os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O número de sujeitos entrevistados foi determinado pelo critério de saturação, segundo o qual o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece as reconstituições do objeto no conjunto do material (SCHRAIBER, 1995), no caso, na coletânea das entrevistas. Porém, visando contemplar os diferentes quartéis e estabelecer um critério para escolha dos sujeitos que seriam entrevistados, considerou-se a seleção de um oficial médico para cada um dos oito GBM cenários da pesquisa. E, levando em conta que o plantão do médico é fixo por dia da semana, a seleção buscou privilegiar o militar que atuava no dia da semana com o maior número de atendimento a vítimas de violência intencional a partir da análise dos RAPH. Foram entrevistados, então, oito oficiais médicos.

Com a finalidade de descobrir os núcleos de sentidos da violência e do atendimento a vítimas de violência entre os profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar, os dados das entrevistas foram trabalhados sob a perspectiva da análise de conteúdo. Essa proposta de análise, segundo Bardin (2004), se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção dessas mensagens.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, propostas por Bardin (2004), utilizou-se a análise temática, cujo conceito central é o tema. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. A proposta de presente pesquisa foi captar os núcleos de sentido que compõem a comunicação dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar frente a situações de violência.

Os procedimentos metodológicos da análise dos dados das entrevistas incluíram: categorização semântica, descrição, inferência, e interpretação. As categorias foram obtidas através de classificação dos elementos constitutivos das falas dos profissionais entrevistados. Essa classificação se deu por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento baseado em analogia de temática da representação ou experiência captada. Dessa forma, obteve-se o que Bardin (2004) descreve como rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. A partir de então, foi realizada descrição, enumerando-se as características das mensagens categorizadas, assim como as inferências relacionadas às proposições e aos estudos prévios sobre violência e atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Por fim, os dados das entrevistas foram interpretados através de uma discussão ampla dos resultados. O que se pretendeu com a interpretação foi obter a relação, proposta por Minayo (2006b), das estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados presentes nas mensagens. Nesse sentido, buscou-se articular a superfície do texto descrita e analisada com os fatores que determinam suas características.

A análise das entrevistas foi realizada a partir de categorias agrupadas em onze unidades de registro, a saber: 1) A experiência da violência na vida cotidiana e no trabalho; 2) As representações sobre violência no Rio de Janeiro; 3) As representações sobre o atendimento aos diferentes atendimentos classificados como causas externas; 4) As

representações sobre o atendimento aos diferentes tipos de vítima; 5) As representações sobre o atendimento em áreas violentas ou em que organizações criminosas estão presentes; 6) A percepção de risco frente aos atendimentos em áreas violentas; 7) A percepção de vulnerabilidade militar no contexto da violência no Rio de Janeiro; 8) A relação entre bombeiro e polícia militar nos eventos envolvendo violência; 9) As representações sobre a preparação profissional para o atendimento pré-hospitalar às vítimas de violência; 10) Os impactos percebidos na vida cotidiana decorrentes do trabalho no atendimento pré-hospitalar com vítimas de violência e em presença de criminosos e 11) As concepções gerais dos militares sobre o tema violência.

3.3. Considerações sobre os procedimentos éticos em pesquisa

Na presente pesquisa, os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia foram respeitados. Como visto anteriormente, o trabalho de campo, envolvendo seres humanos, aconteceu em três momentos diferentes: construção de dados através de análise de documentos, questionários e entrevistas.

Todos os cenários para construção dos dados estão vinculados ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. O projeto foi, por isso, apresentado ao Comandante Geral da corporação e ao Comandante do Grupamento de Socorro em Emergência (GSE) com solicitação de autorização para início do trabalho de campo.

O trabalho de campo se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o número de protocolo 180/08 (CAAE: 0211.0.031.000-08).

A realização da presente pesquisa com os sujeitos escolhidos foi justificada pelo fato do Corpo de Bombeiros Militar ser a principal instituição no Estado do Rio de Janeiro responsável pelo atendimento a traumas secundários aos acidentes e aos eventos violentos. Assim sendo, todos os profissionais que atuam no socorro de emergência são militares. A exposição à influência de autoridade a que estão submetidos os militares é uma observância reconhecida nesta pesquisa e, por isso, aos sujeitos foi assegurada a inteira liberdade de

participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A construção de dados a partir dos Registros de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH) foi realizada no Setor de Arquivo Médico do GSE, o qual armazena e coloca à disposição esses documentos para pesquisas autorizadas pelo Comando. As variáveis coletadas (apêndice B) não incluíram a identificação das vítimas e nem dos profissionais socorristas.

O anonimato dos respondentes dos questionários e dos interlocutores foi garantido. Para a apresentação dos resultados das entrevistas, foi utilizado o código “OM” (oficial médico) numerado de 01 a 08. As gravações das entrevistas ficarão guardadas sob responsabilidade do CLAVES/FIOCRUZ pelo período de cinco anos, após o qual serão destruídas, sendo assegurada a preservação das identidades sob quaisquer circunstâncias. Os sujeitos que participam da pesquisa, respondendo os questionários ou participando das entrevistas, o fizeram mediante termo de consentimento livre e esclarecido (apêndices D e E).

Considerando que a participação dos sujeitos na presente pesquisa poderia acarretar riscos no âmbito psicológico, representados por desconforto emocional ou constrangimentos ao abordar questões pessoais e experiências profissionais relacionadas com a violência, foi prevista a interrupção da entrevista caso o profissional assim desejasse. Além disso, se fosse da vontade do entrevistado, ele poderia ser encaminhado ao Serviço de Psicologia do Hospital Central Aristacho Pessoa (Hospital do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro). Nenhum dos participantes manifestou a necessidade de interrupção da interlocução, nem de encaminhamento para acompanhamento psicológico especializado.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo se divide em três partes: a primeira apresenta *o contexto*, onde está a caracterização dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência dentre as causas externas. A segunda apresenta *os sujeitos* (militares que atuam no socorro de emergência), suas condições de vida e de trabalho. E a terceira apresenta e analisa *as experiências e as representações* destes profissionais frente aos atendimentos às vítimas de violência e em áreas de risco.

4.1. O CONTEXTO: caracterização dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência no cerne das causas externas

Nesta primeira parte de apresentação dos resultados, os atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência foram caracterizados no contexto das causas externas. A denominação “causas externas” se refere a um conjunto de eventos acidentais e intencionais como homicídios, suicídios, acidentes, lesões e traumas provocados por razões não de doenças, mas de agravos conflituosos, negligências e imperícias nas relações sociais. As causas externas correspondem às rubricas V01-Y98 do capítulo XX da CID-10¹. Nesse conjunto destacam-se os acidentes e as violências.

A categoria de “causas externas específicas” inclui: acidentes de transporte; quedas; afogamento e submersões acidentais; exposição à fumaça, ao fogo e às chamas; envenenamento, intoxicação ou exposição a substâncias nocivas; lesões autoprovocadas voluntariamente; agressões (incluindo os homicídios); eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra, entre outras (BRASIL, 2009a).

¹ 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

A caracterização do atendimento pré-hospitalar às vítimas de violência no contexto das causas externas neste estudo teve por base a análise de Registros de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH), conforme apresentado no capítulo de metodologia. Esta análise englobou o total de 5.290 atendimentos realizados nos dez quartéis selecionados nos meses estudados, sendo 68,8% (3.638/5.290) relacionados às causas externas, conforme apresentado na *tabela 04*.

Tabela 04: Distribuição dos RAPH por quartel da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e por classificação dos eventos – set-nov/2008

OBM	Local	Causas Externas	Clínica	Obstetrícia	Psiquiatria	Outros *	Total
COCG	Centro	300	183	05	05	15	508
3º GBM	Niterói	404	192	04	02	08	610
4º GBM	Nova Iguaçu	427	129	01	02	11	570
8º GBM	Campinho	373	110	02	01	05	491
12º GBM	Jacarepaguá	276	138	02	03	09	428
13º GBM	Campo Grande	441	114	06	09	10	580
14º GBM	Duque de Caxias	373	120	03	00	14	510
20º GBM	São Gonçalo	471	180	01	04	18	674
DBM 1/8	Realengo	340	131	03	01	12	487
DBM 4/11	Maracanã	233	168	00	06	25	432
Total:		3.638	1465	27	33	127	5.290

* Outros incluem: socorro cancelado, falso aviso, evento sem vítima e deslocamento da ASE para eventos de prevenção (*shows*, feiras etc.)

A análise focalizou os 3.638 eventos classificados como causas externas. Estes foram, então, subdivididos em quatro categorias – trânsito, queda, violência intencional e outros –, conforme apresentação discriminada na *tabela 05*.

Tabela 05: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo classificação dos eventos, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Causas Externas	n	%
Trânsito	2742	75,4
Colisão	1301	35,8
Atropelamento	805	22,1
Queda de moto	502	13,8
Capotamento	86	2,4
Queda de bicicleta	48	1,3
Quedas	571	15,7
Queda de superfícies (muro, janela etc.)	300	8,2
Queda da própria altura	271	7,5
Violência intencional	276	7,6
Agressão por força física	132	3,6
Projétil de arma de fogo (PAF)	103	2,8
Autoagressão	24	0,7
Arma branca	17	0,5
Outros*	49	1,3
TOTAL:	3638	100,0

* Outros incluíram: queimadura (10/49); inalação de gás/fumaça (08/49); intoxicação (05/49); lesão por objeto – vergalhão, roda de automóvel, aparelho de TV, lixadeira e janela de vidro (05/49); desabamento (05/49); choque elétrico (05/49); afogamento (03/49); explosão (02/49); mordida de animal (02/49) acidente com máquina industrial (01/49); descarga elétrica por raio (01/49); coice de animal (01/49); estrangulamento de dedo por anel (01/49).

Os acidentes de trânsito afiguraram-se como os mais frequentes (75,4%) no presente estudo, seguidos das quedas (15,7%) e das violências intencionais (7,6%). Tais achados mostraram diferenças quando comparados às taxas de morbidade por causas externas a partir das internações hospitalares do ano de 2008, apresentadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

As taxas de morbidade por internação hospitalar fornecidas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) são as mais próximas disponíveis para base de comparação com os dados da presente pesquisa. Porém, há de se proceder à análise considerando-se a distinção entre os dados de internação hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, apresentados pelo DATASUS, e os dados de atendimento pré-hospitalar da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, provenientes da análise transversal desta pesquisa.

Os dados do DATASUS mostram as quedas, incluídas na categoria “outras causas externas de lesões acidentais” como predominantes (61,98% no Brasil; 57,44% na Região Sudeste e 50,10% no Estado do Rio de Janeiro), seguidas dos acidentes de transporte (13,44% no Brasil; 15,67% na Região Sudeste e 21,37% no Estado do Rio de Janeiro). A comparação desses dados com os encontrados na análise dos RAPH sugere que apenas uma parte desses eventos, especialmente as quedas, chega ao conhecimento dos serviços públicos pré-hospitalares, enquanto os acidentes de transporte recebem o primeiro atendimento majoritariamente pelos serviços de atendimento pré-hospitalar.

Os eventos violentos intencionais, incluídos nas categorias “agressão” e “lesões autoprovocadas voluntariamente” do DATASUS representam 4,98%, 4,66% e 4,73% das internações hospitalares por causas externas em 2008, no Brasil, na Região Sudeste e no Estado do Rio de Janeiro, respectivamente, valores estes que se aproximaram dos encontrados no presente estudo.

De acordo com Gawryszewsky e Rodrigues (2006), das causas externas não fatais que exigiram internação hospitalar no Brasil em 2003, destacaram-se: quedas (42,6%), acidentes de transporte (15,6%), lesões por violência interpessoal (5,8%) e lesões auto-infligidas (3,9%). Das lesões não-fatais, causadas por violência interpessoal, 30,2% incluíram o uso de arma de fogo, 25,3% de arma branca e 14,9% de força física.

Em 2005, as quedas não-intencionais representaram quase metade das hospitalizações (48,2%), seguidas pelo grupo classificado como outras causas externas (21,5%) nas emergências do Estado de São Paulo. Os acidentes de transporte representaram 17,1% do total, as agressões 6,9% e as lesões autoprovocadas 1,3% (GRUPO TÉCNICO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2007).

Já no estudo de Campos Júnior *et al.* (1998), realizado no município de São José do Rio Preto – SP, dos eventos que exigiram hospitalização, os acidentes envolvendo carros e motos corresponderam à maioria dos traumas (50,57%), seguidos das quedas (15,60%), das agressões (8,73%) e dos atropelamentos (8,41%).

4.1.1. Análise comparativa entre o atendimento pré-hospitalar às causas externas em geral e às violências intencionais

Considerando o objeto da presente pesquisa, que se concentra no estudo do atendimento de emergência pré-hospitalar aos eventos violentos, as variáveis dos RAPH foram analisadas de forma comparativa, situando as ocorrências envolvendo violência intencional no contexto das causas externas. A *tabela 06* apresenta esta comparação, segundo a distribuição por sexo das vítimas.

Tabela 06: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo sexo, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Sexo	Causas Externas		Violência intencional	
	n	%	n	%
Masculino	2354	64,7	173	62,7
Feminino	1080	29,7	59	21,4
Não informado	204	5,6	44	15,9
TOTAL:	3638	100,0	276	100,0

A vitimização masculina aparece de forma evidente na presente pesquisa: 64,7% nas causas externas e 62,7% nas violências intencionais. Estes dados concordam com inúmeros estudos, especialmente os que tratam de morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios (SOARES FILHO *et al.*, 2007; SOUZA e LIMA, 2007; WAISELFISZ, 2007; MINAYO, 2005a; MINAYO, 2005b; SOUZA *et al.*, 2005b; SOUZA *et al.*, 2005c; LEAL e LOPES, 2005; MARÍN e QUIROZ, 2000). Essa questão emerge tanto nas pesquisas que

tratam de causas externas em geral como nas que discutem especificamente acidentes de trânsito e lesões por violência interpessoal.

Os dados desta pesquisa se aproximaram dos percentuais masculinos de internação hospitalar por causas externas, em 2008, apresentadas pelo DATASUS: 70,02% no Brasil; 68,89% na Região Sudeste e 67,79% no Estado do Rio de Janeiro. Para as violências intencionais, as frequências de internação masculina do SUS se mostraram superiores às encontradas nesta tese: 77,83% no Brasil; 73,40% na Região Sudeste e 81,28% no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2009a). Cabe ressaltar a possível interferência causada pelo percentual significativo de ausência de informação sobre sexo nas notificações do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (15,9%), o que correspondeu, em sua maioria, aos RAPH cujo desfecho foi “vítima já removida”, sendo impossível ao socorrista nesta situação preencher o campo relacionado ao sexo.

A análise das entradas em hospitais públicos no Brasil por vários tipos de causas externas em 2003 mostrou uma taxa de 594,2/100.000 para homens e de 240,9/100.000 para mulheres, numa razão homem/mulher de 2,5:1 (GAWRYSZEWSKY e RODRIGUES, 2006), o que se aproxima das relações obtidas neste estudo: 2,2:1 nas causas externas e 2,9:1 nos eventos violentos intencionais.

Comparando-se os percentuais apresentados na *tabela 06*, não parece haver diferença significativa na distribuição de gênero entre as causas externas gerais e as violências intencionais, embora este tipo de análise fique prejudicado pelo percentual de falta de informação nas violências intencionais (15,9%).

Outra variável analisada foi a cor da pele das vítimas, como mostra a *tabela 07*. Cabe ressaltar que, neste estudo, a classificação da cor não se baseou no critério de autorreferência, pois este quesito nos RAPH é preenchido pelos profissionais sem questionamento direto às vítimas.

Tabela 07: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo cor da pele, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Cor	Causas Externas		Violência intencional	
	n	%	n	%
Branca	1635	44,9	66	23,9
Preta	522	14,3	48	17,4
Parda	901	24,8	105	38,0
Outra	009	0,3	-	-
Não informado	571	15,7	57	20,7
TOTAL:	3638	100,0	276	100,0

A vitimização da população negra (pretos + pardos) por causas externas nesta pesquisa foi de 39,1%, enquanto que para as violências intencionais foi de 55,4%. Neste caso, pode-se dizer que a população negra mostrou uma frequência de vitimização significativamente maior para os eventos violentos intencionais, quando comparada aos brancos (*tabela 07*).

Não são comuns pesquisas que relacionam as causas externas por cor no Brasil. Referências sobre a cor das vítimas estão mais presentes nos estudos nacionais sobre mortalidade por homicídios, mostrando taxas superiores na população negra comparada à população branca (SOARES FILHO *et al.*, 2007; SOUZA e LIMA, 2007; WAISELFISZ, 2007; SOUZA *et al.*, 2005c).

Outra variável levantada nos RAPH diz respeito a idade das vítimas. A análise por faixa etária permitiu observar a maior concentração de atendimento entre os jovens na segunda década da vida, tanto para as causas externas em geral como para as violências intencionais, o que pode ser visualizado no *gráfico 01*.

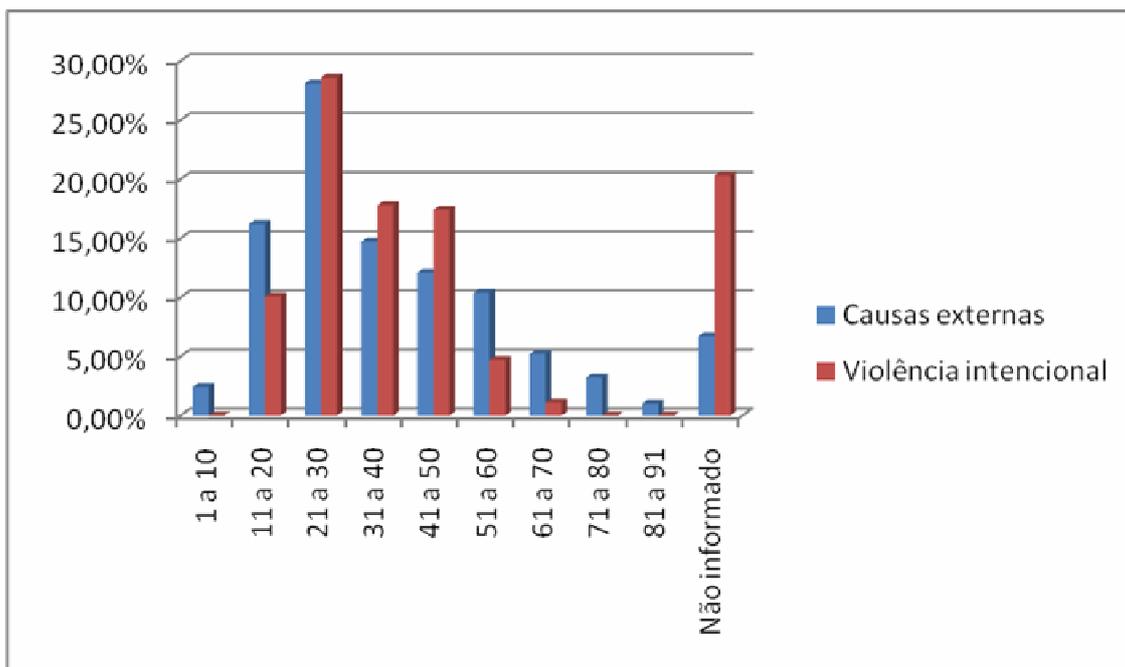


Gráfico 01: Comparação percentual da distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo faixa etária, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Embora a faixa etária de 21 a 30 anos tenha respondido pelo maior número de atendimentos, tanto no contexto geral das causas externas como nas violências intencionais, houve tendências diferentes nas curvas. O percentual de atendimento às causas externas foi mais frequente na faixa etária de 11 a 20 anos, quando comparado às violências intencionais. Estas últimas superaram o atendimento às causas externas gerais nas faixas de 31 a 40 anos e de 41 a 50 anos. A partir dos 51 anos, volta a predominar o atendimento às causas externas em geral.

Cabe ressaltar a maior frequência de falta de informação quanto à idade, nos eventos intencionais envolvendo violência (20,3%) do que nas causas externas totais (6,7%). Este fato pode ser atribuído, em parte, ao maior percentual de vítimas já removidas e óbitos nas violências intencionais comparado ao contexto geral das causas externas, dado que será apresentado adiante na *tabela 10*.

As causas externas no Brasil ocorrem com maior frequência na população jovem e jovem adulta, especialmente na faixa etária de 15 a 34 anos (BRASIL, 2009a; SOARES FILHO *et al.*, 2007; GAWRYSZEWSKY e RODRIGUES, 2006; MINAYO, 2005a; MINAYO, 2005b).

Estudos nacionais de morbidade por acidentes de trânsito mostram que os adultos jovens, entre 20 e 29 anos são os que mais se internam por esse tipo de problema. O fator idade é relevante, pois pesquisas demonstraram características completamente diferenciadas de distintos grupos. A maioria dos acidentes de trânsito envolvendo jovens ocorre após o uso de álcool, nos finais de semana e durante a madrugada. São colisões frontais por excesso de velocidade e, por isso mesmo, costumam ser fatais. Já os acidentes com pessoas idosas estão relacionados, principalmente, a menor capacidade de responder aos desafios das regras do trânsito por deficiências visuais, auditivas, de movimentos ou por causa do uso de medicamentos que diminuem seus reflexos (SOUZA *et al.*, 2005b; YABIKU, 2001; MARÍN e QUIROZ, 2000; TAHA, 1999).

Um estudo que analisou as internações num hospital no interior de São Paulo apresentou a faixa etária de 11 a 30 anos como concentradora da maioria das lesões por acidentes e violências (CAMPOS JÚNIOR *et al.*, 1998). No caso específico dos acidentes de trânsito, as maiores taxas nacionais de morbidade, em 2003, se concentraram na faixa etária dos 15 aos 34 anos (GAWRYSZEWSKY e RODRIGUES, 2006). Em São Paulo, no ano de 2005, observou-se um pico de internações dos 20 aos 29 anos (GRUPO TÉCNICO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2005).

No caso das tentativas de homicídios existe uma concentração das taxas de internação na população de 15 a 29 anos (SOUZA E LIMA, 2005; SOUZA *et al.*, 2005c). E nas hospitalizações por violência interpessoal a faixa etária se estende de 15 a 34 anos (GAWRYSZEWSKY e RODRIGUES, 2006). No grupo de 18 a 35 anos se destacaram os ferimentos por arma de fogo, segundo estudo conduzido por Ribas Filho *et al.* (2003).

No presente estudo a média de idade das vítimas das causas externas em geral foi de 35,5 anos, sendo que a vítima mais jovem tinha 01 ano de idade e a mais idosa 91 anos. Já a média de idade das vítimas de eventos violentos intencionais foi de 33,7 anos com uma variação de 14 a 66 anos entre as vítimas mais jovens e as mais idosas.

As médias de idade encontradas foram próximas às achadas em estudos de Avanci *et al.* (2005), de Kachava e Escobar (2005), de Silveira *et al.* (2005), de Oliveira e Souza (2004) e de Ribas Filho *et al.* (2002), que variaram de 30,5 a 38,7 anos.

Além das características inerentes às vítimas, aspectos relacionados aos atendimentos também foram comparados no presente estudo, incluindo as frequências de ocorrência dos eventos por dia da semana, por período do dia e seus desfechos. A distribuição dos atendimentos por dia da semana está apresentada na *tabela 08*.

Tabela 08: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo dia da semana, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Dia da semana	Causas Externas		Violência intencional	
	n	%	n	%
Segunda-feira	625	17,2	33	12,0
Terça-feira	420	11,5	32	11,6
Quarta-feira	439	12,1	29	10,5
Quinta-feira	406	11,2	30	10,8
Sexta-feira	528	14,5	53	19,2
Sábado	647	17,8	46	16,7
Domingo	573	15,7	53	19,2
TOTAL:	3638	100,0	276	100,0

A análise da distribuição por dia da semana mostrou que os finais de semana, incluindo a sexta-feira, o sábado e o domingo, responderam por 48% dos atendimentos às vítimas de causas externas e por 55,1% dos atendimentos às vítimas de violência intencional.

Foram encontradas algumas pesquisas que fazem alusão à relação das causas externas com dias da semana e horários. Os sábados e domingos são apontados como o período de maior ocorrência de acidentes de trânsito e agressões. De acordo com Campos Júnior *et al.* (1998), o número de pacientes traumáticos praticamente dobra nos finais de semana com aumento já na sexta-feira. A maior média de vítimas/dia também ocorre nos finais de semana na análise das características dos acidentes de transporte terrestre, em pesquisa realizada no município de Londrina (ANDRADE e MELLO JORGE, 2001). O sábado destaca-se com relação aos demais dias para acidentes com motocicletas em Maringá. Em seguida, vem a sexta-feira (OLIVEIRA e SOUZA, 2004). Dos casos de agressão por arma

branca em Porto Grande e Amapá, 48% ocorreram no sábado e 22% no domingo (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

No presente estudo, o período noturno apareceu como o de maior prevalência tanto para os atendimentos às vítimas de causas externas em geral (31,8%), como para aquelas que sofreram algum tipo de violência intencional (42,4%), como mostra a *tabela 09*.

Tabela 09: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo período do dia, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Período do dia	Causas Externas		Violência intencional	
	n	%	n	%
Manhã (06:00 às 11:59)	850	23,4	67	24,3
Tarde (12:00 às 17:59)	1012	27,8	42	15,2
Noite (18:00 às 23:59)	1156	31,8	117	42,4
Madrugada (00:00 às 05:59)	615	16,9	50	18,1
Não informado	05	0,1	-	-
TOTAL:	3638	100,0	276	100,0

Assim como nesta pesquisa, a maioria dos estudos nacionais aponta o período noturno como o de maior risco. Em Londrina, durante os dias úteis, o pico de acidente de trânsito ocorre no horário de 18 às 19 horas e, durante os finais de semana, das 20 às 21 horas (ANDRADE e MELLO JORGE, 2000). Nos dados de um pronto-socorro do interior de São Paulo, o predomínio de afluxo de pacientes com trauma foi das 18 às 24 horas (CAMPOS JÚNIOR *et al.*, 1998). Entre os motociclistas, em Maringá, o maior número de acidentes ocorreu no período da tarde, das 12 às 18 horas, enquanto que para os acidentes de trânsito por outros veículos, a maior frequência aconteceu no período da noite, entre 18 e 24 horas (OLIVEIRA e SOUZA, 2004). Também em Maringá, Soares e Barros (2006) identificaram maior número de internação por acidentes à noite e de madrugada. No caso das agressões por arma branca, analisadas por Guimarães *et al.* (2005) prevaleceram as ocorrências em período noturno (78%). Fatores atribuídos à produção de lesões mais graves no trânsito no período noturno incluem menor visibilidade, excesso de velocidade,

desrespeito aos semáforos, uso de álcool e drogas, entre outros (SOARES e BARROS, 2006; MARÍN e QUIROZ, 2000).

Ainda com relação às variáveis que caracterizam os atendimentos, o desfecho do socorro foi analisado neste estudo, conforme apresentado na *tabela 10*.

Tabela 10: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo encaminhamento/desfecho, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Encaminhamento/Desfecho	Causas Externas		Violência intencional	
	n	%	n	%
Hospital	2828	77,7	155	56,1
Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)	14	0,4	-	-
Outro serviço de saúde	09	0,3	-	-
Já óbito	123	3,4	54	19,6
Recusa de atendimento	234	6,4	09	3,3
Vítima já removida	197	5,4	40	14,5
Vítima liberada com orientação	204	5,6	09	3,3
Ambulância impedida de entrar no local	06	0,2	06	2,2
Não informado	23	0,6	03	1,0
TOTAL:	3638	100,0	276	100,0

O hospital aparece como o destino final prevalente tanto nas causas externas em geral (77,7%), quanto nos eventos envolvendo violência intencional (56,1%).

Os dados encontrados são concordantes com muitas pesquisas que apontam a rede hospitalar como o destino das vítimas de causas externas (BOCHNER, 2006; SOARES e BARROS, 2006; AVANCI *et al.*, 2005; GUIMARÃES *et al.*, 2005; KACHAVA e ESCOBAR, 2005; MARTINS e ANDRADE, 2005; SILVEIRA *et al.*, 2005; WERNECK e HASSELMAN, 2005; RIBAS FILHO *et al.*, 2003; DONOSO e CHIANCA, 2002; FILÓCOMO *et al.*, 2002; ANDRADE e MELLO JORGE, 2001; MATTOS, 2001; AMATUZZI *et al.*, 1998; CAMPOS

JÚNIOR *et al.*, 1998). Em 2008, 768.966 pessoas deram entrada em hospitais públicos no Brasil por conta de agravos relacionados a essas causas, perfazendo uma taxa de 405,5/100 mil habitantes (BRASIL, 2009a).

O hospital é considerado o local privilegiado para realização das ações de saúde. Assim, é em direção à esfera de atenção hospitalar que confluem os problemas e os agravos não diagnosticados e não resolvidos pelos outros níveis de atenção. O hospital, ao se tornar este ponto de confluência, se constitui também no espaço de visibilidade da saturação, do emperramento do sistema e da eclosão das situações dramáticas do setor (CAVALCANTI, DESLANDES e MINAYO, 2007). Nesse contexto, destaca-se a pressão sobre os serviços de emergência, caracterizados, culturalmente, como portas de entrada. Para essas unidades converge a multiplicidade de demandas, somando-se os agravos clínicos e traumáticos requerentes de assistência hospitalar e as situações não resolvidas nas esferas de menor complexidade tecnológica do sistema de saúde.

Cabe ressaltar, ainda, com base nos dados apresentados na *tabela 10*, que o desfecho “já óbito” é significativamente mais frequente nos eventos violentos intencionais (19,6%) quando comparados às causas externas em geral (3,4%), assim como a frequência de “vítimas já removidas” (14,5% nas violências intencionais para 5,4% nas causas externas em geral).

A média de duração dos atendimentos realizados pelas guarnições do Corpo de Bombeiros estudadas, calculada pela diferença entre o horário de regresso da ambulância ao quartel e o horário de solicitação do socorro, foi, em média, de 80,9 minutos para as causas externas em geral. O menor tempo de atendimento registrado no período estudado foi de 10 minutos e o maior de 534 minutos. Para os atendimentos a eventos violentos intencionais, a média foi de 66,9 minutos, com tempo mínimo de 10 minutos e máximo de 262 minutos. Estes cálculos se basearam em 95,7% dos RAPH analisados (3483/3638), os quais apresentaram os campos de “acionamento do socorro” e “retorno à base” adequadamente preenchidos.

Já a média do tempo de resposta total, definido pela Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004a) como o período entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência, foi de 36,8 minutos para as causas externas em geral e de 32,3 minutos para os eventos envolvendo violência intencional. Estes tempos foram calculados com base em 86,7% dos RAPH (3154/3638),

nos quais os campos “acionamento do socorro” e “chegada ao hospital” estavam devidamente preenchidos.

Os valores do tempo de resposta total encontrados nesta tese são bem próximos aos observados em outros estudos: o tempo médio entre a recepção do chamado e a entrada do paciente no hospital foi de 35,6 minutos em pesquisa realizada em Montreal – Canadá (SAMPALIS *et al.*, 1993) e de 30,5 minutos na Irlanda do Norte (MCNICHOL, 1994). No Brasil, o tempo médio de resposta total mensurado foi de 41,0 minutos em estudo sobre a sobrevivência após acidentes de trânsito no município de São Paulo (LADEIRA e BARRETO, 2008). Outro estudo nacional que trouxe informações sobre este indicador, realizado com profissionais do SAMU de Fortaleza, apresentou tempos de resposta total variando de 31 a 40 minutos (SILVA *et al.*, 2009).

Cabe ressaltar que a rapidez do atendimento influencia significativamente na sobrevida e prognóstico das vítimas. Segundo o *Committee on Trauma of American College of Surgeons* (1986), o intervalo máximo para a instituição dos primeiros procedimentos em casos graves é de 20 minutos. Este tempo que corresponderia ao tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da guarnição ao local da ocorrência, no presente estudo, foi de 18,1 minutos para as causas externas e de 18,9 minutos para as violências intencionais. Porém, cabe ressaltar que só foi possível recuperar este dado em 70,3% dos RAPH (2556/3638), onde o campo “chegada ao local” estava preenchido adequadamente.

Com base nestes dados é possível sugerir que o atendimento às vítimas de violência intencional consome menos tempo quando comparado às causas externas em geral. Porém, considerando os cálculos utilizados neste estudo para inferir os tempos de atendimento, outros fatores devem ser levados em consideração, como: (1) as distâncias espaciais entre o quartel, o local do evento e o hospital; (2) a eventual necessidade de encaminhamento a um segundo hospital; (3) o horário do atendimento, considerando períodos com maior fluxo de trânsito nas regiões metropolitanas; (4) o número de vítimas e (5) a gravidade das lesões.

Outros estudos também evidenciaram alguns destes fatores como influenciadores sobre o tempo de resposta total, a saber: a distância do local da ocorrência, as condições impostas pelo trânsito, a disponibilidade de ambulâncias e a articulação com o pré-hospitalar fixo e

hospitais da rede de atendimentos (MINAYO e DESLANDES, 2008; LADEIRA e BARRETO, 2008).

A análise dos indicadores de tempo apresentados permite a observação de diferenças significativas entre as médias do tempo que se leva do acionamento do socorro à chegada com a vítima ao hospital (36,8 minutos) e do tempo compreendido entre a solicitação do socorro e o retorno da ambulância ao quartel (80,9 minutos). Estas diferenças podem ser relacionadas a dificuldades constantes referentes à rede hospitalar, como foi descrito por Silva *et al.* (2009):

Salienta-se que é rotina no cotidiano do APH o fato dos pacientes ficarem nos hospitais ocupando as macas das ambulâncias à espera de um leito. Nesse ínterim, o veículo de urgência e a equipe ficam presos no hospital, ocasionando transtornos e prejudicando o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar (p. 601).

A caracterização das lesões decorrentes das causas externas em geral e dos eventos envolvendo violência intencional incluiu o tipo de ferimento e sua localização anatômica. A *tabela 11* apresenta os valores absolutos por tipo de lesão.

Tabela 11: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo tipo de lesão, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Tipos de lesão	Causas Externas	Violência intencional
Escoriação	997	41
Contusão	2110	95
Laceração	709	44
Lesão penetrante	100	91
Fratura	410	13
Esmagamento	13	02
Amputação	04	01
Queimadura	21	04
Sangramento orifical	33	11
Sangramento externo ativo	09	04
Sem lesão aparente	285	25

Com relação ao tipo de lesão, foi possível observar pelos dados encontrados que nas causas externas em geral prevalecem as lesões contusas, as escoriações, as lacerações e as fraturas. Para os eventos violentos intencionais, ficou evidente a relação significativa com as lesões penetrantes: 91 em 100 ocorrências deste tipo de lesão estiveram relacionadas com os atendimentos às vítimas de violência.

Os dados da *tabela 12* apresentam os membros pélvicos, os membros torácicos, o crânio e a face como os locais mais afetados pelo trauma decorrente das causas externas. Esta prevalência se relaciona com o fato destas áreas corporais serem os principais alvos nos acidentes de trânsito. No caso específico dos eventos violentos intencionais, prevalecem as lesões em crânio e face.

Tabela 12: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo sítios anatômicos das lesões, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Sítio anatômico das lesões	Causas Externas	Violência intencional
Crânio	892	106
Face	877	67
Pescoço	80	21
Dorso	231	06
Tórax	294	36
Abdome	129	14
Quadril	148	03
Membros torácicos	947	38
Membros pélvicos	1223	27
Sem lesão aparente	285	25

Na versão 10 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as lesões por causas externas, que levam às emergências e à internação hospitalar abrangem: fraturas de crânio, face e pescoço; de tórax e de coluna; de membros torácicos e de membros pélvicos; luxações, entorses e distensões, traumatismos intracranianos, de órgãos internos, do tórax,

abdome e pelve; dos vasos sanguíneos; dos nervos e da medula espinhal; envolvendo múltiplas regiões do corpo; queimaduras, corrosões e intoxicações (OMS, 1996).

Pesquisa de Amatuzzi *et al.* (1998) apontou a predominância de fraturas (55,8%/65,7%) e politrauma (39,4%/26%) no atendimento às causas externas. Silveira *et al.* (2005) identificaram diversos diagnósticos médicos com destaque para “traumatismos múltiplos não especificados” (21,43%). Agrupando os diagnósticos por lesão, as fraturas são as mais relevantes (28,57%). Em segundo lugar aparecem as lesões na região pélvica (16,1%) e na cabeça (16,1%), e, em menores percentuais, no tronco (12,5%) e na região torácica (8,9%).

A frequência de hálito etílico percebido e registrado pelos profissionais do GSE nos RAPH foi semelhante nos eventos gerais de causas externas e nas violências intencionais – 4,2% e 4,3%, respectivamente (*tabela 13*).

Tabela 13: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de causas externas e violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo registro de hálito etílico, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Hálito etílico	Causas Externas		Violência intencional	
	n	%	n	%
Hálito etílico registrado	154	4,2	12	4,3
Hálito etílico não registrado	3484	95,8	264	95,7
TOTAL:	3638	100,0	276	100,0

Cabe ressaltar que não é possível estimar a prevalência real da alcoolemia a partir desses registros, já que os dados apresentados são baseados na percepção subjetiva dos profissionais do atendimento pré-hospitalar. Além disso, nos RAPH não há campo específico para o registro do hálito etílico, sendo tal evidência descrita por extenso no campo de observações gerais. É provável, então, que a notificação esteja subestimada.

A variável “uso de álcool” é importante na análise da morbidade por causas externas. Algumas pesquisas apontam uma forte relação entre a ingestão de álcool e os acidentes de trânsito (GAZAL-CARVALHO *et al.*, 2002; MARÍN e QUIROZ, 2000).

No caso das violências intencionais, a alcoolemia está relacionada não apenas às vítimas, mas especialmente aos agressores. Guimarães *et al.* (2005), ao discutirem o motivo da agressão por arma branca, identificaram em 18% dos relatos o uso concomitante de bebidas alcoólicas ou drogas como o principal motivo da agressão.

4.1.2. Análise específica do atendimento pré-hospitalar aos eventos envolvendo violência intencional

Após o estudo comparativo entre causas externas em geral e as violências intencionais, foi realizada análise específica das variáveis para cada tipo de evento violento atendido. A *tabela 14* apresenta a distribuição dos atendimentos por classificação dos eventos.

Tabela 14: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo classificação dos eventos, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Tipo de evento	n	%
Agressão por força física	132	47,8
Projétil de arma de fogo (PAF)	103	37,3
Autoagressão	24	8,7
Arma branca	17	6,2
TOTAL:	276	100,0

A agressão por força física foi o evento violento intencional com maior frequência de atendimento pelo Corpo de Bombeiros na Região Metropolitana do Rio de Janeiro no período de setembro a novembro de 2008, seguido do atendimento às vítimas de projéteis de arma de fogo (PAF), de autoagressão e de arma branca.

A análise se inicia pelas características inerentes às vítimas. O tipo de violência que apresentou menor média de idade das vítimas foi a perpetrada por arma branca. A autoagressão, representada pelas tentativas de suicídio, apresentou a maior média de idade

das vítimas. Para todos os tipos de violência predominou a vitimização do sexo masculino e da população negra. A presença de hálito etílico só foi descrita para as agressões, conforme apresentado na *tabela 15*.

Tabela 15: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo características das vítimas, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Características das vítimas	Agressão por força física (132)		PAF (103)		Autoagressão (24)		Arma branca (17)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Média de idade (em anos)	33,6 (14-59)		33,1 (16-66)		37,9 (21-58)		30,9 (16-51)	
Sexo								
Masculino	81	61,4	66	64,1	15	62,5	11	64,8
Feminino	36	27,3	13	12,6	07	29,2	03	17,6
Não informado	15	11,3	24	23,3	02	8,3	03	17,6
Cor								
Preta	29	22,0	09	8,7	08	33,3	02	11,8
Parda	53	40,1	41	39,8	04	16,7	07	41,2
Branca	27	20,5	26	25,3	08	33,3	05	29,4
Não informado	23	17,4	27	26,2	04	16,7	03	17,6
Hálito etílico registrado	12	9,1	-	-	-	-	-	-

Os percentuais de atendimento pré-hospitalar aos eventos violentos guardam relação com a morbidade, que pode ser verificada pelos dados de internação hospitalar, e com a mortalidade, representada pelas taxas de homicídios.

Os eventos violentos intencionais responderam por 1.747 internações no Estado do Rio de Janeiro em 2008, segundo dados do DATASUS. Assim como nesta pesquisa, predominou a vitimização masculina com percentual de 81,28% e a faixa etária de 20 a 39 anos com percentual de 52,26% (BRASIL, 2009a).

O número de homicídios no Brasil, registrado pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, passou de 30.745 em 1991 para 45.343 em 2000. Isso representou um aumento de 50,2%, bem superior ao incremento da população que foi de 15,6% no mesmo período. Os últimos dados de mortalidade disponíveis no SIM apresentam o total de 49.145 homicídios em 2006, sendo 7.099 destas mortes registradas no Estado do Rio de Janeiro. Assim como na análise de morbidade, a distribuição das frequências de homicídio apresenta maior concentração no sexo masculino e na faixa etária de 15 a 39 anos, sendo a fase crítica dos 20 aos 24 anos de idade (BRASIL, 2009b; SOUZA *et al.*, 2005c).

De acordo com Souza *et al.* (2005c) os três principais meios de perpetrar agressões que levam à internação são os mesmos encontrados nesta tese: (1) arma de fogo; (2) objetos cortantes e penetrantes e (3) força física.

Dentre as violências autoinfligidas, encontradas nesta pesquisa a partir do registro de 24 atendimentos, todos os eventos de autoagressão se enquadraram como suicídio ou tentativa de suicídio. O suicídio é o resultado de um ato deliberadamente empreendido e executado com pleno conhecimento ou previsão de seu desenlace. Na sua definição, a intencionalidade de dar cabo à vida por quem o comete é o elemento chave. A tentativa de suicídio ou comportamento suicida não-fatal nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito (MINAYO, 2005c; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002)

Com relação à autoagressão, os suicídios representam, proporcionalmente, 0,6% de óbitos dos brasileiros e 5,6% das mortes por causas externas. As taxas de suicídio passaram de 3,5/100 mil habitantes para 4,0/100 mil habitantes na última década. Esta elevação está distribuída entre as faixas etárias de 20 a 49 anos e, sobretudo, no grupo masculino (MINAYO, 2005c; SOUZA, MINAYO e MALAQUIAS, 2002), dados estes que são concordantes com os achados desta pesquisa.

Os dados sobre as características dos atendimentos por tipo de evento violento estão apresentados na *tabela 16* e mostram que os finais de semana, incluindo a sexta-feira, o sábado e o domingo, respondem por demanda de socorro significativa para as agressões envolvendo força física, arma de fogo, arma branca, assim como para as autoagressões. O período da noite apareceu como prevalente nas violências intencionais estudadas, exceto

nas agressões por força física, cujos atendimentos foram mais frequentes no período matutino.

Tabela 16: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo características do socorro, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Características dos atendimentos	Agressão por força física (132)		PAF (103)		Autoagressão (24)		Arma branca (17)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Média de duração (em minutos)	69,9		66,1		66,0		70,1	
Dia da semana								
Segunda-feira	19	14,4	06	5,8	06	25,0	02	11,8
Terça-feira	19	14,4	11	10,7	01	4,2	01	5,9
Quarta-feira	15	11,4	12	11,6	02	8,3	-	-
Quinta-feira	10	7,6	18	17,5	02	8,3	-	-
Sexta-feira	19	14,4	26	25,3	06	25,0	02	11,8
Sábado	17	12,8	12	11,6	05	20,9	12	70,5
Domingo	33	25,0	18	17,5	02	8,3	-	-
Período do dia								
Manhã	47	35,6	08	7,8	07	29,2	05	29,4
Tarde	21	15,9	18	17,5	03	12,5	-	-
Noite	39	29,6	58	56,3	11	45,8	09	53,0
Madrugada	25	18,9	19	18,4	03	12,5	03	17,6
Encaminhamento/desfecho								
Hospital	96	72,7	31	30,1	17	70,8	11	64,8
Já óbito	-	-	48	46,6	03	12,5	03	17,6
Vítima recusou atendimento	09	6,8	-	-	-	-	-	-
Vítima já removida	15	11,4	18	17,5	04	16,7	03	17,6
Vítima liberada com orientação	09	6,8	-	-	-	-	-	-
Ambulância impedida de entrar	-	-	06	5,8	-	-	-	-
Não informado	03	2,3	-	-	-	-	-	-

O hospital foi o principal destino das vítimas atendidas nos eventos violentos intencionais. Cabe ressaltar a prevalência de óbito nos casos envolvendo arma de fogo, o que confirma o potencial de letalidade deste tipo de agressão. De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), estima-se que 2,3 milhões de mortes violentas no mundo envolveram armas de fogo, várias centenas de milhares como resultado de homicídios e suicídios, além dos óbitos em conflitos bélicos. Atualmente, não se pode falar de homicídios e suicídios sem que venha à tona o envolvimento e a contribuição das armas de fogo que constituem um dos maiores mercados da economia global. Os dados sugerem que acima de 60% dos homicídios que ocorreram em áreas urbanas foram cometidos com uso de armas de fogo, o que induz os especialistas a considerá-las o mais relevante fator de risco para a morte violenta (SOUZA *et al.*, 2005c).

Dos 3.638 RAPH estudados, seis registravam impedimento à entrada da ambulância por membros de organizações criminosas. Cabe ressaltar que este desfecho foi exclusivo para as chamadas de socorro envolvendo vítimas de projéteis de arma de fogo.

Ainda no contexto de análise dos eventos envolvendo violência intencional, atendidos pelo Corpo de Bombeiros na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a *tabela 17* mostra os dados relacionados à caracterização das lesões decorrentes destes eventos.

Tabela 17: Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares às vítimas de violência intencional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo características das lesões, a partir dos RAPH analisados – set-nov/2008

Características das lesões	Agressão por força física (132)		PAF (103)		Autoagressão (24)		Arma branca (17)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo								
Escoriação	32	24,2	02	1,9	09	37,5	-	-
Contusão	83	62,9	02	1,9	12	50,0	-	-
Laceração	37	28,0	04	3,9	04	16,7	-	-
Lesão Penetrante	04	3,0	74	71,8	-	-	14	82,4
Fratura	13	9,8	01	0,9	-	-	-	-
Esmagamento	02	1,5	02	1,9	-	-	-	-
Amputação	01	0,7	01	0,9	-	-	-	-
Queimadura	04	3,0	01	0,9	-	-	-	-
Sangramento orificial	08	6,0	05	4,8	-	-	-	-
Sangramento externo ativo	02	1,5	02	1,9	-	-	02	11,8
Sem lesão aparente	20	15,1	02	1,9	05	20,8	-	-
Sítio anatômico								
Crânio	60	45,4	42	40,8	04	16,7	-	-
Face	51	38,6	12	11,6	01	4,2	03	17,6
Pescoço	07	5,3	07	6,8	06	25,0	02	11,8
Dorso	04	3,0	01	0,9	-	-	02	11,8
Tórax	09	6,8	18	17,5	-	-	09	52,9
Abdome	03	2,3	06	5,8	-	-	05	29,4
Quadril	-	-	03	2,9	-	-	-	-
Membros torácicos	23	17,4	12	11,6	03	12,5	02	11,8
Membros pélvicos	12	9,1	13	12,6	02	8,3	-	-

Na agressão por força física encontrados na análise dos RAPH prevaleceram as lesões contusas em crânio e face. Nos eventos com armas de fogo, as lesões penetrantes em crânio e tórax foram as mais frequentes, evidenciando a intenção letal do ato violento, o que guarda relação com os desfechos de “já óbito”, apresentados na *tabela 16*. As lesões penetrantes também foram as mais encontradas nas violências por arma branca, direcionadas preferencialmente ao tórax e ao abdome.

A maioria das vítimas de agressão por arma branca, analisadas no estudo de Guimarães *et al.* (2005), foi atingida em regiões que abrigam órgãos vitais: 10% foram submetidas à cirurgia e 30% ficaram em observação ou internadas. As demais se submeteram apenas à sutura ou curativo simples, pois sofreram lesões superficiais.

Nas autoagressões atendidas no período de realização desta pesquisa, prevaleceram as contusões em pescoço, concordando com a apresentação dos dados de suicídio no Brasil por Minayo (2005c), que revelam a preeminência dos enforcamentos.

4.2. OS SUJEITOS E O TRABALHO: perfil, condições de vida e de trabalho dos militares no atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros

Esta segunda parte de apresentação e análise dos resultados se refere ao perfil dos militares do Corpo de Bombeiros – médicos, técnicos de enfermagem e motoristas – empenhados no socorro pré-hospitalar de emergência na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, incluindo dados referentes às condições de vida e de trabalho na corporação. Estes dados foram obtidos a partir do questionário elaborado para esta pesquisa, descrito no capítulo de metodologia e apresentado no apêndice A.

A análise teve por base principal de comparação estudo similar desenvolvido por Minayo *et al.* (2008) com Policiais Militares do Rio de Janeiro, corporação que guarda semelhança com o Corpo de Bombeiros especialmente no que se refere à hierarquia, à disciplina e à vinculação trabalhista ao Governo de Estado, mas que se diferencia claramente na sua missão e no seu processo de trabalho. Outros estudos sobre atendimento pré-hospitalar de emergência, contendo informações sobre características da equipe e do processo de trabalho, também foram utilizados na discussão dos dados apresentados a seguir.

A média de idade dos militares, que participarem desta pesquisa, é de 35,3 anos, com os seguintes valores para cada categoria: praças combatentes motoristas – 37,1 (25 a 53) anos; praças técnicas de enfermagem – 33,2 (25 a 43) anos e oficiais médicos – 36,0 (28 a 42) anos. Predomina o sexo masculino, representando 66,7% dos militares que responderam ao questionário, conforme apresentado na *tabela 18*.

Tabela 18: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo sexo

Sexo	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	32	100,0	24	58,5	22	50,0	78	66,7
Feminino	-	-	17	41,5	22	50,0	39	33,3
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Entre os policiais militares, sujeitos do estudo de Minayo *et al.* (2008), também prevaleceu o sexo masculino, com percentual bem mais elevado (95%) do que o encontrado entre os militares do Corpo de Bombeiros (66,7%).

Vários estudos relacionados ao atendimento pré-hospitalar no Brasil também apontaram para a maior representatividade do sexo masculino na composição das equipes (SILVA *et al.*, 2009; CRISTINA *et al.*, 2008; ZAPPAROLI e MARZIALI, 2006; AGUIAR *et al.*, 2000).

Silva *et al.* (2009) relacionaram a predominância do sexo masculino e da faixa etária jovem ao esforço físico exigido aos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar para o desenvolvimento das atividades cotidianas, a exemplo da movimentação de macas e peso excessivo.

Dentre os respondentes do questionário, predominam os casados (52,1%), conforme a distribuição por situação conjugal na *tabela 19*.

Tabela 19: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo situação conjugal

Situação conjugal	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	06	18,7	06	14,6	09	20,5	21	17,9
Casado	12	37,5	23	56,1	26	59,1	61	52,1
Desquitado	01	3,1	02	4,9	-	-	03	2,6
Divorciado	04	12,5	06	14,6	06	13,6	16	13,7
União consensual	07	21,9	04	9,8	03	6,8	14	11,9
Viúvo	02	6,3	-	-	-	-	02	1,7
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Estes dados se aproximaram dos encontrados por Minayo *et al.* (2008) no grupo de policiais militares, cuja maioria é formada por profissionais casados ou que tem companheiro(a). A diferença entre os dois estudos está no fato de haver maior proporção de solteiros entre os soldados e cabos da Polícia Militar. Já no grupo de bombeiros militares analisado, a

situação conjugal “casado” prevalece em todas as patentes. Estudo de Aguiar *et al.* (2000) com equipes militares de resgate na cidade de Goiânia também identificou prevalência de profissionais casados (82,9%).

Dos militares que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros, participantes da presente pesquisa, 69,2% (81/117) referiram ter filhos, numa média de 1,6. A média de idade dos filhos é de 7,7 anos. A maioria dos policiais militares estudados por Minayo *et al.* (2008) também possuía filhos: 83,2% entre os oficiais e sargentos e 65,5% entre os cabos e soldados.

A *tabela 20* contém a distribuição por patente dos bombeiros militares que responderam ao questionário. O grupo de praças motoristas é composto por soldados, cabos e sargentos. O grupo de praças técnicas de enfermagem conta também com cabos e sargentos. Já os oficiais médicos são tenentes ou capitães.

Tabela 20: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo patente

Patente	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soldado	05	15,6	-	-	-	-	05	4,3
Cabo	17	53,1	32	78,0	-	-	49	41,9
Sargento	10	31,3	09	22,0	-	-	19	16,2
Tenente	-	-	-	-	17	38,6	17	14,5
Capitão	-	-	-	-	27	61,4	27	23,1
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Atualmente, a escala de trabalho das praças motoristas e das praças técnicas de enfermagem segue o regime de 24 horas de trabalho seguidas de 72 horas de folga em guarnições completas. Eventualmente, quando algum militar está licenciado, gozando férias ou afastado do serviço por outro motivo, a escala de trabalho fica alterada, na maioria das vezes, operando com 24 horas de plantão, seguidas de 48 horas de folga. Já a escala de trabalho dos oficiais médicos se configura por 24 horas semanais, ou seja, um plantão de 24

horas em dia fixo, nas guarnições compostas por 07 médicos. Em casos de guarnições incompletas ou afastamento de algum militar licenciado ou gozando férias acontece uma escala de complementação, gerando, na maioria das vezes, um plantão adicional de 24 horas a cada seis semanas.

Além do levantamento do perfil apresentado, o questionário utilizado nesse estudo abordou também diversos aspectos do trabalho no atendimento pré-hospitalar no Corpo de Bombeiros e atividades laborais complementares fora da corporação, iniciando-se pela análise do tempo de atividade profissional. Foi perguntado sobre o tempo de trabalho na Corporação e especificamente nas atividades de APH a todos os militares. O tempo de formado foi considerado apenas para os oficiais médicos a partir da graduação.

O grupo das praças motoristas apresentou o maior tempo de trabalho no Corpo de Bombeiros, assim como no Grupamento de Socorro de Emergência (GSE). A média dos tempos relativos à trajetória profissional dos militares está apresentada na *tabela 21*.

Tabela 21: Médias dos tempos relativos à trajetória profissional dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Trajectoria profissional (anos)	Praças motoristas	Praças técnicas	Oficiais médicos	Total
Média do tempo de formado	-	-	10,8	-
Média do tempo de trabalho no CBMERJ	14,3	8,1	6,2	9,1
Média do tempo de trabalho no APH	8,2	6,6	4,9	6,4

Cristina *et al.* (2008), analisando vivências de equipes multiprofissionais do SAMU de Ribeirão Preto, também encontrou maior tempo de atuação no atendimento pré-hospitalar entre os motoristas quando comparados aos demais profissionais: o tempo de atuação dos condutores das ambulâncias era de 9 a 14 anos, enquanto de enfermeiros era de 8 a 10 anos e de médicos de 3 a 10 anos.

No que se refere à remuneração, apenas 34,2% dos militares que responderam ao questionário consideraram que o salário é suficiente para suprir suas necessidades. O maior

grau de insatisfação salarial está entre os oficiais médicos (79,6%). Outro dado que chama a atenção é o percentual de militares que possui algum tipo de descontos em seus salários por pensões alimentícias ou empréstimos (45,3%). Esta situação predomina entre o grupo de praças motoristas, no qual o percentual dos que possuem descontos em seus proventos atinge 78,1%, conforme apresentado na *tabela 22*.

Tabela 22: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção e características dos ganhos salariais

Salário	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Salário considerado suficiente para suprir as necessidades	13	40,6	18	43,9	09	20,4	40	34,2
Salário com algum tipo de desconto (pensão alimentícia, empréstimo etc.)	25	78,1	23	56,1	05	11,4	53	45,3

O achado de descontos salariais foi muito próximo ao encontrado por Minayo *et al.* (2008) no estudo com policiais militares. Ao investigar se o soldo desses agentes estava comprometido com algum tipo de desconto, as autoras encontraram percentuais de 81,6% entre cabos e soldados e de 83,2% entre sargentos e suboficiais.

A grande similaridade encontrada nos dois estudos pode ser reflexo das facilidades para obtenção de empréstimos consignados em folha de pagamento para estes servidores – policiais e bombeiros militares - sendo comum representantes de bancos permanecerem em quartéis, realizando, no *lôcus* de trabalho, os trâmites burocráticos necessários à concessão de empréstimos.

Apesar da reduzida satisfação com o salário, a maioria dos militares (77,8%) referiu que a vida melhorou após o ingresso no CBMERJ. O maior percentual dos que assim consideraram esteve entre as praças técnicas de enfermagem (82,9%), conforme apresentado na *tabela 23*.

Tabela 23: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção sobre a qualidade de vida após ingresso no CBMERJ

A vida após o ingresso do CBMERJ	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Melhorou	24	75,0	34	82,9	33	75,0	91	77,8
Permanece igual	04	12,5	04	9,8	07	15,9	15	12,8
Piorou	02	6,2	02	4,9	03	6,8	07	6,0
Não informado	02	6,2	01	2,4	01	2,3	04	3,4
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Com relação às condições de trabalho no Corpo de Bombeiros, pouco mais da metade dos militares que responderam o questionário (53,0%) avaliam que elas melhoraram ao longo do tempo, conforme disposto na *tabela 24*. O maior percentual de avaliação positiva esteve novamente entre as praças técnicas de enfermagem (65,9%).

Tabela 24: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo percepção sobre as condições de trabalho na corporação ao longo do tempo

Condições de trabalho no CBMERJ ao longo do tempo	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Melhorou	17	53,1	27	65,9	18	40,9	62	53,0
Permanece igual	10	31,2	09	21,9	15	34,1	34	29,1
Piorou	05	15,7	04	9,8	04	9,1	13	11,1
Não informado	-	-	01	2,4	07	15,9	08	6,8
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Questionados sobre a escolha profissional, caso pudessem recomeçar a vida, os militares se dividiram predominantemente entre duas posições: optar exatamente pela mesma carreira (41,9%) e escolher a mesma carreira desde que esta possibilitasse melhores

condições de trabalho (35,0%), conforme apresentado na *tabela 25*. Cabe ressaltar que tais posições variaram significativamente entre as diferentes categorias profissionais: as respostas dos médicos concentraram-se predominantemente na escolha incondicional da mesma carreira (63,6%), enquanto as das praças – tanto motoristas (46,9%), quanto técnicos de enfermagem (43,9%) – apresentaram os maiores percentuais na opção de escolha profissional com a ressalva acerca das condições de trabalho.

Tabela 25: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo escolha profissional em caso de recomeço da carreira

Se pudesse recomeçar a vida profissional, escolheria...	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Exatamente a mesma carreira.	09	28,1	12	29,3	28	63,6	49	41,9
A mesma carreira, desde que possibilitasse melhores condições de trabalho.	15	46,9	18	43,9	08	18,2	41	35,0
Uma atividade parecida, mas fora do Corpo de Bombeiros.	05	15,6	07	17,1	07	15,9	19	16,2
Outra carreira completamente diferente	03	9,4	03	7,3	01	2,3	07	6,0
Não informado	-	-	01	2,4	-	-	01	0,9
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Foi perguntado aos militares se eles exerciam alguma atividade remunerada além do trabalho no CBMERJ. As respostas indicaram um grande percentual de bombeiros com atividade laboral complementar – 88,9%, de acordo com os dados apresentados na *tabela 26*.

Tabela 26: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo exercício de atividade remunerada complementar

Atividade remunerada além do CBMERJ	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	26	81,2	36	87,8	42	95,4	104	88,9
Não	06	18,8	05	12,2	02	4,6	13	11,1
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Dentre os ramos de atividade remunerada complementar, referida pelos 104 bombeiros militares que afirmaram exercê-la, destaca-se a área da saúde para as praças técnicas de enfermagem (80,6%) e para os oficiais médicos (100%). Dentre as praças motoristas, predomina a área de segurança (38,5%), como mostra a *tabela 27*.

Tabela 27: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo ramo da atividade remunerada complementar

Ramo da atividade	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalho na área da saúde	05	19,2	29	80,6	42	100,0	76	73,1
Comércio	03	11,5	03	8,3	-	-	06	5,8
Serviços de segurança	10	38,5	-	-	-	-	10	9,6
Motorista	02	7,7	-	-	-	-	02	1,9
Outras atividades*	06	23,1	04	11,1	-	-	10	9,6
Total:	26	100,0	36	100,0	42	100,0	104	100,0

* Outras atividades incluíram: inserção no mercado informal, carpintaria, mecânica, atividades de artesanato e docência.

É importante chamar a atenção para o fato de que o envolvimento com o trabalho de segurança aproxima bombeiros militares da violência sob outra perspectiva: não mais a de

quem socorre vítimas, mas a de quem a perpetra na defesa da integridade física e material de outrem, sendo frequente também tornar-se vítima dela.

Este dado se aproxima ao encontrado em estudo realizado com a Polícia Militar do Rio de Janeiro, onde o ramo que mais emprega policiais militares fora do horário laboral na corporação é o de segurança particular (MINAYO *et al.*, 2008). Cabe ressaltar que esta aproximação entre bombeiros e policiais em atividade complementar (comumente chamada entre os militares de “bico”) na área da segurança particular é muitas vezes o início do envolvimento em milícias², que se intensificaram no Rio de Janeiro a partir dos anos 2000, com a pretensa “missão de sanitizar” comunidades dos criminosos ligados ao tráfico de drogas, como nos apresenta Siqueira da Silva (2004):

Os “justiceiros” exaltam o uso da violência e da força para manter a ordem, procedimentos intrínsecos da política de eliminação. Aliás, encaram este trabalho como uma missão, ou seja, aceitam esse encargo e são socialmente incumbidos de exterminar os “maus elementos. (...) Os “justiceiros” conhecem, convivem e participam, entretanto, do “submundo” do crime, muito embora vendam uma imagem de homens que se infiltram nesses espaços para investigar e eliminar os pilantras. Para tanto, se inspiram nas estratégias militares: perseguir implacavelmente o inimigo, investigá-lo, programar sua morte, assustá-lo e torturá-lo para obter informação. Procuram, ao mesmo tempo, auferir algum tipo de vantagem (p.141).

O envolvimento de bombeiros militares em milícias foi lembrado pelos médicos entrevistados nesta pesquisa como um dos motivos de maior sensação de insegurança quando identificados publicamente como militares, o que será discutido com maior detalhamento na terceira parte deste capítulo.

Ainda com relação à atividade remunerada complementar ao trabalho no CBMERJ, 20,2% (21/104) dos militares que a exercem referiram que ela se relaciona com o resgate ou com o atendimento de emergência, apresentando a seguinte distribuição percentual por categoria

² Designação genérica das organizações militares ou paramilitares compostas por cidadãos comuns, armados ou com poder de polícia, que teoricamente não integram as forças armadas de um país. No Rio de Janeiro, as milícias são associadas a práticas ilegais sob a alegação de combater o narcotráfico, porém mantendo-se com os recursos financeiros provenientes da venda de proteção (ilusória) da população em comunidades economicamente desfavorecidas. São formadas primordialmente por policiais e bombeiros militares, além de guardas penitenciários – ativos ou aposentados –, que garantem a “segurança” dos moradores em troca de uma taxa mensal (ZALUAR e CONCEIÇÃO, 2007). Além da cobrança de tributos de moradores, os milicianos controlam o fornecimento de muitos serviços, geralmente a preços mais altos, incluindo a venda de gás, eletricidade e outros sistemas de transporte privado, instalação de ligações clandestinas de televisões à cabo e de internet.

profissional: 23,1% (06/26) dos motoristas, 16,7% (06/36) dos técnicos de enfermagem e 21,4% (09/42) dos médicos.

Foi perguntado, ainda, o período do dia em que a atividade remunerada complementar é exercida pelos militares. Para todas as categorias profissionais predomina a alternância entre horários diurnos e noturnos, conforme apresentado na *tabela 28*.

Tabela 28: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo período do dia em que exercem atividade remunerada complementar

Período do dia da atividade complementar ao trabalho no CBMERJ	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diurno (06 às 18 horas)	06	23,1	13	36,1	17	40,5	36	34,6
Noturno (18 às 06 horas)	08	30,8	09	25,0	04	9,5	21	20,2
Alterna horários diurnos e noturnos	12	46,1	14	38,9	21	50,0	47	45,2
Total:	26	100,0	36	100,0	42	100,0	104	100,0

Foi solicitado aos militares que comparassem as remunerações entre o trabalho no Corpo de Bombeiros e na atividade remunerada complementa, gerando os dados apresentados na *tabela 29*. No computo geral, predominou a alternativa de que as remunerações apresentam valores iguais (38,5%). Porém, houve diferenças significativas entre as categorias profissionais: para as praças, tanto motoristas como técnicos de enfermagem, as respostas prevalentes mostraram que a atividade complementar confere remuneração igual ou inferior ao salário do CBMERJ. Enquanto, entre os médicos, foi prevalente a resposta de que a atividade complementar oferece renda maior do que os proventos referentes ao trabalho no Corpo de Bombeiros.

Tabela 29: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo remuneração pela atividade complementar ao trabalho na corporação

Remuneração pela atividade complementar ao trabalho no CBMERJ	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inferior à que recebe no CBMERJ	10	38,5	14	38,9	02	4,8	26	25,0
Igual à que recebe no CBMERJ	11	42,3	17	47,2	12	28,6	40	38,5
Superior a que recebe no CBMERJ	05	19,2	05	13,9	28	66,6	38	36,5
Total:	26	100,0	36	100,0	42	100,0	104	100,0

Esta questão comparativa relacionada ao salário recebido na corporação e na atividade laboral complementar também foi utilizada por Minayo *et al.* (2008) no estudo com policiais militares, gerando dados diferentes dos encontrados nesta pesquisa: a remuneração recebida pelo trabalho realizado fora da Polícia chegou a ser superior ao que o militar recebe na corporação para 44,8% dos cabos e soldados. Entre os oficiais e suboficiais, o valor pela atividade extra era menor que o da Polícia Militar para 45,6% deles.

A maioria dos bombeiros que respondeu ao questionário informou ter gozado férias no último ano (72,6%), conforme apresentado na *tabela 30*. Este dado é bem semelhante ao encontrado por Minayo *et al.* (2008) entre os policiais militares (75%).

Tabela 30: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo últimas férias gozadas

Últimas férias no CBMERJ	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Há até um ano	27	84,4	26	63,4	32	72,7	85	72,6
Há dois anos	04	12,5	12	29,3	02	4,5	18	15,4
Há três anos ou mais	01	3,1	02	4,9	-	-	03	2,6
Não informado	-	-	01	2,4	10	22,8	11	9,4
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Quantidade de horas de trabalho								
Muito satisfeito	01	3,1	04	9,8	04	9,1	09	7,7
Satisfeito	20	62,5	15	36,6	31	70,4	66	56,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	10	31,3	16	39,0	08	18,2	34	29,1
Insatisfeito	01	3,1	06	14,6	01	2,3	08	6,8
Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-
Funções que desempenha no quartel								
Muito satisfeito	05	15,6	07	17,1	18	40,9	30	25,6
Satisfeito	17	53,1	16	39,0	24	54,5	57	48,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	08	25,0	17	41,5	02	4,6	27	23,1
Insatisfeito	02	6,3	01	2,4	-	-	03	2,6
Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-
Funções que desempenha relacionadas ao GSE								
Muito satisfeito	09	28,1	26	63,4	34	77,3	69	59,0
Satisfeito	19	59,4	13	31,7	10	22,7	42	35,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	04	12,5	02	4,9	-	-	06	5,1
Insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-
Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-

O grau de satisfação nas relações com outras pessoas no trabalho se mostra variável de acordo com a categoria profissional. A maioria dos médicos e técnicos de enfermagem informou estar satisfeito com o relacionamento com militares hierarquicamente superiores; o mesmo não acontece entre os motoristas. Já para as relações com militares do mesmo nível hierárquico ou subordinados, há predominância de respostas satisfatórias para todas as categorias profissionais. Se para os oficiais a hierarquia é necessária e funcional, para as praças ela pode se traduzir em autoritarismo e arbitrariedade no uso do poder.

A maioria dos militares também referiu estar satisfeito com a quantidade de horas de trabalho, especialmente motoristas e médicos. O grau de satisfação com as atividades que

desempenha é maior para as relacionadas ao GSE quando comparadas com as desempenhadas no quartel.

Para complementar a análise da satisfação com o trabalho no CBMERJ, foi solicitado que os militares atribuíssem notas numa escala de 0 a 10 para diferentes aspectos das atividades exercidas. As médias estão apresentadas na *tabela 32*.

Tabela 32: Médias das notas atribuídas pelos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, referentes ao grau de satisfação em diferentes aspectos do trabalho

Médias atribuídas ao grau de satisfação (1-10)	Praças motoristas	Praças técnicas	Oficiais médicos	Total
Volume de trabalho	6,9	6,2	6,8	6,6
Salário	4,4	4,3	4,4	4,4
Bairro(s) em que atua	6,2	6,7	5,0	5,9
Escala de serviço	6,3	6,2	7,0	6,5
Tipo de atividade que executa	7,9	8,3	8,2	8,1
Nível de responsabilidade assumida na atividade laboral	8,9	8,7	7,9	8,5
Perspectiva de promoção	3,3	4,3	6,3	4,8
Reconhecimento de mérito pela corporação	4,9	5,5	6,3	5,7
Reconhecimento do trabalho pela população	8,6	8,3	8,5	8,5

As maiores médias são destinadas ao reconhecimento do trabalho pela população (8,5) e ao nível de responsabilidade assumida na atividade laboral (8,5), seguidas do tipo de atividade que executa (8,1). As menores médias são atribuídas ao salário (4,4) e à perspectiva de promoção (4,8).

Ao comparar estes dados com o estudo conduzido por Minayo *et al.* (2008), com policiais militares do Rio de Janeiro, surgem semelhanças e distinções. A insatisfação salarial e com a perspectiva de promoção aparece em ambos os estudos. Já a percepção de reconhecimento do trabalho pela população é distinta: enquanto bombeiros classificam este

item como fonte de satisfação, policiais referem à sensação de que a sociedade possui imagem negativa deles, relacionada à truculência, ao menosprezo e ao temor.

4.3. AS EXPERIÊNCIAS E AS REPRESENTAÇÕES: socorro às vítimas de violência, atendimento em áreas de conflito e percepção de risco

A terceira parte da análise dos resultados, aqui apresentada, mescla dados quantitativos obtidos dos questionários e informações qualitativas provenientes das entrevistas. Esses dados remetem às representações, experiências e práticas dos profissionais que participaram do estudo, tendo as representações sociais como matriz conceitual orientadora.

Na apresentação dos achados e nas análises desta parte da tese foram utilizados os conceitos de percepção, concepção e representação. Cabe esclarecer que 'percepção' e 'concepção' foram consideradas aqui elementos indissociáveis no processo de representação, como descreveu Moscovici (1978): a representação não é uma instância intermediária, mas sim um processo que torna a percepção e o conceito (concepção) intercambiáveis, na medida em que se engendram mutuamente. Considerando-se que a ausência do objeto concreto é condição do aparecimento da representação, ela segue a linha do pensamento conceitual (concepção), mas, por outro lado, tal como na atividade perceptiva, ela deve recuperá-lo, tornando-o "tangível".

O conceito de experiência também é utilizado no contexto das representações sociais, tomando por base a ideia de Jodelet (1990) de que os sujeitos exprimem em suas representações o sentido que dão à sua experiência no mundo social, servindo-se de sistemas de códigos e interpretações fornecidos pela sociedade e projetando valores e aspirações sociais.

4.3.1. A experiência da violência na vida cotidiana e no trabalho

A maioria dos militares que respondeu ao questionário apontou a vivência de algum tipo de evento violento pelos próprios ou por pessoas próximas. Quatro eventos foram predominantes: o furto, a tentativa de furto, o roubo e a tentativa de roubo. As frequências para todos os eventos foram sempre maiores para a vivência por alguém próximo, quando comparadas com as experiências pessoais, conforme apresentado na *tabela 33*.

Tabela 33: Distribuição dos percentuais de vivência de eventos violentos na vida cotidiana dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Eventos violentos vivenciados	Vivência pessoal		Vivência por alguém próximo	
	n	%	n	%
Tentativa de furto	63	53,8	74	63,2
Furto	43	36,7	77	65,8
Tentativa de roubo	28	23,9	51	43,6
Roubo	22	18,8	63	53,8
Tentativa de sequestro	01	0,8	04	3,4
Sequestro	02	1,7	04	3,4
Tentativa de estupro	01	0,8	04	3,4
Estupro	-	-	02	1,7
Tentativa de homicídio	02	1,7	05	4,3
Homicídio	-	-	01	0,8
Tentativa de suicídio	-	-	05	4,3
Suicídio	-	-	02	1,7

Os percentuais desta tabela foram calculados a partir do total de militares que responderam o questionário (117), sem distinção por categoria profissional.

A experiência direta com a violência no cotidiano de trabalho no atendimento pré-hospitalar no Rio de Janeiro também foi uma constante no relato dos oficiais médicos entrevistados. As narrativas destas experiências surgiram em todas as entrevistas, das quais foram selecionados os trechos que se seguem:

Assim, o último evento assim aconteceu ali perto mesmo, no Morro da Providência. Na confirmação do socorro, deram o nome de uma rua, e nós não sabíamos aonde era. Indo em direção a esta rua, a gente não tinha noção do local. Chegando ali perto do Terminal Fontinelle, atrás da Central do Brasil, eram umas oito horas da noite, sete e meia, oito horas da noite, nós vimos todo mundo voltando. Ali a mão é única; estávamos indo em direção ao túnel e tinha carro

tentando dar ré, outros vindo ao contrário. Estava difícil, muito tumulto, a gente tentando ir, o pessoal tentando voltar (Risos). E aonde que é? Tudo engarrafado. Ai eu pensei, vamos parar e perguntar para alguém por que nós não sabemos ao certo aonde é essa rua e alguma coisa está acontecendo. Na esquina tinha uma patrulha da PM, tinha um sargento da PM assim, o motorista encostou e eu perguntei ao sargento da PM se ele sabia mais ou menos onde era aquela rua. Ai ele disse assim: “Olha tenente, essa rua fica em direção ao Morro da Providência. Mas eu acho melhor vocês não avancem por ai não porque está havendo troca de tiros. É troca de tiro que está tendo lá pra cima. É melhor a senhora não ir pra lá não. Ai, o pessoal está correndo. Por isso, está esse tumulto aqui”. Só que o nosso problema era o seguinte: nós não conseguíamos voltar, não era para subir e alguma coisa a gente tinha que fazer. Não podíamos ficar parados ali onde a gente estava. E o único caminho que dava para fazer com a ambulância era ir em direção a esse local para poder fazer o contorno no Terminal Fontinelle. A gente foi sentindo que o tiroteio ia ficando mais próximo. Quando vimos tava no meio do tiroteio, gente escondida atrás dos carros. Fiquei abaixada no chão da ambulância e o cabo também e o motorista acelerando. Tinha que sair, mas foi o maior perigo. A ambulância levou um tiro no pára-choque. (OM 01)

A pior experiência que passei foi um socorro no Columbandê. O que aconteceu? Eu estava lá no PS de São Gonçalo. Tinha ido levar uma vítima de trauma, queda de moto, eu acho e estava na ASE esperando o hospital devolver nosso material. Quando fiquei liberado, fui chamado para o local. Já tinha meia hora que o socorro estava entrando e nenhuma ambulância da área estava liberada. Até chegar na comunidade lá, bota ai mais uns quinze minutos. Um cara veio receber a gente, armado é claro falando alto “P. Bombeiro! Demoraram pra c...”. Não dava nem para tentar explicar. Nesse dia eu tremia. Quando chegamos mais lá em cima eram dois baleados (OM 04)

Teve um outro evento mais estressante na Presidente Vargas. Esse foi brabo. Eram umas quatro horas da manhã, era um restaurante com dois andares. O restaurante já estava fechando. Chamaram a gente para um evento de baleado. Quando chegamos lá, era uma situação complicada: tinha um PM, que foi baleado, já em óbito. Um bandido já tinha sido pego. Outro PM estava com ele. Disseram que eram cinco bandidos, que pegaram um e os outros fugiram. Eles (os PM) estavam lá tentando pegar detalhes com o que foi preso e eu enrolada com o PM que estava em óbito. Eu estava constatando o óbito, que é nossa função, e não remover o corpo. Só que nisso entrou um aviso do comandante da PM perguntando se a gente não podia remover o corpo para o hospital da PM, porque estava nesse impasse. E aí veio o pedido do nosso Centro de Operações se podia botar o corpo dentro da ambulância e remover o corpo. Deram a autorização para botar o corpo dentro da ambulância. Desfazer o local, mas tudo bem. Aí, botamos o corpo dentro da ambulância. Na hora de sair com a ambulância, disseram que o comandante queria ver o corpo; que era para esperar um pouco. Aí ficamos ali esperando. O clima tenso no local. PM morto é sempre muito complicado. Os colegas ali revoltados. Aí chegou o comandante dele, olhou o corpo. Ficou na dúvida para onde levar, se levava para o Souza Aguiar ou se levava para o hospital da PM. Pediram para esperar um pouquinho. Então, nós ficamos em pé do lado de fora da ambulância esperando uma ordem. Daqui a pouco, alguém olha lá pra cima (do restaurante) e grita: "Olha lá, tem um escondido lá em cima. Era um dos bandidos que ainda estava escondido lá em cima do restaurante. Começou a troca de tiro. O PM atirando daqui de baixo lá para cima. E tiro lá de cima cá para baixo. Estilhaçou os vidros do restaurante. Uma troca de tiros ali. Foi uma das vezes que fiquei mais próxima de um tiroteio assim. Tive que me jogar no chão. A ambulância era alta. Quando eu vi, eu estava praticamente embaixo da ambulância. (OM 05)

Esta unidade de registro ressalta a proximidade do trabalho das equipes de socorro com a violência sob vários ângulos: o risco de bala perdida, o risco de agressão, a ameaça por grupos criminosos. As narrativas apresentadas ilustram experiências de iminência de vitimização decorrente do trabalho. A real vitimização dos profissionais durante o trabalho no atendimento pré-hospitalar de emergência também foi constada: dos militares que responderam o questionário, 47% afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento. Dentre as categorias profissionais, predominou a vitimização das praças motoristas (56,2%), seguida das praças técnicas de enfermagem (48,8%) e dos oficiais médicos (38,6%).

Dos 55 militares que declararam terem sido vítimas de violência durante os atendimentos, 38 qualificaram o tipo de violência sofrida: 32 referiram violência física e 06 apontaram a violência psicológica, através de agressão verbal.

Triangulando as narrativas desta unidade de registro com algumas questões da abordagem quantitativa, é possível a aproximação com a realidade experimentada por esses militares, evidenciando que a violência social permeia o cotidiano de suas vidas, intensificada pelas contingências do trabalho de atendimento em vias públicas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

4.3.2. Representações sobre violência no Rio de Janeiro

Nesta unidade de registro, identificamos duas categorias com visões contraditórias sobre o fenômeno da violência: a naturalização e a indignação. De qualquer forma, em ambos os tipos de fala que são assinaladas abaixo ressaltam elementos fundamentais de representação desse problema: em primeiro lugar a ideia de que violento é o outro; em segundo, a visão geográfica do fenômeno: o Rio é violento por natureza (apesar de ser lindo), e em terceiro lugar, que a violência não tem saída (fazer o que?). Esses três elementos constituem os núcleos centrais das representações da população carioca (e talvez dos brasileiros a respeito da cidade do Rio de Janeiro), ao qual se assemelha a perspectiva dos Bombeiros.

A naturalização da violência pode ser percebida nos relatos que se seguem:

(A violência) já faz parte do Rio de Janeiro. Está aí no jornal para todo mundo ver todo santo dia. A gente até se acostuma. (OM 02)

Já é normal, já faz parte do dia-a-dia. Você já viu o RJ TV? Não tem um dia que não apareça alguma coisa de tráfico, de assassinato, de agressão. É policial morto, é bala perdida... Acaba se tornando normal, corriqueiro. Acaba que só chama a atenção da gente quando acontece alguma coisa com alguém próximo. (OM 05)

Acho que é uma realidade do Rio, não é? Todo dia tem alguma coisa no jornal. Não leio esse tipo de notícia, mas vejo. Já me acostumei até. (OM 06)

É isso aí. Está aí. Mas eu acho que é um pouco de exagero. Faço tudo normalmente na minha vida. Não deixo de fazer nada por causa de medo. Se for esquentar com tanta notícia, nem sai de casa. (OM 07)

Eu fico é pensando às vezes que essa coisa de tráfico é a maior loucura. Morre muita gente. Tinha que ter um jeito de acabar com isso. Mas parece que não tem mais jeito não. Sei lá. Então, a gente se acostuma, se não não vive, não é? (OM 08).

Os relatos que trazem elementos de manifestação de indignação são apresentados a seguir:

Está um absurdo. O Rio de Janeiro não dá mais. De manhã, de tarde e de noite é o que se ouve: violência. Eu acho que cada ano que passa fica pior. Não consigo me acostumar. A gente sai de casa e não sabe se vai voltar (OM 01).

Não tem um dia que não tenha notícia no jornal. Não tem mais respeito não. É qualquer dia, qualquer hora, qualquer pessoa. Uma cidade tão bonita assim... Gosto muito do Rio. Nasci aqui. Mas esta chegando a um ponto insustentável. Fico indignada com tanta morte e agressão e o descaso do poder público. Ninguém consegue fazer nada. Todo mundo com medo de bandido ou negociando com eles, sei lá (OM 03).

Embora a experiência direta com a violência proporcionada pelo trabalho seja uma realidade, como visto anteriormente, quando questionados acerca de suas representações sobre a violência no Rio de Janeiro, o referencial predominante para embasar as inferências, tanto de naturalização quanto de indignação, é a mídia, mostrando a importância dela nas opiniões dos entrevistados.

Njaine e Minayo (2002) ressaltam a característica em comum dos diversos fenômenos informacionais no que se refere à concepção de que eles fazem parte de um sistema que se articula à lógica da vida social. Nas sociedades modernas, esses meios ocupam um lugar privilegiado de produção e reprodução do real, tornando-se poderosos “interferentes” na organização do espaço relacional.

Os oficiais médicos entrevistados se remetem à mídia impressa (“*está aí no jornal*”, “*não tem um dia que não tenha notícia no jornal*”, “*não leio esse tipo de notícia, mas vejo*”) e também à mídia falada (“*você já viu o RJ TV?*”), cujo papel de narrar as notícias do dia, segundo Njaine e Minayo (2002), procura cumprir sua função informativa. A repetição das notícias (de violência) produz efeitos de agendamento desse tema como sendo publicamente importante e significativo, o que pode ser percebido no impacto na formação das representações dos entrevistados.

O papel da mídia na construção dessas representações é evidente e se alinha com as análises de Moscovici (1994), quando este afirma que por se tratar de uma produção coletiva, portanto partilhada, a representação se constrói através das comunicações, da linguagem, em suas diversas formas de expressão.

Cabe refletir aqui que as representações sociais identificadas, seja de naturalização ou de indignação frente ao fenômeno da violência, têm sua construção mais associada a um coletivo abrangente – o de moradores da cidade do Rio de Janeiro – do que especificamente ao grupo de oficiais médicos do GSE do Corpo de Bombeiros. Em suas falas, os entrevistados fazem alusão à moradia na capital fluminense, às notícias da mídia e ao cotidiano de vida na cidade.

4.3.3. Representações sobre o atendimento aos diferentes tipos de eventos classificados como causas externas

A percepção dos militares que responderam o questionário sobre a frequência de atendimento para cada tipo de evento, apresentada na *tabela 34*, aponta para prevalência de acidentes de trânsito, seguida das quedas e dos eventos envolvendo violência intencional. Tais resultados concordam com os valores encontrados na análise dos RAPH.

Tabela 34: Distribuição dos atendimentos por evento segundo percepção dos militares empenhados no socorro pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Percepção da frequência de atendimento por evento	Toda semana		Todo mês		A cada dois meses		Raramente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acidente de trânsito	114	97,4	03	2,6	-	-	-	-
Quedas	51	43,6	66	56,4	-	-	-	-
Agressão física	42	35,9	71	60,7	04	3,4	-	-
PAF	16	13,7	78	66,7	22	18,8	01	0,8
Arma branca	-	-	10	8,5	52	44,4	55	47,0
Autoagressão	-	-	02	1,7	46	39,3	69	59,0

Nesta unidade de registro destacou-se uma categoria: o maior conforto em atender os eventos considerados acidentais pelos entrevistados em comparação aos que envolvem violência intencional.

Gosto de atender o trauma. É melhor que mal-súbito, bêbado, essas coisas que você sabe. Mas o trauma, acidente na rua, atropelamento, colisão. PAF eu não gosto não. Geralmente tem confusão, bandido envolvido (OM 02).

Ah! O melhor, na minha opinião, é a colisão ou o trauma em geral, assim, queda da laje. Quando é violência também tem adrenalina, mas é mais arriscado e problemático também, envolve polícia. Quando é baleado, então! E quando tem bandido tomando conta? Ih! É muito estresse! (OM 06).

Não me sinto muito bem quando tem violência não. A gente corre risco de apanhar, é ameaçado. A emergência clínica ou o trauma simples, assim que eu quero dizer sem ter violência, é mais fácil. O socorro corre mais tranquilo. (OM 08)

De forma complementar, dois entrevistados concluíram que não é o tipo de atendimento que faz a diferença no sentimento de conforto do socorrista, mas sim o ambiente, que costuma ser mais hostil quando o evento envolve violência.

O problema da violência sabe qual é? É quando o atendimento é no morro ou em lugar que o crime está junto. Quando é bala perdida no meio da rua, briga no bar é tranquilo também. Fica muita gente em volta, como sempre. Mas é tranquilo. Ruim mesmo é no morro (OM 01).

Preferência por determinado tipo de socorro, eu não tenho não. Trauma sempre é complicado de atender, exige rapidez, tem que pensar rápido e saber fazer. A violência também gera trauma, é a mesma coisa. Não gosto é de atender em área de risco porque ai é socorro sob pressão. (OM 03)

4.3.4. Representações sobre o atendimento aos diferentes tipos de vítimas

De maneira geral, os entrevistados relataram que as características gerais das vítimas não alteram o tipo de atenção prestada no socorro. O que surgiu nesta unidade de registro foi a maior sensibilização quando a vítima pertence a grupos vulneráveis, como crianças e idosos, revelada nos relatos categorizados a seguir:

Olha, levo tudo numa boa. Agora o que é inadmissível para mim é criança agredida e velho, também. Não dou conta não. Uma vez peguei um bebê todo queimado. Levei a mãe na ambulância com vontade de voar no pescoço dela (OM 01).

(Quando é) criança, a gente sempre fica penalizado. Criança atropelada. Nossa! É muito ruim. É que morte de criança não está no script, né? Não é normal. Para mim é um socorro muito difícil. Nunca gostei de pediatria por isso. Ver criança doente, grave. Nossa! Ainda bem que não passei por muitas situações assim. Mas quando acontece, é barra! (OM 03).

Violência é mais com adulto. É difícil pegar criança ou idoso. Estes casos assim acho que vão direto para o hospital. Mas já peguei uma criança espancada pelo pai, desmaiada, inconsciente. A mãe que chamou o socorro. Um desespero só. É marcante, nunca mais esqueci desse socorro. (OM 04)

Pego muita criança que cai da laje aqui em Campo Grande. Na Estrada de Inhoaíba, então! É a tal da pipa. É queda e atropelamento por causa da bendita pipa. Tem sempre. Não gosto de atender trauma em criança não. Dá um aperto no coração. No caso, isso não é violência, mas é uma certa irresponsabilidade dos pais, não é? Os filhos ficam soltos na rua pulando muro, correndo atrás de pipa no meio do trânsito e ninguém toma nem conhecimento (OM 07).

Esta categoria ressalta dois aspectos a respeito da violência contra a criança: a familiar e a negligência, que geram cenas marcantes pela vulnerabilidade e fragilidade da vítima e pela menor capacidade de se defender ou proteger, causando maior impacto emocional nos profissionais envolvidos no atendimento. De acordo com Deslandes *et al.* (2005), a violência contra crianças no Brasil assume várias faces e nuances e está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos ao seu desenvolvimento integral.

Os dados obtidos com o questionário também reforçaram a reação de indignação frente às notícias de violência envolvendo indivíduos com menores chances de defesa, como crianças e idosos (41,9%), conforme apresentado na *tabela 35*.

Tabela 35: Distribuição dos percentuais relativos às reações frente às notícias de violência na mídia dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Reações frente às notícias de violência na mídia	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sente mal-estar e indignação frente a todas as notícias de violência.	14	43,7	18	43,9	25	56,8	57	48,7
Sente mal-estar e indignação frente às notícias que contêm maiores graus de agressividade.	06	18,7	06	14,6	03	6,8	15	12,8
Sente mal-estar e indignação frente às notícias que envolvem indivíduos com menores chances de defesa (como crianças e idosos).	13	40,6	20	48,8	16	36,4	49	41,9
Não sente grande desconforto, pois a violência já se tornou algo natural para quem vive nos grandes centros urbanos.	05	15,6	04	9,8	04	9,1	13	11,1

4.3.5. Representações sobre o atendimento em áreas violentas ou em que organizações criminosas estão presentes

O contato com criminosos está presente nas atividades de socorro, assim como o trabalho de resgate e atendimento pré-hospitalar em áreas com elevados índices de criminalidade. Os dados apresentados na *tabela 36* mostram uma prevalência significativa de vivências de

socorro de emergência envolvendo criminosos: 78,6% dos militares referiram já terem se sentido ameaçados e 66,7% afirmaram já terem sido impedidos por criminosos de prestar atendimento. A maior frequência destas experiências esteve entre os motoristas, seguida dos médicos e dos técnicos de enfermagem.

Tabela 36: Distribuição dos percentuais de ocorrência envolvendo criminosos segundo a vivência dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Vivência em atendimento envolvendo criminosos	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sentiu-se ameaçado durante o atendimento.	28	87,5	30	73,2	34	77,3	92	78,6
Foi impedido de prestar atendimento.	24	75,0	26	63,4	28	63,6	78	66,7

As narrativas sobre o atendimento em áreas violentas envolvendo criminosos estiveram presentes em todas as entrevistas dos médicos, como destacado nos trechos que se seguem:

Já [atendi] sim. Também no Rio, no Morro de São Carlos. Entrou um evento de baleado no morro. Eles nunca falam que é no morro. Eles sempre dão o nome de uma rua próxima. E aí, quando você chega lá tem sempre alguém esperando no local. Esse evento foi à noite e aí apareceu um monte de gente. Fizeram uma barricada “E aí? E aí? Bombeiro, bombeiro?”. Todo mundo armado e quando eu vi já tinha uma arma na porta, na janela da ambulância assim, mirando em direção para mim, em direção para o motorista. “O que vocês querem? O que vieram fazer aqui?” Não, só vim atender. Chamaram a gente para atender uma vítima. Deram esse endereço aqui. Parece que é neste local. “Não, não, aqui ninguém chamou, ninguém chamou, pode ir embora, ninguém chamou, vai embora, vai embora”. E não tenta enfrentar eles não, porque é pior. Obedece e pronto.

Longe dali você avisa. É área de risco e pronto. Eu nunca peitei ninguém (OM 05).

Ah! Várias! Corro há mais de dez anos na ambulância. Só em Campinho, são quase oito anos. Já passei por muita coisa. Os pedidos de socorro sempre são a mesma coisa. Entra como queda de moto ou atropelamento ou outra coisa qualquer. Ai dão algum endereço na boca do morro e quando a gente chega lá vem alguém do tráfico receber (OM 06).

São coisas muito estranhas. Um dia estava subindo para um socorro numa área de risco. Era uma ladeira. A ambulância estava subindo e eu vi uns garotinhos, todos pendurados na viatura da frente, de carona. E o motorista me disse: “Não, doutora, isso não é carona não, é autorização para subir no morro. Se a senhora olhar, na nossa ambulância atrás também tem gente pendurada”. E os meninos estavam armados. Sem essa autorização a gente não entra (OM 07).

Outro socorro que não esqueço foi um evento de baleado. Sempre na mesma situação, você não sabe se é dentro da área de risco. Você chega assim no local, as pessoas vêm. Vamos entrando, vamos entrando. Quando você vê, você já está lá dentro. Mandaram a gente parar. Fomos recepcionados por uma criança, na verdade. Esta criança não tinha dez anos, a verdade é essa. Quando eu olhei assim, a criança estava armada. Tinha uma arma na cintura dele. E ele foi levando a gente. Subimos, descemos, viramos numas vielas. Eu juro que eu não saberia sair de lá sozinha, se não tivesse alguém para mostrar o caminho. No meio do caminho, o garoto tirou a arma da cintura e foi andando segurando a arma que mal ele conseguia carregar. Era uma pistola. Os meninos que estavam comigo – os meninos que eu falo são os enfermeiros – disseram depois que era uma 9 mm. E fomos, subimos umas escadas. Subimos. Chegamos, era assim um terraço com várias casas. Tinha gente nos telhados. Alguns estavam armados pelo que eu pude ver. Tinha uma pessoa caída e eu fui lá atender, fazer meu serviço. Era um rapaz de cor

negra. Estava com um calção, um short e uma camiseta branca. Estava com sangue no abdome e tinha respiração agônica, tinha pulso, estava taquicárdico, estava vivo. Eu não falei nada. Começamos a fazer os procedimentos para remover, o mais rápido possível. E sair dali, né? Uma pessoa que estava nos telhados perguntou: “E aí? Está vivo?” Uma coisa assim. Um dos meus enfermeiros respondeu: “Fica tranquilo, estamos cuidando dele”. Até então, a gente não estava entendendo o que tinha acontecido. Ai, um outro falou: “Então, bombeiro, desce, desce, desce”. Largamos tudo lá, nossa prancha, nosso material de socorro, largamos lá em cima e descemos. O garoto que tinha acompanhado a gente estava lá embaixo e mandou a gente esperar ali. Ai deu um tiroteio danado lá em cima e mandaram a gente subir de novo. O corpo estava todo lavado de sangue. Estava morto. Aí mandaram a gente levar (o corpo). Eu não discuti nada, só peguei e levei (OM 08).

Chamam a atenção nessas narrativas os códigos que se estabelecem entre as guarnições e os criminosos: a chamada para o socorro com endereço alterado, crianças penduradas na viatura como uma sinalização e a recepção por crianças e adolescentes armados. A tensão envolvida nesse tipo de socorro também é evidente e foi relatada por alguns entrevistados, constituindo a categoria que se segue:

Não é muito comum não, mas quando acontece! A primeira vez que aconteceu comigo, foi um bandido armado na porta da ambulância, mandando abrir a ambulância para revistar antes de subirmos a favela. Caramba! Eu tremia da cabeça aos pés. Nossa! Achei que ia morrer, sei lá (OM 01).

O pior é quando você ainda não sabe se é para socorrer ou não. Fico num estresse só, doido para sair fora. Não é mole não. Situaçõzinha difícil, viu? (OM 04).

Ah! É sempre muito tenso. É a pior situação. Você socorrendo com gente armada em volta. (OM 08)

A tensão deste tipo de socorro leva também ao estabelecimento de relações inusitadas entre os criminosos e as equipes de socorro, que envolvem a compreensão mútua dos códigos, figurando cenas de cordialidade, como narrado por um dos médicos entrevistados:

Já fiz um atendimento numa favela uma vez que falaram que era um atropelamento. Quem pediu o socorro informou que era uma fratura de colo de fêmur. Achei até que era algum profissional da saúde que estava com a vítima. Quando cheguei era a boca da favela. Veio um garoto de bicicleta receber a ambulância. Ele chegou na porta do motorista e disse que era para subir. Ai eu pensei: “Ferrou. Lá vem”. Daí eu falei assim: “Você vai subir com a gente, não é? Sabe como é, para a gente não ter problema”. Ai ele disse: “Não, tranquilo. A subida de vocês já está autorizada. Vou à frente é só me seguir. Tranquilo”. Fomos seguindo o moleque com a ambulância numas ruas super estreitas. O motorista ainda me arranca o toldo de uma birosca no caminho. Falei: “Cara, você vai morrer. Presta atenção” (risos). Quando chegamos no local, era dentro de uma casa. Quando a gente entrou, tinha para mais de dez homens armados. Era a casa do dono da boca. Ai veio o cara numa boa. “Tudo bem? Você me desculpa ai ter chamado para atropelamento, mas na verdade é meu pai que está com uma fratura no colo do fêmur. Mas se eu chamasse para atendimento em casa, não iam mandar a ambulância e você sabe como é, eu não posso ficar circulando por ai. Ai eu falei: “É realmente, o Bombeiro não faz atendimento domiciliar, mas tudo bem. Onde está seu pai?” Entrei na casa e o velho estava deitado num quarto. O cara tinha razão. Acho que ele já tinha estudado alguma coisa de enfermagem, sei lá. A clássica fratura de colo de fêmur. Perna rotada com pezinho para fora. Ai eu falei assim: “Vou ter que levar ele para um hospital” e ai o malandro falou: “Que hospital você vai levar ele?” Eu disse: “Getúlio Vargas”. Ai ele disse: “Vou mandar alguém com você”. Eu disse: “Tudo bem”. Estava com

duas cabos enfermeiras neste dia. Elas foram pegar a prancha na ambulância. Ai eu disse assim para o cara: Será que alguém pode dar uma força para passar ele para a maca?” Ai o cara: “Aqui, precisamos de uma força aqui”. Tinha que ver aqueles homens todos tirando a arma colocando em cima da mesa (risos). Ai o cara falou assim: Vamos fazer um lanche. “Fica ruim para você fazer um lanche comigo?” Ai eu falei assim: “Não cara! Que isso! Mas o caso é que eu tenho que voltar ao quartel. Hoje o bicho ta pegando. Está bradando direto”. Ai o cara: “Então péra ai” Chamou outro malandro lá e disse “Traz uma caixa de Pepsi gelada e coloca lá na ambulância para alegrar o plantão da rapaziada”. Desci a favela com o pai do cara mais um bandido de acompanhante. Passei o resto do dia tomando Pepsi. [Entrevistadora: Você não se sentiu ameaçado ou com medo?] Não. Me sinto desconfortável quando a gente chega. Não sabe bem como vai ser a recepção. Depois que a coisa flui é tranquilo. Eu procuro interagir numa boa com naturalidade, sabe? E quanto mais rápido eu sair daquele lugar melhor. Sem conflitos. Sem estresse. Neste dia, as enfermeiras é que tremiam. Andavam coladas em mim. Tinha que ver. Quando o socorro é solicitado por eles, não há problemas. É só atender e pronto. Pior é quando alguém chama a ambulância contra a vontade dos caras do tráfico. Mas ai também eles mandam ir embora e a gente vai. Comunica ao COCB e vai embora. Ninguém vai ser louco de entrar numa favela no peito. Correr no Rio é assim. Tem que se acostumar. O medo passa. É história para contar depois (OM 02).

Três entrevistas apresentaram uma descrição peculiar sobre o processo de trabalho das equipes de atendimento pré-hospitalar frente a eventos envolvendo criminosos. Delas apresentamos alguns fragmentos: é uma verdadeira dramatização das manobras de suporte de vida com a vítima já em óbito.

Quando o bandido quer que salve, a gente salva. Pode estar durinho com rigidez cadavérica, a gente massageia, entuba, ventila, faz tudo. Faz parte. O negócio é sair dali e levar para o hospital (OM 02).

Passei por uma situação muito ruim assim que vim correr neste quartel. Fui para um socorro lá para dentro de Saracuruna. O aviso entrou como mal súbito, mas na verdade era um PAF. O cara estava morto. Tinha levado um monte de tiro. Não tinha pulso, nem respiração. As pupilas midriáticas. Estava dentro de um barraco. Dois caras armados me receberam, receberam a guarnição, na porta da favela e mandaram a gente entrar. As pessoas nas ruas iam sinalizando o caminho. Uma coisa horrível. Um dos caras, que estava com a vítima no barraco estava descontrolado, com uma arma na mão. Acho que era irmão da vítima, sei lá. Ele ficava ameaçando, dizendo que a gente tinha que salvar o cara de qualquer maneira. Mas o cara estava morto. Sem chances. Colocamos dentro da ambulância e ficamos reanimando. Sabia que não ia adiantar, estava morto. Levamos para o Hospital de Saracuruna. Expliquei para o colega do plantão e ele entendeu e recebeu o corpo (OM 03).

Quando chegamos mais lá em cima eram dois baleados. Estavam mortos já. Um monte de gente em volta. Outros caras armados. Caramba. Foi f! Ai eu fui colocando os caras na prancha, fazendo massagem cardíaca, passei o tubo de qualquer maneira e falei “Eles estão muito graves” e levei os dois corpos para o hospital. Sai batido daquele lugar. Nossa! Essa, de longe foi a pior experiência que eu tive no Bombeiro. [Entrevistadora: E quando chegou no hospital com os dois óbitos?] Ah! Os colegas sabem. Entenderam a situação e a gente registrou que foi óbito durante o transporte. Receberam os corpos numa boa (OM 04).

Estamos diante de uma representação característica do coletivo de profissionais de saúde que atuam no atendimento pré-hospitalar em áreas de risco, manifestada em condutas que, apesar de inusitadas ou absurdas do ponto de vista técnico, já se institucionalizaram. Realizar manobras de reanimação em um corpo morto é uma resposta a um estímulo (postura ameaçadora de um criminoso) e está relacionada à determinada definição, comum a todos os membros de uma comunidade (MOSCOVICI, 2005). O que observamos também

nas falas é que há uma solidariedade, ou seja, um *modus vivendi* por parte dos profissionais da emergência hospitalar com os do pré-hospitalar móvel.

4.3.6. Percepção de risco frente aos atendimentos em áreas violentas

A palavra *risco* aparece hoje em qualquer contexto discursivo que quer alertar para as consequências futuras negativas de uma variedade, praticamente ilimitada, de fenômenos e processos (BRUSEKE, 2007). Vários autores vêm se debruçando sobre a tarefa de conceituar e aprofundar a reflexão a partir das concepções de risco.

Lieber e Romano-Lieber (2002) falam da polissemia do conceito de risco, que pode se apresentar como a possibilidade dos acontecimentos ou eventos futuros ser definida a partir das probabilidades de ocorrência, calculada com bases nos eventos do passado.

Para Salvatore La Mendola, o risco é entendido como uma interpretação do perigo na persecução dos objetivos (LA MENDOLA, 2005). Já Niklas Luhmann propõe uma distinção entre risco e perigo. O autor se refere ao risco quando os possíveis danos são consequências da própria decisão. E fala de perigo quando os danos ou perdas estão relacionados com causas fora do próprio controle (LUHMANN, 1997).

A definição de risco corrente numa sociedade, ou num grupo específico dessa sociedade, remete também à esfera dos valores morais. Essa perspectiva relativiza a posição hegemônica da avaliação de risco objetiva e quantitativa, presente na década de 1980 e atual ainda hoje para várias áreas como a de segurança, administração e outras (DOUGLAS, 1992; SPINK, 2000).

Considerado como uma representação coletiva, *risco* é um fenômeno que possibilita também entender o modelo de pessoa que orienta as definições e as práticas que são por elas sustentadas. Para Spink (2000), nessa perspectiva, é interessante entender como um determinado grupo ou sociedade, ou mesmo um domínio do saber, vê quem corre risco: como vítima de uma fatalidade; como sujeito de uma vulnerabilidade orgânica ou socialmente definida; ou como portador de uma racionalidade, por exemplo.

Para Fox (2000) o conceito de *risco* percorreu transformações radicais ao longo da história. Se na pré-modernidade *risco* teve uma conotação neutra (algo como uma probabilidade de ganho ou perda), na era moderna tornou-se sinônimo de “perigo” e de elevados investimentos profissionais.

Ulrich Beck (2008) introduz o conceito de *sociedade de risco*, inferindo que, na modernidade, “a produção social de riquezas é sistematicamente acompanhada pela produção social de riscos”. Para o autor, nessa sociedade há três características marcantes: a globalização, a individualização e a reflexividade. A globalização se refere à interseção de ausência e presença ou ao entrelaçamento de relações e eventos sociais que estão distantes dos contextos locais. Trata-se do processo de separação das relações entre tempo e espaço que tem como consequência a desterritorialização. A individualização significa a singularização por meio da destradicionalização. Beck se refere, com esse termo, às transformações que vêm ocorrendo nas instituições tradicionais – família, trabalho e escola – que fazem com que as biografias se tornem projetos reflexivos e, como tal, processos centrais na constituição da subjetividade contemporânea. Por sua vez, a reflexividade refere-se à suscetibilidade, à revisão crônica da maior parte dos aspectos da atividade social e das relações com a natureza, à luz de novas informações, processo esse que perpassa a vida cotidiana, pensada como esfera privada, ou como projeto da ciência ou ainda como a própria atividade de governo (BECK, 2008).

Para Beck (2008) o processo de industrialização é indissociável do processo de produção de risco, uma vez que uma das principais consequências do desenvolvimento científico-industrial é a exposição da humanidade a incertezas e inúmeras formas de contaminação tão sérias e graves como nunca foi observado anteriormente, ameaçando os habitantes do planeta e o meio ambiente. Agrava o problema a percepção de que os riscos gerados hoje não se limitam à população atual, já que as gerações futuras também serão afetadas e talvez de forma ainda mais dramática.

A multiplicação das ameaças de natureza socioambiental, argumenta Beck, faz com que a clássica sociedade industrial seja aos poucos substituída pela noção de sociedade de risco. Se a primeira era caracterizada por conflitos em relação à produção e distribuição da riqueza, a segunda está baseada no conflito em torno da produção e distribuição de riscos.

Coletivamente, parece pairar uma aura de ameaça sobre todos nós, passível de ser efetivada, de modo particularizado e a todo instante. Isso ocorre, mesmo quando nos precavermos de acordo com o que mandam os preceitos da prevenção e da promoção da saúde, as normas de segurança no trabalho e as ideias de cautela nas atividades cotidianas urbanas e rurais (CASTIEL, 1999).

O avanço tecnológico ameaça os trabalhadores com o desemprego. O grande número de veículos circulando nos centros urbanos aumenta o risco de acidentes. A concentração de empresas em determinadas regiões ameaça essas áreas com a degradação ambiental. Neste cenário, o cidadão se acostumou a recorrer aos mais diversos sistemas de seguro, como o seguro de vida e o seguro de propriedade, entre outros, transformando a sociedade num aglomerado de múltiplos riscos a serem evitados e prevenidos (DEMAJOROVIC, 2003). Como diz Beck (2008), vive-se numa sociedade globalizada de risco – uma sociedade catastrófica. Sua afirmação, por um lado, se dirige ao contexto capitalista avançado, no qual se destacam os perigos de acidentes tecnológicos de caráter coletivo, resultantes das transformações socioeconômicas. Por outro lado, assinala os riscos da pobreza nas sociedades da escassez, nos países periféricos e nos bolsões de miséria do mundo industrializado.

Souza (2008) tece uma crítica à análise de Beck, que particularmente nos interessa, considerando a motivação da presente tese – que é a percepção de risco de profissionais de saúde que atendem vítimas de violência num grande centro urbano – a região metropolitana do Rio de Janeiro. O autor chama a atenção para o fato da análise beckiana tematizar, invariavelmente, os riscos ligados à expansão econômica e ao progresso tecnológico. Riscos vinculados à falta de segurança pública e associados à criminalidade violenta têm um espaço muito pequeno na reflexão desse autor.

A criminalidade violenta nas grandes cidades é uma questão fundamental de visibilidade internacional, quando se pensa em análise de riscos sociais. A violência urbana endêmica nas grandes metrópoles, sobretudo dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e o crescimento da sofisticação e dos efeitos sociais deletérios das estratégias de autoproteção das camadas médias e das elites estão presentes tanto nos países centrais como nos periféricos (SOUZA, 2008).

Segundo Enzenberger (1995), uma importante reflexão sobre a problemática contemporânea em torno do risco ligado à violência urbana – não apenas nos países periféricos – é apresentada sob o conceito de “guerra civil molecular”:

Na realidade, a guerra civil há muito tempo se faz presente nas metrópoles. Suas metástases pertencem ao cotidiano das grandes cidades, não somente em Lima ou Jonesburgo, em Bombaim e Rio de Janeiro, mas também em Paris e Berlim, em Detroit e Birmingham, em Milão e Hamburgo. Ela é conduzida não apenas por terroristas e serviços secretos, mafiosos e *skinheads*, quadrilhas de traficantes de drogas e esquadrões da morte, neonazistas e justiceiros, mas também por cidadãos comuns, os quais, de uma hora para outra, se transformam em *hooligans*, incendiários, chacinadores e assassinos seriais.

Cabe ressaltar que os profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar dos grandes centros urbanos prestam socorro às vítimas desta “guerra civil molecular”, definida por Enzenberger e, por isso, também, se encontram sob o risco potencial de suas consequências violentas.

Nesse contexto, o risco aparece como um elemento central do trabalho dos militares, identificado por aqueles que responderam ao questionário desta pesquisa como “risco constante” (50,4%) e “risco eventual” (48,7%), conforme apresentado na *tabela 37*.

Tabela 37: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo a percepção do grau de risco no trabalho

Percepção do grau de risco	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Risco constante	15	46,9	24	58,5	20	45,4	59	50,4
Risco eventual	16	50,0	17	41,5	24	54,5	57	48,7
Não há risco	01	3,1	-	-	-	-	01	0,9
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

As proporções relativas à percepção sobre o grau de risco sob o qual trabalham os Bombeiros estão próximas das encontradas por Minayo *et al.* (2008) em pesquisa envolvendo policiais militares do Rio de Janeiro. Embora a natureza do trabalho na Polícia

Militar e no Corpo de Bombeiros seja distinta, o convívio com a violência gera percepções semelhantes. E em ambas as profissões, o risco aparece como inerente ao processo de trabalho.

Perguntados sobre os tipos de risco percebidos, prevaleceram as seguintes opiniões: risco de sofrer agressão física (97,4%); risco de ser atingido por projétil de arma de fogo (96,6%); de sofrer acidente de trânsito (93,2%) e de ser contaminado por sangue e secreções das vítimas (88,0%). Os bombeiros atribuem menor risco para o sequestro e para a violência sexual, conforme apresentado na *tabela 38*.

Tabela 38: Distribuição dos tipos de risco percebidos pelos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Tipos de riscos percebidos	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Ser atropelado; sofrer acidente de trânsito.	32	100,0	37	90,2	40	90,9	109	93,2
Queimadura por fogo ou química	31	96,9	18	43,9	14	31,8	63	53,8
Explosão	29	90,6	19	46,3	21	51,2	69	59,0
Ser envenenado; intoxicado por gases ou fumaça	27	84,4	17	41,4	18	40,9	62	53,0
Ser atingido por arma de fogo	30	93,7	41	100,0	42	95,4	113	96,6
Ser atingido por arma branca	21	65,6	25	61,0	23	52,3	69	59,0
Sofrer agressão física	29	90,6	41	100,0	44	100,0	114	97,4
Sofrer violência sexual	-	-	07	17,1	04	9,1	11	9,4
Sofrer violência psicológica	26	81,2	31	75,6	17	38,6	74	63,2
Ser sequestrado	05	15,6	10	24,4	13	29,5	28	23,9
Ser contaminado por sangue e secreções das vítimas	19	59,4	41	100,0	43	97,7	103	88,0

Sentimentos contraditórios com relação à percepção de risco surgiram quando o questionamento foi o atendimento em áreas e situações de conflito, na presença de grupo

de criminosos. Os militares se dividiram ao manifestar sentimentos antagônicos: a motivação que impulsiona para o socorro (29,1%) e o medo que traz desconforto (31,6%), como apresentado na *tabela 39*. Parte significativa dos bombeiros também referiu um sentimento misto de motivação e medo (29,1%).

Tabela 39: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo sentimento durante o socorro em áreas e situações de conflito ou na presença de criminosos

Sentimentos frente ao atendimento em áreas e situações de conflito ou na presença de criminosos	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sensação de motivação, mediada pela adrenalina, que impulsiona para o socorro.	11	34,4	13	31,7	10	22,7	34	29,1
Sensação de medo que faz sentir-se desconfortável a caminho do socorro.	08	25,0	11	26,8	18	40,9	37	31,6
Um misto de motivação e medo.	09	28,1	12	29,2	13	29,6	34	29,1
Indiferença – como se fosse um socorro em qualquer outra situação.	04	12,5	04	9,8	03	6,8	11	9,4
Outros sentimentos	-	-	01	2,5	-	-	01	0,8
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

* Outros sentimentos: assinalado por uma técnica de enfermagem que descreveu “*vontade de não ir*”.

Esses sentimentos contraditórios também surgiram nos discursos de médicos socorristas do GSE/CBMERJ, a partir dos quais foram construídas duas categorias: uma que expressa a percepção negativa do risco, como fator de estresse no trabalho e a outra que traz a ideia de risco-aventura, como qualificador do trabalho de assistência às vítimas de trauma e violência:

Olha, veio tudo. É um estresse só. Pensava só em me proteger. Era só me proteger. Era só instinto de proteção. A única coisa que você tem é instinto de proteção. Você não pensa em outra coisa. Eu me atirei no chão. Você entra em locais que você pensa que nunca vai

entrar; é pequenininho, você entra lá dentro, você pula. O instinto de proteção é muito grande. E depois fica o medo. Medo de acontecer de novo e de acontecer alguma coisa mais grave. É a parte estressante do trabalho. Dá medo sim (OM 03).

Foi um estresse. Passei meses com medo do bandido aparecer e me espreitar no quartel. Tenho uma esposa e uma filha. Não foi mole não. Quando percebo que tem perigo, comunico ao COCB que é área de risco e não entro. Nossa obrigação é socorrer, mas não tenho que colocar minha vida em risco, não é? Na rotina do pré-hospitalar um dos primeiros passos é avaliar a cena. Então, isso vale também para este tipo de risco: risco de bala, de tiro, de se ferir e de morrer (OM 04).

Ah! Sei lá! Não é nada bom sentir o medo de morrer de perto assim. Fica marcado, a gente passa semanas pensando. Já fiquei no meio de um tiroteio, até hoje não me esqueço do que senti. Quando vejo gente com arma acompanhando o socorro também é horrível, mal estar total (OM 05).

É sempre muito ruim. Por isso acho que já está na hora de sair do trabalho na ASE. Tem um tempo, sabe? Ficar se colocando em risco! Você nunca sabe o que vai acontecer quando sai na rua, sabe? (OM 07).

O medo e a ansiedade aparecem como elementos importantes para análise desta unidade de registro. As narrativas se enquadram em um dos agrupamentos esquemáticos de ansiedade proposto por Dejours (2008) – o da ansiedade relativa à degradação do organismo: a percepção do corpo colocado em perigo pelo risco de sofrer acidente de caráter súbito e de grave amplitude (queimaduras, ferimentos, fraturas, morte). O autor chama a atenção para a natureza mental da ansiedade resultante das ameaças à integridade física: “A ansiedade é a seqüela psíquica do risco que a nocividade das condições de trabalho impõe ao corpo” (p.78).

Por outro lado, foi possível perceber uma visão do risco, não necessariamente negativa, associado à aventura:

Ah sim, com certeza. Eu prefiro mil vezes atender o trauma. [Entrevistadora: Por quê?] Porque a adrenalina te vicia. Você acaba viciando, apesar de todo esse medo, você acaba acostumando com aquilo e, no final das contas, você acaba gostando. Por mais que tenha essa parte do risco, você acaba gostando. Até com o medo, você acostuma. Essa parte de entrar em área de risco, você pode até não querer conviver com isso sempre na sua vida. Mas a parte do trauma é uma certa violência que não traz tanto risco a você. Mas que é diferente porque tem a adrenalina de salvar e você se sente muito útil (OM 01).

Ah é! Tem socorro que a gente esquece o risco. Rola muita adrenalina, vibração total (OM 02).

Socorro assim é pura adrenalina. É a adrenalina do socorro. É muito bom. Você pega o cara muito mal, estabiliza, leva para o hospital com chance de vida. É emocionante! É a melhor parte do nosso trabalho (OM 06).

O trabalho na ambulância é para os vibradores. Aqueles que são os vibradores estão na fileira, correndo para socorro. O risco faz parte, é até bom, vamos na adrenalina, no impulso, nem dá para pensar muito. Ou você entra e socorre ou deixa morrer. Mas não é para qualquer um não. Não é não! (OM 08).

Para análise dos conteúdos das narrativas acima apresentadas, elege-se o conceito de risco-aventura, que segundo Spink (2001) enfatiza um deslocamento importante dos sentidos modernos do termo, evidenciando a sua dimensão positiva.

Dos primeiros aventureiros que se lançaram ao mar em busca de novos continentes aos aventureiros que buscam ainda hoje desbravar regiões inóspitas, o risco sempre foi associado à aventura, à coragem, à vontade de superar desafios. A valorização do risco ressalta a coragem dos indivíduos que estão dispostos a arriscar sua própria vida (DEMAJORIVIC, 2003).

O conceito de risco-aventura parece bastante adequado para a análise dos discursos de parte dos médicos socorristas que encontram motivação ao atender vítimas de violência e em áreas de conflito urbano. Surgem expressões como “*adrenalina do socorro*”, “*atendimento para aqueles que são vibradores*”, “*heróis de plantão*”, “*vibração total*”, entre outras.

Esses discursos se enquadram no conjunto de repertórios atuais que, segundo Spink (2003), significam o contexto da aventura. Impõe-se, assim, a tensão inevitável entre a racionalidade e um estado de concentração em que a ação e a atenção se fundem, focalizando exclusivamente no momento presente. É dessa fusão que parece decorrer o prazer que em muitos relatos é referido como “adrenalina”.

A autora apresenta o risco-aventura como metáfora da modernidade tardia: faz refletir sobre as conexões entre o risco e a formação do caráter e entre o risco e a aposta. Essas relações levam à valorização da ousadia passível de levar a descobertas, expressam um valor educativo do lançar-se ao perigo e defendem que sem ele não se avança no projeto da modernidade. Mas, os filósofos já diziam que a própria vida é um risco e os que buscam o chamado *sucesso* sabem que precisam se atirar ao imprevisível. Portanto, o enfrentamento de riscos, em sua essência, revela a potencialidade de ganhos e perdas, que deixam marcas profundas nas carreiras individuais, nas comunidades, nas sociedades e, sobretudo, no domínio da economia mundial. No caso da economia, o correr risco é um componente importante da modernidade, expressa, por exemplo, na disposição de investir, sendo motor principal da economia liberal (SPINK, 2000; 2001; SPINK *et al.*, 2004).

Neste contexto, tem havido crescente reconhecimento que as teorizações sobre risco devem incorporar o que vem sendo chamado de “risco desejado”. Para Machlis e Rosa (1990), o *risco desejado* refere-se às “atividades ou eventos que têm incertezas quanto aos resultados ou conseqüências e em que as incertezas são componentes essenciais e propositais do comportamento” (p. 162). Incluem-se aí não apenas os esportes radicais

como também uma diversidade de experiências que rompem com os requisitos da segurança e da racionalidade.

Para Le Breton (1991) as paixões modernas do risco nascem da desarmonia moral que emerge das sociedades ocidentais, de um presente muito comprometedor e de um futuro pouco dedutível. É o que reafirma Constantino (2006) quando diz que, na ansiedade de viver, o indivíduo impõe a si uma necessidade de valorizar sua presença no mundo e, assim, muitas vezes, ignora o perigo, superestima sua capacidade e busca a superação. A autora afirma, ainda, que a experiência adquirida pela repetição da exposição e a integração de técnicas, faz com que a percepção de risco seja minimizada.

Nesse contexto de positividade do risco, cabe uma reflexão sobre o modelo de risco-aventura proposto por Caillos (1990). O autor apresentou um modelo com diferentes jogos e seus graus de disciplinarização, propondo quatro modalidades: os jogos de competição (*agôn*); os jogos de chance (*alea*); os jogos de simulacro (*mimicry*) e os jogos de vertigem (*ilinx*). Para o presente debate, interessa aprofundar a reflexão nos jogos de vertigem, situando o risco-aventura numa multiplicidade de modalidades de esportes de aventura.

O mais interessante na proposta de Caillois é a apresentação de três formas para o que chamamos de risco-aventura: as formas culturais, as formas institucionais e as formas corrompidas. As *formas culturais* englobam todas as modalidades de esportes que exaltam a velocidade, a adrenalina, a obliteração da razão pela concentração total na ação. As *formas institucionais* se fazem presente, sobretudo, nas profissões que exigem o domínio da vertigem. Inserem-se nessa categoria, as tradicionais profissões de risco como os guias de montanhas, os bombeiros, os detetives entre outras. Nas *formas corrompidas*, o risco é ativamente buscado, através, por exemplo, do uso de drogas psicotrópicas (CAILLOIS, 1990; SPINK, 2001).

Para a análise do risco como fator motivador do trabalho de atendimento às vítimas de eventos traumáticos em situação ou cenários de violência, conforme surgiu nos discursos dos médicos socorristas do Corpo de Bombeiros que atuam na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a descrição das formas institucionais do risco parece bastante útil e apropriada. O risco “*faz parte*” da profissão, dizem eles, apontando para a missão que compreende “a salvaguarda de vidas e bens ameaçados por contingências emergenciais”. A capacidade de

enfrentamento de riscos no cotidiano de trabalho no Corpo de Bombeiro é mais do que valorizado, é considerado requisito essencial da competência profissional.

Enfrentar riscos para salvar vidas e bens é uma prerrogativa da corporação que influencia o comportamento individual dos seus membros, caracterizando a natureza da mudança operada pelas representações sociais. Sobre essa questão, Moscovici (2005) apresenta a seguinte reflexão:

Nós podemos afirmar que o que é importante é a natureza da mudança, através da qual as representações sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. É dessa maneira que elas são criadas, internamente, mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra, como o fator determinante, dentro do pensamento individual (p.40).

A percepção de risco com uma conotação positiva também apareceu em estudo com policiais militares do Rio de Janeiro, onde a disponibilidade para enfrentá-los foi identificada como parte do *ethos* profissional. Minayo *et al.* (2008) chamam a atenção para essas disposições como estratégias para minimizar a percepção de risco como perigo, nos momentos de confronto.

Ainda nesse contexto de risco-aventura foi evidenciado que para a maioria dos militares que responderam ao questionário (67,5%) atender vítimas de trauma é mais desafiador do que atender as intercorrências clínicas (mal-súbito), conforme apresentado na *tabela 40*. Tal sentimento é mais prevalente entre os militares da área da saúde: 75,6% dos técnicos de enfermagem e 72,7% dos médicos.

Tabela 40: Distribuição dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário, segundo sentimento frente aos diferentes tipos de socorro

Sentimentos frente aos diferentes tipos de socorro	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinto-me mais desafiado no atendimento às vítimas de mal-súbito dos que às vítimas de trauma (acidentes e violência).	-	-	-	-	-	-	-	-
Sinto-me mais desafiado no atendimento às vítimas de trauma (acidentes e violência) do que às vítimas de mal-súbito.	16	50,0	31	75,6	32	72,7	79	67,5
Não sinto diferença no atendimento às vítimas dos diferentes tipos de evento.	16	50,0	10	24,4	12	27,3	38	32,5
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Esses dados nos convocam a uma reflexão sobre a relação entre percepção de risco e desafio de um trabalho que conclama por grande qualificação técnica. A maior identificação dos militares com o atendimento ao trauma, especialmente médicos e técnicos de enfermagem, aparece fortemente, como também foi encontrada por Deslandes (2002) ao entrevistar profissionais ligados aos cuidados de vítimas de violência que atuavam em serviços de emergências hospitalares no Rio de Janeiro.

Surge assim a representação do trabalho de emergência, seja hospitalar ou pré-hospitalar, como uma “missão heróica de salvar vidas”, o que demanda grande competência técnica e coloca o profissional diante do poder da morte:

Ficam evidentes a vaidade e o orgulho profissional em praticar uma medicina resolutiva, capaz de salvar vidas diante da morte iminente. Há o fascínio por esse tipo de ação que conjuga, de imediato, a arte médica, a habilidade do praticante e todo o aparato tecnológico disponível e exigido. (...) Há embutido um sentimento de poder diante do inexorável, diante da morte (DESLANDES, 2002, p.71).

Estamos novamente diante de uma representação social, vista como uma maneira específica de compreender e comunicar: o espaço da emergência, do atendimento ao trauma é para aqueles que possuem competência, habilidade técnica, tarimba para o ofício de salvar pessoas. Nesse caso, não se trata de uma representação exclusiva do coletivo de bombeiros militares, mas sim dos trabalhadores da área de saúde que atuam nos serviços de emergência.

Esta representação também foi encontrada em estudo de Cristina *et al.* (2008) entre profissionais do SAMU de Ribeirão Preto: o desafio, a satisfação pessoal, a realização profissional e a capacitação permanente foram aspectos detectados pelas pesquisadoras. A equipe entrevistada por elas relatou que trabalhar no APH móvel avançado é um desafio com dificuldades e riscos, mas com a possibilidade de satisfação pessoal, pelo fato de gostarem de trabalhar com urgência e emergência.

4.3.7. Percepção de vulnerabilidade dos militares no contexto da violência do Rio de Janeiro

Os entrevistados, além de falar do heroísmo e das competências necessárias ao seu ofício, refletiram também sobre a vulnerabilidade da identidade militar de bombeiro (andar fardado, em viaturas) no contexto da violência social vigente no Rio de Janeiro. A categoria de relevância foi a percepção de vulnerabilidade aumentada a partir do envolvimento de alguns bombeiros com as chamadas milícias, ponto sobre o qual já se falou anteriormente:

Antigamente não tinha problema não. Andava com a farda no banco de trás do carro tranquilamente. Agora, com esse negócio de bombeiro em milícia não sei não. Prefiro levar na mala. Quanto menos me identificar como bombeiro melhor (OM 03).

Hoje tem muitos bombeiros em milícias. Ele chamam de cooperativas, vê se pode? Conheço alguns. São todos praças combatentes que trabalhavam com segurança e de uns tempos para cá se juntaram com as milícias. Isso queimou o bombeiro. Agora não é tão tranquilo andar fardado por ai. Eu nunca andei fardado, só

durante o serviço mesmo. Mas agora é que não ando mesmo. Ainda mais nesta minha área aqui (OM 05).

Tem bombeiro miliciano, não é? Agora ficou mais perigoso andar fardado por ai. Pode ficar na mira. Mas eu acho que para o pessoal da saúde não pega nada. Mas por via das dúvidas, é melhor não andar fardado por ai, principalmente de 2ºF que é igual para todos (OM 06).

Eu não gosto de ficar me identificando fora do serviço, andando de farda pela rua, dando carteirada em blitz. E se for blitz falsa? Sempre fui assim. Com essa história de milícia agora, tem que ficar no sapatinho (OM 07).

A presença de bombeiros em milícias é uma realidade, cuja informação circula no interior dos quartéis e também na mídia. De acordo com Zaluar e Conceição (2007), esse envolvimento dos bombeiros é uma situação que vem ocorrendo a partir dos anos 2000 no Rio de Janeiro: “A outra novidade é a presença maior, com dimensão só agora conhecida, de policiais e bombeiros nessas milícias” (p.91).

As ideias e condutas dos militares explicitadas nesta unidade de registro expressam as mudanças nas representações referentes à identidade de bombeiro no Rio de Janeiro. Se antes era tranquilo se identificar, pois sua imagem de militar neutro predominava, depois do processo de envolvimento de bombeiros em milícias no Rio de Janeiro, essa representação deu lugar a outra, distinta. Moscovici (2005) caracterizou esse fenômeno como autonomia das representações:

Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. Representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem. (p.41).

4.3.8. Relação bombeiro militar e polícia militar nos eventos envolvendo violência

A relação com a Polícia Militar nos atendimentos envolvendo violência se mostrou uma constante no processo de trabalho dos militares do GSE/CBMERJ.

Na análise dos RAPH, foram observadas várias descrições no campo de “observações”, mencionando a interação com a polícia. Esta interação acontece mais fortemente nos eventos que envolvem PAF, arma branca, agressão e autoagressão, conforme a transcrição das descrições mencionadas

“Indivíduo com escoriação na face referia que fora ameaçado de morte, mas que não queria atendimento e precisava que buscassem sua esposa e filho no morro para que não sofressem risco. Oriente que procure a PM” (RAPH 0064).

“Quando chegamos ao local já havia populares. SD PM N., RG: XXXX compareceu ao local e nos informou estar empenhado em outro evento de óbito no mesmo bairro. Deixamos o corpo com a família por autorização do Ten. Cel. F. (Coord. Med.)” (RAPH 0823).

“Vítima já se encontrava com os PM. Sem sinais vitais. Área de risco ainda “movimentada”. Fomos embora deixando o corpo com o 2º Sgt. PM C” (RAPH 1078).

“Vítima de PAF em crânio com perda de massa encefálica. Vítima sem sinais vitais, ficando sob a guarda do SD PM S. da VTR XXXXXX-X” (RAPH 1299).

“Vítima encontrada sentada em interior de estabelecimento comercial com faca em hemitórax. E, cercada e manipulada por populares. Solicitada ASE avançada e viatura policial para o local” (RAPH 2768).

“Vítima sem sinais vitais. Perda de massa encefálica. PM informa que o ocorrido foi há 45 minutos. Informo ao COCB. Viatura liberada do local. Corpo ao cuidado do PM V.” (RAPH 3220).

A interação com a polícia também surgiu no relato dos médicos entrevistados e foi considerada necessária pela maioria deles quando o evento envolve violência, como apresentada na categoria que se segue:

Bom, é comum ter a presença da PM. Tem coisas que eles é que tem que fazer: fazer a guarda do veículo, boletim de ocorrência, conter a população. Acho tranquilo. Temos uma relação cordial. Cada um faz a sua parte (OM 04).

A relação com a polícia é tranquila, de cooperação, assim. Nunca tive problemas. Quando tem violência, ele tem que estar junto também (OM 06).

É normal. Sempre trabalhamos juntos – polícia e bombeiro. (OM 08)

Estudo de Silva *et al.* (2009), realizado com profissionais atuantes no SAMU de Fortaleza, também evidenciou a integração do trabalho dos socorristas com a Polícia Militar, referenciada por 76,4% dos sujeitos da pesquisa.

4.3.9. Representações sobre a preparação profissional para o atendimento pré-hospitalar às vítimas de violência

Os dados do questionário possibilitaram discutir a percepção dos militares acerca da formação teórica e prática, em termos de tempo e adequação das atividades, oferecidas ao ingressarem na corporação. Tanto as atividades teóricas quanto as de cunho prático se mostraram adequadas para a maioria dos militares (76,1% e 76,9%), porém o tempo de formação (teórica e prática) foi considerado insuficiente para os profissionais da saúde, de acordo com os dados da *tabela 41*.

Tabela 41: Distribuição das percepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da formação inicial ao ingressarem na corporação

Formação oferecida ao ingresso na corporação	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Formação teórica								
Tempo suficiente	22	68,7	16	39,0	15	34,1	53	45,3
Atividades adequadas	26	81,2	27	65,8	36	81,8	89	76,1
Formação prática								
Tempo suficiente	19	59,4	15	36,6	10	22,7	44	37,6
Atividades adequadas	25	78,1	29	70,7	36	81,8	90	76,9

Vincent (2005), que se dedicou ao estudo da educação e do trabalho dos militares do Corpo de Bombeiros que atuam no GSE, também encontrou entre os seus entrevistados (médicos e técnicos de enfermagem) a avaliação de que o tempo de preparação para atuação no atendimento pré-hospitalar era muito curto para alguns:

Os cursos do GSE, oferecidos aos profissionais por ocasião da admissão ao serviço, são apontados como um momento de breve aproximação com o fazer pré-hospitalar, especialmente o fazer técnico, no qual o processo de trabalho é visto como uma série de condutas e procedimentos encadeados (...). Para o grupo dos técnicos que atuam como auxiliares de socorro, esse curso de entrada no GSE se resumiu, muitas vezes, a dois ou três encontros realmente breves (p.102).

Com relação à frequência de formação continuada para atuar no socorro de emergência, as respostas dos profissionais estudados nesta tese foram variadas entre as opções, conforme mostrado na *tabela 42*, predominando a percepção de que tais atividades são oferecidas poucas vezes (36,7%). Cabe ressaltar que a análise de frequência também variou significativamente por categoria profissional. Para os profissionais de saúde predominou a percepção de que tais atividades são oferecidas sempre ou muitas vezes: 63,4% por parte dos técnicos de enfermagem e 50,0% por parte dos médicos. Entre os motoristas, 62,5% referiram pouca oferta de educação continuada para atuar no atendimento pré-hospitalar. Cabe ressaltar que médicos e técnicos de enfermagem, apesar de atuarem em diferentes

quartéis, são subordinados ao Grupamento de Socorro de Emergência (GSE). Já os motoristas, ainda que componham a guarnição das ambulâncias, não pertencem ao efetivo do GSE e sim dos quartéis em que atuam. As atividades de formação continuada promovidas pelo GSE abrangem apenas os militares da área da saúde.

Tabela 42: Distribuição da frequência de educação continuada para atuar em emergência segundo percepção dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Educação continuada	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sempre são oferecidas	03	9,4	08	19,5	09	20,5	20	17,1
Muitas vezes foram oferecidas	04	12,5	18	43,9	13	29,5	35	29,9
Poucas vezes foram oferecidas	20	62,5	12	29,3	11	25,0	43	36,7
Nunca foram oferecidas	04	12,5	02	4,9	01	2,3	07	6,0
Não informado	01	3,1	01	2,4	10	22,7	12	10,3
Total:	32	100,0	41	100,0	44	100,0	117	100,0

Aos médicos foi perguntado se eles reconheciam momento(s) da formação profissional, desde a graduação até o treinamento para o serviço, quando tivessem sido, de alguma forma, preparados para atuar em eventos envolvendo violência. As narrativas são congruentes na afirmação do preparo técnico para atuar nas lesões físicas decorrentes da violência:

É atendimento ao trauma o que você quer saber? Na graduação este conteúdo foi bem abordado, mais na teoria do que na prática. Mas, prática mesmo você só pega quando cai na emergência. No Bombeiro também tive treinamento (OM 01).

Socorrer baleado, esfaqueado não é mole não. Não se aprende só na faculdade não. É na vida, atendendo, na Residência e tem que se atualizar, reciclar. Se não praticar perde a mão. O Bombeiro é uma grande escola para isso (OM 03).

Nunca tive uma aula assim sobre violência. A gente aprende a atender os pacientes. É na disciplina de Emergência. Ai vemos as condutas nas perfurações, nas contusões. Na Cirurgia vê também (OM 06).

Em trabalho introdutório sobre a violência social sob a perspectiva da Saúde Pública Minayo (1994) já sinalizava o fato dos profissionais da saúde se dedicarem quase que exclusivamente ao controle das lesões advindas da violência:

A área da saúde tem, tradicionalmente, concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (p. 16).

No entanto, o impacto da violência no campo da saúde vem exigindo mais do que a formação técnica para o manejo das lesões. Faz-se necessária uma compreensão ampliada do fenômeno da violência por parte dos profissionais da saúde para entendimento sobre os fatores de risco, as causalidades múltiplas específicas e os investimentos em estratégias de prevenção.

Os depoimentos apresentados corroboraram com a ideia de que a formação dos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar se restringe ao desenvolvimento de competência técnica para lidar com as situações clínicas e traumáticas de emergência geradas por atos violentos (perfurações, contusões, hemorragias etc.). Uma compreensão mais abrangente do fenômeno da violência e dos seus impactos sociais no campo da saúde não apareceu como parte da agenda de formação dos profissionais entrevistados.

Vincent (2005) também encontrou um direcionamento estritamente técnico nas atividades dos cursos de formação dos profissionais do GSE em seu estudo e discutiu, ainda, que a complexidade do trabalho no atendimento pré-hospitalar ultrapassa os aspectos técnicos do socorro. Por isso, sugeriu a criação de oportunidades de diálogo em seminários ou grupos de discussão, colocando em pauta outros aspectos importantes para reflexão sobre a prática de trabalho e para a conformação da competência destes militares. A relação entre

violência e saúde talvez fosse um tema significativo para reflexão dentro desta proposta, já que se faz presente cotidianamente no processo de trabalho dos profissionais.

4.3.10. Impactos percebidos na vida cotidiana decorrente do trabalho no APH com vítimas de violência e em áreas com índices elevados de criminalidade

Questionados se percebiam alguma alteração física ou psíquica relacionada ao trabalho no atendimento pré-hospitalar no Corpo de Bombeiros, os militares apontaram predominantemente uma maior preocupação com a segurança da família (76,1%), seguida da maior preocupação com a própria segurança (57,3%). Efeitos psíquicos, como ansiedade e medo, também foram bastante citados (por 47% dos que responderam ao questionário). Os efeitos físicos foram percebidos por 28,2% deles, como mostra da *tabela 43*.

Tabela 43: Distribuição das alterações físicas e emocionais, relacionadas ao trabalho, percebidas pelos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário

Alterações percebidas relacionadas ao trabalho no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Efeitos físicos, como insônia, gastrite ou constipação.	10	31,2	11	26,8	12	27,3	33	28,2
Efeitos emocionais, como ansiedade e medo constantes.	15	46,9	21	51,2	19	43,2	55	47,0
Maior preocupação com a própria segurança.	17	53,1	24	58,3	26	59,1	67	57,3
Maior preocupação com a segurança da família.	24	75,0	31	75,6	34	77,3	89	76,1

Alguns médicos entrevistados identificaram algum tipo de impacto da violência vivenciada no trabalho na vida cotidiana, com destaque para as alterações psíquicas, gerando a unidade de registro que se segue:

Atender em socorro não é para sempre. A gente fica agitado, perde sono, dá um estresse. Tem um tempo para parar, uma vida útil: uns 10 anos correndo está bom. Todo mundo sabe disso. Ninguém fica

trabalhando em emergência mais do que isso. Desgasta demais (OM 03).

É muito trabalho, trabalho duro, cansativo. Você não dorme normalmente. Mesmo que não aconteça nada durante a noite, o sono no quartel não é a mesma coisa. Tem dia que são 15 corridas ou mais. Sobrecarrega. Isso sem falar no estresse (OM 04).

Ah tem! A gente fica muito estressado. Não dorme direito, fica pensando. Ansiedade, sei lá. Muita adrenalina circulando. Depois vai acostumando, mas nunca é tranquilo (OM 05).

Mexe muito com o emocional. Com o físico também, mas mais com o emocional. É estressante trabalhar na rua, com violência, sofrimento... (OM 07).

As alterações psíquicas manifestadas se relacionam intimamente ao estresse, à sobrecarga de trabalho e ao estado de alerta permanente exigido pelo trabalho de atendimento de emergência.

O estresse ocupacional pode ser definido como um processo em que um indivíduo percebe demandas do trabalho que excedam sua habilidade de enfrentamento, provocando-lhe reações negativas (JEX, 1998). Muitos autores vêm propondo definições mais abrangentes de estresse laboral. Segundo Beehr (1998) este tipo de fenômeno é tão complexo que não deveria ser tratado como uma variável, mas como uma área de estudo e prática que se preocupasse com diversas variáveis interligadas, tais como estímulos do ambiente de trabalho e respostas não saudáveis de pessoas expostas a eles.

A sobrecarga de trabalho, que foi mencionada em alguns relatos dos entrevistados, é considerada um estressor. Para Glowinkowski e Coper (1987), ela pode ser um estressor quantitativo ou qualitativo. A sobrecarga quantitativa diz respeito ao número excessivo de tarefas além da disponibilidade do trabalhador. Já a sobrecarga qualitativa refere-se à dificuldade do trabalho e ocorre quando as demandas superam as habilidades e aptidões de quem deve realizá-lo.

Aguiar *et al.* (2000), realizaram um estudo sobre o estresse numa equipe militar de resgate pré-hospitalar em Goiânia e encontraram vários estressores ocupacionais, dos quais se destacaram: o temor do desconhecido, a violência das cenas, a extensa carga horária de trabalho, o grande número de ocorrências e a exigência de rapidez e habilidade.

É inquestionável o papel estressor da exposição à violência no contexto do trabalho de atendimento pré-hospitalar nas ruas do Rio de Janeiro e seu impacto na estrutura psíquica dos Bombeiros. Porém, foi possível evidenciar neste estudo mecanismos compensatórios para o equilíbrio em termos de saúde mental, como (1) a satisfação já apresentada com o trabalho que envolve a assistência de pessoas em situações críticas, gerando a sensação prazerosa do “salvar vidas” e (2) estratégias de proteção presentes nas representações e práticas do coletivo de militares do GSE diante da incursão em áreas violentas, como a apropriação de códigos de permissão para entrada nos locais, gerando até mesmo situações de cordialidade entre socorristas e criminosos. Os militares também lançam mão de mecanismos para evitar qualquer tipo de confronto, como visto anteriormente, e têm suporte do Centro de Operações do Corpo de Bombeiros (COCB), citado algumas vezes pelos entrevistados, que sustenta o retorno da ambulância à base sem atender ao chamado quando há confronto deflagrado com risco de vida para os socorristas.

Está prevista nas Normas Gerais de Ação do GSE o suporte em situações de risco, através do coordenador médico do COCB, o que inclui o retorno da ambulância ao quartel: “Perante situações de risco à integridade física de qualquer componente da guarnição ou ao patrimônio do CBMERJ, os comandantes de guarnição deverão tomar imediatamente as medidas necessárias, fazendo contato com o COCB/CBMERJ assim que possível, para que este tome as providências cabíveis” (SESDEC/CBMERJ, 2006, p. 2347).

Apenas uma médica, quando questionada sobre o impacto do trabalho em circunstâncias de violência apresentou uma narrativa de naturalização:

Olha, a gente acaba acostumando. Além do Bombeiro, eu trabalho em outro local de resgate na rua, que também entro em área de risco. E eu também trabalhei no Hospital da Posse, em Nova Iguaçu. Então, eu trabalhava dois dias na semana direto com violência. É sexta-feira no Bombeiro, que são 24 horas. E era sábado no hospital, trabalhando dentro da sala de trauma, que é um local que a gente

pega baleado o tempo inteiro. O que acontece? Para você lidar com isso, você acaba fazendo uma autoproteção com você. [Entrevistadora: Você se acostuma, é isso?] É. Você começa a ficar muito frio. Você fica indiferente (OM 01).

4.3.11. Concepções gerais dos militares sobre o tema violência

Visando compreender de forma mais objetiva as representações dos militares do Corpo de Bombeiros envolvidos no socorro de emergência, foi formulada uma série de sentenças para que os respondentes marcassem aquelas com que concordavam, gerando os quadros ilustrativos das concepções, apresentados a seguir.

A partir do modelo ecológico explicativo para a violência (SCHIAMBERG e GANS, 1999; HEISE, 1998; GARBARINO e CROUTER, 1978) foram formuladas assertivas contemplando cada um dos níveis de influência sobre o comportamento violento (fatores biológicos, história pessoal, relações sociais próximas, contextos comunitários e determinantes mais amplos ligados à organização da sociedade), conforme apresentadas na *tabela 44*.

Tabela 44: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca dos determinantes da violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Determinantes biológicos, como componentes genéticos, exercem influência nos comportamentos violentos.	11	34,4	24	58,5	32	72,7	67	57,3
Questões subjetivas são componentes que devem ser consideradas no desenvolvimento dos comportamentos violentos.	07	21,9	19	46,3	27	61,4	53	45,3
Abuso de drogas ilícitas exerce influência nos comportamentos violentos.	26	81,2	39	95,1	43	97,7	108	92,3
História passada de agressão e abuso pode ser um fator desencadeante de comportamentos violentos.	06	18,7	19	46,3	29	65,9	54	46,1
As relações sociais próximas (parceiros, família, amigos) podem influenciar a adoção de comportamentos violentos.	20	62,5	32	78,0	41	93,2	93	79,5
Os contextos comunitários (escola, trabalho, bairro) podem influenciar na adoção de comportamentos violentos.	14	43,7	27	65,8	38	86,4	79	67,5
O modelo de organização da sociedade brasileira pode influenciar na adoção de comportamentos violentos.	05	15,6	16	39,0	26	59,1	47	40,2

Destaca-se neste grupo de sentenças o forte reconhecimento, por parte dos bombeiros, da relação entre violência e drogas (92,3%), seguido da percepção da influência de relações sociais próximas na adoção de comportamentos violentos (79,5%).

Os percentuais de reconhecimento das relações para cada nível do modelo ecológico de compreensão da violência apresentaram grande variação, demonstrando que os bombeiros atribuem diferentes graus de relevância aos diferentes determinantes da violência. A compreensão da violência como um fenômeno multifacetado foi significativamente mais expressiva entre os oficiais médicos.

Diante destes achados, cabe ressaltar que a violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Reconhecer esses fatores e compreender como eles estão relacionados é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Uma assertiva específica relacionando desigualdade social e violência foi proposta e foi reconhecida como verdadeira por uma grande parcela dos militares (82,9%), especialmente pelos oficiais médicos (93,2%), como mostra a *tabela 45*.

Tabela 45: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da relação entre desigualdade social e violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Situações de desigualdade social possuem relação com o fenômeno da violência.	22	68,7	34	82,9	41	93,2	97	82,9

O reconhecimento desta concepção de caráter mais “sociológico” demonstra a apropriação de um discurso acadêmico, um saber científico popularizado que fundamenta as causas da violência em questões socioeconômicas estruturais.

No processo de elaboração das representações sociais nas sociedades contemporâneas, onde o saber científico se desenvolve e é valorizado, ideias e teorias científicas são usadas na interpretação e na reinterpretação da realidade, integrando-se ao conhecimento elaborado por uma coletividade sobre fenômenos que lhes são significativos. Ao serem fragmentadas em sua transposição para o senso comum, as teorias científicas perdem seu significado original, mesmo guardando similaridades com a fonte e passam a fazer parte das teorias do senso comum, construídas para explicar a realidade e, por consequência, orientar e justificar as práticas sociais. Mas, além disso, elas justificam e legitimam posições ideológicas e concepções morais já existentes, podendo reforçar preconceitos e sustentar discriminações (WAGNER, 1998).

Esta noção de transposição das teorias científicas para o senso comum também se aplica à análise das assertivas da *tabela 44*, as quais são imbuídas de saberes provenientes da Biologia, Psicologia, Sociologia, Antropologia e outras ciências.

Zaluar (2004) chama a atenção para os riscos da correlação entre pobreza, violência e criminalidade alimentar um estigma contra as populações pobres. No entanto, as desigualdades – social, etária, de gênero - como fenômeno estrutural podem ser interpretadas como o pano de fundo de vários tipos de violência.

A *tabela 46* traz um dado interessante: os militares reconhecem de forma bem mais expressiva que a violência diz respeito ao Setor Segurança Pública, vindo a seguir, a responsabilização da Educação. Por último, aparece a importância do Setor Saúde nessa relação.

Tabela 46: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da relação entre setores sociais e violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A violência é uma temática que diz respeito ao Setor Segurança Pública.	30	93,7	41	100,0	44	100,0	115	98,3
A violência é uma temática que diz respeito ao Setor Saúde.	08	25,0	28	68,3	37	84,1	73	62,4
A violência é uma temática que diz respeito ao Setor de Educação.	12	37,5	31	75,6	41	93,2	84	71,8

Concha-Eastman e Malo (2007), ao propor uma reflexão sobre o envolvimento do Setor Saúde na prevenção da violência, chamaram a atenção para a responsabilidade deste Setor, não só na recuperação dos indivíduos doentes ou vítimas de traumatismos. Pelo contrário, atribuíram à Saúde o papel de buscar o bem-estar da população como condição vital para o desenvolvimento pessoal e coletivo. Os autores afirmaram entender que questões sociais como a violência ou a falta de segurança nas ruas são questões de saúde pública.

Uma parte expressiva dos entrevistados concordou com as três assertivas – a violência como uma temática afeita à segurança pública, à saúde e à educação –, demonstrando o reconhecimento da necessidade de ações intersetoriais para abordagem de questões ligadas à violência. É consensual, hoje, que qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações comunitárias e da sociedade civil que militam por direitos e cidadania (MINAYO, 1994).

Foi marcante a ideia da necessidade da intencionalidade para caracterizar um evento violento entre os militares participantes deste estudo, conforme os percentuais apresentados na *tabela 47*.

Tabela 47: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da relação entre violência, intencionalidade e lesão física

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Para se caracterizar um ato como violento é preciso que haja intenção de quem provocou o ato.	30	93,7	39	95,1	40	90,0	109	93,2
Para se caracterizar um ato como violento é preciso que haja lesão, ferimento ou algum tipo de trauma.	13	40,6	12	29,3	05	11,4	30	25,6

Como visto no marco teórico desta pesquisa, a relação entre violência e intencionalidade é complexa, pois há disparidade entre comportamento intencional e consequência intencional. Segundo Dahlberg e Krug (2007), em relação à intencionalidade, deve-se distinguir a intenção de ferir e a intenção de “usar violência”.

O reconhecimento da necessidade de lesões para caracterização de um ato como violência esteve presente nas representações de 25,6% dos entrevistados, com diferenças significativas entre as praças motoristas (40,6%) e os oficiais médicos (11,4%). Cabe lembrar que muitas formas de violência não produzem necessariamente lesão ou morte, mas impõem um dano substancial aos indivíduos, famílias, comunidades e aos sistemas sociais e de saúde.

Atribuir ao surgimento de lesões a condição essencial para caracterizar um ato como violento, exclui da ceara da violência as injúrias psicológicas, as privações e grande parte das negligências.

Com relação à tipologia e à natureza da violência, chama a atenção o baixo reconhecimento das lesões autoprovocadas, quando comparadas aos demais eventos, conforme demonstrado na *tabela 48*. Este achado pode estar associado a uma concepção frequente do senso comum, apresentada por Dahlberg e Krug (2007) de que o suicídio é uma questão de escolha individual, em vez de um ato de violência evitável.

Tabela 48: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário acerca da tipologia e natureza da violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tentativa de homicídio é uma forma de violência.	30	93,7	41	100,0	44	100,0	115	98,3
Tentativa de suicídio é uma forma de violência.	13	40,6	25	61,0	37	84,1	75	64,1
Terrorismo é uma forma de violência.	30	93,7	40	97,6	44	100,0	114	97,4
Forçar relações sexuais é uma forma de violência.	30	93,7	40	97,6	44	100,0	114	97,4
Agressões conjugais são formas de violência.	27	84,4	39	95,1	44	100,0	110	94,0
Negligência, como abandono de crianças e idosos, é uma forma de violência.	31	96,9	40	97,6	44	100,0	115	98,3
Ameaças e intimidação são formas de violência.	25	78,1	35	85,4	41	93,2	101	86,3
Usar linguagem ofensiva é uma forma de violência.	18	56,2	27	65,8	39	88,6	84	71,8
Impedir a esposa de trabalhar e ter sua liberdade financeira é uma forma de violência.	28	87,5	39	95,1	44	100,0	111	94,9
Discriminar uma pessoa por conta da cor da sua pele é uma forma de violência.	29	90,6	39	95,1	43	97,7	111	94,9

Manter hospitalizada uma pessoa em instituição psiquiátrica involuntariamente é uma forma de violência.	19	59,4	25	61,0	32	72,7	76	65,0
Permitir que as pessoas permaneçam durante longos períodos em filas nos serviços de emergência é uma forma de violência.	26	81,2	30	73,2	25	56,8	81	69,2
Prestar atendimento a vítimas alcoolizadas com descaso é uma forma de violência.	26	81,2	25	61,0	24	54,5	75	64,1
Provocar miséria e pobreza é uma forma de violência.	24	75,0	32	78,0	42	95,4	98	83,8

Outro dado que chama a atenção é o fato das manifestações de violência institucional perpetradas por profissionais de saúde ou nos serviços de saúde apresentarem os menores percentuais de reconhecimento por parte dos bombeiros que responderam ao questionário (na casa dos 60%). Podemos estar diante de um dos papéis das representações sociais defendidas por Abric (1998) – o identitário – que define e protege a especificidade dos grupos.

A *tabela 49* traz as assertivas que buscaram identificar o papel justificador (Abric, 1998) das representações sociais. A expressão de tolerância frente a diferentes justificativas para a violência variou bastante na concepção dos militares, conforme apresentado a seguir:

Tabela 49: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário frente a justificativas para atos violentos

Concepções	Praqas motoristas		Praqas técnicas		Oficiais médicos		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Certos tipos de violência são aceitáveis de acordo com as diferenças culturais.	15	46,9	12	29,3	09	20,4	36	30,8
Alguns tipos de violência são aceitáveis, como atos violentos perpetrados em legítima defesa.	28	87,5	37	90,2	39	88,6	104	88,9
Alguns tipos de violência são aceitáveis, como é o caso dos “tapas” desferidos por pais na educação dos filhos.	23	71,9	25	61,0	19	43,2	67	57,3
Alguns tipos de violência são aceitáveis, como é o caso de torturas durante investigações policiais.	21	65,6	19	46,3	17	38,6	57	48,7
Alguns tipos de violência são aceitáveis, como a guerra, fundamentada em princípios econômicos e religiosos.	05	15,6	06	14,6	02	4,5	13	11,1

É importante retomar que estamos diante, mais uma vez, do quarto e último nível do modelo ecológico explicativo para o fenômeno da violência – o referente aos fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência. Para Dahlberg e Krug (2007) neste nível estão os fatores que criam um clima aceitável para a violência e que geram divisões entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões em grupos de países diferentes. Estes fatores incluem: normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e as crianças; normas que apóiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos e normas que apóiam o conflito político.

Essas normas têm maior ou menor penetração na sociedade brasileira e atingem de forma distinta os diferentes segmentos desta sociedade. Entre os bombeiros que responderam o questionário desta pesquisa, destacou-se a maior aceitação da violência em casos de legítima defesa, seguida da sua utilização na educação dos filhos e nas investigações

policiais. A justificativa de violência menos tolerada pelos profissionais participantes do estudo foi a guerra.

Apenas pouco mais da metade dos militares (57,3%) reconheceu a maior vulnerabilidade da população negra, jovem e masculina no que se refere à vitimização fatal por conta da violência, como mostra a *tabela 50*.

Tabela 50: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere ao perfil de vitimização fatal por violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No Brasil, os jovens negros do sexo masculino são as principais vítimas da violência letal.	12	37,5	22	53,7	33	75,0	67	57,3

A maior vitimização da violência letal entre jovens negros do sexo masculino no Brasil é um dado epidemiológico presente em inúmeras pesquisas, porém não parece ser uma informação consensual entre a população em geral. Neste estudo, o reconhecimento da vulnerabilidade deste grupo foi bem mais expressivo entre os oficiais médicos (75,0%) e as praças técnicas de enfermagem (53,7%), que são profissionais da saúde. Entre os motoristas, o percentual de reconhecimento da vitimização dos negros jovens foi o mais baixo (37,5%).

A naturalização da violência, já apresentada neste estudo, volta a aparecer significativamente entre os participantes do estudo, como visto na *tabela 51*.

Tabela 51: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere à naturalização da violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infelizmente, a violência é um fenômeno frequente e natural na nossa sociedade.	29	93,9	38	92,7	39	88,6	106	90,6

Dos militares participantes do estudo, 90,6% acreditam ser a violência um fenômeno frequente e natural na nossa sociedade. Minayo (2003) chama a atenção para este fato, mostrando que é fruto de observação e pesquisas que diferentes formas de violência se articulam, criando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamentos, nas atitudes e nas práticas. Uma segunda questão a observar é o tipo de violência que, neste momento histórico específico, invade o imaginário e a opinião pública brasileira: a criminalidade e a delinquência social. Por ameaçar o patrimônio e a vida das pessoas, essas formas específicas de relações e comportamento, que cresceram velozmente na sociedade brasileira nos últimos trinta anos, passaram a criar um sentimento de insegurança e de medo, tornando-se uma ‘forma totalizante’ de percepção da violência.

No entanto, parece que a banalização da violência funciona como um aliado a sua perpetuação. De acordo com Freire Costa (1984), com a ideia de que somos “instintivamente violentos”, acabamos por nos resignar a um destino, admitindo uma natureza violenta. Assim, se há uma violência inerente ao homem, as múltiplas manifestações violentas estariam justificadas, e por isso mesmo, não haveria possíveis saídas à violência.

Apenas 54,7% dos militares manifestaram a opinião de que profissionais de saúde deveriam estudar o fenômeno da violência. Este percentual foi significativamente maior (70,4%) entre o grupo de oficiais médicos, como mostra a *tabela 52*.

Tabela 52: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere ao estudo do fenômeno da violência pelos profissionais de saúde

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais de saúde deveriam estudar o fenômeno da violência.	10	31,2	23	56,1	31	70,4	64	54,7

Este dado retoma a reflexão do papel do Setor Saúde no enfrentamento da violência. Tomando como fundamental a participação desse Setor na prevenção e controle da violência, seus profissionais devem ser convidados ao estudo deste fenômeno, não só pela vertente assistencial, mas com uma abordagem científica ampliada, como já foi discutido anteriormente.

Foi expressiva, entre as concepções dos bombeiros que responderam ao questionário, a diferença do reconhecimento da necessidade de assistência multiprofissional para vítimas e para perpetradores de violência, conforme apresentado na *tabela 53*.

Tabela 53: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere à assistência às vítimas e aos perpetradores de violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vítimas de violência necessitam de assistência multiprofissional.	25	78,1	35	85,4	39	88,6	99	84,6
Perpetradores de violência necessitam de assistência multiprofissional.	05	15,6	10	24,4	12	27,3	27	23,1

Enquanto 84,6% demonstraram a opinião de que vítimas de violência devem receber atendimento multiprofissional, apenas 23,1% reconheceram esta necessidade voltada aos agressores. No entanto, muitos estudos vêm defendendo a importância de abordagem terapêutica para o agressor. A visão é de que o comportamento agressivo é aprendido

(BANDURA, 1973) e, portanto, é possível a elaboração de um programa de intervenção para conter as manifestações violentas.

Neste sentido, Soares (1999) acredita que, com a possibilidade de tratamento, o perpetrador da violência possa ser visto como responsável moralmente pelo abuso e com chances de recuperação. O agressor deve ser considerado, segundo a autora, como o resultado de um histórico de reações inadequadas ao estresse, de abuso prévio ou de incapacidade psicológica de se relacionar, possibilitando, deste modo, a elaboração de um modelo para compreensão da violência perpetrada e, a partir deste, a criação de projetos de intervenção. A organização de grupos terapêuticos é uma das alternativas frequentemente utilizada para o desenvolvimento de projetos com agressores (SINCLAIR, 1985; FAULKNER *et al.*, 1992; SOARES, 1999; CORTEZ *et al.*, 2005).

Dahlberg e Krug (2007) também apontam as abordagens direcionadas a pessoas que já demonstraram comportamento violento como um tipo de intervenção indicada para a prevenção da violência. Os autores chamam a atenção para o fato de que, em geral, os esforços para o enfrentamento da violência têm se concentrado nas reações secundárias e terciárias à violência, apoiando as vítimas e punindo os agressores. Tais ações, embora sejam importantes e necessitem de fortalecimento, deveriam ser acompanhadas de um maior investimento em prevenção primária. Uma resposta abrangente à violência deve não só proteger e apoiar as vítimas de violência, mas também promover a não-violência, reduzir as agressões e mudar as circunstâncias e as condições que favorecem a explosão da violência.

Grande parte dos entrevistados considerou que a violência é inevitável no contexto de sociedades pobres (67,5%). Metade vê necessidade de violência em revoluções para mudanças sociais (50,4%) e alguns concebem que a violência foi necessária ao desenvolvimento econômico no curso da História (31,6%). Estas concepções, apresentadas na *tabela 54*, são antagônicas à ideia defendida por Hannah Arendt (1994), já discutida no marco teórico deste estudo, de que “a violência não promove as causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar as causas e trazê-las à atenção pública”.

Tabela 54: Distribuição das concepções dos militares empenhados no atendimento pré-hospitalar do CBMERJ na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que responderam o questionário no que se refere a relações histórico-sociais e o fenômeno da violência

Concepções	Praças motoristas		Praças técnicas		Oficiais médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Historicamente, a violência foi necessária ao desenvolvimento econômico.	12	37,5	14	34,1	11	25,0	37	31,6
A violência é inevitável em sociedades marcadas pela miséria e pobreza.	23	71,9	25	61,0	31	70,4	79	67,5
A violência é necessária em revoluções para mudanças sociais	19	59,4	22	53,7	18	40,9	59	50,4

A análise dos dados apresentados neste item de concepções gerais dos militares sobre o tema violência mostra que elas se afastam relativamente da compreensão científica atual sobre esse fenômeno e seus impactos no campo da saúde.

Noções, características do senso comum, surgiram marcadamente nas concepções dos bombeiros em vários aspectos relacionando à compreensão da violência, em especial, sobre seus fatores determinantes e condicionantes, sua relação com a intencionalidade, o reconhecimento da sua tipologia autoinfligida, a naturalização, as normas justificadoras para determinados tipos de eventos violentos e a dedicação de assistência aos perpetradores.

Este achado era esperado posto que, como já foi visto, o estudo ampliado do fenômeno da violência ainda não está na pauta da formação em saúde no Brasil. Neste contexto, Souza *et al.* (2009) falam sobre defasagens entre a criação e o desenvolvimento de programas e a capacitação dos trabalhadores da saúde no que se refere à temática da violência. As autoras abordam, ainda, de forma mais específica, o processo de formação profissional:

No que se refere à formação dos profissionais de saúde, a lacuna é ainda maior, pois os órgãos formadores, por um lado, ainda percebem muito pouco o tema como pertinente ao âmbito da saúde, desconhecem sua magnitude e, conseqüentemente, não o priorizam como um problema a ser incorporado nos planejamentos curriculares de seus cursos. Por outro lado, parece não haver uma integração entre as políticas existentes e preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto à formação dos profissionais da saúde e esses órgãos formadores (p. 330).

Uma formação socialmente contextualizada, promotora de articulação estreita entre o mundo do ensino, do trabalho e a realidade, vislumbrou Costa (1999), seria capaz de instrumentalizar os profissionais para o enfrentamento de problemas relacionados à violência e das reais necessidades de saúde da população.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triangulação de métodos, utilizada no presente estudo, permitiu projetar diversos olhares sobre o fenômeno da violência na perspectiva do atendimento pré-hospitalar de emergência realizado pelo Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro. Esses olhares propiciaram análises que se complementaram em termos de contexto dos atendimentos, caracterização dos profissionais socorristas, suas experiências e representações sobre violência.

No que se refere ao *contexto*, observou-se que as violências intencionais responderam por 7,6% das causas externas atendidas pelos militares do Corpo de Bombeiros na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Dentre as vítimas de violência socorridas prevaleceram os homens jovens e negros. Os finais de semana e o período noturno concentraram a maior parte dos atendimentos. O hospital foi o destino principal das pessoas com lesões, com destaque para a quantidade significativa de óbito como desfecho por lesões penetrantes em crânio e face no caso das vítimas de projétil de arma de fogo. O evento violento predominante, dentre os atendimentos, foi agressão por força física.

A análise sobre os *sujeitos* incluiu oficiais médicos, praças técnicas de enfermagem e praças motoristas, com o objetivo de projetar o olhar sobre todas as categorias profissionais que compõem as guarnições do Grupamento de Socorro e Emergência (GSE). Ao comparar essas categorias profissionais, foram percebidas semelhanças e diferenças: os motoristas e os técnicos de enfermagem pertencem ao círculo das praças, enquanto os médicos fazem parte do círculo dos oficiais. Dentre os motoristas predominam os homens e os militares com maior tempo de serviço, se comparados às duas outras categorias. A satisfação salarial foi superior entre as praças do que entre os oficiais. No entanto, predominou, entre todas as categorias profissionais, a percepção de que a qualidade de vida melhorou após ingresso na corporação e de que as condições de trabalho no Corpo de Bombeiros também vêm melhorando ao longo dos anos. A atividade remunerada complementar mostrou-se prevalente entre os bombeiros, predominando a área da saúde dentre as praças técnicas de enfermagem e os oficiais médicos e a área de segurança particular para os motoristas das ambulâncias.

De uma maneira geral, os dados sobre os sujeitos revelaram elevados níveis de satisfação dos militares com as funções desempenhadas no GSE e no quartel, com o reconhecimento

do seu trabalho pela população, com o tipo de atividade que executam e com o nível de responsabilidade assumida no trabalho. Entre os aspectos que lhes geram insatisfação destacam-se o salário e as perspectivas de promoção. Há maior satisfação nas relações com militares de nível hierárquico superior entre os oficiais médicos. Por outro lado, quando se trata de relacionamento com outros militares de nível hierárquico inferior, a categoria profissional que mostrou maior grau de satisfação foi a dos técnicos de enfermagem. Médicos e motoristas se mostraram mais satisfeitos com a quantidade de horas trabalhadas.

O olhar sobre as *experiências* e as *representações* mostrou a violência como parte do cotidiano de vida e de trabalho dos militares incluindo a iminência e a real vitimização.

As representações dos participantes do estudo frente à violência no Rio de Janeiro se polarizam entre indignação e naturalização. Em ambos os casos, o papel da mídia foi marcante no efeito de agendamento do tema no cotidiano dos profissionais.

Os oficiais médicos demonstraram sentimento de maior conforto nos atendimentos a eventos traumáticos acidentais quando comparados às violências intencionais, destacando-se a percepção do ambiente, geralmente mais hostil, no caso dos eventos envolvendo violência. O atendimento a vítimas vulneráveis, com menos chances de defesa, em especial as crianças e os idosos, foi considerado o mais impactante por estes militares.

Os atendimentos em áreas com índices elevados de criminalidade são frequentes no cotidiano de prestação de socorro emergencial pelo Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro. A tensão durante o trabalho nessas áreas foi fortemente ressaltada, assim como mecanismos protetores e estratégias foram descritos, com destaque para o estabelecimento de códigos entre os criminosos, as guarnições de militares e os serviços de saúde, além das interações supostamente cordiais e as situações de dramatização do atendimento.

Sentimentos contraditórios foram evidenciados nesse tipo de atendimento: o desconforto do medo e a motivação, mediada pela adrenalina, como impulso para o socorro. Neste contexto, o risco foi percebido ao mesmo tempo como negativo (estresse e medo) e como positivo (risco-aventura).

Comparando-se as categorias profissionais estudadas, observou-se que a percepção de risco no que diz respeito à frequência foi semelhante para oficiais e praças, que

reconheceram a presença do risco no trabalho, de forma constante ou eventual. Porém, quando perguntados sobre os tipos de ameaça, houve diferenças nas respostas: os riscos mais prevalentes na opinião dos motoristas foram os atropelamentos, as queimaduras por fogo ou química e as lesões por arma de fogo. Já entre os médicos e os técnicos de enfermagem, prevaleceu a percepção de que estão mais expostos à agressão física, às lesões por arma de fogo e à contaminação com material biológico das vítimas.

O atendimento ao trauma foi a preferência predominante entre os militares, revelando a representação de exigência de competências técnicas complexas que colocam o socorrista na posição heróica de salvar vidas, postura condizente com o coletivo de profissionais de saúde de serviços de emergência e com a missão do Corpo de Bombeiros.

A recente participação de bombeiros militares em milícias no Rio de Janeiro foi um fato de importante influência na construção das representações sobre vulnerabilidade à violência relacionada à identidade militar. A relação entre bombeiros e policiais militares nos atendimentos a eventos envolvendo violência intencional se mostrou frequente e foi considerada necessária pelos profissionais participantes do estudo.

Ficou evidente o foco restrito na abordagem técnica das lesões decorrentes da violência durante a atuação e a formação dos profissionais de saúde. Sem dúvida o aspecto técnico é o primordial no desempenho dos atendimentos, porém não exclui a proposta de uma compreensão ampliada do fenômeno da violência por parte dos profissionais de saúde, o que possibilita abordagens mais abrangentes e integrais nos cenários de emergência e em outras atividades desenvolvidas por estes profissionais.

A sobrecarga de trabalho e o contato com a violência foram considerados estressores ocupacionais no trabalho de socorro de emergência nas ruas do Rio de Janeiro, porém mecanismos compensatórios também foram identificados entre os militares, destacando-se a satisfação com a natureza do trabalho e as estratégias de proteção presentes nas práticas das guarnições para incursão em áreas de risco.

A maior parte das hipóteses iniciais deste estudo foi confirmada. De fato, as representações que os militares do Corpo de Bombeiros envolvidos no atendimento pré-hospitalar têm sobre violência repercutem sobre suas práticas. Porém, estas representações são influenciadas não só por concepções específicas do coletivo de socorristas da corporação, mas também

de outros coletivos aos quais pertencem – como o de profissionais da saúde que atuam em emergência e o de moradores da cidade do Rio de Janeiro.

O domínio de saberes e de habilidades técnicas complexas para atuar em situações de emergência apareceu nas representações dos militares, especialmente entre os oficiais médicos, como previsto nas hipóteses.

Além da sensação de medo gerada pela iminência de prestar atendimento em áreas de confronto ou em presença de criminosos, caracterizando um fator de estresse no trabalho, como pensado nas hipóteses iniciais, outra representação foi bastante expressiva entre os participantes do estudo – a do risco-aventura, caracterizada pela percepção positiva de coragem, desejo de enfrentar o risco e vontade de superar desafios.

Tanto a naturalização da violência, quanto a sensação ampliada de insegurança apareceram como repercussões nas vidas privadas dos militares, porém, ao contrário do imaginado inicialmente, a prestação de socorro às vítimas de violência não se apresentou como fator determinante isolado para tais fenômenos. Neste contexto, destacou-se a mídia como importante influência nas representações dos militares.

A compreensão científica atual e ampliada sobre a violência e seus impactos no campo da saúde é frágil dentre os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar, que estão essencialmente voltados para lidar com as situações clínicas e traumáticas de emergência geradas pelos atos violentos. De uma maneira geral, esta fragilidade é mais evidente dentre os motoristas, seguido dos técnicos de enfermagem, embora uma parcela significativa dos médicos também tenha apresentado concepções que se afastam do entendimento ampliado de violência, defendido nesta tese.

Esta falta de elementos sociais para compreensão da violência para além das condutas frente a lesões é reflexo da formação dos profissionais da saúde. Todos os médicos entrevistados identificaram apenas questões referentes ao atendimento ao trauma gerado por eventos violentos como conteúdos abordados nas suas graduações e formações complementares.

Diante dos resultados deste estudo, ficam algumas perspectivas futuras para pesquisas e ações, especialmente, no que diz respeito às reflexões sobre violência e sua relação com o campo da saúde nos diferentes níveis de formação dos profissionais da saúde.

Para o Grupamento de Socorro e Emergência, fica a ideia de organização de espaços de reflexão para debate e estudo da violência, assim como de outros aspectos inerentes ao processo de trabalho dos bombeiros, como prevê a proposta de educação permanente.

Outra recomendação importante se concentra nos registros de atendimentos, em especial no formulário utilizado como fonte de coleta de dados desta pesquisa – o RAPH. Por ser um instrumento extenso, considerando a situação em que é preenchido – em pleno atendimento de emergência –, caberia uma avaliação da qualidade de preenchimento dos diferentes campos, além do grau de importância de cada informação para efeitos legais e para a construção de indicadores do atendimento pré-hospitalar no contexto da atenção às urgências e emergência no Estado do Rio de Janeiro.

Alguns temas, que foram tocados superficialmente nesta tese, por não fazerem parte de seus objetivos, permanecem como perspectivas para futuras pesquisas, destacando-se a investigação mais detalhada sobre a participação dos bombeiros militares e sua relação com policiais nas milícias do Rio de Janeiro; a interação do processo de trabalho em saúde nos serviços de emergência hospitalares e pré-hospitalares e o papel da mídia no agendamento da violência do crime e da delinquência na vida dos moradores dos centros urbanos.

REFERÊNCIAS

- ABBADI S, ABDALLAH AK, HOLLIMAN CJ. Emergency medicine in Jordan. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 319-321.
- ABRIC JA. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA ASP, OLIVEIRA DC. *Estudos interdisciplinares de representações sociais*. Goiânia: AB Editora, 1998.
- AGUDELO SF. Violência, cidadania e saúde pública: In: BARRETO ML *et al.* (Org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- AGUIAR KN, SILVA ALAC, FARIA CR, LIMA FV, SOUZA PR, STACCIARINI JMR. O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. *Eletrônica de Enfermagem (online)* 2000; 2(2). Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 20 mar. 2009.
- ALBUQUERQUE, VS; MINAYO MC. Atendimento pré-hospitalar de emergência: referenciais técnicos, gestão dos serviços e atuação profissional. *Cad. Saúde Pública*, no prelo.
- ALVES-MAZZOTTI. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Em Aberto*, Brasília 1994; 14 (61): 60-79.
- AMATUZZI MM, AZZE RJ, MONTENEGRO NB, BARROS FILHO TEP, NUNES IA, BARBOSA LC. Estudo retrospectivo dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito: Incidência após introdução no novo código nacional de trânsito. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo* 1998; 53(6): 299-302.
- ANCHIETA VCC, GALINKIN AL. Policiais civis: representando a violência. *Psicologia e Sociedade* 2005; 17 (1): 17-28.
- ANDRADE SM, MELLO JORGE MHP. Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35: 318-320.
- ARENDDT H. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- ARENDDT H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- ASSIS SG, AVANCI JQ, SANTOS NC, MALAQUIAS JV, OLIVEIRA RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2004; 16 (1): 43-51.
- AVANCI RC, PEDRÃO LJ, COSTA JÚNIOR MLC. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 535-539.
- BANDURA A. *Aggression: a social learning analysis*. Oxford, England: Prentice Hall, 1973.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BEATO FILHO CC. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saúde Publica* 2001; 17: 1163-1171.

BECK U. *Liberdade ou capitalismo*. São Paulo: UNESP, 2003.

BECK U. *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage, 2008.

BEEHR TA. Research on occupational stress: an unfinished enterprise. *Personnel Psychology* 1998; 51:835-844.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. Cooperação França-Brasil. *Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves*. 2ª ed. Florianópolis: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 737, 18 mai. 2001. In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 1.863, 29 set. 2003. In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 1.864, 29 set. 2003. In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2.048, 5 nov. 2002. In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2.657, 17 dez. 2004. In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mortalidade por armas de fogo no Brasil 1991-2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 29 set 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do SUS – DATASUS. Informações de saúde. Epidemiológicas e morbidade. Morbidade hospitalar. *Causas*

externas - 2008. Brasília, 2009a. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 04 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do SUS – DATASUS. Informações de saúde. *Óbitos por causas externas* - 2006. Brasília, 2009b. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 04 jul. 2009.

BOCHNER R. Perfil das intoxicações em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3): 587-595.

BRUSEKE FJ. Risco e contingência. *RBCS*, 2007; 22(63): 69-81.

CAILLOIS R. *Os jogos e os homens: a máscara e a vertigem*. Lisboa: Cotovia, 1990.

CAMPOS JÚNIOR E, LIMA EG, CASAGRANDE MR, MAIA FILHO O, CUNRATH GS, PALCHETTI JC. Aspectos epidemiológicos de acidentados no Hospital de Base de São José do Rio Preto. *HB Cient*. 1998; 5(1): 13-19.

CANETTI MD. *Histórico do Grupamento de Socorro e Emergência*. 2005. Disponível em: <http://www.gse.rj.gov.br/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>. Acesso em 08 jul. 2006.

CARLI P. Atendimento pré-hospitalar das urgências: Um desafio para a Saúde Pública. *França Flash Saúde* 1995; 3: 1-2.

CASTIEL LD. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Fiocruz, 1999.

CAVALCANTI LF, GOMES R, MINAYO MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (1): 31-39.

CAVALCANTI MLT, DESLANDES SF, MINAYO MCS. Análise da implementação do atendimento hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Orgs.). *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CHESNAIS JC. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: Robert Laffont Éditeur, 1981.

COMMITTEE ON TRAUMA OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. *Bull. Am. Coll. Surg.* 1986; 71: 4-23.

CONCHA-EASTMAN A, MALO M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl): 1179-1187.

CONSTANTINO P. *Riscos percebidos e vividos por policiais civis: estudo comparativo nos municípios de Campos dos Goytacazes e do Rio de Janeiro*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CORTEZ MB, PADOVANI RC, WILLIAMS LCA. Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de Psicologia* 2005; 22(1): 13-21.

COSTA HOG. A problematização da violência como experiência de ensinar em saúde. *Interface – Comum. Saúde Educ.* 1999; 3(5): 63-74.

COUTINHO MPL, ARAÚJO LF, GONTIES B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em estudo* 2004; 9 (3): 469-477.

CRISTINA JA, DALRI MCB, CYRILLO RMZ, SAEKI T, VEIGA EV. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. *Ciencia y Enfermeria* 2008; 14(2): 97-105.

DAHLBERG LL, KRUG EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl): 1163-1178.

DEJOURS C. *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DEMAJOROVIC J. *Sociedade de risco e responsabilidade socioambiental*. São Paulo: SENAC, 2003.

DESLANDES SF. *Frágeis Deuses: profissionais das emergências entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DESLANDES SF, ASSIS SG, SANTOS NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2005.

DESLANDES SF, SOUZA ER, MINAYO MC, COSTA CRBSF, KREMPEL M, CAVALCANTI ML *et al.* Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violência em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007a; 11(Supl): 1279-1290.

DESLANDES SF, MINAYO MC, OLIVEIRA AF. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO MCS, DESLANDES SF (Orgs.). *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes de Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007b.

DENISOV W. *Violencia social: ideologia y política*. Moscú: Editorial Progreso, 1986.

DOMENACH JM. La violencia. In: UNESCO. *La violencia y sus causas*. Paris: UNESCO, 1981. p.33-45.

DONOSO MTV, CHIANCA TCM. Condições envolvidas na ocorrência de acidentes em população infantil atendida em um hospital de pronto-socorro de Belo Horizonte. *Rev. Med. Minas Gerais* 2002; 12(1): 11-16.

DOUGLAS M. *Risk and blame – essays in cultural theory*. London: Routledge, 1992.

DURKHEIM E. As regras do método sociológico. *Durkheim. Os pensadores*. São Paulo: Abril, 1978.

ENGELS F. *O papel da violência na história*. São Paulo: Estampa, 1975.

ENZENSBERGER HM. *Guerra civil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

FAULKNER K, STOLTENBERG CD, COGEN R, NOLDER M, SHOOTER E. Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abuse. *Journal of Family Violence* 1992; 7(1): 37-55.

FILÓCOMO FRF, HARADA MJCS, SILVA CV, PEDREIRA MLG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002; 10(1): 41-47.

FOX NJ. Post-modern reflections on risk, hazards and life choice. In: LUPTON, D. *Risk and social-cultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

FREIRE COSTA J. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GARBARINO J, CROUTER A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Dev.* 1978; 49:609-616.

GAWRYSZEWSKY VP, RODRIGUES EMS. The burden of injury in Brazil, 2003. *São Paulo Med. J.* 2006; 124(4): 208-213.

GAZAL-CARVALHO C, CARLINI-COTRIM B, SILVA OA, SAUAIA N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(1): 47-54.

GIGLIO-JACQUEMOT A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GLOWINKOWSKI SP, COOPER CL. Managers and professionals in business/industrial setting: the research evidence. In: IVANCEVICH JM, GANSTER DC. *Job stress: from theory to suggestion*. New York: Haworth Press, 1987.

GOMES R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO MCS (Org.). *Pesquisa social – teoria, método e criatividade*. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GRUPO TÉCNICO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS. Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Internações hospitalares por causas externas no estado de São Paulo em 2005. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(1): 163-166.

GUIMARÃES JMX, VASCONCELOS EE, CUNHA RS, MELO RD, PINTO LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 441-451.

HEISE LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women* 1998; 4:262-290.

JEX SM. *Stress and job performance*. London: Sage, 1998.

JODELET D. Representações sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET D. *Representações sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

JODELET D. Représentation sociale: phénomène, concept et théorie. In: MOSCOVICI S. *Psychologie sociale*. 2.ed. Paris: P.U.F., 1990.

KACHAVA AM, ESCOBAR BT. Perfil das intoxicações exógenas registradas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão (SC). *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2005; 34(4): 46-52.

KEMPE CH *et al.* The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association* 1962; 181: 17-24.

LA MENDOLA S. O sentido do risco. *Tempo Social*, 2005; 17(2): 59-91.

LADEIRA RM, BARRETO SM. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidente de trânsito. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24: 287-294.

LE BRETON D. *Passions Du risque*. Paris: Métailié, 1991.

LEAL SMC, LOPES MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "O olhar" da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 419-431.

LEUCHLEUTHNER A. Evolution of rescue systems: a comparison between Cologne and Cleveland. *Prehospital and Disaster Medicine* 1994; 9:193-197.

LIBER RR, ROMANO-LIBER NS. O conceito de risco: Janus reinventado. In: MINAYO MCS, MIRANDA AC. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 69-112.

LIMA MCL, XIMENES RAA FEITOSA CL, SOUZA ER, ALBUQUERQUE MFPM, BARROS MDA *et al.* Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18: 122-128.

LOPES SLB, FERNANDES RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina, Ribeirão Preto* 1999; 32(4): 381-387.

LUHMANN N. *Observaciones de la modernidad: racionalidad y contingencia en la sociedad moderna*. Barcelona: Paidós, 1997.

MACHLIS GE, ROSA EA. Desired risk: broadening the social amplification risk framework. *Risk Analysis*, 1990; 10: 161-168.

MALVESTIO MAA, SOUSA RMC. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(5): 584-589.

MARÍN L, QUIROZ MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1): 7-21.

MARTINS CBG, ANDRADE SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internação e óbitos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005; 8(2): 194-204.

MARTINS PPS, PRADO ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(1): 71-75.

MATTOS IE. Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: Uma análise dos registros de atendimento em um hospital do Rio de Janeiro. *Informe Epidemiológico do SUS* 2001; 10(4): 189-198.

McNICHOLS BP. The golden hour and prehospital trauma care. *Injury* 1994; 25: 251-254.

MINAYO MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10 (supl.1): 7-18.

MINAYO MCS. A violência dramatiza causas. In: MINAYO MCS, SOUZA ER (Org). *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO MCS. Violência – um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005a.

MINAYO MCS. Violência: Um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Rev. Bras. Educação Médica* 2005b; 29(1): 55-63.

MINAYO MCS. Suicídio – violência auto-infligida. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005c.

MINAYO MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a

MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento*. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

MINAYO MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007a; 11(Supl): 1259-1267.

MINAYO MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO MCS (Org.). *Pesquisa social – teoria, método e criatividade*. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007b.

MINAYO MCS, DESLANDES SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24: 1877-1886.

MINAYO MCS, SOUZA ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde* 1997; 4(3): 513-531.

MINAYO MCS, SOUZA ER. É possível prevenir a violência? *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 7-24.

MINAYO MCS, SOUZA ER. *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MINAYO MCS, SOUZA ER, ASSIS SG. *Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: CLAVES, 1990.

MINAYO MCS, SOUZA ER, CONSTANTINO P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11): 2767-2779.

MINAYO MCS, SOUZA ER, CONSTANTINO P. *Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MINAYO MCS, SOUZA ER, CONSTANTINO P, SANTOS NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOECKE H. Emergency Medicine in Germany. *Ann Emerg Med* 1998; 31(1): 111-115.

MOSCOVICI S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MOSCOVICI S. Social representations and pragmatic communication. *Social Science Information* 1994; 33(2): 163-177.

MOSCOVICI S. *A representação social em psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NAJAR AL. *Desigualdades sociais e análise espacial: uma aplicação para o município de Rio de Janeiro utilizando sistemas de informação geográfica [tese]*. Rio de Janeiro (RJ), Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1997.

NIKKANEN HE, POUGES C, JACOBS LM. Emergency Medicine in France. *Ann Emerg Med* 1998; 31(1): 116-120.

NJAINE K, MINAYO MCS. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação da liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 285-297.

OKUMURA M. Atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes de trânsito (Serviço de atendimento de primeiros-socorros da DERSA). *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo* 1989; 44(3): 128-132.

OLIVEIRA NLB, SOUZA RMC. Motociclistas frente às demais vítimas de acidentes de trânsito no município de Maringá. *Acta Sci. Health Sci.* 2004; 26(2): 303-310.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. São Paulo: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Violência y salud: resolución no XIX*. Washington, 1994.

PORTO MSG. Crença, valores e representações sociais da violência. *Sociologias* 2006; 8(16): 250-273.

PROCÓPIO A. *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis: Vozes, 1999.

QUEIPO DE LLANO E, MANTERO RUIZ A, SANCHEZ VICIOSO P, BOSCA CRESPO A, CARPINTERO AVELLANEDA JL, TORRE PRADO MV. Trauma care systems in Spain. *Injury, Int J Care Injured* 2003; 34: 709-719.

RAMOS VO, SANNA MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(3): 355-360.

RIBAS FILHO JM, MALAFAIA O, CAMPOS AC, MELCHIORETTO EF, CLOCK FC, CASTRO GA *et al.* Estudo de prevalência dos óbitos por trauma nos principais pronto-socorros de Curitiba no período de abril/2001 e abril/2002. *Rev. Med. Paraná* 2003; 60(2): 45-48.

RIO DE JANEIRO. Diário Oficial do Governo do Estado. *Decreto nº. 9.053*, 9 jul. 1986.

SAMPALIS JS, LAVOIE A, WILLIAMS JI, MULDER DS, KALINA M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care in survival in severely injured patients. *J. Trauma* 1993; 34: 252-261.

SARTRE JP. *Saint Génét*. Paris: Librairie Gallimard, 1964.

SCHIAMBERG LB, GANS D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *J Elder Abuse Negl* 1999; 11: 79-103.

SCHRAIBER LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Publica* 1995; 29(3): 63-74.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SESDEC)/CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CBMERJ). *Boletim n. 052*. Rio de Janeiro: Gabinete do Comando Geral do CBMERJ, 2006. p. 2332-2354.

SILVA JG, VIEIRA LJES, PORDEUS AMJ, SOUZA ER, GONÇALVES MLC. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2009; 12(4): 591-603.

SILVEIRA CA, ROBAZZI MLCC, MARZIALE MHP, DARLI MCB. Acidentes de trabalho e trânsito entre motociclistas atendidos em serviço de emergência. *Rev. Enferm. UERJ* 2005; 13(1): 44-50.

SINCLAIR D. *Understanding wife assault: a training manual for counselors and advocates*. Toronto: Ontario Publications, 1985.

SIQUEIRA DA SILVA JF. *“Justiceiros” e violência urbana*. São Paulo: Cortez, 2004.

SOARES BM. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOARES DFPP, BARROS MBA. Fatores associados ao risco de internação por acidente de trânsito no município de Maringá – PR. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2006; 9(2): 193-205.

SOARES FILHO AM, SOUZA MFM, GAZAL-CARVALHO C, MALTA DC, ALENCAR AP, SILVA MMA, MORAIS NETO OL. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(1): 7-18.

SOUZA ER, FERREIRA AL, SANTOS NC. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2009; 33(3): 329-338.

SOUZA ER, ASSIS SG, MINAYO MCS, PIRES TO. Magnitude dos acidentes e violências nas cinco capitais. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Orgs.). *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA ER, LIMA MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl): 1211-1222.

SOUZA ER, MINAYO MCS, DESLANDES SF, VEIGA JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a.

SOUZA ER, MINAYO MCS, MALAQUIAS JV. Violência no trânsito – expressão da violência social. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005b.

SOUZA ER, LIMA MLC; VEIGA JPC. Violência interpessoal – homicídios e agressões. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005c.

SOUZA ER, MINAYO MCS, SILVA CMFP, REIS AC, MALAQUIAS JV, VEIGA JPC *et al.* Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO MCS, SOUZA ER (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 83-107.

SOUZA ER, MINAYO MCS, MALAQUIAS JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 8(3): 673-683.

SOUZA ML. *Fobópole: o medo generalizado e a militarização da questão urbana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

SPINK MJP. Ao sabor dos riscos: reflexões sobre a dialogia e a co-construção de sentidos. In: SPINK, MJP. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK MJP. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Psicologia e Sociedade*, 2000; 12(1/2): 156-173.

SPINK MJP. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, 2001; 17(6): 1277-1311.

SPINK, MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9 (3): 300-308.

SPINK MJP, GALINDO D, CAÑAS A, SOUZA DT. Onde está o risco? Os seguros no contexto do turismo de aventura. *Psicologia & Sociedade*, 2004; 16(2): 81-89.

SZWARCWALD CL, CASTILHO EA. Mortalidade por armas de fogo no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 4:161-170.

TACAHASHI DM. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências – um novo desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1991; 44: 113-115.

TAHA I. Medicamentos e acidentes de trânsito. *Revista da ABRAMET* 1999; 30:52-53.

TOWNES DA, LEE TE, GULO S, VANROOYEN MJ. Emergency Medicine in Russia. *Ann Emerg Med* 1998; 32(2): 239-242.

VANROOYEN MJ, THOMAS TL, CLEM KJ. International emergency medical services: assessment of developing prehospital systems abroad. *J Emerg Med* 1999; 17: 691-696.

VINCENT SP. *O trabalho e a educação em urgência pré-hospitalar: desenvolvimento da competência e da autonomia profissional*. 2005. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para Ciências da Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

WAGNER W. Sociogênese e características das representações sociais. In: MOREIRA ASP, OLIVEIRA DC. *Estudos interdisciplinares em representações sociais*. Goiânia: AB Editora, 1998.

WAISELFISZ JJ. Mapa das mortes por violência. *Estudos avançados* 2007; 21(61): 119-138.

WERNECK G, HASSELMAN MH. Intoxicações exógenas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet* 2005; 13(3): 767-778.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Small arms and global health: injuries violence prevention department, non-communicable diseases and mental health*. Geneva: WHO, 2001.

YABIKU L. Os motoristas de terceira idade e as condições amigáveis da direção veicular. *Revista da ABRAMET* 2001; 36:9-16.

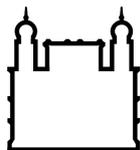
ZALUAR A. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ZALUAR A., CONCEIÇÃO IS. Favelas sob o controle das milícias no Rio de Janeiro: que paz? *São Paulo em Perspectiva* 2007; 21(2):89-101.

ZAPPAROLI AS, MARZIALE MHP. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em emergências. *Rev. Bras. Enferm.* 2006; 59:41-46.

APÊNDICE A

Instrumento de construção dos dados - Questionário



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Caro militar da guarnição da ASE desta OBM,

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que estuda as representações da violência para os profissionais que atuam no socorro. Sua participação consiste em responder o questionário que está neste envelope.

O questionário é **anônimo**. Dessa forma, ninguém saberá quem respondeu cada questionário. Depois de responder o questionário, você deverá lacrar o envelope e colocar dentro da pasta verde. Os questionários serão enviados diretamente para Fundação Oswaldo Cruz e apenas a equipe da pesquisa terá acesso a eles.

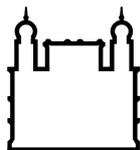
Não existem respostas certas ou erradas para as questões; por isso sua sinceridade é muito importante ao respondê-las. Leia com atenção cada pergunta e suas opções de resposta. Se possível, não deixe de responder nenhuma questão. Se marcar errado alguma questão, escreva “nulo” ao lado e assinale a opção correta.

Informo, ainda, que a realização desta pesquisa foi autorizada pelo Comando do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE).

Caso você concorde em participar, antes de responder o questionário deverá ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido que se encontra na pasta verde.

Certa que a sua participação contribuirá para a qualidade da pesquisa, agradeço desde já.

Verônica Santos Albuquerque
Doutoranda em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Questionário

1. *Idade:* _____

2. *Sexo:*

Masculino Feminino

3. *Estado civil:*

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado
 Desquitado(a) Viúvo (a) União consensual

4. *Possui filhos?*

Sim Não

4.1. Em caso afirmativo:

Número de filhos vivos: _____

Idade dos filhos: _____

5. *Formação:*

Médico(a) Auxiliar/técnico de enfermagem Combatente

6. *Tempo de formado:* _____ anos _____ meses.

7. *Tempo de trabalho no Corpo de Bombeiros:* _____ anos _____ meses.

8. *Tempo de atuação no atendimento pré-hospitalar:* _____ anos _____ meses.

9. *Patente no Corpo de Bombeiros:*

Soldado Cabo Sargento
 Tenente Capitão Major
 Tenente-coronel Coronel

10. *Você considera seu salário suficiente para suprir as suas necessidades?*

Sim Não

11. *Seu salário no Bombeiro tem algum tipo de desconto (como empréstimo ou pensão alimentícia)?*

Sim Não

12. *Você considera que, depois de entrar para o Bombeiro, sua vida:*

melhorou continua igual piorou

13. *Você considera que a condição de trabalho do Bombeiro ao longo do tempo:*

melhorou continua igual piorou

14. *Se você pudesse começar de novo sua vida profissional, você escolheria:*

- Exatamente a mesma carreira.
 A mesma carreira desde que ela possibilitasse melhores condições de trabalho.
 Uma atividade parecida, mas fora do Corpo de Bombeiros.
 Outra carreira completamente diferente.

15. *Na sua opinião, como foi a formação inicial oferecida para você ao entrar no Corpo de Bombeiros para atuar em socorro de emergência?*

	<i>TEMPO</i>	<i>ADEQUAÇÃO</i>
<i>a) Atividades teóricas</i>	<input type="checkbox"/> suficiente	<input type="checkbox"/> adequadas
	<input type="checkbox"/> insuficiente	<input type="checkbox"/> inadequadas
<i>b) Atividades práticas</i>	<input type="checkbox"/> suficiente	<input type="checkbox"/> adequadas
	<input type="checkbox"/> insuficiente	<input type="checkbox"/> inadequadas

16. *Depois da formação que você recebeu ao entrar no Corpo de Bombeiros, outras capacitações para atuar em socorro de emergência foram oferecidas?*

- sempre são oferecidas. poucas vezes foram oferecidas.
 muitas vezes foram oferecidas. nunca foram oferecidas.

17. *Alem de trabalhar no Corpo de Bombeiros, você exerce com regularidade outra atividade remunerada, com ou sem vínculo empregatício?*

Sim Não

18. *Qual é o ramo dessa atividade?*

trabalho na área da saúde. presto serviços de segurança.
 trabalho como comerciante. trabalho como motorista.
 outro. Qual? _____ não tenho outra atividade.

19. *Essa atividade se relaciona ao resgate ou atendimento de urgência/emergência?*

Sim Não

20. *Essa atividade é exercida em que período do dia?*

Diurno (entre 06:00 e 18:00 horas). Alterna horários diurnos e noturnos.
 Noturno (entre 18:00 e 06:00 horas) Não tenho outra atividade.

21. *Nessa outra atividade, você ganha:*

valor inferior ao que recebe no Corpo de Bombeiros.
 valor igual ao que recebe no Corpo de Bombeiros.
 valor superior ao que recebe no Corpo de Bombeiros.
 não tenho outra atividade.

22. *Quando você tirou férias no Corpo de Bombeiros pela última vez?*

há até 01 ano atrás. há dois anos atrás.
 há três anos ou mais. não lembro.

23. *Você exerce sua atividade de Bombeiro no mesmo bairro em que mora?*

Sim Não

24. *Como você analisa o risco que corre na sua atividade atual no Corpo de Bombeiros?*

risco constante risco eventual não há risco

25. *Quais os riscos que você corre no exercício profissional?*

	Sim	Não
a) ser atropelado; sofrer acidente de trânsito.	()	()
b) queimadura por fogo ou química.	()	()
c) explosão.	()	()
d) ser atingido por arma de fogo.	()	()
e) ser atingido por arma branca.	()	()
f) sofrer agressão física.	()	()
g) sofrer violência sexual (assédio, estupro).	()	()
h) sofrer violência psicológica (ameaças, humilhações).	()	()
i) ser seqüestrado.	()	()
j) envenenamento, intoxicação por gases/fumaça.	()	()
k) ser contaminado por sangue e secreções das vítimas.	()	()
l) outro. Qual? _____	()	()

26. *Em relação ao trabalho como Bombeiro, indique o grau de satisfação para cada um dos itens abaixo:*

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
a) <i>Relacionamento com pessoas de nível hierárquico superior.</i>	()	()	()	()	()
b) <i>Relacionamento com pessoas do mesmo nível hierárquico.</i>	()	()	()	()	()
c) <i>Relacionamento com pessoas subordinadas.</i>	()	()	()	()	()
d) <i>Quantidade de horas de trabalho.</i>	()	()	()	()	()
e) <i>Funções que desempenha no quartel.</i>	()	()	()	()	()
f) <i>Funções que desempenha relacionadas ao GSE.</i>	()	()	()	()	()

27. Dê uma nota de 0 a 10 para o seu grau de satisfação no trabalho em relação a:

	Nota									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) volume de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) salário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) bairro(s) em que atua	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) escala de serviço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) tipo de atividade que executa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) nível de responsabilidade assumida na sua atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) perspectivas de promoção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h) reconhecimento do seu mérito por parte da corporação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h) reconhecimento do seu trabalho por parte da população	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28. Com relação aos tipos de atendimento a que presta socorro, assinale a alternativa que reflete com maior proximidade a sua realidade:

- () Sinto-me mais desafiado no atendimento às vítimas de mal-súbito do que às vítimas de trauma (acidentes e violência).
- () Sinto-me mais desafiado no atendimento às vítimas de trauma (acidentes e violência) do que às vítimas de mal-súbito.
- () Não sinto diferença no atendimento às vítimas dos diferentes tipos de eventos – mal-súbito, acidentes de trânsito ou violência.

29. Com que frequência aproximada você realiza atendimento a vítimas dos seguintes eventos?

	Toda		A cada dois	
	semana	Todo mês	meses	Raramente
a) acidentes de trânsito	()	()	()	()
b) quedas	()	()	()	()
c) projétil de arma de fogo (PAF)	()	()	()	()
d) arma branca	()	()	()	()
e) agressão física	()	()	()	()
f) auto-agressão (tentativa de suicídio)	()	()	()	()

30. Ao ser acionado para atendimento em áreas e situações de conflito, onde organizações criminosas se fazem presentes, que sentimento se faz presente?

- Sensação de motivação, mediada pela adrenalina, que o impulsiona para o socorro.
- Sensação de medo que o faz se sentir desconfortável a caminho do socorro.
- Um misto de motivação e medo
- Indiferença. É como se fosse um socorro em qualquer outra situação.
- Outros sentimentos: _____

31. Ao prestar socorro em áreas e situações de conflito, em presença de criminosos, já se sentiu ameaçado?

- Sim
- Não
- Não lembro

32. Já foi impedido por criminosos de prestar socorro em áreas e situações de conflito?

- Sim
- Não
- Não lembro

33. Já sofreu algum tipo de violência durante o atendimento?

- Sim. Qual? _____
- Não
- Não lembro

34. Você relaciona a sua experiência profissional com a violência com algum impacto para sua vida? (Mais de uma alternativa é possível)

- Efeitos físicos, como insônia, gastrite ou constipação.
- Efeitos emocionais, como ansiedade e medo constantes.
- Maior preocupação com a sua própria segurança.
- Maior preocupação com a segurança da família.
- Outros impactos: _____

35. *Que alternativa reflete com maior proximidade a sua reação às notícias de violência na mídia?*

- () Sente mal-estar/indignação frente a todas as notícias.
- () Sente mal-estar/indignação frente àquelas que representam maiores graus de agressividade.
- () Sente mal-estar/indignação frente àquelas que envolvem indivíduos com menores chances de defesa (como crianças e idosos).
- () Não sente grande desconforto, pois a violência já se tornou algo natural para quem vive nos grandes centros urbanos.
- () Outras reações: _____

36. *Que alternativa reflete com maior proximidade o seu comportamento cotidiano de andar na rua ou dirigir seu carro, em relação ao risco de sofrer algum tipo de violência?*

- () Extremamente preocupado
- () Medianamente preocupado
- () Pouco preocupado
- () Não se sente preocupado

37. *Dos eventos abaixo relacionados, assinale aquele(s) que você já vivenciou: (Mais de uma alternativa é possível).*

- () Tentativa de furto (sem envolvimento de arma) () Furto (sem envolvimento de arma)
- () Tentativa de roubo (com envolvimento de arma) () Roubo (com envolvimento de arma)
- () Tentativa de seqüestro () Seqüestro
- () Tentativa de estupro () Estupro
- () Tentativa de suicídio () Tentativa de homicídio
- () Outro: _____

38. Dos eventos abaixo relacionados, assinale aquele(s) que alguém próximo da família já vivenciou: (Mais de uma alternativa é possível).

- () Tentativa de furto (sem envolvimento de arma) () Furto (sem envolvimento de arma)
- () Tentativa de roubo (com envolvimento de arma) () Roubo (com envolvimento de arma)
- () Tentativa de seqüestro () Seqüestro
- () Tentativa de estupro () Estupro
- () Tentativa de homicídio () Homicídio
- () Tentativa de suicídio () Suicídio
- () Outro: _____

39. Marque todas as alternativas abaixo que representem frases com as quais você concorda:

- () Determinantes biológicos, como componentes genéticos, exercem influência nos comportamentos violentos.
- () Questões subjetivas, particulares de cada indivíduo, são componentes que devem ser considerados no desenvolvimento de comportamentos violentos.
- () Abuso de drogas ilícitas exerce influencia nos comportamentos violentos.
- () História passada de agressão e abuso pode ser um fator desencadeante de comportamentos violentos.
- () As relações sociais próximas (com parceiros, membros da família e amigos) podem influenciar na adoção de comportamentos violentos.
- () Os contextos comunitários (como escola, local de trabalho e bairro) podem influenciar na adoção de comportamentos violentos.
- () O modelo de organização da sociedade brasileira pode influenciar na adoção de comportamentos violentos.
- () Situações de desigualdade social possuem relação com o fenômeno da violência.
- () A violência é uma temática que diz respeito ao Setor Segurança Pública
- () A violência é uma temática que diz respeito ao Setor Saúde.
- () A violência é uma temática que diz respeito ao Setor Educação.
- () A violência é um fenômeno sempre produzido pelo 'outro'.
- () Para se caracterizar um ato como violento é preciso que haja intenção de

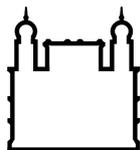
quem provocou o ato.

- () Para se caracterizar um ato como violento é preciso que haja lesão, ferimento ou algum tipo de trauma.
- () Tentativa de homicídio é considerada uma forma de violência.
- () Tentativa de suicídio é considerada uma forma de violência
- () Terrorismo é considerado uma forma de violência.
- () Forçar relações sexuais é considerada uma forma de violência.
- () Agressões conjugais são consideradas formas de violência.
- () Negligência, como abandono de crianças e idosos, é uma forma de violência.
- () Ameaças e intimidação são consideradas formas de violência.
- () Usar linguagem ofensiva é uma forma de violência.
- () Impedir a esposa de trabalhar fora e ter sua liberdade financeira é uma forma de violência.
- () Discriminar uma pessoa por conta da cor da sua pele é uma forma de violência.
- () Manter hospitalizada uma pessoa em instituição psiquiátrica sem indicação técnica para tal é uma forma de violência.
- () Permitir que pessoas permaneçam durante longos períodos em filas nos serviços de emergência é uma forma de violência.
- () Prestar atendimento a vítimas alcoolizadas com descaso é uma forma de violência.
- () Provocar miséria e pobreza é uma forma de violência.
- () Certos tipos de violência são aceitáveis de acordo com as diferenças culturais.
- () Alguns tipos de violência são aceitáveis, como atos violentos perpetrados em legítima defesa.
- () Alguns tipos de violência são aceitáveis, como “tapas” deferidos por pais na educação dos seus filhos.
- () Alguns tipos de violência são aceitáveis, como a tortura durante investigações e ações policiais.
- () Alguns tipos de violência são aceitáveis, como a guerra, fundamentada em princípios econômicos e religiosos.
- () No Brasil, os jovens negros do sexo masculino são as principais vítimas da violência letal.
- () Infelizmente, a violência é um fenômeno freqüente e natural na nossa sociedade.

- () Profissionais de saúde deveriam estudar o fenômeno da violência.
- () Vítimas de violência necessitam de assistência multiprofissional
- () Perpetradores de violência (agressores) necessitam de assistência multiprofissional.
- () Historicamente, a violência foi necessária ao desenvolvimento econômico.
- () A violência é inevitável em sociedades marcadas pela miséria e pobreza.
- () A violência é necessária em revoluções para mudanças sociais.

APÊNDICE B

Instrumento de construção dos dados – Roteiro para análise documental dos Registros de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

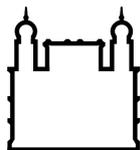


Roteiro para construção dos dados – variáveis coletadas dos RAPH

- 1. Tipo de evento** *Trânsito:* () Colisão () Atropelamento () Capotamento
 () Queda de moto () Queda de bicicleta
Quedas: () de superfícies () da própria altura
Violência intencional: () Agressão por força física
 () Projétil de arma de fogo
 () Arma branca () Autoagressão
Outras causas externas: _____
- 2. Local** () GBM: _____ () DBM _____
- 3. Idade da vítima** _____ anos. () Não informado
- 4. Sexo da vítima** () Masculino () Feminino () Não informado
- 5. Cor da vítima** () Branca () Parda () Preta () Outra
 () Não informada
- 6. Dia da semana** () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta
 () Sábado () Domingo () Não informado
- 7. Horário do evento** Acionamento do socorro: ____:____ Saída da base: ____:____
 Chegada ao local: ____:____ Saída do local: ____:____
 Chegada ao 1º hosp.: ____:____ Saída do 1º hosp.: ____:____
 Chegada ao 2º hosp.: ____:____ Saída do 2º hosp.: ____:____
 Retorno à base: ____:____
- 8. Natureza da lesão** *Lesão:* () Escoriação () Contusão () Laceração
 () Penetrante () Fratura () Esmagamento
 () Amputação () Queimadura () Não informado
Sítio: () Crânio () Face () Pescoço () Dorso () Tórax
 () Abdome () Quadril () MMSS () MMII
 () Não informado
- 9. Desfecho** () Vítima já removida () Vítima recusou atendimento
 () Liberada com orientação () Já óbito
 () Atendida e removida ao hospital
 () Atendida e removida a outro serviço de saúde: _____
 () Não informado

APÊNDICE C

Instrumento de construção dos dados – Roteiro para entrevista



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Roteiro para entrevista

Tópico temático 01: Representação sobre violência no Rio de Janeiro. Experiências cotidianas envolvendo atos violentos.

Tópico temático 02: Práticas profissionais envolvendo vítimas de acidentes e de violência – vítimas de agressão, de projéteis de arma de fogo, de arma branca e de tentativa de suicídio. Experiências de socorro a homens, mulheres, idosos e crianças vítimas de violência. Experiência de socorro quando a vítima é considerada criminosa.

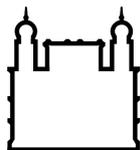
Tópico temático 03: Representações e experiências de prestar socorro em áreas violentas e em que organizações criminosas estejam presentes. Percepção/sensação de risco. Relação do sentimento de (in)segurança e o fato de ser militar (estar fardado/em viatura militar). Experiência de lidar com a polícia no socorro a esses eventos.

Tópico temático 04: Preparação profissional para atuar frente a essas situações de violência (durante a graduação, pós-graduação ou treinamentos em serviço). Percepção da importância do debate sobre violência na formação profissional em saúde.

Tópico temático 05: Relações entre a experiência profissional de atendimento a vítimas de violência e impactos possivelmente percebidos na vida pessoal.

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Para os sujeitos que responderam os questionários)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “**Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: Representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência**”. Você foi selecionado por atuar na guarnição de uma ambulância lotada em um dos dez quartéis do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro com os maiores índices de atendimento a vítimas de violência. Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar é direito seu e não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição a que esse projeto está vinculado.

O objetivo geral deste estudo é relacionar as representações de violência e as percepções de risco com as experiências, as práticas e o cotidiano de profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: 1) Captar representações de violência para profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. 2) Identificar as características e as circunstâncias dos atendimentos a vítimas de violência. 3) Descrever o atendimento a vítimas de violência ou o socorro em áreas consideradas violentas a partir de experiências de profissionais em atendimento pré-hospitalar. 4) Desvelar práticas profissionais em situações de atendimento de urgência desencadeado por diferentes tipos de violência. 5) Identificar a autopercepção de risco desses profissionais frente ao atendimento a eventos que envolveram atos violentos e/ou em áreas consideradas violentas. 6) Identificar a percepção desses profissionais frente à sua preparação para lidar com a violência e seu impacto na vida pessoal.

Sua participação consistirá em responder um questionário com 23 itens. Você não precisará se identificar ao responder tal questionário. Ao participar dessa pesquisa, há riscos de constrangimento e desconforto emocional ao responder às questões propostas. Você tem a total liberdade de interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento. E se desejar suporte psicológico, poderá ser encaminhado pela pesquisadora ao Serviço de Psicologia do Hospital Central Aristacho Pessoa (HCAP). O tempo médio de preenchimento do questionário é de 30 (trinta) minutos. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e a pesquisadora assegura o sigilo sobre a sua participação. Os dados obtidos não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Eles serão apresentados em tese vinculada ao Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e, posteriormente, em artigos científicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e retirar sua participação agora ou a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa.

Verônica Santos Albuquerque

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Avenida Brasil, 4036 – 7º andar – Mangueiras – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21040-361. Tel.: (21) 38829153. E-mail: veronicatere@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Rio de Janeiro, _____

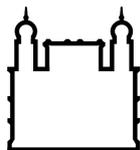
Assinatura do sujeito da pesquisa: _____
 Nome do sujeito da pesquisa: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 - Mangueiras – Rio de Janeiro/RJ
 CEP: 21041-210. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Para os sujeitos entrevistados)



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
 DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “**Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: Representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência**”. Você foi selecionado por atuar na guarnição de uma ambulância lotada em um dos dez quartéis do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro com os maiores índices de atendimento a vítimas de violência. Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar é direito seu e não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição a que esse projeto está vinculado.

O objetivo geral deste estudo é relacionar as representações de violência e as percepções de risco com as experiências, as práticas e o cotidiano de profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: 1) Captar representações de violência para profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. 2) Identificar as características e as circunstâncias dos atendimentos a vítimas de violência. 3) Descrever o atendimento a vítimas de violência ou o socorro em áreas consideradas violentas a partir de experiências de profissionais em atendimento pré-hospitalar. 4) Desvelar práticas profissionais em situações de atendimento de urgência desencadeado por diferentes tipos de violência. 5) Identificar a autopercepção de risco desses profissionais frente ao atendimento a eventos que envolveram atos violentos e/ou em áreas consideradas violentas. 6) Identificar a percepção desses profissionais frente à sua preparação para lidar com a violência e seu impacto na vida pessoal.

Sua participação consistirá em conceder entrevista ao pesquisador. Ao participar dessa pesquisa, há riscos de constrangimento e desconforto emocional ao responder às questões propostas. Você tem a total liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento. E se desejar suporte psicológico, poderá ser encaminhado pela pesquisadora ao Serviço de Psicologia do Hospital Central Aristacho Pessoa (HCAP). O tempo médio de entrevista é de 40 (quarenta) minutos. A gravação da entrevista ficará guardada sob responsabilidade do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde, sendo assegurada a não divulgação da mesma em hipótese alguma. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e a pesquisadora assegura o sigilo sobre a sua participação. Os dados obtidos não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Eles serão apresentados em tese vinculada ao Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e, posteriormente, em artigos científicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e retirar sua participação agora ou a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa.

Verônica Santos Albuquerque

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Avenida Brasil, 4036 – 7º andar – Mangueiras – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21040-361. Tel.: (21) 38829153. E-mail: veronicatere@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Rio de Janeiro, _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____
 Nome do sujeito da pesquisa: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
 Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 - Mangueiras – Rio de Janeiro/RJ
 CEP: 21041-210. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO I

Modelo de Registro de Atendimento Pré-Hospitalar (RAPH)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO SUBSECRETARIA DE DEFESA CIVIL SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		01 RAPH Nº 058298
		02 DATA DO ATENDIMENTO
LOCAL DO EVENTO 03 ENDEREÇO DO EVENTO 04 BAIRRO 05 MUNICÍPIO 06 RESIDÊNCIA 1 - LOCAL PÚBLICO 2 - DOMICÍLIO		SOBRE O EVENTO 07 Nº DO EVENTO OU DO CHAMADO 08 CARACTERÍSTICA DO EVENTO 1 - CLÍNICO 2 - CAUSA EXTERNA 3 - PSIQUIÁTRICO 4 - OBSTÉTRICO 5 - PREVENÇÃO
		09 DESFECHO 1 - SOCORRO CANCELADO 2 - FALSO AVISO (TROTE) 3 - VÍTIMA JÁ REMOVIDA 4 - RECUSOU ATENDIMENTO 5 - LIBERADA C/ ORIENTAÇÃO 6 - ATENDIDA E REMOVIDA 7 - OUTROS
DADOS DO PACIENTE 10 NOME 11 ENDEREÇO DO PACIENTE (LOGRADOURO, BAIRRO, MUNICÍPIO) 11a NOME DA MÃE 12 TELEFONES 13 CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº (RG) 14 SEGURO-SAÚDE 1 - SIM 2 - NÃO CNS: (NOME SEGURO-SAÚDE) 19 ACOMPANHANTE (NOME, GRAU DE PARENTESCO)		DADOS DA VÍTIMA 20 PREFIXO 21 BASE (OBM, DBM, ETC) 22 TIPO DE SAÍDA 1 - ISOLADA 2 - EM COMBOIO 23 ACIONADA POR 1 - CENTRAL INTEGRADA DE REGULAÇÃO 2 - OBM 3 - OUTROS 24 ÁREA 1 - PRÓPRIA 2 - OUTRA (nome da outra base) 25 HORÁRIOS ACION. SOCORRO SAÍDA DA BASE CHEGADA LOCAL SAÍDA DO LOCAL CHEGADA 1ª HOSP
		SAÍDA 1ª HOSP CHEGADA 2ª HOSP SAÍDA 2ª HOSP RETORNO BASE ACION. EM TRÂNS
ÓBITO 27 DETALHE DO ÓBITO 1 - JÁ EM ÓBITO 2 - ÓBITO DURANTE ATENDIMENTO 3 - ÓBITO DURANTE TRANSPORTE 30 CADAVER AOS CUIDADOS DE (NOME E Nº DE IDENTIDADE)		26 APOIO (HORÁRIOS): ACIONAMENTO CHEGADA LOCAL 28 DATA DA CONSTATAÇÃO 29 ÓBITO CONSTATADO ÀS ____ h
EVENTO CLÍNICO 31 MOTIVO DO ATENDIMENTO CLÍNICO 1 - DISPNEIA 4 - DOR ABDOMINAL 7 - SÍNCOPE 10 - AGITAÇÃO 13 - ALERGIA 2 - CONVULSÃO 5 - DOR TORÁCICA 8 - PARESIA/PARESTESIA 11 - MAL ESTAR 14 - OUTRO: 3 - CEFALÉIA 6 - INCONSCIÊNCIA 9 - HEMATÊMESE/MELENA 12 - DOR LOMBAR		
CAUSA EXTERNA ACIDENTE DE TRANSPORTE 32 TIPO DE ACIDENTE: 1 - COLISÃO 2 - CAPOTAMENTO 3 - QUEDA DE MOTO 4 - ATROPELAMENTO 5 - MÚLTIPLAS VÍTIMAS 6 - OUTRO: 33 ENVOLVIDO 1: 1 - CARRO PASSEIO 2 - MOTO 3 - ÔNIBUS 4 - CAMINHÃO 5 - VAN 6 - BICICLETA 7 - TREM 8 - OUTRO: 34 ENVOLVIDO 2: 1 - CARRO PASSEIO 2 - MOTO 3 - ÔNIBUS 4 - CAMINHÃO 5 - VAN 6 - BICICLETA 7 - TREM 8 - PEDESTRE 9 - ANTEPARO 35 POSIÇÃO DA VÍTIMA: 1 - MOTORISTA 2 - PASSAG. DIANTEIRO 3 - PASSAG. TRASEIRO 4 - PASSAG. OUTROS 5 - POS. DESCONH. 6 - PEDESTRE 36 DISP. SEGURANÇA: 1 - CINTO SEGUR. 2 - AIRBAG 3 - CAPACETE 4 - ROUPA PROTEÇÃO 5 - ASSENTO INFANTIL 37 COND. AGRAVANTES: 1 - VÍT. EJETADA 2 - VÍT. ENCARCERADA 3 - TEMPO EXTRICAÇÃO > 20 MINUTOS 4 - ÓBITO NO MESMO VEÍCULO 5 - PROD. PERIGOSOS 38 OUTRAS CAUSAS EXTERNAS 1 - LESÃO ARMA FOGO 4 - AGRESSÃO 7 - QUEIMADURA 10 - QUEDA ____m 13 - OUTRO: 2 - LESÃO ARMA BRANCA 5 - AUTO-AGRESSÃO 8 - INALAÇÃO GÁS/FUMAÇA 11 - QUEDA PP ALTURA 3 - LESÃO OUTRAS ARMAS 6 - HIPOTERMIA 9 - AFOGAMENTO 12 - INTOXICAÇÃO:		
ANTECEDENTES 39 ANTECEDENTES 1 - SEM ANTECEDENTES 7 - ANGINA 13 - DOENÇA PÉPTICA 19 - NEOPLASIA: 2 - HAS 8 - INSUF. RENAL C. 14 - DOENÇA HEMATOLÓGICA 20 - DEPEND. QUÍMICA: 3 - DM 9 - DOENÇA TIREÓIDE 15 - TABAGISMO 21 - D.I.P.: 4 - IAM 10 - DOENÇA VASC. PERIFÉRICA 16 - ETILISMO 22 - CIRURGIA PRÉVIA: 5 - AVE 11 - HEPATOPATIA 17 - DPOC 23 - OUTRO: 6 - ICC 12 - EPILEPSIA 18 - DOENÇA PSIQUIÁTRICA		
40 QUEIXAS DECLARADAS 41 ALERGIAS 42 MEDICAMENTOS EM USO		
EVENTO OBSTÉTRICO 43 GESTA 46 SANGRAMENTO 49 DHEG 54 IDADE GESTACIONAL 1 - SIM 2 - NÃO 1 - SIM 2 - NÃO 1 - SIM 2 - NÃO MEDICAÇÃO: 44 PARA 47 PERDA DE LÍQUIDOS 50 NASCIMENTO NO LOCAL 52 SEXO 55 ESTADO DO RECÉM-NATO 1 - SIM 2 - NÃO HÁ QT TEMPO? 1 - SIM 2 - NÃO HORA: 1 - M 2 - F 1 - VIVO 2 - MORTO 45 ABORTO 48 CONTRAÇÕES 51 CIRCULAR 53 DEQUITAÇÃO 56 APGAR 1 - SIM 2 - NÃO FREQÜÊNCIA? 1 - SIM 2 - NÃO 1 - SIM 2 - NÃO 1ªmin 5ªmin 10ªmin		

EXAME FÍSICO I	57 TRAUMA										58 EVOLUÇÃO DOS SINAIS VITAIS																													
	PRINCIPAIS LESÕES		ESCOTO-RIÇÃO		CON-TUSÃO		LACE-RAÇÃO		PENE-TRANTE		FRA-TURA		ESMAGA-MENTO		AMPUTA-ÇÃO		QUEIMA-DURA		HORÁRIO																					
	CRÂNIO																		PA																					
	FACE																		FC																					
	PESSOÇO																		FR																					
	DORSO																		GLICEMIA																					
	TÓRAX																		OXIMETRIA																					
	ABDOME																		CAPNOMETRIA																					
	QUADRIL																		TEMPERATURA																					
	MMSS		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	ESCALA DOR																					
MMII		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	GLASGOW																						
		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	TRAUMA																						
		E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	RAMSAY																						
1 - SEM LESÕES APARENTES 2 - SANGRAMENTO OFICIAL: _____ 4 - COMPORTAMENTO ANORMAL: _____ 3 - SANGRAMENTO EXTERNO ATIVO: _____ () LEVE () MODERADO () INTENSO																																								
59 OBSERVAÇÕES																																								
EXAME FÍSICO II	60 VIAS AÉREAS					61 MEMBROS					62 CARDIOVASCULAR					63 PELE/MUCOSAS					64 ABDOME					65 RESPIRATÓRIO														
	1 - PERMEÁVEIS					1 - NORMAL					1 - NORMAL					1 - NORMAL					1 - NORMAL																			
	SE OBSTRUÍDAS:					2 - EDEMA					2 - S/P. CENTRAIS					2 - PALIDEZ					2 - DISTENDIDO					2 - S/ MV														
2 - QUEDA LÍNGUA					3 - FLOGOSE					3 - S/P. PERIFÉR.					3 - CIANOSE					3 - DOR À PALPAÇÃO					3 - RONCOS															
3 - CORPO ESTRANHO					4 - ALTER. FANEROS					4 - T. JUGULAR					4 - ICTERICIA					4 - MASSA PALPÁVEL					4 - SIBILOS															
4 - EDEMA					5 - ALTER. COR					5 - ARRITMIA					5 - SUDORESE FRIA					5 - EVISCERAÇÃO					5 - ESTERTORES															
										6 - BULHA EXTRA					6 - HIPOCORADAS					6 - RÍGIDO					6 - APNÉIA															
										7 - SOPRO										7 - S/ PERISTALSE																				
66 NEUROLÓGICO																																								
1 - NORMAL 3 - INCONSCIÊNCIA 5 - DESORIENTAÇÃO 7 - ANISOCORIA 9 - DÉFICIT MOTOR 11 - OUTROS																																								
2 - DECORTICAÇÃO 4 - DESCEREBRAÇÃO 6 - MIDRIASE BILAT. 8 - MIOSE BILAT. 10 - DÉFICIT SENSITIVO																																								
67 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA																																								
CONDUITA	68 VIAS AÉREAS										69 CIRCULAÇÃO										70 IMOBILIZAÇÃO																			
	1 - LIBERAÇÃO VIAS AÉREAS										1 - PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA										1 - NÃO SE APLICA																			
	2 - ASPIRAÇÃO										2 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA										2 - CERVICAL																			
3 - NEBULIZAÇÃO										3 - CARDIOVERSÃO										3 - PRANCHA LONGA																				
4 - CÂNULA DE GUEDEL										4 - DESFIBRILAÇÃO										4 - QUADRIL																				
5 - VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA										5 - RCP										5 - MMSS																				
6 - O2: _____ L/min										6 - CURATIVO COMPRESSIVO										6 - MMII																				
																				7 - KED																				
71 PRESCRIÇÃO																																								
TRANSP.	72 INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE																																							
	1 - SEM INTERCORRÊNCIAS 3 - HIPERTENSÃO 5 - VÔMITOS 7 - ALTERAÇÃO CONSCIÊNCIA 9 - PERDA ACESSO VENOSO 11 - PCR: _____																																							
2 - HIPOTENSÃO 4 - ARRITMIAS 6 - QUEDA SATURAÇÃO O2 8 - AGITAÇÃO 10 - EXTUBAÇÃO 12 - OUTRAS: _____																																								
1º HOSPITAL	73 NOME HOSPITAL										75										76 NOME HOSPITAL										78									
	74 MOTIVO DA RECUSA										RUBRICA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL										77 MOTIVO DA RECUSA										RUBRICA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL									
EQUIPE	79 TIPO					80 CONDUTOR					82 SOCORRISTA					84 CARIMBO SOCORRISTA																								
	1 - A																																							
	2 - B					81 AUXILIAR DE SOCORRO					83 MÉDICO(S) REGULAÇÃO																													
CONSUMO DE MATERIAL	85 MEDICAMENTOS										86 INSUMOS																													
	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG-COMP. (AAS)										AGULHA DESCARTÁVEL Nº _____										LUVAS ESTERIL Nº _____																			
	ADRENALINA (EPINEFRINA) 1/1000-1ML-AMP.										AGULHA DESCARTÁVEL 40x12										LUVAS PARA PROCEDIMENTOS (PARES)																			
	AGUA DESTILADA 10ML-AMP.										ATADURA DE CREPOM Nº _____										MÁSCARA CIRÚRGICA																			
	AMINOFILINA 240MG/ML 10ML-AMP.										ELETRODO DE ECG (UNID)										SCALP Nº _____																			
	AMIODARONA 50MG/ML 3ML-AMP. (ANCORON)										EQUIPO DE BOMBA INFUSORA (UNID)										SERINGA DESCARTÁVEL Nº _____																			
	ATROPINA 0.25MG/ML 1ML-AMP.										EQUIPO DE SORO MACROGOTAS (UNID)										SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____																			
	BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML-AMP.										FITA DE HEMOGLOCOTESTE										SONDA NASOGÁSTRICA Nº _____																			
	BROMETO DE FENOTEROL 5MG/1GT 20ML-GOTAS (BEROTEC)										FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL (UNID)										TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____																			
	BROMETO DE PRATRÓPIO 25MG/1GT 20ML-GOTAS (ATROVENT)										GAZE HIDRÓFILA PACOTE COM 10 (ESTÉRIL)										87 OUTROS																			
	BUSCOPAN COMPOSTO 20MG/ML 5ML-AMP.										JELCO Nº _____																													
	CAPTOPRIL (12.5MG) - (25MG) - COMP. (CAPOTEN)										KIT PARTO (UNID)																													
	DEXAMETASONA 4MG/ML 2.5ML-AMP.(DECADRON)										LÂMINA DE BISTURI (UNID)																													
	DICLOFENACO DE POTÁSSIO 75MG/3ML-AMP.(CATAFLAM)										LENÇOL DESCARTÁVEL (UNIDADE)																													
	DICLOFENACO DE SÓDIO 75MG/3ML 3ML-AMP. (VOLTAREN)																																							
88 FICHA DE RECOLHIMENTO 1 - SIM 2 - NÃO																																								
OBS.	89 OBSERVAÇÕES																																							

