

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**NEY ROBERTO VÁTTIMO BRUCK**

**A PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS**

**Um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma**

**Porto Alegre**

**2007**

**NEY ROBERTO VÁTTIMO BRUCK**

**A PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS**

**Um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Ph. D. Pedrinho Guareschi

Porto Alegre

2007

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

B152e

Bruck, Ney Roberto Vátimo

A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma. Porto Alegre, 2007.

195 f.

Tese (Doutorado em Psicologia) - PUCRS, Fac. de Psicologia.

Professor orientador: Dr. Pedrinho Guareschi .

1. Psicologia. 2. Psicologia Social. 3. Trauma psíquico.  
4. Estresse psicológico. 5. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Psicologia. 6. Distúrbio do stress pós-traumático – Psicoterapia. 8.EMDR.

CDD: 155.93  
157.9

CDU: 159.9

Alessandra Pinto Fagundes  
Bibliotecária  
CRB10/1244

**NEY ROBERTO VÁTTIMO BRUCK**

**A PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS**

**Um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor PhD. Pedrinho Guareschi  
Orientador  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre

---

Professora Dra. Marisa Eizirik  
Professor Examinador  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Professora Dra. Daisy Barcellos  
Professor Examinador  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Professor Dr. Claus Dieter Stobäus  
Professor Examinador  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre

Greice, meu amor, obrigado por me compreender e por repetir o mantra: — Terminou? E como diz a tua preferida Clarice Lispector, “estamos sendo, sem medo de gastar este sentimento infinito de ondas do mar”

Bruna, minha filha amada, tu é o “meu sonho que se tornou realidade e a vida melhor”: muito obrigado pela compreensão e carinho neste tempo todo da Tese.

## **AGRADECIMENTOS**

Neste tempo, eu passei por muitas situações inesperadas, que estão sendo transpostas com a ajuda de muitas pessoas, que me apóiam, confiam e possibilitaram o enfrentamento do cotidiano da pesquisa com votos de coragem e reconhecimento:

Ao meu Orientador Pedrinho Guareschi, grande mestre, pelo acolhimento das diferenças e pelo que aprendi com o teu compromisso e capacidade de trabalho;

À Professora Maria Lúcia Tiellet Nunes, pela paciência e compreensão nas situações adversas;

A toda minha família, ao meu irmão Walter e às minhas irmãs Dayse e Sandra e à Ilda Amaral pelo apoio e motivação em todos os momentos;

Ao meu amigo Roberto Consiglio e à minha amiga Dalila Frota, pela presença nos momentos difíceis e alegres.

À equipe da Secretaria do Pós-Graduação, Inêz Verginia Giasson, Claudia Antonia de Los Angeles Silveira e Djone Brahm de Sá Brito, pela permanente disposição em ajudar;

À enfermeira Rosane Ciconet, pela sua competente colaboração e aos profissionais do SAMU que são heróis e vítimas ao mesmo tempo

## RESUMO

O assunto “trauma” vem adquirindo novos significados, considerando principalmente acontecimentos sociais recentes, sejam eventos adversos, catástrofes, desastres, sejam as situações-limite vividas pelas pessoas no cotidiano urbano. A psicologia das emergências estuda o comportamento das pessoas nos acidentes e desastres desde uma ação preventiva até o pós-trauma e, se for o caso, subsidia intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas e profissionais do SAMU. O assunto se estende às questões que vão desde a experiência pessoal do trauma até os eventos adversos provocados por calamidades, sejam estas naturais e/ou provocadas pelo homem. A psicologia das emergências é um tema de angústia pública, sentimento difuso de mal-estar que se origina dos acontecimentos públicos traumáticos, chamados estressores, tais como os acidentes de trânsito com vítima, assim como os provenientes das demais situações limites de toda a violência urbana. O trauma é uma experiência que explode a capacidade de suportar um revés, traz a perda de sentido, desorganização corporal e paralisação da consciência temporal, pode deixar marcas que influenciam a criatividade e a motivação para a vida. Os objetivos nos primeiros auxílios psicológicos são de aliviar as manifestações sintomáticas e o sofrimento, reduzindo os sentimentos de anormalidade e de enfermidade. Um dos objetivos é a familiarização com temas considerados complexos e muitas vezes distantes das discussões sobre trauma psicológico, sendo que o problema da pesquisa é a compreensão da psicologia das emergências e como colocá-la em prática. Os autores mais utilizados são Edgar Morin, Alfredo Moffatt, Serge Moscovici, Gilles Deleuze e Michel Foucault, dentre outros. São abordados os temas do não-reducionismo, da epistemologia de si

mesmo e da relação da Teoria das Representações Sociais com o EMDR (dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares). O método desta pesquisa, com suporte na observação participante refere às questões da complexidade, análise multirreferencial e de implicação. As técnicas mais utilizadas foram entrevistas, grupos focais-“histórias significativas” e análise documental. É indicado, como atitudes favoráveis pensar não a partir de algo, mas, sobretudo sobre algo e que para mudar o modo de agir torna-se necessário modificar a imagem que uma pessoa tenha de si próprio. Como conclusões da pesquisa, observou-se: que as pessoas acidentadas trazem outros acontecimentos considerados difíceis junto com o depoimento sobre o acidente, como situações de luto e de sofrimento com familiares; que o estresse pós-traumático não é uma consequência inevitável do trauma; que não há nenhuma orientação, ou rotina, nas missões de socorros e nos documentos oficiais do SAMU sobre o tema psicologia das emergências. Também são indicadas considerações finais sobre os temas da Síndrome de Burnout, sobre a influência da instituição no cotidiano dos atendimentos, sobre a relação da clínica com a psicologia social.

**Palavras-chave:** Trauma – SAMU – Estresse pós-traumático – Instituição – Auxílio psicológico – EMDR – Síndrome de Burnout – Não-reducionismo – Epistemologia de si mesmo – Angústia pública.

## **ABSTRACT**

The topic "Trauma" has been acquiring new meanings considering mainly recent social events, adverse events, catastrophes, disasters or limit-situations that people live daily. The psychology of emergencies studies people's behavior in accidents and disasters from preventive action to post-trauma, and if this is the case, it subsidizes comprehension interventions, support and trauma overcoming for victims and professionals of SAMU. The issue ranges from personal experience of trauma to adverse events provoked by disasters, be they natural or caused by men. Psychology of emergencies is a theme of public anguish, an unclear feeling of discomfort that comes from public traumatic events, called stressors, such as traffic accidents with victim, as well as the ones coming from other limit-situations of urban violence. Trauma is an experience that explodes the capacity of bearing a piece of bad luck, brings the loss of meaning, body disorganization and halt of temporal conscience; it can leave marks that influence creativity and motivation for life. The objectives in the first psychological help are relieving the symptomatic manifestations and the suffering, reducing feelings of abnormality and illness. One of the objectives of this paper is the familiarization with topics considered complex and often far from the discussions about psychological trauma, and from this point on to elaborate a propositive analysis about treating emotional demands. The problem of the research is the comprehension of psychology of emergencies and how to put it into practice. This study was based mostly on the studies of the following authors: Edgar Morin, Alfredo Moffatt, Serge Moscovici, Gilles Deleuze and Michel Foucault, among others. The topics discussed are non-reductionism, the epistemology of oneself and of the relation of the theory of Social Representations with the EMDR (eye movement

desensitization and reprocessing). The method of this research, supported by participant observation, refers to topics of complexity, multi-referential analysis and of implication. The techniques mostly used were interviews, focal groups, "meaningful stories" and analysis of documents. It is indicated, as favorable attitudes, thinking not only from something but above all about something and that to change the way of acting it is necessary to modify the image that one has of oneself. Conclusions of the research: victims of accidents bring other facts considered difficult together with the declarations about the accident, like situations of mourning and of suffering with family; post-traumatic stress is not an inevitable consequence of trauma; there is no orientation or routine, in the missions of aid and in the official documents about the theme; manifestation of the syndrome of Burnout among the professionals of SAMU is not likely to happen; and institutional support with the professionals and the union of clinic and social psychology.

**Keywords:** Trauma – SAMU – Posttraumatic stress disorder – Institution – first psychological help – EMDR – non-reductionism – epistemology of oneself – public anguish.

## RESUMEN

El asunto "trauma" está adquiriendo nuevos significados considerando principalmente acontecimientos sociales recientes, sean eventos adversos, catástrofes, desastres, sean las situaciones límite vividas por las personas en el cotidiano urbano. La psicología de las emergencias estudia el comportamiento de las personas en los accidentes y desastres desde una acción preventiva hasta el post-trauma y, si es el caso, subsidia intervenciones de comprensión, apoyo y superación del trauma a las víctimas y profesionales del SAMU. El asunto se extiende a las cuestiones que van desde la experiencia personal del trauma hasta los eventos adversos provocados por calamidades, sean estas naturales y/o provocadas por el hombre. La psicología de las emergencias es un tema de angustia pública, sentimiento difuso de malestar que se origina de los acontecimientos públicos traumáticos, llamados estresores, tales como los accidentes de tránsito con víctima, así como los provenientes de las demás situaciones límites de toda la violencia urbana. El trauma es una experiencia que "explosiona" la capacidad de soportar un revés, trae la pérdida de sentido, desorganización corporal y paralización de la conciencia temporal, puede dejar marcas que influyen en la creatividad y en la motivación para la vida. Los objetivos en los primeros auxilios psicológicos son de aliviar las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento, reduciendo los sentimientos de anormalidad y de enfermedad. Uno de los objetivos de este trabajo es la familiarización con temas considerados complejos y muchas veces distantes de las discusiones sobre trauma psicológico, y a partir de esto, elaborar un análisis propositivo sobre atención a las demandas emocionales. El problema de la investigación es la comprensión de la psicología de las emergencias y como

ponerlas en práctica. Los autores más utilizados son Edgar Morin, Alfredo Moffatt, Serge Moscovici, Gilles Deleuze y Michel Foucault, entre otros. Son abordados los temas del no reduccionismo, de la epistemología de sí mismo y de la relación de la Teoría de las Representaciones Sociales con el EMDR (desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares). El método de esta investigación, con soporte en la observación participante, refiere a las cuestiones de la complejidad, análisis multirreferencial y de implicación. Las técnicas más utilizadas fueron entrevistas, grupos focales - “historias significativas” y análisis documental. Se indica, como actitudes favorables, pensar no a partir de algo pero principalmente sobre algo y que para cambiar el modo de actuar se hace necesario modificar la imagen que una persona tenga de sí propio. Conclusiones de la investigación: las personas accidentadas traen otros acontecimientos considerados difíciles junto a la declaración sobre el accidente, como situaciones de luto y de sufrimiento con familiares; el estrés post-traumático no es una consecuencia inevitable del trauma; no hay ninguna orientación, o rutina, en las misiones de socorros y en los documentos oficiales sobre el tema. Otras consideraciones finales es sobre la Síndrome de Burnout entre los profesionales del SAMU; sobre el respaldo institucional y las uniones de la clínica con la psicología social.

**Palabras-clave:** Trauma – SAMU – Trastornos por estrés postraumático – Institución – primeros auxilios psicológicos – EMDR – no reduccionismo - la epistemología de sí mismo - angustia pública.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 A CONDUÇÃO DESTA PROCURA .....</b>	<b>21</b>
2.1 Problema .....	32
2.2 Método .....	36
<b>3 A PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>
3.1 Psicologia das Emergências: Tema de Angústia Pública .....	48
3.2 Cotidiano do Trauma .....	57
3.3 A Surdez das Instituições .....	71
3.4 Casca Grossa e Lágrimas nos Olhos .....	97
3.5 Socorrer Crianças: Luta Contra a Impotência .....	113
3.6 Primeiros Auxílios Psicológicos .....	119
<b>4 CONCLUSÕES .....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>149</b>
ANEXO A - Classificação de Desastres .....	150
ANEXO B - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências.....	152
ANEXO C - Narrativas.....	154
ANEXO E - Carta de Porto Alegre.....	192
ANEXO F - Carta do Comitê de Ética .....	193

## 1 APRESENTAÇÃO

*“Nós fomos atender um parto em casa que, na realidade, era um aborto com seis meses e a criança completamente formada assim; muito lindinha, já tinha nascido. Uma casa de uma peça, a criança tava em cima da cama, com a placenta cheia de mosca e um gato lambia a criança e lambia a mãe, mais uma criança de dois anos pendurada na placenta ali, e mais uma outra de um ano e meio mexendo na criança e a mãe chorando que tinha perdido aquela terceira criança. A peça era do tamanho de um banheiro, tinha uma cama, um fogão, e a gente pisava na madeira, aquilo afundava, a mãe devia ter uns dezenove, vinte anos no máximo, então seria o terceiro filho e ela chorava por ter perdido a criança. Eu já achei aquela cena meio surrealista – aquele gato com aquela criancinha por cima -. Então pegamos a criança, atendemos a mãe, o médico viu os sinais e fomos transferindo até o hospital pra ela fazer uma avaliação e levamos então o feto. O feto eu limpei, enrolei num” campi “e trouxe ele no colo. Na viatura assim, eu observava a mãe que a essa altura tinha sangrado um pouco, então a gente tinha puncionado; o pai que também devia ter também uns vinte anos, vestido de terno, num calor de quarenta graus, que ele era da igreja, com a Bíblia. Então, ao mesmo tempo em que eu observava a mãe tecnicamente, eu conversava com o pai, que chorava, tentando transferir a coisa pra Deus, que era o que ele acreditava, e a partir daí ele se tranqüilizou, mas eu tinha no meu colo aquele bebê de seis meses, morto com o rosto tapado naquele pano, que eu vou ser bem sincera, que eu tinha vontade de atirar pra qualquer lugar, menos levar no meu colo. E eu não sei assim, se o meu sentimento era de tristeza ou se era... eu não consigo até hoje explicar. Eu sei que, em algum momento eu precisei, eu não consegui, eu precisei, ajeitei as malas um pouco pra lá, um pouco pra cá, e botei aquela criança ali, porque eu não consegui mais levar aquela criança no colo. Então, pra mim assim, foi uma coisa extremamente marcante, e até o contexto todo, sócio-econômico-cultural da família, morando num cubículo, uma imundice, estando chorando por perder o terceiro filho numa diferença assim de nem dois anos, entre o primeiro e a terceira criança...”.*  
(Relato de uma profissional do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

O depoimento desta trabalhadora do SAMU nos traz a dor de uma situação dramática, que envolve uma complexa rede de causas e efeitos nas dimensões pessoais e sociais. Um acontecimento destes interrompe o projeto de vida, produz perdas, desorganiza os vínculos com o tempo e o espaço. E provoca um sofrimento, um trauma.

Ou não? Ocorre que não há como saber, com certeza, quando algo será traumático para uma pessoa. Claro, existe a condição de vulnerabilidade. Mas ela não é determinante. Veja-se o acontecimento relatado, à primeira vista, a socorrista parece estar tão perturbada quanto às pessoas envolvidas. Difícil, quase impossível, avaliar isto.

As dificuldades postas pela falta de pesquisa em relação ao trauma, a quase inexistência da implementação de protocolos de intervenção no que diz respeito à abordagem psicológica, sejam de primeiros auxílios, seja diante do Estresse Pós-Traumático e, ainda mais as contradições postas pelas ciências, embutidas nas relações de poder, nos leva também para um outro embate: como construir um lugar de ver e de agir diante desta complexidade?

A psicologia das emergências estuda o comportamento das pessoas nos acidentes e desastres desde uma ação preventiva até o pós-trauma e, se for o caso, subsidia intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas e socorristas. O assunto se estende às questões que vão desde a experiência pessoal do estresse pós-traumático até os eventos adversos provocados por calamidades, sejam estas naturais e/ou provocadas pelo homem.

Assim que, o estudo se justifica pela falta de material sobre o assunto, sobretudo oriundas de pesquisas empíricas. As poucas publicações nacionais sobre o tema estão mais focadas nas repercussões específicas em relação à saúde física e aspectos sanitários, justifico, também, considerando a necessidade de haver mais motivação (ALBUQUERQUE, 1997) para tratar deste tema, no sentido de adaptar as bases teóricas a circunstâncias da realidade social cotidiana, com vistas a prevenir e tratar as pessoas em situações de risco e desastres.

Nesta pesquisa entendo desastre como o “resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre uma população vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e conseqüentes prejuízos econômicos e sociais”. Emergência é conceituada como uma “situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente; caso de urgência” e urgência, como “atendimento rápido a uma ocorrência. Situação que exige providências inadiáveis. Diz-se da situação de um paciente que exige cuidados imediatos, podendo não estar em situação de risco iminente de morte” (BRASIL, 2006, p. 8). Fundamental, neste trabalho, é compreender que entendo desastre como na classificação (ANEXO A) da Defesa Civil, onde acidentes de trânsito, por exemplo, são considerados desastres por “somação de efeitos parciais” (CASTRO, 1998).

Outros conceitos utilizados sobre desastre originam-se do Glossário de Defesa Civil - estudos de riscos e medicina de desastres (CASTRO, 1998) e no DSM – IV, na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Recentemente, em setembro de 2004, foi criado o Comitê Gestor Nacional da Atenção às Urgências, cuja missão é assessorar governos e instituições envolvidas diretamente na estruturação e organização da atenção às urgências no país, dar suporte à atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e elaborar o Plano de Atenção aos Desastres. Até então, este era um trabalho desenvolvido pela Política Nacional de Defesa Civil. A Defesa Civil sustenta-se no direito natural à vida e busca a garantia deste direito em situações de desastre, como reconhecido em nossa Constituição.

A Organização Pan-americana de Saúde (MINAYO, 1994) entende que a área da saúde é uma espécie de encruzilhada para onde vão todas as situações de violência, pois as vítimas exercem muita pressão sobre os serviços de urgência, de assistência social e psicológica, assim como em todos os atendimentos especializados.

Na prática, o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. O SAMU é um serviço de socorro pré-hospitalar móvel que chega rapidamente às pessoas, em qualquer lugar que se encontrem, após um acidente ou qualquer problema de saúde

urgente que possa levar ao sofrimento ou até mesmo à morte. O atendimento é feito por equipe que recebem as chamadas gratuitas feitas pelo telefone 192. Os pedidos de socorro são atendidos nas centrais de regulação por um médico, presente 24 horas por dia. O Samu tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. Atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e psiquiátrica da população.

Segundo Pérez Sales (2001), em apenas uma década da criação do conceito de Transtorno de Estresse Pós-traumático, sua expansão tem ocorrido com tal intensidade, que estimulou a criação de mais de cinquenta centros de investigação e tratamento especializados para essa doença nos Estados Unidos. Em 1970, apareceram apenas 20 trabalhos científicos sobre o trauma em suas diversas formas (guerra, abuso sexual, catástrofes naturais). Em 1990 foram 150 referências e, em 1999, se aproximaram de mil. A maioria desses trabalhos é de autores dos EUA, Austrália e Israel. E no Brasil? Será que a consequência “obrigatória” desse diagnóstico estimula a difusão de livros de auto-ajuda, a exploração profissional de centros e os programas específicos de tratamento? Isto pode fazer pensar no Transtorno de Estresse Pós-traumático como uma doença ligada à cultura, algo ratificado pela consciência popular que “já sabe” dos poderes do trauma oculto como gerador de quadros psiquiátricos?

Neste contexto, temos o EMDR que é a sigla de “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, que significa dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares. Considerado por muitos, conforme Trotta (2005, p. 2), como “a mais importante descoberta da década de 90 no campo das psicoterapias”, este é um método inovador criado por Francine Shapiro desde 1995, para acelerar a resolução de memórias traumáticas, sendo utilizado nos transtornos de ansiedade, na síndrome do pânico e, especialmente, nas situações de estresse pós-traumático.

Se na relação saúde-doença isto já é complexo, pode-se supor que diante de uma emergência, maiores são as implicações epistemológicas, éticas e de escolha de procedimentos,

pois as doenças, seus critérios diagnósticos e fatores de risco, de intersecção variável com o adoecimento e a vida vividos pelos doentes, obscurecem um vislumbre sobre a evolução global do paciente. Este está "esquartejado" epistemologicamente por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (e especialistas) bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biomecânica que sabe muito de patologias, microorganismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas do corpo e pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso e a vida vivida do doente. (TESSER e LUZ, 2002, p. 28).

Para Mattedi e Butzke (2001, p. 94), o debate sobre as formas de interpretação das "calamidades naturais" nas ciências sociais é complexo e tem sido desenvolvido pela utilização de muitos conceitos como por exemplo, crises, catástrofes naturais, desastres naturais, riscos naturais, vulnerabilidade, situações extremas, impactos negativos, emergências; contudo, é possível diferenciar duas grandes tradições de análise: a teoria dos Hazards, desenvolvida do ponto de vista geográfico, que enfatiza os aspectos naturais, e a teoria dos Desastres desenvolvida do ponto de vista sociológico, que enfatiza os aspectos sociais.

Como contraponto (MAFFESOLI, 2004) diz que a dicotomia moderna 'natureza-cultura' já não é tão intangível. Ele aponta o tema da culturalização da natureza ou de naturalização da cultura questionando os limites das divisões estritas de reversibilidade, feedback e retroação, concluindo que este é o ciclo orgânico da morte e da vida. Cabe lembrar também, que sob a influência das privações impostas pelo desencadeamento da era glacial, a humanidade em geral tornou-se angustiada (BERLINK, 1999). O mundo que era amistoso e satisfatório transformou-se em perigos e riscos eminentes. Isto quer dizer que havia motivos para a angústia real diante dos fatos novos que se anunciavam. Esta gênese também nos indica a relevância do tema, ou seja, a luta contra a dor e o sofrimento é urgente e também a condição para sair das situações inesperadas da vida, como nas emergências.

E como reitera Morin (1980, p. 367), "a vida é sempre incerta. A morte incerta é sempre certa. Morrer é fatal, necessário, inelutável. A morte está inscrita na própria natureza da vida". É o tema dos limites, do inesperado, da extrema contradição, do impensado e do repentino, do urgente, da emergência, do extremo estressor traumático, da finitude, da perda e da angústia de aniquilação.

As implicações são tantas que não há como nos colocarmos num único lugar para compreender e buscar saídas. A perplexidade diante do endereço existencial do trauma nos coloca diante das emoções básicas de medo, de dor, de tristeza e de raiva. Como é possível transmutar estas emoções para uma situação que potencialize a vida?

O assunto “trauma” vem adquirindo novos significados considerando principalmente acontecimentos sociais recentes, sejam estes eventos adversos, como catástrofes e desastres, sejam as situações-limite vividas pelas pessoas no cotidiano urbano. Atualmente, existem muitas organizações públicas e privadas atuando na questão do trauma e dos primeiros auxílios psicológicos, tentando responder a estes desafios. Por exemplo, a ONG International Critical Incident Stress Foundation, com atuação nos EUA, Europa e México visa à prevenção e a mitigação em situações de desastres, principalmente através de programas de treinamento aos profissionais e voluntários que atuam na área. Trata-se de uma Fundação com uma consistente produção de artigos e congressos sobre o tema com fundamentos originados da psicologia cognitiva-comportamental. No Brasil temos a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (ANEXO B), um organismo não governamental, de participação aberta. A rede congrega profissionais de diferentes áreas, relacionadas ao poder público ou não, mas que tenham a experiência e o objetivo comum de buscar alternativas possíveis para o desenvolvimento de políticas públicas, de atuação na área de urgências e emergências. Assim que, estarei utilizando vários autores no sentido de ir compondo “quadros teóricos de referência”, cuja diversidade temática, inicialmente pode gerar confusão se a preocupação estiver centrada na busca de “idéias claras e distintas”, como única condição à compreensão do tema do trauma e da psicologia das emergências.

Contra os reducionismos, existem brechas, abertas dentro dos modelos, ou dos paradigmas, mapeamentos, concepções, ou seja, da visão de cada um, e que se projetam permitindo relacionar o que antes eram tabus e hoje estabelecem novas formulações teóricas. A brecha é esta dimensão, esta busca, que permanentemente fechamos pela ideologia, pela ciência e suas verdades, e que igualmente alguém tenta abrir com outras idéias (e ações), que por sua vez outro tenta fechar. Na vida

cotidiana, esta circularidade, esta indecisão, é a condição de possibilidade que, simultaneamente, limita e abre o prazer de saber.

Neste trabalho, também tento resgatar a importância da epistemologia, como um recurso para qualquer intervenção. Nesta mesma direção, também pode ser uma forma de crítica para aqueles que utilizam as teorias como ponto de chegada, ao invés de área de partida. Assim, que o foco é a necessidade posta pela prática e pelo cotidiano das pessoas, e não pela coerência de como se estruturam as abstrações teóricas. Nesta posição, a importância da reflexão epistemológica é dada como recurso, como ferramenta, e não pela sua importância em si mesma, ainda que esta seja a condição de possibilidade para uma intervenção adequada e um pouco mais lúcida. Algo como o ditado popular: “a aventura pode ser louca, mas o aventureiro deve ser lúcido”.

Entendo que uma responsabilidade – busca de resposta habilidosa, é de problematizar<sup>1</sup> para melhor aproximar-se das dificuldades postas na busca do conhecimento. Saliento que, dentre as qualidades<sup>2</sup> fundamentais que podem ser desenvolvidas, destacam-se aquelas que correspondem a saber olhar e, por extensão, ouvir, saber perguntar e, como consequência, saber agir. É neste clima que formulo interrogações como um pano-de-fundo dos focos temáticos apresentados. Entendo que a pergunta é imprescindível, pois o perguntar (e o perguntar-se) é um recurso que detém um duplo sentido: de abertura, ao permitir descobertas, e de fechamento, por delimitar o objeto de saber do sujeito. Essa ambigüidade é a brecha que possibilitará o cruzamento entre a teoria e a prática, entre as bases de um projeto de intervenção na psicologia das emergências e a sua concretização.

Assim que, um dos objetivos deste trabalho é a familiarização com temas considerados complexos e muitas vezes distantes das discussões sobre trauma

---

<sup>1</sup> FOUCAULT (1984, p. 246) coloca que a “problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e a constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma de reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc.)”.

<sup>2</sup> Dentro deste enfoque, acrescenta Morin (1986, p. 31), “isso quer dizer que seremos incapazes de ver bem se não formos capazes de olhar para nós mesmos. Precisamos mobilizar o espírito para controlar nossos olhos, precisamos mobilizar nossos olhos para controlar nosso espírito”.

psicológico. Inicialmente pode parecer contraditória a exigência de aprofundamento teórico para uma necessidade tão prática como as intervenções no trauma, principalmente no cotidiano urbano. Mas é isto mesmo: a superficialidade não responde ao inesperado.

**Neste sentido, entendo a psicologia das emergências como um tema de angústia pública. Chamo de angústia pública, este sentimento difuso de mal-estar que se origina dos acontecimentos públicos traumáticos, chamados estressores, tais como os acidentes de trânsito com vítima, assim como os provenientes das demais situações limites de toda a violência urbana, nos desastres, nas calamidades naturais e nas emergências.**

Quando as pessoas têm esta angústia por acontecimentos na esfera pública<sup>31</sup> e que provocam este sentimento de desolação, de dor e sofrimento, denomino isto de angústia pública. Sofrimento que, talvez, nos torne mais impotentes do que aquela angústia de ordem propriamente pessoal. A angústia pública é uma espécie de trauma permanente. É uma ferida aberta que não tem cura e que não sabemos ainda onde encontrar o remédio.

A conexão problematizadora entre a psicologia das emergências – o trauma, e a angústia pública é um tema delicado. De difícil aproximação e, talvez, de

---

<sup>3</sup> Um conceito de esfera pública mais conhecido é o de Habermas (1997, p. 92) “esfera ou espaço público é um fenômeno social elementar, do mesmo modo que a ação, ator, o grupo ou a coletividade; porém, ele não é arrolado entre os conceitos tradicionais elaborados para descrever a ordem social. [...] A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos.” Também são conhecidas as críticas para Habermas, dirigidas à sua concepção própria daquela época e de suas circunstâncias burguesas. Para Thompson (2002, p. 155), “Habermas sugere que, embora os foros tradicionais que deram oportunidade à esfera pública tenham diminuído ou desaparecido, a idéia de uma esfera pública poderia ser reativada numa base institucional diferente. O problema com esta sugestão é que o desenvolvimento dos meios técnicos transformaram, dramaticamente, a natureza da comunicação de massas e as condições em que ela se dá, a tal ponto que a idéia original de esfera pública não pode ser, simplesmente, reativada em bases novas”. Mais adiante, Thompson afirma ainda que, “a segunda razão porque a idéia de esfera pública é de importância limitada, hoje, é que a idéia esta ligada, fundamentalmente, à noção de formação de opinião participativa”. Deste modo, não há necessidade de formulação de outro conceito pois entendo que a concepção de Habermas é útil para a compreensão do significado de angústia pública. Aliás, apesar das críticas, Thompson (2002, p. 157) conclui que “o primeiro trabalho de Habermas sobre a transformação cultural da esfera pública não ofereça uma explicação satisfatória destes processos, ele representa uma contribuição valiosa, e até certo ponto negligenciada, para uma tal explicação, e seu desenvolvimento continua mais importante que nunca”.

impossível representação. Estamos passando por situações de desastres e calamidades no Brasil e no mundo. A pesquisa busca minimizar conseqüências e prevenir através de ações, que possam diminuir o impacto de tudo isto na vida das pessoas.

O desafio diante da crise, principalmente em uma situação inesperada, significa um momento de dor e sofrimento, mas também pode representar uma oportunidade de crescimento, contribuindo para a formação de novas posturas em relação à vida.

Prefiro expor o trabalho<sup>4</sup> relacionando, sempre que possível, questões teóricas, correntes e autores, com as minhas experiências pessoais e profissionais. No desenvolvimento do trabalho há uma “certa” diluição das questões metodológicas e teóricas junto com os “achados” da pesquisa. Como disse, as perguntas abrem e fecham as possibilidades do conhecimento. Impossível pesquisar, comparar teorias e suas validades sem que haja parâmetros de hierarquia considerando desejos e obrigações institucionais. Não há prática científica sem juízos de valor.

---

<sup>4</sup> São pertinentes alguns esclarecimentos sobre o desenvolvimento deste trabalho: as narrativas se originaram de trabalhadores do SAMU e não considerei relevante distinguir a categoria profissional; a expressão “socorristas” não é utilizada oficialmente no âmbito dos SAMUs, porém, quando necessário para uma melhor compreensão recorro a esta palavra; com frequência, utilizo trechos das narrativas entre os parágrafos do meu texto como uma mensagem mais sutil, ou seja, nem sempre haverá uma relação direta e explícita com o tema que está sendo desenvolvido.

## 2 A CONDUÇÃO DESTA PROCURA

“Desçamos ao inferno da vida cotidiana e logo vemos como as teorias tidas como inabaláveis caem nas dúvidas do purgatório” (PAIS, 2003, p. 48).

A ciência, seja qual for, necessita da imaginação. Então, freqüentemente essa imaginação é alimentada pelo nosso imaginário. Não podemos separar. Não existe uma inteligência fria e pura, unicamente lógica. A inteligência inclui as paixões, as emoções e também o imaginário. Conseqüentemente, quando pensamos em educação, se você não busca o imaginário na pintura, o imaginário no romance, o imaginário na poesia, você tem uma educação muito pobre. O imaginário se comunica com a realidade e a realidade se comunica com o imaginário.../... (MORIN, 2005, p. 1).

Sei, ou imagino, que o contato com a realidade nas missões de socorro dentro das ambulâncias, os relatos dramáticos dos trabalhadores do SAMU e tudo que via dentro do Hospital de Pronto Socorro, na “sala de poli (politraumatizados)” e na de queimados, enfim, todo o trabalho empírico realizado me indicavam dois questionamentos principais: o primeiro caminho era de estratégias de intervenção e estava ligado com as questões práticas do clima emocional, que se origina das situações imprevistas, e busca criar indicadores de ação diante do tema dos primeiros auxílios psicológicos. Isto é, buscava elementos práticos e concretos.

O segundo caminho me instiga a uma elaboração teórica, aparentemente oposto ao anterior, baseado na reflexão, na epistemologia e na condição existencial diante da frágil relação entre a vida e a morte, desencadeada nas situações de emergência. E aí o tema da representação disto tudo que eu não conseguia formular como problema. Parecia algo indizível, impossível de ser representado. Como traduzir em palavras, e na escrita, todos aqueles sofrimentos, aquelas tragédias?

Procuro uma “teoria do tudo” que dê conta daquilo que vejo e sinto, que dê conta de esclarecer as perguntas e de achar respostas para as minhas perplexidades. Encontraria isto no “problema epistemológico da complexidade” de Edgar Morin? Na “teoria temporal do psiquismo” de Alfredo Moffatt? Na “teoria das representações sociais” de Serge Moscovici? Na “psicossomática reichiana”? No

método EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing? Ou no “dispositivo” de Michel Foucault ?

Considerando estes questionamentos acima e o desenvolvimento deste trabalho, saliento que os subsídios teóricos, que fundamentam e organizam as idéias, nem sempre são explicitados como relação direta com o autor ou concepção teórica, mas muitas vezes estão presentes, seja como atitude frente à realidade, seja como norteador de novos questionamentos. Creio que esta quase óbvia constatação tenha mais a ver com o modo de estruturação da pesquisa e com a escrita de seus resultados, como coloca Bourdieu (1989, p. 24), “é somente em função de um corpo de hipóteses derivado de um conjunto de pressuposições teóricas que um dado empírico qualquer pode funcionar como evidência”.

Colocado de outra forma, as questões teóricas da pesquisa não estão restritas somente a este capítulo. Cabe esclarecer, também, que a validade na utilização de autores díspares nas concepções gerais, mas pertinentes quanto aos focos temáticos, é um recurso que por um lado, mostra a complexidade das idéias e das práticas e, de outro, procura mostrar que a busca de alternativas ainda encontra-se no ir e vir da práxis. Isto não é nenhuma novidade, mas penso que serve para identificar as referências de como construí este trabalho, isto é, “a realidade não existe independente do nosso modo de acessá-la. Isso significa que é nosso acesso à realidade que institui os objetos que a constituem” (SPINK, 2000, p. 28).

A palavra compreensão é utilizada, neste trabalho, considerando o ponto de vista da Hermenêutica. No dizer de Rabuske,

De algum modo, devo ‘colocar-me dentro do outro’. Devo aceitar hipoteticamente as idéias e valores do outro. O advérbio ‘hipoteticamente’ tem a função de manter a diferença entre compreender e aceitar. Posso compreender por exemplo, a atitude dum amigo, sem aceitá-la (RABUSKE, 1987, p. 70).

Para Ladrière,

O termo ‘compreensão’ pode ser entendido em dois sentidos: designa, ou um modo de participação afetiva, ou uma reconstrução hipotética.../...a

elaboração de tais princípios coloca em jogo, necessariamente, o sujeito que interpreta e a compreensão que ele possui de si mesmo. Em outras palavras, toda compreensão hermenêutica do comportamento de outrem é, ao mesmo tempo e necessariamente, uma auto-compreensão do sujeito que interpreta por ele próprio (LADRIÈRE apud RABUSKE, 1987, p. 71).

Como proposição para uma abordagem não reducionista, considero a epistemologia de si mesmo um dos pressupostos da tarefa de diminuir o sofrimento. Este tema é abordado na parte intitulada “Casca Grossa e Lágrimas nos Olhos”. Assim como ainda hoje observamos reducionismos na psicologia, também há reducionismos nos atendimentos de trauma.

Há uma necessidade de preencher a superficialidade e a velocidade do modo de abordar estes temas “espinhosos”. Parece que há uma fuga destes obstáculos epistemológicos, aparentemente identificados como “elucubrações” de difícil encaixe no tema do trauma. A dificuldade de construir uma “ponte” entre uma situação bem concreta (como a narrativa, epígrafe da Apresentação) com a filosofia, está ligada às próprias dificuldades do senso comum reducionista de parar para pensar o que está acontecendo na realidade. Muitas vezes a “comunidade acadêmica” reproduz o que combate exatamente pela pressa e por uma ilusória busca de objetividade e clareza, que julga encontrar negando as contradições e fingindo que elas não existem, principalmente pelas “perdas narcísicas” que provocam: algo como correr das suas próprias pegadas com medo de suas marcas.

Reduccionismo significa uma simplificação excessiva, e básica, quase sempre não enxergando a complexidade do todo e reduzindo o objeto de estudo a uma de suas partes.

Debruçar-se sobre o tema do não-reduccionismo significa a construção do “lugar de ver” para uma ação condizente com os desafios postos por um acontecimento-limite, pois como afirma Dattilio:

[...] as implicações dos estudos culturais sobre o trauma vão além dos índices diferenciais de expressão dos sintomas. Como o trauma é entendido e até mesmo a relevância de como os ocidentais compreendem a idéia de seqüelas psicológicas de um evento entram em questão quando a cultura é significativamente diferente da nossa (DATTILIO, 2004, p. 221).

O principal reducionismo na psicologia percebe-se já nos conteúdos curriculares dos cursos de graduação e de pós-graduação, pela ausência de disciplinas sobre as psicoterapias corporais. Wilhelm Reich e as abordagens de inspiração neo-reichianas são desconhecidas da absoluta maioria dos alunos, como pude constatar ministrando oficinas nas principais universidades gaúchas. Comentando sobre reducionismos, referindo-se à Psicologia Social, Moscovici alerta (2004, p. 386) que não quer “que nossa teoria se retire da psicologia social para a sociologia, através de uma epistemologia reducionista, que é amplamente adotada”.

Por esta via, se percebem também os reducionismos da psicologia nos atendimentos de emergência, principalmente pela sua ausência nos debates, nos protocolos de atendimento e nas práticas de socorristas. O fenômeno da ausência é uma modalidade de reducionismo, pois ainda que existam teorias à disposição, estas ainda não chegaram no atendimento concreto à população. Como exemplo, podemos citar a realização do I Congresso da Rede Nacional SAMU 192, realizado em março de 2006, em Brasília, cujo conteúdo de psicologia ficou restrito às abordagens específicas da psiquiatria.

A política das instituições não valoriza, ou dá importância, ou mesmo compreende quais as necessidades emocionais das pessoas que estão sendo atendidas no dramático cotidiano do trauma. Aliás, muitas vezes fiquei com a impressão que nem as próprias vítimas, e pacientes, percebem quais são as suas necessidades e o que pode acontecer para minimizar o sofrimento que estão passando.

No período de coleta de informações comecei a duvidar se o tema dos primeiros auxílios psicológicos tinha alguma relevância. Em nenhum documento via referências sobre o tema, as pessoas davam a impressão de não compreender o que eu queria pesquisar. Não percebi nas falas deste Congresso do SAMU indicado acima, nenhuma referência sobre as necessidades psicológicas das vítimas de atendimento pré-hospitalar móvel e também na publicação do Ministério da Saúde, intitulado Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006). Trata-se de uma contradição interessante, se pensarmos que criar estratégias de sobrevivência diante dos impactos provocados por desastres naturais, e atualmente também os

provocados pelo seres humanos, faz parte da história humana. Ainda assim, parece que estudos sobre as conseqüências psicológicas nos desastres são recentes, pois o enfoque sempre esteve dirigido à organização dos serviços de emergência mais voltado à defesa civil. Na convivência com o pessoal do SAMU, percebia interesse e críticas sobre a inexistência destas discussões. E, ao mostrar que o tema não é discutido, já está iniciada a discussão, aliás, esta tese pretende ser uma contribuição neste sentido.

Diante disto, na tentativa de buscar respostas de como colocar em prática a psicologia das emergências, procurei uma melhor capacitação ao que me propunha pesquisar. Assim que, concomitante às etapas de elaboração da pesquisa, conclui um Curso de Formação em Defesa Civil, e também fiz uma formação em EMDR, em Buenos Aires.

Deste modo, estas aprendizagens estão “incorporadas” neste trabalho, especialmente o método EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares, que relaciono com a Teoria das Representações Sociais, na perspectiva de entendimento (e superação) das experiências traumáticas.

Desde já, cabe referir que a representação não é aquilo que mais se aproxima da coisa, no sentido de relação sujeito-objeto, mas a própria coisa, considerando Foucault:

[...] não que a palavra seja imperfeita, nem que, em face do visível, ela acuse um déficit que se esforçaria em vão por superar. Trata-se de duas coisas irreduzíveis uma à outra: por mais que se tente dizer o que se vê, o que se vê jamais reside no que se diz; por mais que se tente fazer ver por imagens, por metáforas, comparações, o que se diz, o lugar em que estas resplandecem não é aquele que os olhos projetam, mas sim aquele que as seqüências sintáticas definem<sup>5</sup>. (FOUCAULT, 1966, p. 25).

---

<sup>5</sup> A edição de 1999, traz diferenças de tradução, problema bastante conhecido entre nós, contudo penso que, substancialmente, a mensagem é a mesma, exceto na expressão ‘imperativa’ que, com maior rigor, pode alterar o sentido da frase. Eis a tradução de 1999: “Não que a palavra seja imperativa e esteja, em face do visível, num déficit que em vão se esforçaria por recuperar. São irreduzíveis uma ao outro: por mais que se diga o que se vê, o que se vê não se aloja jamais no que se diz, e por mais que se faça ver o que se está dizendo por imagens, metáforas, comparações, o lugar onde estas resplandecem não é aquele que os olhos descortinam, mas aquele que as sucessões da sintaxe definem” (FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 12).

Se não existem fatos, mas interpretações de fatos (NIETZSCHE, 2006), o passado pode ser modificado, na medida em que podemos mudar a representação dos fatos acontecidos. Esta é a uma das tarefas da psicoterapia. No EMDR significa apontar as crenças negativas, verificar o seu grau de perturbação e descongelar em direção as crenças positivas, oportunizando a elaboração para um outro sentido da experiência. O processamento desta tarefa é a direção e o sentido para sair do trauma, da pior imagem para novas representações sociais apoiada em uma identidade mais forte e estável, que possa dar conta da maior causa do sofrimento humano: a impermanência.

Com eficácia empírica corroborada em dezenas de artigos científicos (SHAPIRO, 2001; LESCANO, 2004) o EMDR é um método recomendado por órgãos oficiais da França, EUA, Suécia, Holanda, Irlanda, Reino Unido, entre outros. A técnica integra, principalmente, elementos da psicologia cognitiva e da neurofisiologia através de um protocolo que inicia com a evocação de uma memória do trauma (a “pior imagem”) relatada pelo cliente e segue considerando as crenças positivas e negativas e demais intervenções verbais associadas às técnicas de movimentação ocular “que parecem permitir que as informações sejam liberadas e processadas” (SHAPIRO, 2001, p. 136).

O processo de EMDR trabalha com a identificação das memórias que formam os autoconceitos e comportamentos chamados de negativos, no sentido que “a maioria das patologias deriva de experiências anteriores de vida que põem em movimento um padrão continuado de afetos, comportamentos e cognições e conseqüentes estruturas de identidade” (SHAPIRO, 2001, p. 16). Deste modo, a vulnerabilidade psicológica também depende das representações sociais existentes na pessoa. Por conseguinte, pode-se dizer que existe uma vulnerabilidade preexistente que também está condicionada às situações traumáticas já vividas. Moscovici (2004) diz que, nossas representações são também instituições que nós partilhamos e que existem antes de nós termos nascido dentro delas: nós formamos novas representações a partir das anteriores ou contra elas. E segue, “as atitudes não expressam conhecimento como tal, mas uma relação com certeza e incerteza, crença ou descrença, em relação a este conhecimento” (MOSCOVICI, 2004, p. 319).

A memória trabalha com abstrações, ou seja, se estou lembrando de um acidente de moto ou de um olhar da minha primeira namorada, isto não significa que ao evocar estas lembranças estarei reproduzindo em minha mente a moto e os olhos dela, mas sim uma espécie de dupla tradução: entre a realidade e a sua representação na memória e entre esta representação e o que foi evocado. Este é o enigma do signo, do significante e do significado e também o mistério de como se constituem em representações sociais que, “não são apenas tributárias do passado, elas são também passagem para o futuro: está se construindo hoje o acervo cognitivo-afetivo com o qual se lidará com o amanhã” (ARRUDA, 2002, p. 70).

Podemos supor, então, que este armazenamento de recordações também possui um padrão que é o próprio processamento das informações que provem ao mesmo tempo de uma rede neuronal e de uma rede social. Shapiro, coloca que:

Uma das premissas básicas do EMDR é a de que a maior parte das psicopatologias se baseia em experiências remotas de vida. O objetivo do tratamento com o EMDR é o de metabolizar de forma rápida o resíduo disfuncional do passado e transformá-lo em algo útil. Em essência, com o EMDR a informação disfuncional sofre uma modificação espontânea em sua forma e conteúdo – incorporando *insights* e afetos que acrescentam algo ao cliente, ao invés de o autodepreciarem (SHAPIRO, 2001, p. 6).

O que está implícito é a própria relação da onipotência do pensamento e as possibilidades destes se tornarem atos e tarefas que se constituem no projeto de vida.

Quem já não curtiu o processo de ter uma idéia e de realizá-la? Esta é uma fonte segura de prazer e faz parte do agir humano. Também podemos nos perguntar como uma idéia surge e como se mostram os meios de concretizá-la. Esta é uma das tarefas postas pela Teoria das Representações Sociais. Segundo Moscovici,

a representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação (MOSCOVICI, 1978, p. 28).

Este conceito, formulado a partir da sua obra *A Representação Social da Psicanálise* (1978), possui desdobramentos no livro intitulado “*Representações Sociais – investigações em Psicologia Social*” (2004), cuja Introdução de Gerard Duveen, da Universidade de Cambridge, nos diz que: no coração deste projeto esteve a idéia de construção duma psicologia social do conhecimento e é dentro do contexto deste projeto mais vasto que seu trabalho sobre representações sociais deve ser visto” (MOSCOVICI, 2004, p. 8).

Logo em seguida, para um melhor esclarecimento, ele apresenta um trecho de como o próprio Moscovici entende o tema:

Há numerosas ciências que estudam a maneira como as pessoas tratam, distribuem e representam o conhecimento. Mas o estudo de como e por que as pessoas partilham o conhecimento e desse modo constituem sua realidade comum, de como elas transformam idéias em prática – numa palavra, o poder das idéias – é o problema específico da psicologia social (MOSCOVICI, 1978, p. 32).

Em síntese, o método EMDR é psicossomático ao abordar numa técnica a mente e o corpo. É funcional, vem obtendo ótimos resultados e potencialmente mantém-se aberto na valorização das representações sociais. Ou seja, pelo seu caráter interdisciplinar, permite facilmente uma conexão problematizadora com as dimensões destacadas neste ensaio: a epistemologia, a complexidade e o não-reducionismo.

Dimensões estas que estão sublinhadas nas construções dos lugares de saber ver, de saber perguntar e de identificar as brechas, no sentido de favorecer o melhor possível às exigentes questões nas situações limites de emergência.

É um debruçar-se sobre a paradoxal constatação que o trabalho concreto e muito prático, exigência primeira nos atendimentos de trauma, necessita, para sua eficácia, de uma reflexão profunda que contemple os temas das gêneses dos pensamentos e das ações.

Neste trabalho não há uma recorrência única ao conhecimento científico. As análises de Foucault das formações discursivas e não discursivas também navegam entre parâmetros científicos e não científicos. Como colocam Tesser e Luz:

[...] ensaiando um desdobramento disso na pesquisa biomédica, toda uma nova metodologia de teste terapêutico poderia ser desenvolvida para melhorar e adaptar os modelos altamente restritivos, hoje em vigor, na validação científica de intervenções, até para poder abarcar a participação mais ativa dos próprios doentes nos seus tratamentos. Tal metodologia não precisaria estar somente atrelada às teorias aceitas na biociência, mas antes poderia ser plural sob o ponto de vista teórico, adaptando-se às distintas concepções, práticas e saberes de outras medicinas, também buscando testar e ou comparar tais saberes/práticas. Essa metodologia poderia ser altamente apegada à evolução clínica dos doentes, como âncora empírico-pragmática, de modo a libertar a terapêutica das definições de doenças, tanto da biociência como de outras teorias ou interpretações, bem como respeitar e relativizar estas definições (TESSER e LUZ, 2002, p. 365).

As formações discursivas são constituídas por práticas discursivas sendo estas definidas por Foucault,

[...] como um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma época dada, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 1972, p. 127).

Salienta ainda que a prática discursiva não pode ser confundida

[...] com a operação expressiva, pela qual um indivíduo formula a idéia, um desejo, uma imagem; nem com a atividade racional que pode ser acionada em um sistema a de inferência; nem com a 'competência' de um sujeito – que – fala quando constrói frases gramaticais (FOUCAULT, 1972, p. 127).

Neste sentido, esclarece Machado:

[...] o que interessa à arqueologia não são discursos possíveis, discursos para os quais se estabelecem princípios de verdade ou de validade a serem realizados; ela estuda os discursos reais, que foram efetivamente pronunciados e que se apresentam como uma materialidade (MACHADO, 1981, p. 147).

Cabe lembrar, também, que Foucault (1972, p. 146) conceitua discurso<sup>6</sup> como “um conjunto de enunciados, na medida em que provém da mesma formação discursiva”. Por enunciado entende-se uma modalidade de existência de signos “modalidade que lhe permite estar em relação com um domínio de objetos, prescrever uma posição definida a qualquer sujeito possível, estar situado entre outras performances verbais, estar dotado, enfim, de uma materialidade repetível” (FOUCAULT, 1972, p. 134). No dizer de Machado (1981, p. 170), “é através do enunciado que se tem o modo como existem essas unidades de signos, ele (o enunciado) lhes dá as modalidades particulares de existência, estipula as condições de existência dos discursos”. Neste sentido, continua, “descrever um enunciado é descrever uma função enunciativa que é uma condição de existência” (MACHADO, 1981, p. 170).

Formações discursivas e não discursivas, micro/molecular e macro/molar constituem-se como referências iniciais para dar conta da problematização e vulnerabilidade<sup>7</sup> desta relação, que chamo de situações limites (acidentes, desastres) com angústia pública. Como referido, é uma busca propositiva que se pretende abarcando um todo, identificando nele as suas partes e vice-versa, identificando o todo nessas partes. Algo como apontado pela síntese de Maffesoli (2004, p. 70), “em ‘animal humano’ há também ‘animal’. Em ‘natureza humana’ há também ‘natureza’”.

---

<sup>6</sup> Discurso - Darnton (2004) contrapõe que, “se toda a expressão pode ser entendida como “escritura” (Barthes), interpretada como discurso (Michel Foucault), reduzida a tropos (Hayden White), jogada como jogos de linguagem (Wittgenstein), compreendida como atos de discurso (Austin) ou lida como texto (Paul Ricoeur), então, por mais que se busque um chão sólido, se é condenado a vagar a esmo num ermo semiótico”. Busco superar isto que Darnton chama de “ermo semiótico” tendo como pressuposto uma atitude epistemologicamente compreensiva e que se aproxima de uma fenomenologia como método, pois é esta integração, ou simbiose, que produz a compreensão. Como coloca Morin(1977), a perspectiva de pesquisa colada na obsessão de dominar o objeto do conhecimento, cede lugar a uma disposição para se superar junto com ele...

<sup>7</sup> Vulnerabilidade - O tema da vulnerabilidade nos acidentes e desastres remete às desigualdades sociais, à exclusão e, obviamente, ao tema das relações de poder tão significativo para a psicologia social. Nesta questão, pode ser utilizado o conceito de dispositivo (FOUCAULT, 1984, p. 181) que enfatiza a identificação de estratégias de poder, não de um poder centralizado, o do Estado; mas um poder circular que perpassa as pessoas. Portanto, “não o rei em sua posição central, mas os súditos em suas relações recíprocas: não a soberania em seu edifício único, mas as múltiplas sujeições que existem e funcionam no interior do corpo social”. Ou seja, o conceito de dispositivo poderia ser utilizado para dar conta de compreender o que se estabelece nos primeiros auxílios psicológicos nos atendimentos de emergência.

Concordo com Demo (1997, p. 159), “quanto mais um esquema é simples, mais é transparente, mas menos reflete a complexidade do real”. Dentro deste enfoque, acrescenta Morin (1996, p. 31), “isso quer dizer que seremos incapazes de ver bem se não formos capazes de olhar para nós mesmos.

Precisamos mobilizar o espírito para controlar nossos olhos, precisamos mobilizar nossos olhos para controlar nosso espírito”. A compreensão deste inacabamento é o que permite sensibilizar-se à mudança. Mudança no perguntar, mudança no olhar que, por sua vez, podem operar a transformação daquilo que, muitas vezes, é visto como um fenômeno isolado. Como por exemplo, um desastre, um acidente ou uma catástrofe. Neste tema das emergências,

há muitas variáveis que determinam como alguém será afetado pelo estresse traumático, incluindo a idade, experiência, expectativas, interpretações, entendimento e percepções do evento traumático. A recuperação de um evento traumático pode ser influenciada pela personalidade, natureza dos estressores experienciados, recursos de enfrentamento, recursos de apoio e a natureza da adaptação, que pode envolver uma mudança positiva de caráter.(DATTILIO, 2004, p. 320).

Fixar-se nos termos, como faz a lógica clássica, é interromper o movimento e este é o pressuposto de uma inteligibilidade crítica, isto é, a relação posta é o que permite o avanço do conhecimento diante de toda esta complexidade.De acordo com Morin,

[...] a palavra complexidade é muitas vezes sinônimo de complicação, isto é, de uma tal imbricação de ações, interações, retroações, que nem o espírito humano nem um computador extremamente potente poderiam medir, ou mesmo discernir, os elementos e os processos desta teia emaranhada. Mas a complexidade não se reduz à complicação. É qualquer coisa de mais profundo, que emergiu várias vezes na história da filosofia. É o problema da dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra as palavras, com e contra o conceito (MORIN, 1984, p. 14).

É importante esclarecer que esta não é uma posição eclética. O ecletismo trata de juntar idéias que são extraídas de diferentes autores e correntes sem uma posição política clara. O que aparentemente é eclético, torna-se um avanço significativo na potencialização da vida e na captação da realidade.

## 2.1 Problema

[86 trecho]”... *a gente tem a idéia quando vai intervir que vai poder fazer alguma coisa, a idéia que a gente tem, vai chegar no local e vai poder mudar o curso das coisas. ..às vezes a gente não pode...acho que as histórias que a gente mais lembra ...justamente, são as que não podemos mudar o curso”.*

Nenhum conflito é puramente externo, posto que envolve um indivíduo complexo e interiormente dividido e nenhum conflito é puramente interno, posto que remete sempre para conflitos sociais (PAGÈS, s. d., p. 192).

A formulação do problema tem uma história que é importante relatar para uma melhor compreensão de todos os aspectos deste trabalho. No que segue, exponho que é impossível separar o dentro e o fora, pois um conflito não é só externo, já que diz respeito a um sujeito complexo que tem dúvidas quanto as suas percepções internas e, da mesma forma, nenhum conflito é puramente interno pois remete, em ato ou potência, para conflitos sociais. Por isto, o problema da pesquisa está totalmente implicado nas motivações pessoais.

Em outubro de 2002, para ingresso no Doutorado, encaminhei o Projeto intitulado “A Angústia Pública”, cujo objetivo era de investigar o que é, como se mostra, quais as implicações e alternativas possíveis de compreensão e/ou superação da angústia pública na vida urbana. E, como consta no projeto, o problema da pesquisa e suas questões têm a seguinte formulação e desdobramentos: 1. O que é a angústia pública? 2. Como a angústia pública constitui a subjetividade contemporânea na vida urbana? 3. Por que se constituem e quais as implicações na qualidade de vida dos indivíduos e das instituições?

Como universo empírico, propunha a realização de grupos focais assim considerados: 1. Meninos e meninas de rua (infância abandonada); 2. Adolescentes usuários de drogas (adolescência); 3. Adultos desempregados há mais de um ano (adultos); 4. Pacientes, homens e mulheres, internados na Unidade Mario Martins (agudos) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (instituição); 5. Socorristas e socorridos

do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) do Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre.

Neste período questionava-me se o problema formulado era adequado, se eu saberia o que fazer e se o método utilizado poderia mudar o curso das minhas inquietudes sobre a questão da angústia pública, pois “sabia” que para um falso problema, não há respostas.

Segundo Becker (1999, p. 43), “tal apresentação dos problemas de método deixa de lado uma fase crucial no desenvolvimento de qualquer trabalho de pesquisa: o processo através do qual adquirimos a hipótese a ser testada.” Este é o tema dos dilemas, das dificuldades e da clareza metodológica da pesquisa. Como atingir esta clareza, no sentido de melhor contribuir ao que realmente importa em uma pesquisa, a transformação da realidade?

Em abril de 2005, para o Exame de Qualificação, elaborei o Projeto “A Psicologia das Emergências”, com o **objetivo de analisar e propor alternativas em psicologia das emergências nas situações limites de acidentes com vítimas, traumas e desastres, particularmente nos atendimentos efetuados pelo SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre.**

Nota-se, com facilidade, uma expressiva redução do universo empírico entre as pesquisas de outubro de 2002 e a de 2005. Como síntese deste período ficou a seguinte questão: o que me interroga diante da psicologia das emergências é como se sair bem de uma situação-limite. É o desafio diante do que fazer quando, muitas vezes, não há mais nada para fazer.

Isto posto, **o problema da pesquisa é a compreensão da psicologia das emergências e como colocá-la em prática.**

Considerando a metodologia adotada, a identificação da trajetória da pesquisa, é imprescindível ter conhecimento dos aspectos mais subjetivos da tese, que aliás, entendo como determinantes em qualquer situação, no sentido que não existem objetividades, elas são subjetivamente determinadas.

A realidade é insuficiente para a mudança, há que mudar no imaginário. Com outras palavras, pequenas depressões resgatam a identidade, tornando mais vivo o processo de subjetivação e clareando o meu entendimento como pesquisador.

Por exemplo, duvido que o meu interesse pelo imprevisto – e pelo Pronto Socorro – não esteja associado a um acontecimento inesperado que me ocorreu quando tinha três anos. Na época, havia a tradição de aviões a jato lançarem bombas no Rio Guaíba, na “Semana da Asa”. A minha casa ficava próxima ao rio. Uma destas bombas estourou no ar, um estilhaço me atingiu e quebrei a perna. Em seguida, fui levado ao Pronto Socorro Municipal. Os jornais noticiaram, e, depois disto, tais manobras aéreas foram proibidas. Traumatizado, por muitos anos, não podia ouvir o assobio dos aviões a jato que me assustava muito e sempre me escondia embaixo da cama.

É assim que esta lembrança, não sei ainda bem por que, surge como um recurso de gênese. Que *processus*, pergunta Guattari,

[...] desenvolve-se em uma consciência frente ao choque do não habitual? Como se operam as modificações de um modo de pensamento, de uma aptidão para apreender o mundo circundante em plena mutação? Como mudam as representações deste mundo exterior, ele próprio em vias de mudar? (GUATTARI, 1990, p. 9).

Trata-se de investigar os pressupostos internalistas do pesquisador, suas motivações internas e o mapeamento do desenvolvimento destes processos com sugestões de melhorias nesta viagem. O *leitmotiv*, quase sempre intempestivo, das idéias e emoções da visão de mundo do pesquisador podem ser as raízes do seu projeto de pesquisa, e também do seu projeto de vida.

Os relatos denotam angústia, tristeza e, muitas vezes, espanto nas cenas dramáticas vividas pelo pessoal do SAMU. Mas, ou melhor, e também, aparece uma tensão neste agir estressante que, possivelmente, esconda – e proteja – quase engole, o estresse das agressões psíquicas.

Como dito anteriormente a psicologia das emergências estuda o comportamento das pessoas nos acidentes e desastres desde uma ação preventiva até o pós-trauma e, se for o caso, subsidia intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas e socorristas. O assunto se estende às questões que vão desde a experiência pessoal do estresse pós-traumático até os eventos adversos provocados por calamidades, sejam estas naturais e/ou provocadas pelo homem.

A questão principal esta nos modelos de intervenção existentes. O tema das emergências é atual, de relevância social e científica e, por conseqüência, a questão dos primeiros auxílios psicológicos: como ajudar as pessoas na compreensão e na ação diante de acidentes e situações inesperadas?

Neste sentido, parto da suposição, como hipótese básica, que diante de um acontecimento inesperado - um acidente, um desastre, são necessários procedimentos de primeiros auxílios psicológicos para o atendimento da(s) vítima(s).

Como foi salientado, a crise, principalmente em uma situação inesperada, significa um momento de dor e sofrimento, mas também pode ser uma oportunidade de crescimento, que desencadeie novas posturas em relação à vida. Pode fechar e abrir portas, favorecer novos caminhos e buscas. Então, quais as condições de possibilidade deste porvir? Quais as ações facilitadoras deste porvir? Quais os procedimentos utilizados e quais seus indicadores teóricos e práticos?

## 2.2 Método

- Mas de que maneira procurarás, Sócrates, aquilo que não sabes absolutamente o que seja? Dentre tantas coisas que desconheces, qual te proporás procurar? E, se por um feliz acaso te deparares com ela, como saberás que é aquilo que desconhecias?

- Compreendo, Menon, a que fazes alusão. Percebes tudo que há de capcioso na tese que me expões, a saber, que, por assim dizer, não é possível a um homem procurar nem o que ele sabe nem o que ele não sabe? Nem, por um lado aquilo que ele sabe, ele não procuraria, pois ele o sabe, e, nesse caso, ele não tem absolutamente necessidade de procurar;

nem, por outro lado, o que ele não sabe, pois ele não sabe nem mesmo o que procurar (PLATÃO, Menon 80d, apud PIETTRE, 2001, p. 78).

*“Eu estou a 8 anos no SAMU e escuto este ‘ideal’ que até agora não aconteceu. O que é ‘ideal’ ?” (Profissional do SAMU).*

O passado profissional condiciona a minha leitura daquilo que vi como observador participante nesta pesquisa sobre a psicologia das emergências. E de outro, o encontro com a minha própria narrativa me coloca no centro das minhas contradições (PAGÉS, [s.d.]).

Deste lugar, cabe considerar as experiências anteriores na área da saúde nestes 20 anos: coordenação durante 5 anos de um Convênio entre a Universidade Federal e a Secretaria do Trabalho e Ação Social do Estado, sobre Saúde Mental e Trabalho; coordenação de um Curso de Especialização em Saúde Pública; docente nos Cursos de Especialização em Medicina do Trabalho da UFRGS; docente e coordenador do 2º ano da Residência Interdisciplinar em Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro; coordenador da Divisão de Educação em Saúde da Escola de Saúde Pública e inúmeras Oficinas de Capacitação realizadas no Hospital de Pronto Socorro e em hospitais da rede privada e junto ao Movimento Nacional de Educação Popular em Saúde.

Olho para este relato e me ocorre a seguinte reflexão em dois momentos: o primeiro me remete à questão do viés, de objetivar a minha subjetividade, no que concordo com Clifford Geertz, que em uma entrevista publicada na “Folha de São Paulo”, de 18 de fevereiro de 2001, diz que:

todos nós somos, como se diz hoje, ‘observadores situados’. A única coisa que se pode fazer a respeito é ter a maior consciência possível desse fato e pensar nisso, não assumir que o modo como vemos as coisas é o modo como as coisas simplesmente são.../...o erro ocorre quando as pessoas não se conscientizam disso e simplesmente assumem que qualquer sensação que têm não precisa ser confrontada com a realidade.../...é preciso pensar sobre de onde as pessoas vêm, onde elas estão trabalhando etc.

Ou, como pergunta Bachelard (1986, p. 200): “Teu destino de filósofo é o de encontrar tua clareza em tuas contradições íntimas? Estás condenado a definir teu

ser pelas hesitações, pelas oscilações, pelas incertezas? Deves procurar teu guia e teu consolador dentre as sombras da noite?”

Adoto, quando necessário, a posição de Pagés (s.d., p. 17), na qual “a mistura de referências pessoais e de partes teóricas é deliberada”. Nesta via, a partir das observações realizadas em trabalhos de consultoria, em outubro e novembro de 2003, supus que os primeiros auxílios psicológicos nos atendimentos do SAMU eram inexistentes ou frágeis e sem um suporte teórico.

Considerei isto, observando e dialogando com os motoristas e técnicos de Enfermagem, nos mais de 20 socorros que acompanhei, na área metropolitana de Porto Alegre, bem como em conversas informais participando, como docente, nos eventos: I Curso de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência SAMU (23 de outubro de 2003), na 14ª Semana de Enfermagem do Hospital Pronto Socorro (14 de maio de 2003), na mesa-redonda intitulada “Ambiente de Trabalho com Qualidade de Vida” e no Programa de Gerenciamento e Capacitação de Equipes, em novembro de 2003. Também na tarefa de obter informações participei, ainda, das seguintes atividades: Curso de Formação em Defesa Civil –construindo comunidades mais seguras(80h), de outubro à dezembro de 2005; XII Semana de Enfermagem do Hospital de Pronto Socorro 2001 (tema:Terapêutica do estresse e educação); XIV Semana de Enfermagem HCPA 2002 (tema: Ambiente de Trabalho com qualidade de vida:você decide!); III Encontro Projeto repensando a criança(tema: escolha de RH para a sala de atendimento de urgência infantil); III Encontro Gaúcho da rede Brasileira de Cooperação em Emergências, set. 2005, (tema: O que significa atuar como rede); I Congresso da Rede Nacional SAMU, em Brasília, março de 2006 e, neste mesmo Congresso, participei de Curso Atendimento e Manejo de Emergências do Comportamento. Neste período, permanentemente, questionava-me se tinha informações para formular questões e quais eram os seus pressupostos. No dizer de Pais,

[...] na aplicação de métodos qualitativos os desenhos de investigação são emergentes e em cascatas, uma vez que se vão elaborando à medida que a investigação avança. Os questionamentos são contínuos e as reformulações constantes, em função de novos dados e de novas interpretações. Esta metodologia flexibiliza os procedimentos de investigação, permitindo uma adequação às múltiplas realidades que se vão descobrindo.../...os desenhos qualitativos são abertos:abertos ao inesperado, aos enigmas do social (PAIS, 2003, p. 146).

Este é o tema dos dilemas, das dificuldades e da clareza metodológica desta pesquisa. Como atingir esta clareza, no sentido de melhor contribuir ao que realmente importa em uma pesquisa, a transformação da realidade? Ou seja, é fundamental que:

a prontidão dos pesquisadores em questionarem seus próprios pressupostos e as interpretações subseqüentes de acordo com os dados, juntamente com o modo como os resultados são recebidos e por quem são recebidos, são fatores muito mais importantes para a possibilidade de uma ação emancipatória do que a escolha da técnica empregada (BAUER, GASKELL & ALLUM in BAUER e GASKELL, 2002, p. 35).

Perseguindo estes questionamentos iniciei com observações diretas “em campo”, acompanhando inúmeras missões de socorro, dentro das ambulâncias, observei turnos de trabalho no SAMU, plantões noturnos e na Sala de Politraumatizados do Hospital de Pronto Socorro, no período de abril de 2005 até julho de 2006. O trabalho de observação, do atendimento propriamente dito, iniciava logo após a indicação da equipe designada para o chamado. Em seguida, estava na ambulância, juntamente com a dupla de socorro, em direção à ocorrência. Neste momento, além da observação, ficava atento, para verificar a disponibilidade para conversar, conforme a ética na situação permitisse, no sentido de captar as interpretações sobre o que estava ocorrendo. Neste período também foram obtidas 96 (noventa e seis) narrativas (ANEXO C), nos grupos, sendo uma narrativa por pessoa, ou seja, 96 pessoas deram os seus relatos a partir da pergunta: - **De todo este tempo que trabalhas no SAMU, qual foi a história mais significativa nas missões de socorro?**

Este esforço, coloca Patton,

de detectar padrões, temas e categorias é um processo criativo que requer julgamentos cuidadosos sobre o que é realmente relevante nos dados. Como as pessoas que analisam dados qualitativos não têm testes estatísticos para dizer-lhes se uma observação é ou não significativa, elas devem basear-se na sua própria inteligência, experiência e julgamento (PATTON apud LÜDKE, 1996, p. 92).

Depois de organizar os dados, num processo de inúmeras leituras e releituras, foi possível voltar a examiná-los, já com um outro olhar, para tentar detectar temas e temáticas mais frequentes. Esse procedimento, culminou na construção de categorias, descritas na parte intitulada “A Psicologia das Emergências”. Assim que, não existiram normas fixas nem procedimentos padronizados para a criação das categorias, contudo os subsídios teóricos utilizados me auxiliaram para apontar caminhos diante das minhas perplexidades no transcorrer da pesquisa. Trata-se da relevância das abordagens teóricas, seja como objetivar a subjetividade, a “leitura da leitura” (FREIRE, 1983), seja como indicador do material empírico. Para Feyerabend (1991, p.39),

"[...] introduzir uma nova teoria implica mudanças de perspectiva tanto em relação aos traços observados como aos traços não observados do mundo, e as mudanças correspondentes nos significados dos termos, inclusive os mais 'fundamentais' da linguagem empregada. [...] a influência de uma teoria científica compreensiva, ou de algum outro ponto de vista geral, sobre nosso pensamento, é muito mais profunda do que o admitem os que a consideram tão somente como um esquema conveniente para a ordenação de fatos. De acordo com esta primeira idéia, as teorias científicas são formas de ver o mundo e sua adoção afeta nossas crenças e expectativas gerais e, como consequência, também as nossas experiências e a nossa concepção de realidade.

Como análise de documentos utilizei documentos de Congressos e seminários e o documento A Política Nacional de Atenção às Urgências (2006), dentre outros. A análise documental "busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse" (CAULLEY, apud LÜDKE, 1996, p. 40). São considerados documentos "quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano" (PHILLIPS apud LÜDKE, 1996, p. 39).

Deste modo, **o método desta pesquisa pode ser mais bem compreendido, desde as considerações feitas sobre complexidade, análise multirreferencial e de implicação.** Partindo desses pressupostos, então, dei continuidade à coleta de

informações sobre psicologia das emergências no SAMU, pois este é o órgão responsável por, “responder a todo tipo de chamado, no menor tempo possível: desde um conselho médico ao atendimento de uma catástrofe” (BRASIL, Resolução CFM nº 1.529/98).

Segundo Morin:

O modo complexo de pensar não é útil apenas para os problemas organizacionais, sociais e políticos. O pensamento que enfrenta a incerteza pode ensinar as estratégias para o nosso mundo incerto. O pensamento que reúne, ensina uma ética da aliança ou da solidariedade. O pensamento da complexidade possui, igualmente, seus prolongamentos existenciais, postulando a compreensão entre os humanos (MORIN, 2003, p. 77).

A análise multirreferencial de uma situação, de um fenômeno, se propõe à leitura plural e sob diferentes ângulos, evitando os reducionismos, ou seja, mais que uma posição metodológica, trata-se de uma decisão epistemológica (BORBA, 1997). É interessante observar que:

Toda hipótese pertence ao mundo das abstrações. Ainda que sua construção se tenha iniciado com a percepção de um problema bem real, ela em seguida foi explicitada e precisada ao longo da problemática, até expressar-se em um enunciado que põe em jogo um ou alguns conceitos que são essencialmente construções do espírito. (LAVILLE e DIONNE, 1999, p. 173).

A idéia de implicação sugere que o processo de construção de conhecimento não se limita e se efetiva sob uma determinada racionalidade. Pelo contrário, o conhecer se estabelece a partir de outros vários planos: das minhas motivações, dos meus desejos, de minhas projeções pessoais e identificações e da trajetória pessoal. Nesse sentido, podemos dizer que a relação entre sujeito e objeto propicia tanto o desvelamento do objeto como o desvelamento do sujeito. A implicação é entendida aqui como um:

Engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento (BARBIER, 1985, p. 120).

Nestas bases, **o método da pesquisa tem suporte na observação participante, definida como:**

Uma estratégia de campo que combina, simultaneamente, a análise de documentos, a entrevista de respondentes e informantes, a participação e a observação direta, e a introspecção. Os aspectos principais do método consistem no fato de o pesquisador mergulhar de cabeça no campo, de ele observar a partir de uma perspectiva de membro, mas, também de influenciar o que é observado graças à sua participação (DENZIN apud FLICK, 2002, p. 152).

Ainda na fase de elaboração de questões que melhor respondesse ao problema da pesquisa, a compreensão da psicologia das emergências e como colocá-la em prática, partia de um pressuposto de que todas as pessoas que tivessem passado por uma experiência de um acontecimento inesperado, como um acidente, ficariam traumatizadas e, além de serem consideradas vítimas, teriam sintomas de estresse pós-traumático. Por isto elaborei perguntas que tinham a ver com esta hipótese, que no meu entender eram mais que hipótese, pois pareciam que não só estava no Código Internacional de Doenças (CID 10), como também já faziam parte das representações sociais sobre o tema.

Assim que, inicialmente, na minha primeira elaboração constavam perguntas, tais como:

Como se mostram as suas reações? O que a pessoa socorrida tem a dizer sobre o que lhe ocorreu? Como ela avalia o socorro, que pensamentos e sentimentos surgiram? Como ela avalia a prestação do socorro? Que assistência teve? O que foi importante na hora do atendimento? O que gostaria de ter recebido na hora? O que faltou e poderia ter acontecido no atendimento? Ela refere desamparo? Como as pessoas vitimadas compreendem a relação do episódio do trauma com a sua própria vida? Ela estabelece alguma relação e qual é esta relação? Por exemplo, será que ela atribui a si própria e/ou responsabiliza outras pessoas ou a sociedade pelo acontecimento? Existem referências causais pessoais como determinantes em um trauma, numa catástrofe, num desastre? A vítima imaginava que isto poderia acontecer um dia?

Logo nas primeiras entrevistas, constatei que eu queria que existissem sintomas de estresse pós-traumático e que as pessoas relatassem pesadelos, insônia, irritabilidade, disfunção do desejo sexual e outras dificuldades que eu gostaria de ouvir para que tudo desse certo segundo o que eu julgava que iria aparecer. Claro, já tinha conhecimento - e experiência – deste tipo de projeções do pesquisador. Mas quem pode afirmar que mesmo sabendo disto eu não poderia cair nesta armadilha?

Entretanto, uma vez arquitetada a problemática, ao aproximá-la dos primeiros dados empíricos, surge, continua e paralelamente, a necessidade de reconstruir os princípios teóricos previamente selecionados, tendo como parâmetro que:

A análise formal ou discursiva pode tornar-se – e em muitos casos ela se torna – um exercício abstrato, separado das condições sócio-históricas e despreocupado com o que está expresso pelas formas simbólicas, cuja estrutura ela procura revelar (THOMPSON, 1995, p. 34).

Ou seja, na medida em que não conseguia ler o real em toda a sua complexidade, percebia a necessidade de rever os princípios que vinha utilizando até então. Há, pois, que se fazer um enfrentamento para ultrapassar o que se delinea como “obstáculo epistemológico” (BACHELARD, 1986).

Considerando estas reflexões, ao invés de propor todas aquelas perguntas, **solicitava ao informante que relatasse o que aconteceu, seus primeiros pensamentos, sentimentos e reações.**

Na cena da ocorrência, quando havia esta possibilidade, ou no Hospital de Pronto Socorro, me apresentava à(s) pessoa(s) socorrida(s) e solicitava uma entrevista posterior sobre o acidente, obviamente conforme os padrões de consentimento informado.

Na entrevista episódica, a pessoa entrevistada apresenta uma narrativa de situações, como explica Flick:

na entrevista, presta-se atenção especial a situações ou episódios nos quais o entrevistado tenha tido experiências que pareçam relevantes à questão do estudo [...] o ponto de partida para a entrevista episódica é a suposição de que as experiências que um sujeito adquire sobre um determinado domínio estejam armazenadas e sejam lembradas nas formas de conhecimento narrativo-episódico e semântico. Enquanto o conhecimento episódico possui uma organização que se aproxima mais das experiências, estando vinculado a situações e circunstâncias concretas, o conhecimento semântico baseia-se em suposições e relações abstraídas destas e generalizadas (FLICK, 2002, p. 117).

As entrevistas, e os sujeitos da pesquisa, foram definidos conforme o desenvolvimento da pesquisa, sem a valorização de critérios de representatividade, mas considerando não somente o que é conhecido como “saturação dos dados”, mas também a mudança nos rumos considerando as necessidades postas pelas reflexões efetuadas a partir das observações feitas e das experiências de campo, ou seja, tratava-se de

selecionar casos ou grupos de casos de acordo com critérios concretos que digam respeito ao seu conteúdo, em vez de utilizar critérios metodológicos abstratos. A continuidade da amostragem se dá de acordo com a relevância dos casos, e não com sua representatividade (FLICK, 2002, p. 81).

Assim que, escolhi trabalhar mais com os relatos dos trabalhadores do SAMU do que com as entrevistas realizadas com as pessoas atendidas nas missões de socorro. Constatei que tinha muita informação e esta escolha se tornou fundamental para dar um rumo no trabalho que pudesse contemplar o problema e os objetivos da pesquisa. Um dos fatores determinantes foi que poucas vezes havia condições de gravar as entrevistas com os socorridos, não só pelas condições desfavoráveis do local, mas principalmente por questões éticas. Muitas vezes, eu não me sentia nem um pouco à vontade de recorrer ao gravador, pois julgava que a entrevista por si só já deixava as pessoas um pouco perturbadas. Complicado racionalizar isto, pois era algo que eu mais sentia do que tentava encontrar argumentos lógicos.

Portanto, quanto aos dados dos socorridos, ou seja, as “vítimas”, o material que dispus para análise foram as entrevistas que foram gravadas. As informações colhidas sem gravação eu registrava junto ao “diário de campo”, porque eram mais fragmentadas e também, importante salientar, isto diminuiu a minha ansiedade de registrar tudo no gravador. Outra coisa a ser considerada, como construção subjetiva, é o “fascínio do campo” (seja pelo acolhimento, seja pelas dificuldades de entrevistar

as vítimas), me conduziu mais à problemática dos socorristas. Esta leveza, e definição metodológica, permitiram uma melhor organização e, conseqüentemente, mais clareza na interpretação de tantas experiências vividas neste tempo da pesquisa.

Também arrisco afirmar que a mudança no interesse, no foco da pesquisa, das vítimas para os socorristas é semelhante à necessidade posta em um atendimento. Isto é, percebi que as necessidades dos profissionais, num sentido, é maior que a das vítimas, pois se a equipe não esta apta, não há socorro. Algo como se um adulto não colocar a máscara de oxigênio antes da criança, ele não conseguirá salvá-la.

Enfim, é uma relação e, neste caso, **a psicologia das emergências visa uma análise propositiva para dar conta da relação entre socorristas e socorridos**. Guareschi (2004, p. 52) diz que, “relação é aquilo devido ao qual algo (alguma coisa) não pode ser (existir) sem que haja outro.” Em outras palavras, alguma coisa que seja relação, para ser, necessita de outra. O ‘outro’ é intrínseco a ela, faz parte de sua própria definição “. Para Lane,

a subjetividade é construída na relação dialética entre o indivíduo e a sociedade e suas instituições, ambas utilizam as mediações das emoções, da linguagem, dos grupos a fim de apresentar uma objetividade questionável, responsável por uma subjetividade na qual estes códigos substituem a realidade (LANE, 2002, p. 17).

Outra posição interessante sobre este assunto é a de Maffesoli:

[...] o denominador de tudo isto é que não há um conceito preestabelecido: a pessoa constrói-se na e pela comunicação. Além disso, sem dar a esse termo um sentido mais restrito, ela tem um forte componente hedonista, isto é, todas as potencialidades humanas: a imaginação, os sentidos, o afeto, e não apenas a razão, participa desta construção. É isso o que permite falar de “abertura” da pessoa, abertura aos outros, abertura às diversas características do eu (MAFFESOLI, 1996, p. 310).

Estas questões podem carregar a ilusão de que o possível existe antes do existente, o não-ser antes do ser, como se o ser viesse encher o vazio, como se o real viesse a realizar uma possibilidade primordial (Deleuze, 1987, p.15). Questões

são possibilidades, que podem ou não se transformar em realidade. Ainda que originadas de um contexto vivido de alguma maneira, este porvir “não se pode antecipar, nem projetar, nem prever, nem predizer, nem prescrever” (LARROSA, 2001, p. 286).

Retomando os aspectos mais específicos sobre a metodologia deste trabalho, a pergunta que, a partir de então, deu a direção metodológica é de **como se mostra a ação dos profissionais do SAMU diante das situações-limite emocionais das missões de socorro?** Considerando estas reflexões sobre estas novas rotas da pesquisa e satisfeito com o total de 96 relatos, entendi que possuía material suficiente para proceder a análise e interpretação destes dados, obtidos junto aos profissionais do SAMU.

Estas narrativas foram colhidas em encontros com grupos de funcionários, organizados segundo a disponibilidade e orientação da coordenação do SAMU, juntamente com a enfermeira responsável pela capacitação no SAMU que, por sua vez, mostrava interesse e comprometimento para favorecer a pesquisa.

A técnica utilizada, que denominei “Histórias Significativas”, origina-se de três referências:

1. De incidente crítico de Flanagan que, segundo Flick (2002, p. 126), “pode ser vista como determinado tipo de ‘ancestral histórico’ da entrevista episódica com relação a algumas finalidades comuns. O método se aplica principalmente na análise de atividades e exigências profissionais.../...a técnica lida com situações claramente definidas no que diz respeito às intenções e aos efeitos, analisados a fim de tirar conclusões e fazer avaliações sobre a pessoa que age. É mais o acontecimento e menos o contexto situacional que está em foco.../...por ser essencialmente um procedimento para se coletar determinados fatos importantes com respeito ao comportamento em determinadas situações”. Ainda que pouco utilizado atualmente considere pertinente segundo o problema da pesquisa, além disso, relata Flick (op. cit., p. 127), “o método de Flanagan restringe-se, em geral, a um fragmento específico da experiência – particularmente acontecimentos problemáticos -, o que se justifica na pesquisa em que ele se aplica”;

2. Da técnica de grupos focais que, segundo Westphal (apud ROMERO, 2000, p. 59), “consiste numa sessão grupal informal de pessoas, que representam os sujeitos do estudo, para discutir vários tópicos de um tópico específico”;

3. Da técnica “re-trama”, utilizada em psicodrama, que adaptada, foi proposta como segue: é solicitado que cada pessoa lembre um acontecimento “marcante” nos atendimentos, e que seja significativo. Pode ter ocorrido recentemente, ou não, mas o evento relatado deve ter a participação direta do relator. É solicitado que sejam formadas duplas e que cada um escute a história um do outro. Na medida em que as duplas vão concluindo os relatos, pede-se que a dupla, segundo critérios próprios, escolha somente uma história que vai ser relatada para outra dupla. Formam-se então grupos com quatro pessoas e as histórias escolhidas pelas duplas serão relatadas novamente, quando, então, será escolhida uma história que será contada em um novo grupo formado de oito pessoas. Novamente, este grupo escolhe somente uma história que será relatada para todos. Ao final se escolhe uma história, que fica sendo a história escolhida por aquele grupo. A técnica é uma espécie de fotografia das interfaces indivíduo-função-grupo-organização-ambiente. A proposta de história significativa é uma técnica desenvolvida para identificar, a partir de histórias individuais dos componentes de um grupo, qual a história escolhida como sendo significativa. Significativo, no sentido que contém uma revelação interessante, que foi marcante e por isto é lembrada, “que deixou uma marca”.

Como alguns grupos propuseram que as narrativas fossem no grande grupo, pois gostariam de ouvir todas as histórias e, da mesma forma, como muitos se opuseram de “escolher” uma história sob a justificativa que “todas são importantes”, a proposta foi alterada no sentido de ouvir todas os relatos no grande grupo. Havia sempre uma postura de participar e contribuir, sendo que em todos os grupos a maioria dos participantes insistia para que isto fosse realizado sempre, que fizesse parte do trabalho e com muitos questionamentos críticos sobre a pouca frequência destas atividades no SAMU. Ocorre que, atualmente, esforços neste sentido estão suspensos pelo modelo de gestão adotado na Secretaria de Saúde do município.

Com a variedade e a "riqueza" do material produzido, certamente muitos outros estudos poderiam ser realizados. Assim que, como é possível constatar através das narrativas, considere os resultados obtidos satisfatórios para a pesquisa, ainda que parte das etapas do processo tenham sido modificadas em relação ao planejamento inicial. "Ainda bem", é a minha leitura.

A busca de categorias foi realizada depois das leituras dos relatos. As leituras prévias fizeram parte de uma primeira aproximação em relação ao tema das emergências, numa atitude de familiarização com o material. Foram recortes julgados significativos, dentre os vários pontos que as histórias apontavam. Para que estas categorias pudessem ser recortadas, os relatos foram lidos, considerando as interrogações da pesquisa e a minha própria perspectiva.

Estas pontuações ou definições de categorias ou tipologias são, na verdade, recortes artificiais de um relato, também artificialmente contínuo. Ao fazerem-se recortes, introduzem-se mudanças no plano da expressão, com conseqüentes mudanças no plano do conteúdo. Ao processo de substituição, na relação expressão/contéudo, chama-se comutação. É importante notar que as categorias indicam o ponto de intersecção, entre os dois planos da narrativa: o plano da continuidade ou diacrônico e o plano da descontinuidade ou sincrônico. Como nos diz Feyerabend (apud SILVA, s/d, p. 107), "o pluralismo teórico é melhor que o monismo teórico". É neste confronto entre continuidade e descontinuidade que se constrói o sentido, nos seus muitos contornos e variações.

### 3. A PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS

Trauma Urgência Emergência Situação-limite Acidente Inesperado Calamidade  
 Desastre Evento adverso Catástrofe Infortúnio Ameaça Desgraça Tragédia Fortuito  
 Flagelo Infelicidade Imprevisto Prejuízo Morte Dano Perda Aniquilação Socorro  
 Drama Dramático Pânico Estresse Crise Lástima Pena Aflição Dó Pesar Desespero

#### 3.1 Psicologia das Emergências: Tema de Angústia Pública

A psicologia das emergências postula, em primeiro lugar, a emergência do humano. Isto não significa ficar colado no drama, que é o emocionalismo e a paralisia diante da tristeza. Significa, atualmente, discutir e buscar as teorias e práticas que possam oferecer caminhos, sempre levando em conta a experiência e o contexto que aparecem as situações de crise. Os atendimentos de emergências mexem com todos nós. Basta contatar com os seus signos, como o de uma sirene, para despertar esta dificuldade tão humana de compreender as emergências no cotidiano. Ainda que todos estes relatos, e os que seguem neste trabalho, possam provocar muita tristeza e angústia, o fio tênue entre a emergência e a cotidianidade, nos deixa em dúvida sobre a compreensão possível entre o quanto algo anormal, torna-se banal. Como no relato abaixo, quando um colega, que escuta a narração, diz que dentro do caixão poderia haver um gato:

*(13) Num atendimento a gente sempre dobra, faz negócio, mas tem uma coisa que me marcou muito, foi uma vez, eu e o velho Aldo indo lá pras ilhas e tinha, a época de enchente e tinha aquelas palafitas totalmente ilhadas e nós passamos e tinha um caixãozinho branquinho pequenininho, um monte em volta, um monte de gente em volta na janela olhando e nada. Aquilo marcou muito. Um caixãozinho branco, coisa que... Isso marcou. O resto a gente tira de letra. Tem coisa assim... Mas isso é uma coisa... Aquele caixãozinho branco, pequenininho assim; aquela gente ilhada sem ter pra onde ir, com aquele corpo lá dentro, uma criança, sem estimativa. (-*

*“Mas era criança?”) Era uma criança; um caixãozinho pequenininho. (- “Mas podia ser um gato.”) Mas assim ó, mas ninguém tava nem olhando pra o caixão. Eles estavam pensando de como sair dali, decerto, com aquele caixão. Eles estavam num “mato sem cachorro”. Eu digo, quantas vezes a gente se encontra numa situação dessas, parecida, mas era uma criança...*

Acontecimentos inesperados fazem parte da história humana, das sociedades e está presente inevitavelmente na vida de todos nós. A questão das emergências é de como lidamos com isto: como as pessoas reagem e quais os efeitos nas suas vidas e como a sociedade responde através de suas instituições, dentre muitas outras dimensões e implicações que surgem nesta antiga problemática que convive conosco, no mínimo há 100 mil anos, quando surgiu o *homo sapiens*.

Estas relações de causa e efeito estão imbricadas, ficando difícil precisar todas as suas “nuances”, como se pode constatar olhando o quadro acima da epígrafe. Deste modo, a psicologia das emergências logo nos traz a pergunta “qual psicologia?” Para Elias,

[...] não há como evitarmos evocar o estado atual da psicologia como ciência. Sentimo-nos tentados a achar que ela deveria ajudar a explicar as diferenças constatadas de uma sociedade para outra, na maneira de as pessoas vivenciarem o tempo e se submeterem a sua disciplina. No entanto, tal como atualmente ensinada nas instituições acadêmicas, a psicologia não é de grande utilidade para isto. Tal lacuna se explica por várias razões, muitas das escolas dominantes da psicologia acadêmica parecem ter em comum a convicção de que é possível traçar uma linha divisória muito clara entre a psicologia propriamente dita e a psicologia social. Essa distinção repousa numa hipótese que tem, muitas vezes, o caráter e a força de um axioma aparentemente evidente por si só, e que desempenha um papel decisivo na orientação e na metodologia de toda uma série de ciências humanas. Esta hipótese estipula que a pesquisa científica referente aos indivíduos e a referente às sociedades podem ser conduzidas independentemente, como se fossem compartimentos isolados (ELIAS, 1998, p. 113).

E segue o autor, referindo-se à abordagem reducionista em psicologia:

A divisão institucional entre psicologia individual e psicologia social impede que se perceba que é impossível separar, numa mesma pessoa, as estruturas de personalidade sociais e comuns, por um lado, e as individuais e singulares por outro. Ela levou os psicólogos a quererem apresentar sua disciplina como uma ciência natural, adotando métodos de pesquisa correspondentes. Daí resulta uma situação meio estranha: a psicologia

individual seria, ao que apreço, uma ciência natural, e a psicologia social, uma ciência social (ELIAS, 1998, p. 114).

Há várias modalidades de clínica, mas geralmente a expressão refere-se à prática baseada na observação e análise de casos individuais, como na prática da psicoterapia em consultórios. Parece que para ajudar uma pessoa a sair de sua crise torna-se indispensável um consultório, um “setting” terapêutico e que, sem este enquadre, não há o que fazer. Isto é um princípio teórico que nega a realidade e o foco nas necessidades pessoais e institucionais, tais como um Pronto Socorro, um Hospital ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Os conhecimentos que se originam da psicologia clínica e da psicologia social, ou eram ignorados, ou considerados incapazes de superar as contradições que as equipes se deparam no dia a dia. O behaviorismo ainda é bastante referenciado, haja vista o disseminado uso da infeliz expressão “manejo” para explicar como lidar com pacientes psiquiátricos, por exemplo. Será que diante de um ser humano com dificuldades, podemos perguntar qual o “manejo” mais adequado? Parece que as pessoas podem ser tratadas como animais sob o pretenso argumento que perderam a razão. Até quando assistência será igual à exclusão?

O papel da psicologia nas emergências ainda é restrito apenas ao após do trauma, para minorar ou “mitigar” o sofrimento, tentando dar um sentido à experiência vivida. Uma das junções possíveis da clínica com a psicologia social reside numa fase anterior, como uma espécie de preparação ao incidente crítico, seja este oriundo de desastres naturais, tecnológicos e/ou produzido pelo ser humano.

Um claro, distinto, consistente e sábio conhecimento sobre epistemologia não serão suficientes para saber fazer uma necessária contenção num momento grave de um surto psicótico, ou mesmo para um atendimento numa situação de crise psicológica. Porém, este saber teórico pode sugerir mudanças no modo de ver e autorizar as mudanças necessárias para o agir profissional. Da mesma forma, uma compreensão lúcida das dimensões que compõem a psicologia social, seja considerando a abordagem individualista e as abordagens sociológicas, nas

perspectivas do sócio-culturalismo, das representações sociais ou do construcionismo, não será suficiente para qualquer que seja a intervenção.

Ou seja, entendo que a discussão psicologia social, ou sociologia da psicologia, tem relevância do ponto de vista epistemológico, mas torna-se parálitica se não conseguir dialogar com as práticas clínicas. Para que serve uma receita? Para fazer outra receita? Não, para fazer um alimento. Da mesma forma, podemos nos questionar se a psicologia entre nós produz mais receitas do que alimentos. Ou melhor, se produz uma receita que faz outra receita. Ou se produz uma receita apta para uma intervenção, apta para mudar o real. É neste contexto que:

a Psicologia Social trata da relação entre o ser humano e a sociedade; ela se centra na relação, mostrando que não há um sem o outro. Ela é a ciência do 'entre'. Na Sociologia se acentua mais a sociedade, o 'fora'. Já a Psicologia é tentada a acentuar mais o 'indivíduo', o 'dentro'. A Psicologia Social junta os dois, mostra que um é impossível sem o outro. (GUARESCHI, 2004, p. 9).

A questão é familiar nos debates da Psicologia Social. Lane (1995), referindo-se às discussões dos anos 80, disse que “a questão da indissociabilidade entre teoria e prática era o desafio da Psicologia Social - ela deveria avançar na sistematização teórica e, conseqüentemente, produzir efeitos práticos ou então se desenvolver numa prática que redundaria numa sistematização teórica”.

Insisto nesta relação teoria-prática da clínica com a Psicologia Social, porque são estas representações de conhecimento prático que orientam e subsidiam a ação, no sentido em que, “se quisermos influenciar a ação precisamos antes compreender o que embasa a ação” (SPINK, 2003, p. 49).

Acontece que, muitas vezes, o que é comumente chamado de coerência teórica esconde a ideológica miopia dos seus efeitos práticos, exatamente por estar dissociada das necessidades da realidade. Por isto a afirmação de que a realidade está proibida e é negada através do policiamento dos discursos e de práticas inovadoras sem espaço, ou sem o espaço necessário para as mudanças. Este policiamento é um dispositivo que mantém as hegemonias corporativistas nas instituições que costumam orgulhar-se das suas “linhas de ação” impedindo a

absorção de um pensamento capaz de trazer mudanças. Mas, afinal de contas o que se evita com isto? Quais as dificuldades de trabalhar concebendo a importância de junções, como a junção clínica e psicologia social?

Uma afirmação do tipo “a psicologia social é teórica e a clínica tem um papel mais prático” que registrei na Jornada de Intercâmbio Científico da Psicologia na Contemporaneidade, em agosto de 2005, na PUCRS, não responde às necessidades das pessoas em crise, que é o campo de trabalho da psicologia das emergências. Parece que tal posição reflete um pedagógico esgotado, condicionado pelas relações de saber/poder existentes nos cabos de guerra das instituições acadêmicas e que reforça as abstrações que, através de seus processos, perdem o seu objeto; tal é a rigidez e a ilusão que a vitória de uma destas posições poderá estabelecer a ordem necessária à superação dos desafios existentes. Tal hipótese me faz lembrar da sabida, pouco enfrentada, concepção de Pichón (2000) sobre os medos da mudança: medo de perder o que já conhece e medo de adquirir o que não sabe – as ansiedades depressivas e paranóides.

A capacidade de cada um de suportar eventos traumáticos é, aparentemente, uma característica dita “individual”. Mas, o quanto à conformação desta capacidade está condicionada pelas representações sociais, que apontam os parâmetros de aceitação ou não de comportamentos diante das situações traumáticas?

Moscovici (2004, p. 387), comentando o futuro da psicologia social, diz que o ser humano está num redemoinho de reducionismo e que a própria psicologia social contribui para isto “como se o ser humano não fosse complexo e cheio de contradições, não tivesse paixões e crenças, não estivesse sempre em tensão entre o conhecimento e a crença, tanto em sua vida pessoal, como nos movimentos sociais”. Esta afirmação aponta, e justifica, para os desafios de buscar os caminhos do pensamento e da ação na “existência confusa” (MOSCOVICI, 2004, p. 387) das pessoas.

Assim que, a angústia, além de ser um dos mais primitivos estados afetivos é uma experiência humana universal – quem de nós já não passou por esta experiência? A angústia nos acompanha no crescimento, na constituição da

identidade, de como vemos a vida, o amor e a morte. Ou, “como damos sentido ao mundo em que vivemos”, pergunta Spink (2000, p. 18).

Muitas perguntas foram formuladas nesta pesquisa, seja pela complexidade do tema, seja pela inexistência – do que tenho conhecimento - de dissertações ou teses sobre o assunto, gostaria de destacar que a questão do não-reducionismo, é o caminho que escolhi para achar as respostas necessárias, seja como reflexão epistemológica, seja como crítica aos modelos de intervenções existentes nas situações práticas para ajudar as pessoas - técnicos e vítimas - na compreensão e na ação diante de acidentes e catástrofes. Da mesma forma, os temas da epistemologia de si mesmo, da origem da ambigüidade e da complexidade podem servir de suporte para definir o objeto e o papel da psicologia das emergências.

A necessidade de lançar mão ao até então inconcebível exige prontidão para o novo, e isto só é possível se tivermos muito atentos não só às teorias que permitem uma ótima intensidade de trocas entre saberes, característica esta da interdisciplinaridade, como também uma postura prática que permita novas aquisições. Como já disse, pensar não a partir de algo, mas, sobretudo, sobre algo. Nunca há idéias e práticas universalmente válidas nos atendimentos ao trauma. Cada situação reveste-se de uma singularidade tamanha que se faz necessário também uma atitude apta para dar conta desta complexidade. Que atitude pode ser esta? E por que isto é particularmente importante nas situações de trauma ?

Em primeiro lugar, uma atitude de estar muito aberto ao novo, consciente do desafio de ver-se em situações complicadas que exigem criatividade e competência. Se para mudar o modo de agir torna-se necessário modificar a imagem que uma pessoa tenha de si próprio, é imprescindível que toda a ação conte com o auto-exame, a autocrítica, ou como denomino, como uma epistemologia de si mesmo.

Deste modo, para mudar o modo de agir há que propor mudanças em como a pessoa se vê na totalidade mente-corpo (interno) com o social considerado (externo). O trauma é a paralisação deste processo. É quando não encontramos a saída. O EMDR propõe instrumentos para (re) criar esta saída, permitindo assimilar e processar o objeto então paralisado. No trauma falta um modelo que dê sentido ao

acontecido, pois não há referência para a leitura daquela experiência, daquele fenômeno, isto é, falta uma representação adequada.

A insegurança diante do imprevisto e a possibilidade do impensado tornar-se realidade, como no ataque as torres gêmeas, podem nos levar à angústia pública. Diferente de um tsunami, que é um evento adverso da natureza (e portanto “dos desígnios de Deus”), os desastres provocados pelo ser humano são fontes de uma angústia ainda maior, possivelmente pelo seu caráter paradoxal (contraditório).

Deste abismo, como uma invasão de território, encontramos dispositivos de desterritorialização e reterritorialização. A pergunta — Isto pode acontecer comigo? Pode gerar pânico por antecipação. Talvez não ainda como uma patologia do DSM-IV, mas algo como um trauma do que ainda não aconteceu, tal a presença como força simbólica no imaginário das pessoas.

**Há que compreender a angústia pública desde a sua gênese, na situação limite, no acontecimento propriamente dito do acidente, do trauma, do desastre. Esta busca de compreensão é uma parte de um todo maior que, simultaneamente, ao mesmo tempo em que produz, também é produzida. O evento traumático é produto e causa de angústia pública e, como já disse, considero a psicologia das emergências como um tema de angústia pública.**

A palavra angústia deriva do latim e, segundo o Dicionário Aurélio, significa: 1. Estreiteza, limite, redução, restrição: angústia de espaço; angústia de tempo. 2. Ansiedade ou aflição intensa; ânsia, agonia. 3. Sofrimento, tormento, tribulação: A triste revelação acarretou o agravamento de suas angústias.

A angústia é um estado emocional e físico que envolve conflitos com forte discrepância entre processos interiores e as possibilidades de satisfazê-los. Ou seja, é uma emoção que tem como principal característica o fato de ser desagradável. Segundo Massermann (in TALLAFERRO, 1989) é um afeto desagradável que acompanha uma tensão instintiva não satisfeita. É um sentimento difuso de mal estar e apreensão que se reflete em distúrbios visceromotores e modificações de tensão muscular. Como propôs Wilhelm Reich (apud Tallafarro, 1989, p. 182), se o

mundo exterior só proporcionasse prazer e satisfação, não existiria nenhum fenômeno chamado angústia; mas como o exterior é fonte de estímulos desagradáveis e perigosos, a angústia existe.

Na etimologia da palavra angústia, em português, nem sempre é possível diferenciar os termos medo, ansiedade e angústia. Em alemão, Angst (literalmente significa medo), é traduzida para o português como ansiedade, seguindo a vertente da tradução inglesa anxiety ou como angústia. E, de acordo com a tendência francesa, teríamos angoisse. Angst deriva-se da raiz indo-européia angl – que remete a apertado, apertar, pressionar, amarrar. Na mesma raiz estão as palavras ágchein do grego (estrangular), angina do latim (sensação de sufocamento, aperto) e ámihas no antigo indiano (medo, angústia) (MARTTA, 2000, p. 23).

Freud, segundo Laplanche & Pontalis (1985, p. 60) utiliza a expressão “angústia automática” em Inibição, Sintoma e Angústia - obra de 1926 - como sendo “a reação do indivíduo sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações. De origem externa ou interna, que é incapaz de dominar”. Neste mesmo tema, em outra passagem, Freud diz ainda que:

[...] quando o ego é forçado a reconhecer a sua fraqueza, afoga-se em angústia: angústia de realidade, em face do mundo externo; angústia normal, ante o superego, e angústia neurótica, diante da força da paixão do id. A angústia está inegavelmente relacionada à expectativa: alguém sente, temendo que algo ocorra (FREUD, 1987, p. 286).

Referindo-se ao ‘Addendum C’ (ainda de Inibição, Sintoma e Angústia), segundo Rabinovich (1993) Freud afirma, pois, que a angústia surge como uma reação ao perigo de perda do objeto, isto é, à expectativa desta perda. Entretanto, como saber, pergunta-se o autor, quando essa separação provoca angústia, dor ou luto? A dor seria, pois, uma reação autêntica à perda em si, enquanto a angústia o seria em relação ao perigo que essa perda arrastaria consigo, o desvalimento físico e psíquico. A angústia, por esse caminho, seria também uma reação à perda, mas não uma reação genuína como a dor, mas uma reação ao efeito de deslocamento que a expectativa de desamparo, do trauma, tem sobre a perda “. A respeito da relação de angústia e medo, Rabinovich supõe que:

[...] que a palavra Angst, tal como é usada pelo criador da psicanálise, tem, mais que tudo, a função de apontar o campo semântico do medo, de tal modo que o próprio Strachey salienta que Freud não consegue estabelecer

as distinções feitas por ele mesmo entre Angst (angústia), Furcht (medo) e Schreck (terror) (RABINOVICH, 1993, p. 13).

Estes posicionamentos teóricos têm correspondência em palavras, que emergem do cotidiano: “não tenho tempo para nada”; “não consigo administrar o meu tempo” ou, ainda, “não consigo mais ter tempo para fazer o que eu gosto” são afirmações correntes. O senso comum nos diz que para compreender estas queixas que revelam uma angústia do dia-a-dia, basta trocar a palavra ‘tempo’ por ‘vida’. Por outro lado, acompanhando as equipes do SAMU nos atendimentos, escutei o que segue:

*“Àquela situação que a gente chega no meio do caos assim, que tu sabe assim ó, que tem que tomar uma resolução imediata, antes que as coisas não tenham mais como segurar...”*

Deste modo, este sujeito de todos os dias é o “a gente”, não o eu, não o eu mesmo, o “Dasein”. Obviamente não se trata de reduzir a angústia pública à concepção existencialista. Para esta filosofia, a angústia e o desespero deixam de ser sintomas para se tornarem categorias ontológicas, que propiciam acesso à essência da condição humana e do próprio ser. De acordo com Heidegger,

[...] todos são o outro e ninguém é ele mesmo. No uso dos meios de transporte, na leitura dos jornais, o homem cotidiano comporta-se como qualquer outro. Jogamos e alegamos-nos como ‘a gente’ faz; lemos, olhamos e julgamos como ‘a gente’ lê, vê e julga; achamos chocante o que ‘a gente’ acha chocante. ‘A gente’ não permite exceções, não tem segredos e suas possibilidades seguem caminhos bem fixos. ‘A gente’ pode responder por tudo, porque ninguém é responsável por qualquer coisa (HEIDEGGER, 1977, p. 143).

Sendo assim, isto que também é chamado de caráter patológico da organização social, intervém através de uma remodelagem da subjetividade, prejudicando, e muitas vezes extinguindo, as possibilidades de autonomia e de singularidade. Possibilidades, estas, que imagino serem as condições que possam dar conta de elaboração e superação das conseqüências de um evento traumático, pois “é certamente impossível pensar o ser humano fora de uma lógica do conflito. Mas a questão, talvez, seja a de pensar outra coisa, que não a subjetividade humana, pensar a subjetividade não humana” (GUATTARI, 1993, p. 10).

O *leitmotiv*, o pano de fundo, é o imprevisível, onde o tempo e a angústia estão casados, como muito bem coloca Rolnik:

[...] há sempre uma angústia pairando no ar. Angústia que tem uma face ontológica (medo de a vida se desagregar, de ela não conseguir perseverar; medo de morrer); uma face existencial (medo de a forma de exteriorização das intensidades perder credibilidade, ou seja, de certos mundos perderem legitimidade, desabarem; medo de fracassar); uma face psicológica (medo de perder a forma tal como vivida pelo ego; medo de enlouquecer). Esta angústia gera uma tentativa, sempre recomeçada, de abolição da ambigüidade. É isto que vai definir as diferentes estratégias do desejo. É em torno disto que se fazem todos os dramas, todas as narrativas, todas as personagens, todos os destinos. Dá para dizer que esta angústia é a própria nascente dos mundos (ROLNIK, 1989. p. 49).

A dimensão fundamental é a análise das situações de emergência e as reações que podem produzir em abordagem simultânea. Na dimensão micro, procedimentos de intervenção em psicologia das emergências. No macro, a compreensão deste tema como gerador de angústia pública.

### 3.2 Cotidiano do Trauma

*“Aí no dia vinte e seis, eu fui atropelado e, no dia vinte e sete, a minha mãe faleceu, eu fui numa sexta e no sábado, ela faleceu. Então, pra mim assim, foi um baque muito grande, porque eu fui nascido e criado com ela a vida inteira junto com ela... aí eu tinha uns comprimidinhos de Fluoxetina em casa. Eu tomei... É que passa a fazer efeito mesmo, a partir de uma semana né? Agorinha eu andei tomando manipulado pela doutora do Posto, quando a minha irmã entrou em coma, teve dois anos e pouco em coma e acabou falecendo e o meu irmão por causa de alcoolismo, morreu após cinco dias... desgraceira.”* (Homem, 36 anos, atropelamento).

No que segue, vê-se que as pessoas relatavam o ocorrido com tristeza e lástima, porém muito distante das categorias de Reação Aguda ao Estresse, Estado de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Adaptação como apontados no CID 10,

cujos sintomas típicos incluem episódios de repetidas revivências do trauma sob a forma de memórias intrusas (flashbacks) ou sonhos, ocorrendo contra o fundo persistente de uma sensação de 'entorpecimento' e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades em situações recordativas do trauma. (CID 10, 1993, p. 145).

Ainda que a palavra "desespero", ou a expressão "fiquei desesperada", sejam utilizadas com frequência nos depoimentos de "vítimas", é possível perceber que há uma consciência das dificuldades emocionais e busca de sentido do ocorrido e também uma certa visão de futuro. Entendo que isto mostra uma capacidade saudável de lidar com a dificuldade em detrimento de algo mais grave e vitimista em relação ao projeto de vida:

*"Eu perdi as minhas funções de trabalho, uma liberdade que a gente tem... que a gente, às vezes, acha que não tem liberdade na vida, mas que tu tem de ir e vir. De ir num banheiro, as necessidades básicas da tua vida, eu acho que é uma das tuas maiores liberdades. As tuas funções. As tuas... primeira a tua, vital, porque eu não tenho: eu não posso ir ao banheiro...só isso eu já fiquei desesperada...eu, pra eu ir ao banheiro, pra mim ir numa muleta e de repente eu escorregar e tá fazendo muito esforço, a gente nunca sabe, um acidente pode até provocar outro. Então eu faço, quando eu tiver mais recuperada, daí sim. Eu quis tentar a muleta, mas não consegui... (Relato de uma mulher, acidente de trabalho (queda)).*

*"Eu sempre fui uma pessoa ativa no trânsito, assim ó: eu atravesso essa faixa grande da Tenente Alpoin pra ir lá embaixo na casa da minha mãe, todo o dia levando almoço pra ela. Levava ela na parte da manhã, fosse nove, nove e meia, geralmente, nove e meia da manhã e vinha, voltava, ia ao meio-dia, às vezes, eu pedia pra o meu marido levar, mas geralmente era eu... aí, depois ia levar uma fruta, daí até que eu comecei deixa umas fruta. Eu digo: - Mãe, compra fruta pra senhora, eu deixo aqui. Aí eu levava almoço, subia, então, aquela faixa ali é muito perigosa, mas eu...não tinha sinalização, anos e anos não teve sinalização, agora dum pouco tempo pra cá, eu acho que um ano e meio pra cá, dois anos, que tem sinalização. Então a gente vivia atravessando como bem entende; quando eu digo" como bem entende ", se cuidando pra não ser atropelada...eu, particularmente, sempre achei ela muito burra no trânsito...mas é que eu sempre fui muito rápida. Eu sempre*

*atravessei e nunca me aconteceu nada...e eu fui atravessar na faixa de segurança, várias vezes com a minha mãe, teve duas vezes que se eu tivesse ido pelo bonequinho, pela sinalização, tivesse obedecido tudo, o trânsito, tinha sido fatal; duas vezes eu me livrei da morte com a minha mãe, pelo trânsito. Daí eu vinha vindo com a mãe da casa dela a noite, eram sete e meia da noite, e fui apertar o botão, como fazia, tava fazendo algumas vezes: apertei o botão, os carros que vinham sentido bairro-centro, pararam...o cara que... os carros... um deles que vinha vindo centro-bairro, ele vinha vindo, eu fui até o meio da faixa com a mãe, me cuidando e o bonequinho né. Quando cheguei no meio da faixa, o cara que vinha vindo centro-bairro, eu digo: Meu Deus! Mãe, só me obedece, fica segurando o meu braço, mãe. Eu fui devagarinho... eu parei, o cara não parou, ele vinha em alta velocidade, ele não parou! Tinha levantado nós duas pra cima, tinha sido fatal...Eu sou muito consciente das coisas, só que embora tu seja consciente de algum hábito que tu tem, às vezes, quando tu vê, tu tá lá no teu hábito. Tu sabe que tu tem que mudar algum hábito teu que se torna, às vezes, até um vício, é difícil de, às vezes, a gente mudar a gente própria, sabe? Mas eu sou consciente das coisas, embora que, certas coisas, é difícil de a gente aceitar. Têm coisas que é difícil de tu aceitar...como esse negócio todo que aconteceu comigo – esse acidente. Que, puxa! Eu cansei de atravessar em lugares movimentadíssimos, nunca acontecer nada, obedecendo as leis do trânsito ou não obedecendo.”(Relato de uma mulher acompanhada da mãe, atropelamento).*

Para Gomes e Mendonça,

durante a narrativa, o passado, o presente e o futuro são articulados. Quando as pessoas narram suas experiências, podem não só relatar e recontar essas experiências e os eventos, sob um olhar do presente. Elas podem também projetar atividades e experiências para o futuro. No ato de narrar, novos acontecimentos propiciam novas reflexões sobre experiências subjetivas, conduzindo remodelações de perspectivas anteriores (GOMES e MENDONÇA, 2002, p. 109).

Emerge da situação, a consciência, entendida como “estar atento à sua história e lugar no mundo, suas futuras intenções e metas, seu senso de atuação, e a formação cultural e social dentro das quais se vive” (Rose, 2006, p.185). Nos relatos, esta consciência aparece também sob a forma de perguntas e ainda que

muitas vezes de forma não tão explícita, identifica-se elementos relacionados ao futuro:

*“Como se eu tivesse correndo onde tava a minha mãe e voltado, e correndo onde tava o meu marido no trabalho e voltado. Mas primeiro, eu fui na minha mãe, primeira coisa que eu pensei foi na minha mãe, depois nele, depois assim, tipo de um sol com luz do sol, que eu cheguei assim como se eu não tivesse entrado. Alguma coisa fez assim...Aí eu voltei. [- Tu é espírita?] Não. Eu acredito em Deus, Jesus, sobre todas as coisas, porque a gente não sabe de onde veio, de fato, nem, pra onde vai, se é que vem, se é que vai, né?”*

*“Eu perdi foi um rim, o esquerdo, mas fui muito bem atendida no SUS, otimamente atendida no Hospital de Clínicas. Eles foram maravilhosos comigo. A cirurgia foi muito bem feita, muito bem realizada. Eu passei por quatro cirurgias: três de vídeo, que não teve sucesso, e a quarta foi pra retirada do órgão esquerdo. Claro que isso aí, psicologicamente, ninguém quer perder nada. Tudo que tu perde de ti, tudo que tu perde, ti faz falta. Eu acho que o ser humano nunca tá preparado pra perder coisa alguma. Passei por isto...foi uma merda, mas agora começo a querer coisas para o futuro...fico pensando como vai ser...isto é normal?” (Mulher, vítima de um assalto).*

*“Agora, isso aí me causou um baita problema, um baita... Pra mim foi prejuízo, porque eu tinha a função com a minha mãe, com as minhas vendas, com o meu negócio, comércio, né? Me deixou impossibilitado de tudo, praticamente. A gente não é só impossibilitado só de comer. Fiz a cirurgia na PUC... na perna. Eu tive que fazer a cirurgia; eu não posso... eu tenho que tá sempre com a perna pra cima. Isso vai me deixar impossibilitado durante meses. Uns bons meses. Sabe que tu precisa da perna, que é a locomoção do corpo. Tu tem que estar realmente em condições plenas pra ti fazer uso das tuas pernas; se tu não tiver muito bem, tu vai fazer uso e pode causar um problema pior, maior ainda. Claro, as necessidades básicas tu é obrigado a fazer, que é a alimentação e as necessidades fisiológicas, né. Mas isso é muito ruim. É terrível! Agora mesmo, eu tô sem condições...é brabo. Pra tudo, as necessidades básicas que eu digo, né? De tu ir ao banheiro, eu não posso...não posso baixar essa perna. Só com uma, eu não tenho condições, porque*

*a gente passa a vida inteira andando pelas duas pernas...mas já tô pensando quando eu puder caminhar...agora de férias fico só pensando na vida...até parece...bem que eu tô tendo idéias...mas viu? Fui todo batido, eu... Bah, agora, até uns três dias atrás parecia... as costelas pareciam... não, bateram raio-X, não, diz que não quebrou nada. Eu digo... é como se tivesse pegado assim um pau, que eu não sei como é que fica uma pessoa quebrada a pau, mas é como se tivesse batido...a minha mulher disse que é assim... me sovado pra fazer um bife, batido um bife, tudo, tudo assim, tudo, pra cima aqui tudo...o nariz não foi quebrado, eu levei, eu acho, uns cinco pontos, quatro ou cinco pontos". (Homem, 49 anos, atropelamento).*

Nos relatos com as pessoas acidentadas observei que, muitas vezes, elas traziam outros acontecimentos considerados difíceis junto com o depoimento sobre o acidente, como situações de luto e de sofrimento com familiares. O acidente parecia uma surpresa, mas era curioso como as pessoas também relatavam outros fatos passados que tinham um forte conteúdo de sofrimento. Segundo Jovchelovitch e Bauer,

[...] através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal (JOVCHELOVITCH e BAUER 2002, p. 91).

De fato, parecia inevitável a lembrança e a relação com outras vivências de como lidar com situações inesperadas:

*“É que eu perdi meu pai já faz quatro meses, então eu tava já há umas duas semanas sem ir ao cemitério, que eu costumo agora ir toda semana, eu vou no cemitério, então eu tava há mais ou menos umas duas semanas sem ir ao cemitério. Daí eu conversando com o meu marido, eu digo: Olha, hoje eu vou lá no cemitério. Tá, tudo bem.” - Vai com a tua mãe?” Não, eu vou só, não, eu acho que eu vou sozinha. Ele fica em casa, porque ele costuma olhar futebol de tarde. Domingo de tarde, não conta com ele, porque ele tá sempre olhando futebol, né. E a minha filha, até ela tá aqui, ela tem um filhinho também, que tá sempre comigo. Sempre, sempre,*

*sempre comigo. Onde eu vou ele quer ir atrás, eles tinham saído; ela tinha saído com o namorado, foram passear na Redenção; eu digo: Bom, eu tô sozinha, eu vou no cemitério, depois eu vou lá na minha mãe, que mora mais pra cá nesse lado, mas tudo super tranqüilo. Aí eu conversei com ele: Tu acha que a gasolina vai dar pra gente... pra mim ir até o cemitério, depois ir na mãe? Ele disse: “- Olha, tu dá uma olhada no pontezinho. Se tiver no branco... se tiver no vermelho, tá tranqüilo, mas se tiver no branco, daí tu põe um dinheiro de gasolina, passa no posto e põe.” Eu digo: Tá. Daí peguei e saí. Olhei no botãozinho, tava branco, eu disse: vou ter que passar no posto. Não sei se tu conhece o cruzamento ali entre a Pedro... entre Pedro Boticário e Aparício? Uma antes da Oscar Pereira, pela Aparício, uma antes da Oscar Pereira. Tá, fui tranqüilo, cheguei na sinaleira, um casal do meu lado, a gente costuma às vezes olhar quem tá do lado, no carro do lado, o sinal tava vermelho, ficamos aguardando e tal. Aí abriu pra mim, abriu pra nós no caso, aí eu fui. Só que, quando eu fui, passei primeiro, porque ali é um cruzamento, que tem a Aparício aqui, tem um corredor de ônibus, tem o outro, então eu ia atravessar aquele ali, pra fazer o retorno e entrar no posto, que tem na Oscar Pereira com a Aparício ali; tem que fazer o retorno pra ir lá. Fui fazer aquilo ali, só que de repente, eu não sei, eu não consegui entender o que que tava acontecendo, porque eu só vi o carro girar; eu senti uma batida no carro, o carro girando, girou o carro, e eu ali meia tonta. Tentei ver o que que tava acontecendo, não entendi o que que tava acontecendo. Na hora eu fiquei... Não sei, o que será que houve? O que que eu fiz? Pois eu atravessei o sinal direitinho; ficou verde pra mim, eu fui, sabe, não tinha dúvida. O que que tá acontecendo? O que que foi? Fiquei assim. Dá um pânico na hora. Olhei pra os lados não vi nada. Meu Deus, em quem é que eu bati? Quem é que me bateu, porque eu não tô enxergando ninguém? Olhei assim: será que foi algum motoqueiro? Porque assim... E fiquei pensando: será que tem alguém debaixo do carro? O que será que tá acontecendo? Fiquei tonta; totalmente tonta ali. Mas aí consegui... porque eu tive ainda que fazer, dar uma freada boa pra não bater num poste que tem do lado na rua, no caso. Depois até ti mostro; tem uma foto do acidente; do carro como é que ficou e do local. E... não, as pessoas vieram, eu saí do carro tonta mesmo, mas eu saí do carro, porque eu não sabia o que que ia acontecer depois. Saí dali, fiquei em volta, e as pessoas: “- Ah, o cara tentou fugir”, não sei o que e tal. Só que daí, algumas pessoas: “- Não, ele conseguiu parar; ele parou, mais ou menos, uma quadra depois do acidente, eles pararam.” E aí veio*

aquelas pessoas: uma tentando ajudar; outra querendo ligar; ligaram, se não me engano, pra SAMU... pra os “azulzinhos” primeiro. Depois aí eles disseram que se tinha vítima, não era com eles, porque eu tava com muita dor no peito, não conseguia quase nem falar, eu acho que eu bati com a direção, naquele impacto todo; e não conseguia falar quase direito... Mas aí chamaram eles. Daí primeiro vieram os “azulzinhos”, depois veio a Brigada, porque tem que vim a Brigada. A Brigada chamou a SAMU. Aliás, eu acho que foi os “azulzinho”, que chamaram o SAMU. Aí eu me lembro que tava com muita dor, eles me examinaram e tudo... Aí, antes de acontecer, antes de chegar o pessoal da SAMU e da Brigada e tudo, uma pessoa chegou, que eu achei que era algum curioso, porque até então, eu não conseguia ver quem é que tinha me batido, porque a pessoa não tinha se identificado. Aí um senhor chegou e perguntou assim pra mim: “- Tu tem seguro do carro?” Eu digo: Não. “- E tu tá machucada?” Eu digo: Ah, eu tô. Bati, lógico. Aí ele olhou pra mim e disse assim: “- É, eu vou ti falar a verdade. Foi eu que ti bati, eu não vi que tinha sinaleira ali e passei.” Aí ele disse: “- É, a gente pode entrar num acordo.” Eu digo: Não, comigo tu não vai entrar em acordo, eu vou ligar pra o meu marido, ele vem... E até ele tava se recuperando... agora lembrei; agora que tu falou do antes né. Ele fez uma cirurgia de septo, e ele tava se recuperando em casa da cirurgia. Aí ele teve que sair, daí eu chamei ele, daí ele teve que vim. Aí ele veio, conversaram e tudo. Aí veio o pessoal da SAMU. Até o médico, acredito que seja o médico, ele perguntou: “- Por que que tu saiu do carro?” Eu digo: Olha, eu vi que eu tinha condições; eu tava tonta, mas na hora a gente não tem uma reação de não sair. Eu vi que eu tinha condições, que conseguia caminhar, mas saí do carro. Eles me levaram pra dentro da ambulância, me examinaram, viram que eu não tinha nada, aparentemente não tinha nenhuma fratura, mas eles me levaram pra fazer uma radiografia...foi isto”. (Mulher, acidente de trânsito).

“Eu tenho um irmão que é falecido [começou a chorar]...faz três anos, agora em março. E aí, ela dizia pra minha irmã, que eu tava muito ruim, que eu tava indo pra o caminho dele, não sei o que [fala chorando]...como é que foi que isso me aconteceu isso ali? Porque eu estava na parada ali, no lugar certo; eu não fui querer atravessar, porque nós tava tudo junto. Se eu fosse ser sozinha, no caso que eu tivesse saído sozinha, poderia ter uma coisa assim. Eu só pensava... a única coisa que eu pensava comigo: Por que, como me que aconteceu isso aí? Como, por que

*que me aconteceu isso aí? Porque nós tava no lugar certo; todas as pessoas que tavam paradas do meu lado. A única coisa que eu pensava pra mim, assim. Mas a minha irmã falava comigo, porque ela me disse que eu fiquei pretinha: me disse que meu queixo, meu rosto, minha testa, ficou pretinha tudo...ela disse que tava pretiando tudo, ela disse que tava com medo, porque eu já tava me acabando; ela achou que eu tava me acabando, pela cor que ela disse que viu, né. Que eu tô pálida mesmo, porque eu tô ruim com tantos dias, porque eu não só assim, pálida, e ela achou que eu tava me acabando; e eu não conseguia saí a voz por nada, por nada, por nada...” (Mulher, 45 anos, atropelamento).*

Neste ir e vir do trabalho de campo às teorias, fui buscando subsídios para o que encontrava (no caso, no que não encontrava), em seguida fui “descobrimo” em artigos (KRISTENSEN, PARENTE e KASZNIAC, *The American Journal of Psychiatry*, 2006; KAPCZINSKI e MARGIS, 2006) sobre o tema, concepções que corroboravam o que eu também constatava: **o estresse pós-traumático não é uma consequência inevitável do trauma.**

O trauma é uma experiência que explode a capacidade de suportar um revés, nos traz a perda de sentido, desorganização corporal e paralisação da consciência temporal. Além disto, pode deixar marcas que influenciam a criatividade e a motivação para a vida, pois produz bloqueios que se estendem à existência, já que o que dá sentido ao mundo fica abalado com a surpresa de o sujeito ver-se sem condições e com medo do futuro. De fato, trata-se de um acontecimento muito difícil na vida de uma pessoa.

A palavra trauma provém do grego, e quer dizer ferida. No Dicionário Aurélio (Ferreira, 1986) é conceituada, também, como uma “agressão emocional capaz de desencadear perturbações psíquicas e, em decorrência, somáticas”. Cabe lembrar que, de um modo geral, na área da saúde, a palavra traumatismo é usada referindo-se ao aspecto físico e trauma ao aspecto psicológico. Eventos adversos, como denominado na Defesa Civil, incidentes críticos, revés, situações limites, acidentes, extremo estressor traumático, desastre, todas são expressões utilizadas como referências aos acontecimentos considerados traumáticos que, inevitavelmente, ocorrem em nossas vidas.

Referindo-se a etimologia da palavra, Seligmann-Silva (2000), aponta contradições quanto aos significados da palavra, de “friccionar, triturar, perfurar” e, por outro lado, de “ultrapassar, suplantar, passar através”. No mínimo trata-se de um conceito que não é unívoco e sim equívoco. Trata-se de uma expressão que tem vários significados. Qual o sentido do inesperado? Que vazio é este que assalta uma pessoa e lhe provoca um choque deixando-a sem meios para enfrentamento de uma situação-limite?

Destaca-se aqui, o estresse pós-traumático, que é abordado desde os seus efeitos individuais até a extensão dos problemas à comunidade. Contudo, é possível perceber a enorme necessidade de pesquisa, haja vista os equívocos que persistem seja como planejamento, seja na forma de atuação. Por exemplo, George Bonanno (2002, p. 2), refere que depois do atentado de 11 de setembro todos esperavam ondas de pânico e de busca aos serviços de psicologia oferecidos amplamente pelo estado e por voluntários; a surpresa para todos os profissionais que pesquisam o assunto é que “quase ninguém compareceu”.

#### O Transtorno de Estresse Pós-Traumático, como coloca Ballone:

[...] é hoje um dos diagnósticos mais populares da psiquiatria e já começa a fazer parte do acervo popular com força semelhante a que aconteceu em relação ao termo depressão ou pânico “. Mais adiante, ao analisar as implicações destas representações sociais, este psiquiatra, que elabora o site PsiqWeb de jornalismo psiquiátrico, conclui que” podemos dizer que nossa cultura passa por tempos vitimistas, onde a possibilidade de agressão justifica que as crianças recebam proteção continuada, que suas mães disponham de carros novos para levá-las de um lado para outro, que se blindem veículos, instalem-se alarmes, contratem-se vigilantes, não se economize em seguros, que se fortaleçam condomínios fechados. De fato o vitimismo movimenta parte expressiva da economia (BALLONE, 2006b, p. 1).

A pesquisa e o questionamento das práticas vigentes em relação ao trauma psicológico, podem nos conduzir às abordagens eficazes em psicologia das emergências. O Estresse Pós-Traumático como categoria nosográfica, não abrange os primeiros auxílios psicológicos (assunto da parte 3.6.) na situação do desastre propriamente dito. Não há um acordo sobre a necessidade deste acompanhamento às vítimas, como nos diz Abueg et al.(2004, p. 205), “uma crescente preocupação,

tanto informal quanto científica, referente às intervenções em desastres é se o aconselhamento no desastre é verdadeiramente necessário”.

As complicações adicionais, entre nós, parecem não ter um suporte teórico suficiente, mas podemos supor que prevenir e mitigar o impacto pós-traumático é fundamental no sentido de restaurar as funções psíquicas e, conforme a gravidade, readaptar as pessoas nas novas condições. Como se pode ver nos trechos abaixo:

*“Pior, pior na vida é isso aí. É da vida...Sim, porque eu me sinto uma coisa na vida; porque o senhor vê: desde o dia vinte e seis eu tô nisso, só com o apoio do meu marido. Ele que me leva pra tudo, ele que me levanta da cama, ele me bota na cama, ele que me leva pra o banheiro (começou a chorar). Ele tá faltando serviço, só por causa minha agora...aos poucos já tá passando, eu sinto dor assim, tudo...eu choro demais...Eu choro por qualquer coisa... Eu choro por mim, muita dor...(chorando).”* (Trecho de relato - acidente de trânsito).

*“.../...quando eu fiquei assim mais consciente, eu acho, eu vi o ônibus assim, na minha frente, encostadinho com a porta na frente. Aí depois, vieram pega eu depois. Ah, me imobilizaram. Não. Não demorou muito. Me imobilizaram, enrolaram toda ali. Mas daqui pra cá, pra cá e pra cá, eu sentia tudo, só muita, muita, muita dor, desesperada, por baixo das costela e ali, que é a parte do pulmão, é o que eu acho né? Mas o que me doía, mas doía, doía que assim que... Meu Deus! acho que nunca na minha vida, eu senti tanta dor na minha vida, como eu senti agora. E lá mesmo, “despois”, pra mim vim embora pra casa, eu não conseguia. (Trecho de relato – atropelamento).*

*“...mudou, mudou mesmo. Bota muda...Nem é de uma hora pra outra, é de segundo, né? Foi um dia que eu não esperei isso aqui. Não esperei mesmo...”* (Trecho de relato – agressão em estádio de futebol).

São questões ainda distantes das emergências, pois na análise e interpretação dos desastres (aqui recordo que acidentes de trânsito são considerados desastres por “somação de efeitos parciais”), observava-se uma preocupação maior com a organização social, do que com a psicologia social

(MATTEDI e BUTZKE, 2001). Queiramos ou não, trata-se de um tema que, inevitavelmente, atua como agente estressor no cotidiano.

Para estas pessoas, vítimas de “incidentes críticos”, este é o tema do destino, da “neurose de repetição” ou do script-de-vida no sentido dado por Eric Berne. Script-de-vida é conceituado como “um plano de vida baseado numa decisão feita na infância, reforçado pelos pais, justificado por acontecimentos subseqüentes e culminando com uma alternativa escolhida” (BERNE, 1988, p. 356). Um acontecimento inesperado, em que sentido ele, verdadeiramente, não era “esperado”? Por exemplo, isto é o que aparece em um registro no meu diário:

A entrevista foi aberta com uma pergunta inicial bastante ampla: - A senhora pode relatar como aconteceu o acidente ? A surpresa foi a sua afirmação, já de início, que “sabia que ia acontecer alguma coisa assim naquele dia...”. Pedi que me explicasse como “sabia”, ao que ela respondeu que estava tudo andando errado e o acidente serviu para que “acordasse”. A importância do seu depoimento está relacionada ao tema de “dar sentido ao mundo” ?

Observava o movimento de chegadas de ambulâncias no pátio interno do Hospital de Pronto Socorro (HPS), quando chega um automóvel com uma jovem “embolada” no banco traseiro. O motorista, que é o pai, estaciona e , literalmente, “arranca” a moça de dentro do carro empurrando-a em cima de uma cadeira de rodas. Logo em seguida, enquanto ela é atendida na Sala 6, o pessoal da enfermagem pergunta se eu poderia fazer a gentileza de falar com o pai, que está muito nervoso. Apresento-me e pergunto se ele gostaria de conversar. Ele concorda com um apelo: “- Minha filha tem só 19 anos e me telefonam, esta hora da noite [2h da madrugada de sexta-feira] para dizer que ela está desmaiada na calçada, de uma rua, que eu nunca imaginei que ela poderia andar por lá...não sei mais o que fazer...olho agora e acho que eu nunca soube mesmo...tá tudo diferente hoje...mas eu sabia que um dia isto ia acontecer.” Ele chora e, de vez em quando, me olha. Escuto, prestando muita atenção no que ele dizia. Tenho a impressão que, aos poucos, mesmo que eu não tenha dito nada, ele parece mais aliviado.

O que podemos identificar é que diante de uma situação traumática há uma ruptura com o espaço e com o tempo e, portanto, com os vínculos e com o sentido da relação fui-sou-serei. O significado do acontecido depende do contexto, isto é, o contexto define o texto.

A terapia de crise, segundo Alfredo Moffatt (2003) como um modelo de psiquismo estruturado a partir da temporalidade, vê a enfermidade mental como um momento de descontinuidade do processo de viver. Quando a pessoa está em crise, se vê só e confusa, considerando que “a doença mais grave do psiquismo é a detenção da corrente de consciência, a desorganização da prospectiva, do sentimento de ir ao encontro do instante seguinte” (MOFFATT, 1982, p. 77).

As concepções deste autor, de excepcional visão teórica e prática, utiliza instrumentos conceituais e técnicas de diversas escolas, todas elas de forma coerente com um modelo de psiquismo. Desta forma, segundo este autor (op.cit. ,p. 7), “isto deu lugar a ver toda a psicopatologia de outra perspectiva que foi a desorganização da temporalidade, ao invés da repressão da sexualidade como etiologia básica da enfermidade”. Diante do inesperado-acidente ou desastre, esta pode ser a melhor opção como entendimento e proposição à pessoa vitimada que, segundo Moffatt, pode cair:

[...]num vazio paralisado, que é tão insuportável que dele sai, através de uma restituição neurótica ou psicótica (segundo a gravidade da fragmentação) que não será outra coisa senão uma nova trama de continuidade, uma nova cultura (seu delírio ou sua neurose) mas que desta vez não é compartilhada pelos demais e, sim, subjetiva, que arma um eu, porém um eu fechado, só. (MOFFATT, 1982, p. 8).

O tema do caos da vida urbana torna-se mais visível nas situações-limite, como é o caso nos atendimentos de urgência e nos traumas. A crise, principalmente em uma situação inesperada, significa um momento de dor e sofrimento, mas também pode ser uma oportunidade de crescimento com novas posturas diante da vida. Pode fechar e abrir portas, favorecer novos caminhos e buscas.

A própria alteridade é transformada bruscamente. Como se adaptar e confrontar-se com esta nova situação? Será que as estruturas e concepções de vida

até então construídas serão válidas a partir de agora? Parece que as pessoas não têm muita clareza de tudo isto, isto é, dos complexos desafios originados a partir de um acontecimento inesperado.

A consciência da morte, ou a sua proximidade em uma situação inesperada (de um acidente) traz a necessidade da vida. E a importância da vida supõe reconhecimento. Ou seja, como vítima diante de uma situação inesperada preciso do reconhecimento de outra pessoa como testemunha de que estou vivo, que estou em “perigo de vida”, que posso morrer mas que quero continuar vivo, e que tudo isto junto precisa daquela pessoa que esta me vendo nesta nova situação que é uma situação-limite e que, por isto mesmo, me deixa mais próximo de todos os seres humanos, de todas as pessoas do mundo, de tudo que é humano. Como se mostram estas situações, podemos identificar nestes relatos:

*“- Gritei, chorei, desesperada da vida. Chorei muito, fiquei muito desesperada. Teve uma senhora muito atenciosa comigo, que me socorreu e levantou a minha cabeça porque tinha muito sangue. Ela me deu muita força. Foi muito rápida a chegada da SAMU. O atendimento foi muito rápido. Foram cuidadosos, agradeço do fundo da minha alma. Desejo a vocês que Deus os ilumine e abençoe a todos e que possam atender a todas as pessoas como eu fui atendida. Vou rezar por todos vocês, eu sou muito religiosa, sabe...”* (Relato de uma senhora, vítima de um atropelamento).

*“- Chegaram lá, me largaram lá... fiquei ali, de costas. Aí daqui a pouco, alguém me puxou, eu não vi quem era...me levou pra sala...aí vieram de novo, me pegaram a cadeira pelas costas e me tiraram da sala, não vi quem foi também, e fiquei ali...’- Ah, tu já fez o raio-X da maca?’ Aí eu fiquei meio assim: Mas o que é que a maca tem que precisa de raio-X? ‘- Não, eu vou fazer depois que tu fizer o raio-X da cadeira’. E eu fiquei pensando: Puxa, tão com problema. A maca e a cadeira tão com problema! (riu)... Tu te sente um objeto...”* (Relato de uma jovem).

Este é o tema da fragilidade, ou da “carência” das pessoas acidentadas que clamam por ajuda, por uma mão naquela hora difícil e que, possivelmente por este motivo de testemunho desta nova situação, muitos acidentados imediatamente

pedem para avisar um parente, ou uma pessoa próxima da família...Algo como precisar, naquele momento, do testemunho de uma pessoa próxima. Ela “precisa” logo contar para alguém próximo da sua história de vida este novo momento... Como se “contar isto” incorporasse este fato novo na sua/minha vida.

Se na relação saúde-doença isto já é complexo, pode-se supor que diante de uma emergência maiores são estas implicações epistemológicas, éticas e de escolha de procedimentos, pois “as doenças, seus critérios diagnósticos e fatores de risco, de intersecção variável com o adoecimento e a vida vividos pelos doentes, obscurecem um vislumbre sobre a evolução global do paciente. Este está esquartejado

por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (e especialistas) bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biomecânica que sabe muito de patologias, microorganismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas do corpo e pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso e a vida vivida do doente (TESSER e LUZ, 2002, p. 6).

É neste contexto que afirma Ballone,

de acordo com o modelo biomédico, é possível interpretar os sintomas do Estresse Pós-Traumático como uma adaptação normal do corpo humano ante uma agressão externa. Considerar essa ocorrência como uma maneira de adoecer e propor uma pronta medicalização pode constituir um erro (BALLONE, 2006a, p. 2).

Contudo, acrescentaria um outro aspecto, que parece remeter a uma dicotomia simplista na questão de tratar as conseqüências emocionais de acidente: é a crise do trauma, nos dois sentidos, das discussões de como ele se mostra nos seu aspecto nosográfico e psicossocial e os efeitos que esta crise produz como representação social. Em uma posição temos aqueles que investem na patologização das reações diante de um acidente, isto é, de utilizar os critérios do CID 10 como um rótulo, um ponto de chegada. A outra posição é a de crítica a este modelo, como colocam Rothbaum e Foa (apud BALLONE, 2006), “os estudos epidemiológicos longitudinais mostram que a maioria dos casos de Estresse Pós-Traumático se resolve espontaneamente, entre o primeiro e o quarto mês.” **O resultado prático destas posições dicotômicas pode ser o esquecimento das necessidades de apoio/contenção/acolhimento, pois não havendo a**

**objetividade dos sintomas e de sinais de uma doença, a lógica vigente é de não dar importância. Assim que, para os primeiros auxílios psicológicos não se faz necessário que haja uma patologia, com uma clara nosografia, que precise justificar uma ajuda na crise.**

Este é o tema dos limites, do inesperado, da extrema contradição, do impensado e do repentino, do urgente, da emergência, do extremo estressor traumático, da finitude, da perda e da angústia de aniquilação. Este é o tema do trauma.

### **3.3 A Surdez das Instituições**

*(70) A gente tá aqui pegar lobo com a unha na rua. Eu acho que nós estamos trabalhando há muitos anos no SAMU e aí tu pega um paciente, bota na maca, amarra ele todo ele amarradinho porque ele tá agressivo, aí tu vai no São Pedro e o São Pedro te dá as costas porque é Porto Alegre, aí tu vai pro PACS [Programa de Agentes Comunitários de Saúde]: chega lá tu parece um boneco de enfeite, o paciente fica amarrado em cima da maca, eles vem e perguntam cadê o contato, aí não tem o contato, aí tu fica ali, ó. Ai a Mesa te pergunta: - “o cliente já se liberou?”, negativo, nós estamos com o paciente em cima da maca, quer dizer, isso aí não adianta, não resolve gente, cada vez piora mais, eu acho assim que tu te estressa, tu fica cansado, tu fica quase louco, o familiar fica tá ali sofrendo contigo, o paciente também, nessa altura ele nem tá, porque ele já tá... e nada resolve, então acho que não... Isso é que marca a gente, muito, tu te dá de tudo por ti e chega lá eles acham assim que tem que ter contacto, os médicos nem olham, examinam. Te deixam em cima da maca, Tu fica às vezes uma hora, que nem eu vi esses dias, fizeram uma apreensão aí de uma cara aí junto com a Justiça e o cara ficou lá na PACS eu acho que umas duas horas, o paciente em cima da maca, eu acho isso um absurdo.*

Entre a intenção de prestar o socorro e a concretização desta tarefa existe o atravessamento institucional. Eu gostaria de não ter percebido isto neste trabalho de pesquisa. Ainda que no mestrado o trabalho realizado tivesse um forte traço de

análise institucional e mais a experiência profissional em consultoria, de antemão este não era um tema que eu gostaria de trabalhar e, possivelmente, por isto mesmo inicialmente ele foi negado.

Talvez eu já estivesse muito cansado de suportar a luta com o que “não existe” e que exerce este poder ao mesmo tempo medíocre e competente, sedutor e desprezível, perverso e útil, que é manifesto pelas instituições. É o retorno do NUTUS, como eu chamava este poder no Hospital Psiquiátrico São Pedro:

A estranha sensação de eternidade, ao me deparar com a realidade do Hospital São Pedro, como se o visto fosse imóvel e tão sólido que qualquer mudança parecesse impossível, somado à percepção de um poder invisível, porém discretamente responsável por tudo que acontece, me levou a denominar este fenômeno de Nutus. Nutus é uma expressão latina que significa: “Um aceno de cabeça; sinal de vontade (dado com a cabeça ou com um gesto da mão), vontade: ad nutum praesto esse, estar às ordens de alguém, obedecer ao mais leve sinal; consentimento; poder; império; peso; força centripetal; ordem (FERREIRA, 1986, p. 184).

Guattari utiliza esta imagem (embora se referindo a uma outra situação) dizendo que:

isto faz pensar naquelas formas ideais de pedagogia em que o mestre não precisava mais falar: bastava apenas um sinal de cabeça (o *nutus* latim bastava para que ele ensinasse; ele se tornava então um *numen*: a divindade que mexe a cabeça em sinal de aprovação) (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p. 134).

Assim também parecem as instituições, como o SAMU, como a Defesa Civil, como o Hospital de Pronto Socorro. Tudo funciona como se existisse sempre o mesmo discreto gesto estereotipado determinando cada ação. Por isto digo que é o “retorno”. É a mesma força invisível, é um silêncio - quase tédio - que torna as coisas possíveis.

*(69) Bom, o que mais me marcou no SAMU já faz anos, eu acho que na SAMU nós todos temos um pouco de louco, e tu fica superestressado, na realidade, por que uns tem que assumir a responsabilidade dos outros, e a gente acha que isso aí ia melhorar com o tempo, e ao meu ver cada vez piora mais. O relato que eu me lembro é uma parada cardíaca que eu fui atender, uns dois anos de SAMU, e aí chegando na casa do cliente, lá, se pediu carro rápido. Aí olha, parada, carro rápido,*

*tá. Aí trabalhar na rua a gente tem que, como diz o Alceu, “tar” cuidando de tudo, chega o carro rápido, o monitor descarregado. Aí o único que percebeu fui eu, tava todo mundo correndo, e bota o monitor e tal. Aí eu pensei, o familiar era uma classe média, alguém eu acho que mais ou menos entendia, eu virei as costas e fiquei fazendo o barulho do monitor. Cada vez que o doutor apertava, eu vummmmm...Aí, - “dá o choque”. Eu tremia, já. Vuuuummm. Casualmente aquela época era só três. Eu fiquei aí nas pás. Aí fizemos aquilo aí quatro vezes. Aí, na quarta vez, o doutor – “Vem cá como é que saí o papel pra mim interpretar o eletro”. Doutor, só se eu cuspir, porque eu to inventando tudo isso. Nós vamos apanhar aqui, porque senão nós íamos apanhar.- “Então faz o seguinte, saí lá na rua e pede outro monitor e outro, tá”.*

*Saí na rua e pedi o reforço e veio outro carro com o monitor descarregado. Aí o doutor não guentou e chamou a família de canto e – “Olha, infelizmente não conseguimos salvar o elemento”. Né. Fomos embora, e chegamos aqui e comentamos o assunto. Bom, isso aí nunca mais vai acontecer. Vai melhorar o SAMU. Aquilo marcou, poderia ter salvado o cara. Mas eu vi que nesses anos todos, só regrediu, porque o que tem de falhas e um sobrecarrega e o outro não faz nada. Né, que nem o caso que a colega ali citou, tu vai atender dez vezes a mesma pessoa e ninguém resolve nada. Ou então tu fica numa parada te matando pra depois de meia hora vir outro ao teu encontro e isso aí tem que mudar, né, aumentar o número de pessoas na equipe. Esse é o meu relato. E esse cidadão morreu, né?*

Como disse, inicialmente não pensava em analisar os dados e observações sob a ótica da psicossociologia, ou análise institucional, como fiz na pesquisa do mestrado. Contudo, esta vontade não foi suficiente para evitar que pulasse na minha mente as relações com as minhas vivências nos anos que estive trabalhando no Hospital São Pedro. Mais de 15 anos se passaram e ainda via o mesmo, ainda que em outro contexto. Que frustração, impotência e angústia que sinto diante das paralisias institucionais: com freqüência, e isto não quer dizer sempre, o mesmo descaso com as pessoas e a falta de responsabilidade na adoção de modelos de gestão.

(33) *Isso na verdade, nem é o atendimento. Foi feito uma “parada”, recuperado o paciente muito próximo a um hospital aqui de Porto Alegre. A gente chegou na porta do hospital e o colega: “Não, aqui vocês não vão entrar. Não, eu não vou receber a paciente”. Não dava nem tempo dos colegas da regulação terem ligado, porque era assim ó, quatro quadras do hospital, uma senhora já com seus quase setenta anos mas, enfim, uma pessoa. O colega: “Não, aqui vocês não vão entrar”, a enfermeira que estava comigo se irritou, começou né... Aí o paciente parou de novo naquela... Aí tu fica, não ventila direito e coisa, fica naquele stress. O paciente parou e ele me olhou: “Agora eu aceito, pode botar lá, é óbito.” Então assim ó, isso, pelo amor de Deus, nunca banalizar desse jeito a vida humana, pode ser um parente da gente, né.*

Afinal, para mim, tornou-se necessário uma espécie de “ajuste de contas” entre as experiências vividas há 15 anos e aquilo que vi nesta pesquisa. Neste sentido, intenciono comparar dois registros, um que fiz no Hospital (na pesquisa da dissertação) e outro do meu diário de campo atual:

O período em que buscava dados no São Pedro foi muito duro em todos os sentidos, principalmente no início do trabalho. Seguidamente, eu permanecia pouco mais de uma hora no Hospital e sentia que seriam necessárias mais quatro ou cinco horas para elaborar e relatar o que tinha presenciado. Destaco, a seguir, uma destas passagens como exemplo de como relatava no diário aquilo que via. Esta nota mostra, também, o quanto eu fui me sentindo a vontade quanto mais compreendia a realidade observada:

Enquanto o paciente tentava abrir o cadeado eu observava suas mãos trêmulas e as extremidades dos dedos queimadas, pretas de segurar baganas de cigarro. Ele não gosta de receber ajuda embora a operação seja difícil, pois o cadeado está do lado de fora e para abrir é necessário habilidade. Raros são os pacientes que olham nos olhos, os porteiros não são exceções, ele começa a mexer no cadeado sempre que aparece um vulto na frente do portão gradeado. Do lado de cá eu estava de tênis, calça de brim e uma camisa neutra qualquer, só com o relógio e a minha pequena pasta, tamanho meio ofício, com uma autorização para entrar em qualquer lugar do Hospital, mais um caderno espiral e uma caneta. Até hoje, ainda tenho um pouco de medo de entrar nas Unidades. Que coisa terrível irei assistir hoje? Do lado de lá (o porteiro ainda tentava abrir a porta) por entre grades via sete pacientes sentados, dois catatônicos repetiam movimentos parecidos um ao lado do outro – tive a impressão que um tinha pegado do outro o mesmo movimento tal era a semelhança. E os outros olhavam, indiferentes à minha presença, a um ponto qualquer, num lugar qualquer. Essa é a palavra que fica neste momento: qualquer. Parece que não importa o estímulo, qualquer coisa significa nada. É a própria totalidade, isto é, na totalidade não existe outro! O paciente abre, eu entro e descubro que ao dizer aí pessoal, bom dia, três me respondem dizendo bom dia e dois me olham rapidamente, muito rapidamente, mas também considere isto um

sinal de receptividade. Aos poucos me sinto à vontade... (BRUCK, 1989, p. 74).

Segue o registro no diário de campo, conforme observação realizada no Hospital de Pronto Socorro:

Interessante que quando entro aqui [Unidade de Queimados], penso naqueles filmes do Vietnam...talvez o cheiro..não...isto não pode...mas parece de guerra, com certeza...tenho medo?...ninguém me olha...não nos olhos...a luz é fraca e o clima é muito pesado...as noites são assim? Ela recém chegou, veio mesmo do SAMU da Restinga. Ela chora muito e nem pode enxugar as lágrimas, está quase toda enfaixada, inclusive as mãos...Um médico tenta escutar, para uma anamnese, mas parecia desconhecer outras possibilidades de apoio naquele momento de desespero. Tenho a impressão de um mal estar em lidar com esta realidade de ter que ouvir mas não saber o que dizer. Sei que é um ótimo profissional, mas ele mesmo além de não saber o que fazer parecia julgar desnecessário qualquer intervenção que não fosse a técnica. Ele me chama. -Esta é pra ti...Ela me olha e chorando (se) pergunta: -Por que eu fiz isto na frente dos meus filhos? Tem 22 anos e 4 filhos, sendo que o último tem poucos dias. A ficha diz que ela "se ateou fogo com álcool, informou uma vizinha"... uma Auxiliar me diz que pode ser agressão do marido pois "ela não diz coisa com coisa", ou "depressão pós-parto, né?". Aproximo-me, me apresento...mas ela chora muito mesmo. Pergunto se esta com dor e ela repete: "-Por que eu fiz isto na frente dos meus filhos?". Vou ficar aqui contigo pra te acalmar...será que tu consegues te acalmar agora...? E ela repete a mesma frase de antes. Digo que vou fazer uma coisa que é boa pra ela...então, coloco as palmas das mãos encaixando bem devagar e suavemente nas solas dos pés. Olho ao redor e, desta vez, todo o posto está me olhando...o que estarão pensando? O médico, que já sabe da minha pesquisa sobre emergências, parece não acreditar no que está vendo...e eu...no atraso nos cuidados dos aspectos emocionais...na quase súplica - e alívio - do médico quando me viu e me passou a paciente...penso quando estive na Finlândia que nos locais de trabalho tem pessoas voluntárias para fazer massagem e polaridade em quem está precisando...ela parou de chorar e eu sinto que agora me olham de outra forma...putz...quanta coisa todo mundo aqui tem pra aprender sobre a importância das coisas reichianas na saúde...que angústia...isto nunca vai mudar...estas pessoas nunca vão abrir um espaço nas suas vidas para quebrar os seus preconceitos...enquanto isto os pacientes continuam solitários...como eu neste posto? ...tudo é muito duro por aqui..tem que ser assim? (BRUCK, 1989, p. 131).

Talvez toda esta percepção, da mesmice, ainda seja o reflexo daquilo que poderia ser chamado de formação iatrogênica que, conforme Illich (1975, p. 43), "designa os efeitos não desejados provocados pela empresa médica sobre a saúde, não apenas por seu impacto direto mas igualmente pelas transformações que opera ao nível social e ao nível simbólico".

Neste caso, deve ser ressaltado que a formação iatrogênica não está restrita a ação médica propriamente dita, mas sim diz respeito ao conjunto de práticas adotadas por todos os profissionais que atuam no SAMU, que por sua vez cumprem, geralmente, um papel que lhes é destinado pela instituição. Assumir este papel, concretizando-o na prática, significa a própria consecução dos objetivos determinados pelos ethos institucional e social, ou segundo Guattari (1993, p. 43) “viver um possível pré-estruturado”.

Cada um é o sujeito de sua própria submissão. Ou seja, uma mudança somente será possível a partir da constatação da manipulação existente, que condiciona o pensamento e a ação do trabalhador do SAMU a partir de interesses flutuantes e consagrados como verdadeiros, mas que de fato, somente privilegiam a manutenção do não reconhecimento das demandas emocionais nos atendimentos. Ao que acrescenta Illich em um artigo sobre a medicina desumanizada:

Não é mais possível deixar de perceber o contraste entre a saúde pretensamente objetiva e a saúde subjetiva. O que se observa? Quanto maior a oferta de “saúde”, mais as pessoas respondem que têm problemas, necessidades e doenças, exigindo garantias contra os riscos (ILLICH, 2006, p. 3).

Illich (1975, p. 32) coloca a existência de um contraponto, ao referir-se a iatrogênese clínica e a iatrogênese social: ele chama de clínica, “essa multidão de efeitos secundários, porém diretos, da terapêutica” e de social como sendo “o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta”. Nestes últimos 20 anos de atuação profissional enquanto presenciei ótimos debates epistemológicos, muitas vezes presenciei o fracasso de seus resultados em relação ao sofrimento, exclusão, pobreza e tudo que envolve o tema do desamparo e das fragilidades no atendimento das demandas emocionais. Medo, acomodação, jogos de poder, ignorância e disputas por espaços sem levar em consideração as necessidades da população são o que, de fato, eu sou capaz de afirmar. Para Pitta:

[...] uma política de saúde correta ou mesmo uma administração hospitalar tecnicamente adequada, embora influenciem, não irão determinar a singular relação do doente com quem o cuida. Qualquer atitude generalizadora que não leve em conta o cotidiano do trabalho hospitalar com as cargas de

tensão e conflito a mobilizar sujeitos concretos que se situam nos limites geográficos desta atividade humana, correrá o risco de passar ao largo das suas determinantes fundamentais, contribuindo pouco para a tripla perspectiva de melhorar as condições de trabalho, a eficácia da organização e uma melhor resposta ao usuário dos seus serviços (PITTA, 1991, p. 22).

Também este não parece ser um tema relevante para a maioria dos médicos que não entendem o significado de apoio psicológico nos traumas. A ideologia da medição do comportamento impede a compreensão e valorização dos aspectos subjetivos que estão ocorrendo... “mas isto não é importante, o que é importante é o atendimento objetivo, a medicação e o tratamento adequado para cada caso”, afirmação de uma médica. Também entre profissionais da saúde, de outras categorias, é possível constatar este vazio. Num dos grupos focais registrei estas perguntas de um auxiliar de enfermagem da equipe do SAMU:

*“- Num serviço baseado em protocolos, atendimento sistematizado, por que há tanta desarmonia, tanta desagregação no grupo ? Qual a atenção que pode ser oferecida às equipes do SAMU em relação às estratégias de integração, de apoio e humanização para as equipes?”*

A medicina produz e reproduz um saber quantitativista em detrimento da compreensão da subjetividade que é produzida nas situações de doença. A enfermagem é tecnicamente competente porem subserviente à ideologia médica. Existem iniciativas de superação destes vazios considerando os desafios da angústia pública, porém a falta de uma gestão institucional somada a inoperância dos processos grupais resulta no vazio de apoio psicológico.

*(16) Eu fui atender uma queda em via pública. Chegando lá, a gente vê de cara que é um etilizado. O povo em volta, tudo numa chacinha. Eu cheguei perto dele, porque, a princípio, tinham passado que era um ferimento em couro cabeludo. Não tinha nada. A gente já vai avaliando, já vai abrindo o olho, já vai pedindo, né, aquelas coisinhas básicas. Daí tu vai perguntando: O que que aconteceu com ele? Ninguém ti responde. Tá, mas ele caiu? – “ Ele caiu. Tu não viu?”, alguém me respondeu lá no meio. E assim: Ele tremeu ou não tremeu? Nada. Quem chamou o*

SAMU? Ninguém responde. Onde é que tá o ferimento que vocês disseram que ele tinha em couro cabeludo? Ninguém respondeu. Peguei o celular, ele tava com algo na mão que ele não, né, não largava, passei pra o médico que era um paciente etilizado, permanece no local. Quando eu e o Abílio pegamos ele pra colocar na calçada, o povo se ouriçou, daí eles apareceram: “Porque vocês não podem fazer isso, não podem trancar aqui, porque não sei o quê, bah, bah, bah”. Eu peguei e disse assim: Tá bom. Foi a única coisa que eu respondi: Ele vai ficar aqui no local. Com isso, eu ganhei um e-mail, que foi o meu nome pra tudo quanto foi Secretaria, daí eu fui chamada na Direção. O que me marcou e o que me agrediu, foi que disseram assim: “Quem sabe tu tá cansada. Reveja os teus conceitos. Quem sabe não tá na hora de tu parar, de tu sair da SAMU?”, sabe. Seis anos não teve isso, né. Eu acho que tu não pode mudar de uma outra pra outra a tua maneira. Infelizmente, aconteceu um caso. Nunca ti chamam pra dizer assim: “Bah, obrigado!” A gente sabe que é o dever da gente, mas isso machuca. No outro plantão, quando eu fui botar essa merda desse macacão, eu chorava na ambulância, de raiva, sabe. Então assim ó, a gente não tem respaldo de ninguém, tu tá ali a mercê de todo o mundo, sabe. (“- Não tem respeito.”) Ninguém ti respeita. Aí tu entra numa emergência com um paciente estável, que tu regulou só com O<sub>2</sub>, chega na sala amarela do Conceição, a médica te olha, ti dá as costas e sai. Eu assim ó, mesmo que a maca fique retida, o paciente é meu, até que eu passe ele pra alguém. Como o pessoal, os técnicos são bem legais ali, a gente se relaciona bem; gente, não deu cinco minutos e a paciente entrou em edema agudo. Quadro clássico. Eu cheguei pra médica e disse assim: Ela está instabilizando. Eu não dei diagnóstico nenhum. Eu só disse assim: Ela tá instabilizando, ela tá assim. Dentro da sala amarela, eu não podia mais pedir pra o meu médico. “Pois tu é uma falta de respeito, porque vocês acham que vocês podem sair invadindo”, porque não sei o quê. Pela primeira vez eu respondi, eu acho que eu tava tão braba pelas coisas que tinham acontecido, que eu disse pra ela: Olha aqui doutora, essa paciente podia chegar a pé, a cavalo, de táxi, ela chegou conduzida de uma forma adequada, só que assim ó, ela tá instabilizando e a senhora não atendeu. Ela tava com um enorme de um enfarto, tanto que entrou pra o...Foi uma correria, ela demorou de vinte e cinco a trinta minutos pra atender a paciente. Daí, quando ela se flagrou do que ela tinha feito, foi um “auê” e punsiona, faz e acontece, a mulher já tava instável e ninguém conseguia a veia. Eu peguei e anotei tudo direitinho o que tinha acontecido na sala...

Tendo participado de dezenas de congressos, em quase trinta anos de convívio com as ciências humanas, posso afirmar com certeza absoluta que até então ainda não tinha visto tanta motivação e comprometimento de participantes como no I Congresso da Rede Nacional SAMU, já referido, que ocorreu em Brasília. Repito, tal interesse pessoal não encontra ressonâncias institucionais, considerando os desafios do cotidiano destes profissionais.

(83) *Eu acho que tem todo esse lado do stress, da emoção ruim...Mas também tem uma outra coisa que a gente aprende....Tu é extremamente feliz com a vida que a gente tem. Então daqui há pouco...Meu pai ta preocupado porque não sei o que aconteceu...Que coisa boa que tu não ta dormindo há dois dias, por isso que este é o teu problema. A gente começa a não valorizar...Na minha opinião a gente começa a valorizar o que realmente tem valor e as coisas pequenas elas passam...desapercebidas. Que antes, na maioria das pessoas que não tem esta vivencia, eu acho é um grande problema, pra nos passa a ser uma simples intercorrência, que a gente resolve a vai embora, porque é um verdadeiro inferno ..., e que tem que dar preocupação... é isso que agente vivencia nas ruas e que não acontece conosco. Né, eu pessoalmente eu sou extremamente grata pela hospitalar e a minha experiência aí fora, por ter me deixado mais feliz. Eu realmente podia chegar em casa e ver que aquilo que antes que eu achava que era grande, não era nada, cara, perto do que as pessoas realmente têm que conviver no dia a dia, embora eu sabia que dentro da esfera de cada um, cada problema tem a sua medida, o problema é diferente para cada pessoa, mas a gente faz tudo, pra mim passou a ser tudo mais fácil de levar, a partir do momento que eu passei a viver com estas dificuldades.E uma coisa assim que eu não relatei, mas eu tive a experiência de chegar num acidente e ter um óbito de uma menina que estava com o corpo pra fora do carro, e o cabelo era igual ao da minha filha, o físico era igual a da minha filha. O rosto ensangüentado, não dava pra ver. Eu não consegui caminhar. ... Não consegui sair do lugar. O único medo exatamente que a gente tem, eu acho, neste tipo de trabalho e se deparar com uma situação dessas, Daí eu acho, eu não sei o que teria acontecido comigo se aquela menina que estava em óbito na cena fosse realmente a minha filha. Aí eu acho que eu teria ficado. Esse é o único medo. Mas fora isso eu acho que a gente consegue lidar bem com as coisas. Até porque eu penso que nós não salvamos ninguém...Na realidade nos somos um instrumento da vida, que*

*estamos disponíveis. Coisa ruim que a criança quebrou as pernas, que coisa ruim que o pai saltou ..., mas que excelente que tem condições, que tem pessoas que ... tentando ajudar. Que coisa boa que existe um serviço que tá lá pra prestar este atendimento e talvez trazer a pessoa pra outra qualidade de vida de novo, coisa que anteriormente não existia e muitos lugares não tem. Muitas pessoas não têm acesso a isso. Ao mesmo tempo que é uma coisa ruim, pra eles ta acontecendo aquilo, .... ta prestando atendimento, fica tranqüila .... tem um médico exatamente pra ele, ... coisa que talvez não teve a vida inteira ..., tá tendo um médico na residência. Tem aqui outro lado bom, também, não é só tristeza, não é só agressão do emocional. Eu acho que a gratificação do emocional, na minha opinião, ainda é muito maior, embora realmente, aí é que de repente. Fique diante ... que nos choca demais. Eu acho que o que tem de bom suplanta o negativo. E a gratificação que se tem no poder, realmente, ....., naquele momento intermediando um auxílio, na saúde daquela pessoa, na manutenção e a prevenção da saúde, eu acho que é extremamente gratificante pra nós, profissionais.*

Se as concepções teóricas atuais, existentes nos manuais oficiais e na bibliografia nacional são insuficientes, ou porque não existem ou porque o acesso não é facilitado (e/ou não há interesse); se nas práticas há ausência de primeiros auxílios psicológicos, se os critérios do DSM IV e do CID 10 estão distantes, ou equivocados se aplicados aos socorridos, mas se aplicados aos profissionais do SAMU, então se verifica maior correspondência, então podemos reconhecer que existe aí um vácuo paradoxal que precisa ser mais pesquisado para melhor intervir nesta realidade. Neste sentido, neste primeiro passo, mais importante que estruturar protocolos de atendimento a tarefa pode ser a de mostrar aquilo que está escondido.

Esta representação sobre as experiências nos atendimentos coloca a fragilidade de recursos teóricos, práticos, pessoais e institucionais, uma vez que a questão dos primeiros auxílios psicológicos não é abordada, ou melhor, até podem ser abordados, mas como expressão de interesse e sensibilidades individuais, mas não como procedimentos de rotina nas missões de socorro. Então, se os profissionais consideram relevante contar com um espaço de capacitação para lidar com a demanda das emoções, reconhecem a importância de estratégias para cuidar

de si próprios, reconhecem a necessidade do trabalho em grupo para troca de informações e sentimentos, por que isto tudo não é viabilizado?

*(61) Bom, pra mim o que me marca mais, um pouco as coisas que não tem resolução. Por exemplo é o caso da Catia que a gente atende ela todos os dias e o problema dela nunca é resolvido. Ela vem aqui no HPS. Ela agride todo o mundo, a gente continua atendendo ela todos dias, praticamente, e ninguém faz nada, acho que ta na hora de as pessoas tomarem uma atitude pra este tipo de atendimento que a gente faz.*

Considerando a psicologia das emergências como o estudo do comportamento das pessoas nos acidentes e desastres desde uma ação preventiva até o pós-trauma e os processos de intervenção como de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas e socorristas, é possível constatar a ausência deste tema, seja nos documentos oficiais, seja nos congressos e seminários. Pode-se afirmar também que no cotidiano dos atendimentos, no Pronto Socorro e nos hospitais, o assunto não é valorizado. Ou mesmo considerado relevante pelos profissionais da saúde.

Uma observação, talvez contraditória à afirmação acima, é que entre os profissionais do SAMU nota-se uma necessidade de informação sobre primeiros auxílios psicológicos e acolhimento, porém velada, não manifesta. Ou seja, raramente o assunto é formalmente explicitado, mas aparece na informalidade do cotidiano, onde é indicado como necessário não só como suporte para lidar com as próprias dificuldades emocionais que são enfrentadas nas missões de socorro, mas também o que fazer diante do desespero das pessoas atendidas.

*(81) Uma coisa que eu não sabia, eu tenho, vou fazer 42 anos, tenho 3 filhas, tenho uma de 14 anos, vai fazer 15, do meu primeiro casamento ela cresceu ... até os sete anos ela tava comigo, eu morava com a mãe dela, ela cresceu eu não dava bola pra ela, ah a mãe cuida, se eu tiver que tomar uma atitude vou pegar o raio da minha bunda, e deu. Aí, pô, nasceu uma menina de cinco anos do meu segundo casamento, eu melhorei um pouquinho. Agora to com uma de 2 anos, pó é um bibelô, eu não saio de casa, posso esquecer de dar um beijo, não nego, mas eu vou*

*lá, tapo as crianças, olho e aí quando tu vê um piazinho na rua, te lembra dos teus, e a gente pega tanta emoção na rua, que nem tu falou, avisa a filha, que a gente começa, em primeiro lugar o que o cara faz, ... não vai, não vai, vou sair, daqui a pouco tu cai na realidade. Pô eu tenho que viver, né, eu vou deixar de ir na esquina tomar um choppinho, ali, vou deixar de jogar bola porque eu fui lá de tarde ajudar um cara que quebrou a perna numa quadra de futebol de salão, ah eu tenho que jogar bola e a gente começa a entrar em paranóia, e aí tem que pegar o que, tem que falar com um amigo, discutir um caso, que as vezes é como o dr. falou ..., o teu colega aí se torna o teu parceiro. Quem é que pegou e convidou assim, ó. O fulano vai lá na minha casa hoje de noite ou amanhã, comer um churrasco lá em casa, é difícil. ... vai conversar com colegas coisas que a gente conversou dentro de casa. E tu perguntou aquela hora se a gente comenta os casos. Olha, eu acho que a grande maioria comenta. Porque esses dias uma médica ligou aí, eu tava no SAMU, assim, na nossa salinha e eu ainda brinquei. - “Sala de Reunião do SAMU”. Todo mundo ficou rindo. Mas não deixa de ser uma sala de reunião, porque chega aí e um fala de um caso, outro fala do outro, e é uma terapia. E ainda bem que tu fala, porque às vezes tu vem de um atendimento, estressado, porque tu fez de tudo pra salvar uma vida, não conseguiu salvar, tu já chega xingando às vezes o pessoal da Regulação porque: - “Qual é o caso, qual é a situação”. Porque muitas vezes tem colegas aí que condeno, eu condenava, mas às vezes eu tenho o costume, não, tem gente que acha ah o cara é puxa-saco, não. Eu entro na Regulação, eu cumprimento todo mundo, dou um oizinho baixo, pra ninguém, e aí tu começa a prestar a atenção o que é a correria aí, .. é muita coisa e as vezes a gente chega numa situação e dizem que o cara tava com falta de ar. Chega lá e o cara ta com uma parada. E aí tu começa, bah, porque regularam mal, ah porque me deram o endereço mal. E tem aquela série de cobrança, porque tu não chegou a tempo faz uma hora que eu liguei e mandaram agora, porque não chegaram cinco minutos mais cedo tinham salvado a vida do meu pai, do meu irmão, da minha mãe. E a gente volta, vem estressado, chega na salinha, ou chega na ... e toma um cafezinho e começa a conversar. Às vezes, a gente grita com o colega ou fala alguma coisa, mas na hora tudo é válido. E uma coisa que eu tô aprendendo aqui ó: aqui a gente discute, briga, pode ser que alguns não concordem comigo, mas o que eu aprendi é o seguinte: bem ou mal, a gente é uma grande família e todo o dia a gente aprende.*

(46) *Eu não tenho muita história pra contar, porque eu tô há dois meses no SAMU, mas agora, vendo assim o pessoal comentando alguma coisa, eu acho assim: os primeiros atendimentos meus foi na base do Centro Vida, e era uma fase assim mais ou menos, que eu tava mais ou menos bem no início, revendo as minhas questões profissionais, algumas decisões na minha vida profissional e aí foi muito legal o atendimento. Porque teve um dia, no terceiro dia, porque eu fiz três dias lá, foi um atendimento psiquiátrico, foi com uma paciente que ela tava em casa, eu fui chamada, e aí, foi legal assim, porque ela, na realidade, vendo o exemplo de um profissional, eu achei muito bonito o trabalho do SAMU, espelhado na pessoa do Luizão, então eu acho assim, o trabalho dele muito legal, então isso me mostrou a conduta que ele teve, o manejo, né, com aquela paciente. Por outro lado, eu consegui me sentir bastante útil, porque ela também se vinculou e disse: “Tu vai junto”; ela se sentiu segura, né. Então eu pude manejar a situação junto com ele. Mas eu acho que, mais que o atendimento em si da paciente, era olhar o trabalho do SAMU, então isso foi uma coisa que eu achei bonito, que eu achei que eu podia contribuir. E aí me deu, eu me lembro que aquele dia, eu saí dali do Centro Vida e pensei assim: Obrigada meu Deus! Obrigada por essa nova oportunidade, no sentido de que a gente sempre tem o que aprender e que eu achei assim que ia ser uma fase importante, legal, e que ia me trazer uma... um resgate de coisas da profissão e que ia ser uma passagem muito boa minha pelo SAMU. Eu acho que isso foi em cima do atendimento, casualmente ele era de uma paciente psiquiátrica, eu gosto de psiquiatria também e por ver o profissional, o profissionalismo daquele técnico de enfermagem, a forma como ele manejou. E eu acho que inserido nessa questão que a gente tá falando do SAMU.*

(47) *Vou contar um caso psiquiátrico que atendi com o meu ex-parceiro, o qual eu lamento muito de ter perdido, é..., mas assim..., a moral assim, como é importante essa sintonia da equipe. Como é importante assim, não só o técnico, mas como o motorista também tem sensibilidade pra opinar, pra atuar quando o técnico não tá com todas as informações necessárias no caso, né. Então, nós fomos atender um caso de uma paciente que queria se atirar de uma janela, né, tentativa de suicídio. E terceiro, que chegando lá, tava cheio de gente e ela no quarto, cheio de gente em volta e a janela aberta. Aí assim, tentamos ver a situação, o que que tava causando aquele surto daquela paciente; as pessoas segurando ela, pra ela não se*

*atirar na janela, aí consegui ver os sinais dela, ela deixou, mas sempre surtando, e sempre se agitando, peguei os sinais e pedi: Ô, Celso, tu dá uma olhada nela aí, não deixa a mulher se atirar na janela. Eu fui no telefone, que o rádio não funcionava, o telefone da própria paciente, aí eu passei o caso pra doutora. A doutora disse: “Não...depois a gente vê o que que faz”. Só que eu tô conversando com a doutora, daqui a pouco passa o Celso com a paciente. Colocou ela nas costas caminhando, bem serena, bem tranqüila. Eu disse: - Celso o que que houve cara? -. “Não, eu pedi pra o pessoal sair, falei com ela no ouvido dela e ela me contou que ela tinha sido agredida pelo marido e o marido tava perto e tava intimidando ela. Na verdade, ela não queria se atirar, ela queria sossego, ela queria paz na vida dela. Aí eu pedi pra o marido sair, a neta sair, pronto, ela se acalmou”. Não foi necessário medicar ela. A causa do surto dela foi removida do local, entendeu? Saiu né, levamos ela pra ambulância, ela foi pra o PACS tranqüilamente, sem agitação, sem stress nenhum, né. Quer dizer, a iniciativa de um colega, a percepção de agir num momento que se sabe, importante. Por isso que eu digo, um parceiro bom, seja ele um técnico ou motorista é fundamental pra equipe.*

Do ponto de vista pessoal, iniciativas individuais e da equipe, existem inúmeros motivos de orgulho. Contudo, no aspecto macro, institucional, vivemos – como já referido – um período de guerra, que eu testemunho há mais de 15 anos. É como uma luta entre a ação dos trabalhadores do SAMU e a falta de recursos nas instituições. Assim que, sobre viver o pré-estruturado e a constatação da manipulação referidas acima a questão é que para sair do lugar há que se reconhecer nele. Ou, Quem se orgulha do seu defeito não sai dele. Quem não se vê na gaiola, não sai dela.

Como no trabalho com os meninos de rua, cujos resultados apresentei no XV Congresso Mundial de Educação em Saúde, em Helsinque. Para os meninos e meninas de rua, a forma de comunicação era a agressão e, portanto, precisaria mostrar, na prática, que existem outras formas de relação com as pessoas, que são mais prazerosas. Então propunha jogos, dramatizações a partir da identidade “de rua”, para ir desacomodando as percepções únicas sobre a vida. Aos poucos isto permitia a aquisição de novas atitudes, cujos efeitos, num ir e vir, eram novas

representações sociais. Isto é, se almejamos mudanças, há que propor alternativas que substituam o existente.

Como na “História sem Fim” (ENDE, 1985), na luta entre o “Nada” e a “Fantasia”, quando Bastian fala sobre o deserto, no diálogo com Graograman:

- Mas não posso ir embora, disse Bastian. O deserto é demasiado grande para que alguém possa sair dele “.
- O senhor só poderá descobrir os caminhos de fantasia através de seus desejos. E só poderá fazê-lo indo de um desejo para o outro. Aquilo que o senhor não deseja, não conseguirá atingir. É esse o significado das palavras ‘perto’ e ‘longe’ neste lugar. E também não basta querer ir embora de um lugar. É preciso que se queira ir para outro. Deixe que os seus desejos o conduzam.
- Mas eu não desejo ir embora, respondeu Bastian.
- Terá de encontrar seu próximo desejo, replicou Graograman quase com severidade.
- E quando o encontrar, como poderei ir embora daqui? , perguntou Bastian.
- Escute, senhor, disse Graograman de mansinho. Há em Fantasia um lugar que leva a toda parte e a que se pode chegar de toda parte. Esse lugar é o Templo das Mil Portas. Ninguém nunca o viu pelo lado de fora, porque não tem lado de fora. O seu interior consiste, porém, em um labirinto de portas, Quem quiser conhecê-lo tem de se aventurar e entrar.
- Mas como, se não podemos nos aproximar deste templo pelo lado de fora?
- Todas as portas, continuou o leão, todas as portas de toda a Fantasia, mesmo uma simples porta de estábulo ou de cozinha, sim, até a porta de um armário, podem ser, em dado momento, a porta de entrada para o Templo das Mil Portas. Se esse momento passa, a porta volta a ser o que era. Por isso mesmo, nunca se pode entrar uma segunda vez pela mesma porta. E nenhuma das mil portas conduz novamente ao lugar de onde se veio. Não há regresso.
- E depois que se está lá dentro, perguntou Bastian, não se pode tornar a sair para um outro lado qualquer?
- Sim, respondeu o leão. Mas não é tão fácil como nas casas comuns. Pois só um verdadeiro desejo pode guiar aquele que estiver no labirinto das mil portas. Quem não o tiver, tem de vaguear a esmo até saber o que deseja. E isso, por vezes, demora muito tempo.
- E como se pode encontrar a porta de entrada?
- É preciso desejá-lo.
- Bastian refletiu durante muito tempo, e depois disse:
- É estranho que não possamos desejar aquilo que queremos. De onde virão os desejos? E o que será realmente um desejo? (ENDE, 1985 p. 208).

Como no momento em que Alice afirma que quer sair de onde está, e a Gata pergunta para onde ela quer ir. Então, Alice responde que não sabe, e a Gata conclui dizendo que se ela não sabe para onde ela quer ir ela não vai sair do lugar.

(2) *Uma coisa que me marcou muito, foi bem no começo, é aquela coisa assim: o medo da inexperiência de aplicar... de usar a tua inexperiência, quando pedido uma experiência, pra atender alguma coisa. Foi um atendimento pra uma senhora que tava num trabalho de parto. Em que nós fomos até a residência dela e estávamos voltando já com ela pra o hospital e a criança decidiu nascer no caminho. Só que eu nunca tinha assistido a nenhum parto. Aí me coloquei naquela posição. Foi a primeira vez na minha vida que eu vi uma criança nascer – isso já era pai de três (riu). Mas foi a primeira vez na minha vida, que eu vi uma criança nascer. E naquele momento, na hora que tava acontecendo aquilo tudo, um monte de coisa passa na cabeça, em função da falta de experiência, falta da prática de usar aquilo ali, deixa a gente bastante inseguro. Mas, felizmente, tinha um colega, o motorista, que já era bem tarimbado, e que soube conduzir a situação toda de forma a que eu pudesse aplicar os meus conhecimentos teóricos junto com a experiência dele e tudo saiu a contento, a criança ficou muito bem, foi levada até o hospital, a mãe também. Uma coisa que me marcou muito foi o início, o surgimento, o nascimento de uma criança dentro da ambulância. Nunca tinha passado pela minha cabeça uma coisa assim. Uma coisa que me marcou muito.*

(3) *Eram sete horas da manhã, sete e dez, teve um chamado lá pra avenida Castelo Branco, foi um acidente de moto. Quando eu cheguei lá, tinha um casal de jovens, bem jovem mesmo, e o cara tava sentado, o condutor da moto sentado com a cabeça no pneu do ônibus, e o ônibus todo quebrado na frente, e ele sentado com a cabeça escorada no pneu do ônibus, e um braço estendido pra o lado, de mão com a esposa dele, que era carona, que tava deitada assim, feito um “S” o corpo dela, um “S”. A parte de baixo pra cima e a parte de cima pra baixo, sabe? Assim, virado desta forma. E, quando eu e o Otávio chegamos, a gente viu as duas pessoas ali e quem tava falando era ele. Ele dizia: “Ajude ela, ajude ela”. Mas nós tivemos a visão de que ele estava de mãos dadas com ela, e ela estava sentada olhando pra gente também, escorada, assim, na outra parte do ônibus. Só que não era essa forma que era verdadeira. A verdadeira era que ela estava como eu descrevi: um “S” assim, a parte de baixo. Mas a gente teve a impressão de que... quando eu cheguei, eu tive a impressão de ter visto ela sentada olhando assim pra mim e ele também. Porque depois a gente comentou e ficamos indecisos no momento, o que fazer primeiro, e ele pedia ajuda e ela ajuda. Então, ele estava falando, tava orientado.*

*Daí, foi aquela confusão: o que fazer primeiro? Na hora, a gente pediu ajuda, chamamos “VR” (veículo rápido) e tudo, pedimos ajuda, tinha outra unidade também chegando no momento. Daí pedi que retirasse ele do local pra... a gente imobilizou e tiramos ele dali e ficamos com ela. Só que assim ó, foi um momento que a gente viu que ela estava morta, mas nós tentamos tudo, tentava tudo, inclusive, quando a médica chegou, ela dizia: “Alice, Otávio. Alice, Otávio”. Como se tivesse querendo tirar a gente da cena. E nós não queríamos sair dali, porque a gente achava que tinha, né... E outra coisa: a impressão do tórax que começou a aumentar, dava a impressão que se mexia ali, como se tivesse um bebê já grande, sabe, o movimento ali dentro. Eu disse: ela está grávida. E ela: “Não, Alice, isso é o sangramento”. Quando a gente chegou aqui no Pronto Socorro com ele, na ambulância, ele dizia: “Como ela vai?”. Daí eu dizia: Ela está bem. Ela está sendo cuidada. Não, ela está sendo atendida, ela está sendo atendida. Era essa palavra que eu falava. Daí, eu olhava pelo retrovisor, e o meu colega, que tava dirigindo, tava muito triste, muito abalado, e eu também. E ele falava: “Não, mas olha pra ela, ela tá mal, ela não quer falar comigo.” E eu dizia: ela está sendo atendida. É como se ele visse ela; ele estava vendo ela também. E a gente tinha esse mesmo pressentimento. Quando nós chegamos aqui no Pronto Socorro, e desceu da maca ele, que o pessoal de baixo, dois ajudou a tirar, tem uma colega psicóloga, Sandra, que atende ali, disse pra mim e pra o condutor: “Vocês já sabem o que vocês têm que fazer, né?” E aí, eu e o Otávio: Sim. A gente tinha só olhado pra ela e dito “sim”. E daí a gente começou, trazendo ele correndo pra o “poli”, mas ao mesmo tempo a gente começou a rezar assim, pra nós mesmos. Foi uma experiência completamente maluca, pirada, depois desta história, eu fui lê outras histórias em livros e coisas que me indicaram sobre estas questões assim, de terem pessoas que vêem, de ver, outras pessoas que já viram, essas coisas. Eu acho que eu nunca vou me esquecer dessa situação. E a história continuou pelo dia todo; ele não saber que tinha morrido a esposa dele e a mãe da... ele só dizia que ela era uma pessoa querida e a mãe... ela era filha única. Às cinco horas da tarde, uma assistente social que foi dar a notícia pra ele e pra mãe da moça, que ela havia falecido. Foi uma história bastante complicada. Marcou bastante.*

Como é possível alterar as concepções espontâneas apresentadas pelos trabalhadores do SAMU nos atendimentos, seja em relação a si próprios seja considerando as necessidades emocionais das vítimas?

Antes da pesquisa, julgava que a angústia pública tinha como causa principal os agentes estressores, provocados por situações sociais perturbadoras. Entendia que a proximidade com situações extremas, tais como nos atendimentos do SAMU, poderia confirmar uma espécie de relação causa-efeito entre os desastres e o que denominei de angústia pública.

Talvez não contasse com a “peste emocional” e a sua função devastadora no comportamento das pessoas. Inicialmente, isto me trouxe uma irritação e uma frustração: passei quatro anos envolvido em uma pesquisa que me trouxe a repetição do velho clichê sartreano que “o inferno são os outros”.

Peste Emocional é uma expressão de Reich (1991, p. 336), cujo “traço distintivo reside no fato de que a doença se manifesta numa atitude humana que se reflete, em razão de sua estrutura caracterial biopática, nas relações interpessoais nas relações sociais, e que adota uma forma organizada em certas instituições”. E segue, “o empestado aparece, de ponta a ponta, como um ser contraditório em todos os níveis, desde a vivência emocional até a teorização político social.”

A tal ponto que **concluo que a competência interpessoal da equipe e a relação com a instituição são tão importantes quanto a qualificação técnica nos momentos de atendimento às vítimas.**

*(94) A história que tenho pra contar trata do descaso dos colegas médicos, não com o SAMU como um todo, mas com as pessoas em geral. Eu estava num domingo a noite, na Regulação, era passada da meia-noite. Entrou o médico chefe do plantão dentro da sala e pediu, que dentro do possível, evitasse de trazer pacientes pro HPS que estava lotado. Aproveitei e pedi para ele que, tudo bem, se pudesse liberar uma das três macas, a gente agradeceria para liberar uma ambulância, pelo menos, com uma paciente na Traumato. Era uma senhora de 90 anos com fratura de fêmur. Porque veio pra cá. Mora ali na Fernandes Viera. Porque*

*ela veio pra cá e se a gente não vai fazer nada no domingo de noite? Não tem porque trazê-la, poderia ficar em casa e ser feito uma analgesia e amanhã vocês a buscariam pra fazer os procedimentos necessários. Foi uma coisa que me deixou profundamente chocada. Pensei, inicialmente, que ele estava brincando comigo.*

Alguém que não seja da área da saúde e entre no Hospital de Pronto Socorro, nas Emergências dos Hospitais Gerais ou no Hospital Psiquiátrico São Pedro com certeza ficará com uma impressão que estamos vivendo um período de guerra e, o que é pior, que estamos perdendo esta guerra.

Apesar das boas intenções e, de um modo geral, da dedicação de todos os profissionais, fico com a impressão de um “salve-se quem puder”... parece que não há uma gestão... parece que não há rotinas e que os resultados devem-se á criatividade e técnica dos profissionais que estão naquele “inferno zodiacal”, expressão que ouvi de uma médica.

*(93) Acho que a pior história porque eu me lembro, que eu acho que eu fiz, absolutamente, tudo errado, era os primeiros dias no SAMU, nós fomos chamados para um trabalho de parto. É uma área que me sinto desconfortável, que eu sou cardiologista. Era um trabalho de parto comum, era dentro de uma revenda de automóveis na Assis Brasil. O dono disse pra nós, a moça ta lá fundo. Estava passando na frente da revenda, e pediu pra ir ao banheiro. Está lá no fundo e acho que acabou tendo o bebe. A gente chegou, ela estava de calça pra baixo, calças jeans arriadas, segurando o bebê no meio das pernas. Ela olhou pra nós e disse que o bebê estava morto.*

*- “Tá morto, tá morto, meu filho tá morto, tá morto, tá morto!”*

*E realmente, assim, o bebê parecia morto. Tinha um tamanho muito pequenininho, era mal formado. Nem um sinal de vida. Tiramos o bebê. Ficamos fazendo os outros procedimentos, tiramos a placenta. Enrolamos o bebe, não, tá morto. Vamos dar uma olhada de novo no bebê. Abrimos e ficamos olhando pra ver que tipo de malformação que tinha. A mãe informou que tinha cinco meses de gestação. Tinha os dedinhos todos mal-formados, os pezinhos também. De repente, quando estávamos olhando, o bebezinho gaspeou. Eu quase morri, junto com a Juliana. Saímos correndo, correndo. O motorista ficou com a mãe, já estava botando*

*na maca, e tudo. E saímos correndo, e começamos a fazer as manobras. A criança pra meu espanto completo, ela voltou. Ficou rosada, começou a esboçar movimentos de choro. Nós ficamos aguardando leite Natal, a criança dentro da ambulância. Como esse leite não vinha, tomamos a decisão de ir indo até o Presidente Vargas. Chegamos lá, não tinha o leite, ainda. Conversamos e decidimos que nós íamos entrar na UTI, não na UTI, mas no Natal. Tem um berçário prévio, com leite aquecido. Pelo menos um leite aquecido e um pediatra pra atender, pois a criança era muito prematura. Nós entramos lá. Parte da enfermagem nos recebeu muito bem. A médica nos recebeu muito mal. Eu me lembro que o que me chocou, que a gente estava com a criança viva, rosada, chorando, saturando, razoável...A pediatra pediu quantos quilos ela tem.*

*- “Como é que eu vou saber quantos quilos, não tem balança dentro da ambulância...”*

*- “Se não tiver mais ou menos quinhentos gramas, tu investe ou não”.*

*- “Acho que tem que investir, a criança está viva, vou fazer o que agora?.”*

*Pesaram a criança, tinha 520 gramas...*

*Outras duas pediatras tentaram entubar, não foi possível. Chamaram um pediatra neo-natal e aí eles fizeram tudo.*

*Ficou uma situação super-chata, nós havíamos invadido o local.*

*- “Eu não quero UTI, quero só os primeiros procedimentos”.*

*Só vamos ficar aqui até a criança ter condições de ser transportada. Se não me engano, levamos a criança para o Clínicas. Ela era extremamente mal-formada. A criança viveu uma semana e depois morreu de septo. Tudo errado no sentido, assim...*

*Teoricamente, nós deveríamos ter ficado aguardando a Central de Leitos. Tivemos todo o apoio da Direção. O SAMU toda a hora a gente enfrenta isso exatamente, tu sabes que tu não tens grandes condições no local, e tu precisas agilmente levar pra um local. Principalmente pediatria e obstetrícia. E tu não és bem recebida nos locais e tu tens que aguardar lá na ambulância, até que alguém decida onde tem um leite.*

*Se tu vais olhar as nossas regras, elas dizem que tu tens que aguardar até que a Regulação te diga pra onde tu vais.*

A aparência enganadora é grande e forte na área da saúde que não é privada. A gestão é dos anos 50, taylorista. Não há humanização nem acolhimento. Diria até, que padrões mínimos de educação não são seguidos e consentimento informado só vejo circulando nos comitês de bioética que, quando existem, são considerados inúteis, como afirmou um médico no Hospital de Pronto Socorro: “isto é bobagem de quem não tem o que fazer, quer dizer, não sabem fazer...e ficam enchendo murcilia, isto é coisa de quem não tem prática”. Trata-se de um paradoxo, pois este é o funcionamento institucional, mas não é o que ocorre sempre, graças às iniciativas e responsabilidade de alguns. Como coloca Tulku:

[...]a verdadeira responsabilidade consiste numa atitude ativa de cuidar, bem como numa disponibilidade para responder a tudo o que nos cerca, numa presteza para fazer o que precisa ser feito. Isto significa que assumimos responsabilidade não só por certas obrigações, mas por todos os aspectos da vida, respondendo a cada experiência com uma disposição dinâmica, uma abertura para a vida que nasce de um profundo interesse por cuidar (TULKU, 1995, p. 152).

Também o condutor, o motorista, que atua nas ambulâncias, tem uma função muito importante nos atendimentos. O condutor desempenha três papéis nas missões de socorro: conduzir a ambulância, falar no rádio com a central e auxiliar no atendimento, pois todos estão preparados para esta tarefa junto com o profissional de enfermagem.

Em um Curso de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência, participei como facilitador em uma oficina sobre Escuta Funcional, projeto este infelizmente interdito na atual gestão. Na ocasião registrei o que segue:

Com a proposta de trabalhar as histórias significativas vividas pelos participantes, inicialmente um dos integrantes propôs conversar sobre assuntos gerais antes que cada um contasse a sua história. Logo perguntei sobre qual tema gostariam de conversar e todos referiram da importância de estarem juntos e que seria uma boa hora para que cada um pudesse dizer como estavam sentindo o trabalho naquele momento. Um dos condutores propôs, então, uma rodada para que cada um “numa frase” dissesse o que gosta e o que não gosta no seu trabalho.

Algumas frases ditas foram as seguintes: *“Gosto muito”*; *“Gosto das funções que faço, de todo o tipo de tarefa do nosso trabalho”*; *“Contente, fazendo o que gosto de contribuindo para o bom atendimento do serviço”*; *“me sinto bem, gosto de tudo “;* *“Gosto de ajudar pessoas com problemas “;* *“ não gosto de entrar nas vilas à noite sem apoio da Brigada Militar “;* *“Não gosto de ficar sem lanche ou janta”*; *“Não gosto de algumas cobranças que não tem resultado”*; *“De uma maneira geral, não tem só o bom...precisamos nos integrar, conversarmos para crescermos...”*; *“deveria ter uma melhor regulação médica”*.

Logo apareceu um clima de insatisfação e de críticas ao SAMU... um dos participantes foi aplaudido depois de fazer a seguinte afirmação: *“- Querem que a gente tenha cabeça mas é isto que falta no SAMU...precisamos de uma cabeça para coordenar tudo que tá de errado...”*. Foi proposto que cada um contasse a sua história, uma que tenha marcado...Então, ocorreu que ao invés de contar histórias com a descrição de socorros, todos relataram histórias de brigas com a coordenação, com enfermeiros, com colegas, com médicos e de como o SAMU tinha sofrido mudanças para pior.

O pano de fundo de todas as histórias era de como eles eram desprestigiados e colocados sempre como secundários...Depois dos relatos, eles mesmos começaram a analisar os “porquês” de tanta insatisfação e concluíram, basicamente, que *“a falta de consideração com a gente é porque não somos as estrelas da saúde...”* Ficava muito claro que eles também traziam o importante tema da inserção institucional como elemento pragmático e possivelmente determinante no trabalho de equipe nos atendimentos de socorro.

Ainda dentro deste tema do papel da instituição na psicologia das emergências, é possível considerar uma instituição como um conjunto de pessoas com uma finalidade comum, com estabilidade e organização permanente. Neste sentido, o que caracteriza uma instituição é a sua fixidez e continuidade, seu caráter geralmente conservador. Também se define instituição como um conjunto de normas continuadas por um sistema de valores. Ou ainda como um sistema que possibilita o relacionamento humano, o funcionamento da sociedade e suas exigências culturais.

Neste sentido, sobre o conceito de instituição, concordo com Barbier, para quem a:

[...] instituição é a célula simbólica, matriz dos habitus, com uma dinâmica dialética instituída e instituinte, com uma estrutura oculta e ocultante, inscrita na temporalidade e socialmente sancionada, que busca o controle da historicidade agindo de uma maneira funcional e imaginária, instaurada pelas relações sociais forçosamente conflitantes, provenientes da atividade transformadora dos grupos humanos (com o princípio de realidade), da sua produção desejante (com o princípio de prazer) e do seu duplo imaginário social (com o princípio de esperança e o princípio de ilusão). Ela é simultaneamente a resultante global e o âmbito específico, quase sempre materializado e espacializado, do estado sempre dialético das relações de força entre grupos sociais, classes ou frações de classes sociais que se afrontam, no espaço e no tempo históricos da sociedade considerada, nos três níveis estreitamente imbricados: econômico, ideológico e político (BARBIER, 1985, p. 156).

Esclarecer contradições pode significar reavaliar posições e tomar decisões. É preferível manter o mascaramento do que desvelar mudanças ameaçadoras. Isto gira em torno de querer e não querer, o que implica reciprocamente condições de poder e de saber. É comum a idéia de que, diante de uma situação ruim, visivelmente caótica e difícil, é melhor mantê-la assim, porque ela é conhecida, do que tentar uma mudança para o provável inusitado, diferente, isto é, para o desconhecido. Esta pode ser a opção de enfrentamento de uma situação de emergência, e aqui cabe recordar o problema da pesquisa, que é a compreensão da psicologia das emergências e como colocá-la em prática.

Como observa Bleguer (2003, p. 165), “quando se trabalha um objeto, não apenas o objeto está sendo modificado, mas também o sujeito e vice-versa, e as duas coisas ocorrem ao mesmo tempo”. Deste modo, apontar o mascaramento da instituição pode significar a sua mudança o que, por sua vez, significa modificar a pessoa que vive em relação com esta instituição. Esta não é uma tarefa fácil, nunca será realizada totalmente, porque sempre haverá máscaras numa instituição. E tem o contraponto: faz o que podes fazer, com o que tem, com o que sabe, com base no que tu acreditas... E, se isto é um imaginário, por que não podemos transformar este cenário de angústia pública?

(17) *O atendimento que marcou e continua marcando até hoje. Não é uma ocorrência em si, mas são todas, que a gente atende paciente, a gente faz o melhor*

*da gente. Atende bem e na hora de entregar o paciente nos hospitais, pode ser Pronto Socorro, na PACS, principalmente na PACS, a gente é mal recebido. A gente vai pra o HPS, chega na sala 6, tem médico que não olha nem pra minha cara e vira as costas. Então, isso é uma coisa que marcou. Eu já tô há dez anos no SAMU e continua marcando. A gente trabalha e faz o melhor, até me emociono, porque vai continuar marcando, e a gente é recebido dessa forma. Então era só isso. (Pode chorar.) Não. E que continua marcando.*

Nas práticas, acompanhando as ambulâncias e o cotidiano dos profissionais do SAMU, o tempo todo percebia que faltava algo nos atendimentos. E também faltava algo de consciência do seu próprio trabalho e dos efeitos deste trabalho em si próprio. Há uma objetividade que não convence e parece não dar conta da dimensão do problema e, paradoxalmente, a sensibilidade que aparece nestes relatos não tem o mesmo eco nas ações do dia-a-dia. Interessante, porque ao invés de ver o limite da narrativa da catástrofe, nota-se o inverso, isto é, sou testemunha que aparece nos relatos aquilo que não via no cotidiano dos atendimentos. Em princípio, esta posição é contrária à afirmação de Nestrovski (1998, p. 191): “a incompletude do conhecimento , a resistência a trair com palavras um evento que não pode ser narrado, a memória emudecedora de uma vivência para além dos limites da expressão: esta é a contingência de toda testemunha de uma experiência dramática”.

Na medida em que procedia a leitura (e releitura) do material colhido, e neste processo de reflexões, quase sem querer, talvez intuitivamente, fui me dirigindo para o tema da liberdade. Mas não conseguia explicar porque esta era a minha direção. Ainda não entendia qual a relação entre a psicologia das emergências e as questões de liberdade. De acordo com Melucci:

[...] para quem sofre e para quem trata, a experiência da doença pode tornar-se, de um lado, uma luta cruel contra um inimigo invisível ou pode representar, de outro lado, a passagem através do círculo mágico que se abre para a finitude e a liberdade (MELUCCI, 2004, p. 124).

Em uma parábola intitulada “O homem que foi colocado numa gaiola”, Rollo May (1988) aponta para a relação do cotidiano com a falta de liberdade, concluindo

que a falta desta gera ódio e ressentimento. Se concordarmos que nas situações-limite se dá a mudança, e considerando os fatores de vulnerabilidade diante de eventos adversos, um acidente pode ser considerado uma oportunidade de liberdade e redecisão na vida. É uma história que nos deixa uma pergunta: qual a primeira coisa para sair da gaiola? A resposta é simples. Reconhecer que se está na gaiola. Parece óbvio, mas para sair do lugar precisamos reconhecer que estamos nele, talvez esta seja um dos primeiros passos para desinstitucionalizar (se).

#### *O HOMEM QUE FOI COLOCADO NUMA GAIOLA*

*“Certa noite, o soberano de um país estava de pé, à janela. Estava cansado da recepção diplomática a que acabara de comparecer e olhava pela janela, pensando sobre o mundo em geral e nada em particular. Seu olhar pousou sobre um homem que se encontrava na praça, lá embaixo, aparentemente um elemento da classe média.*

*O rei começou a pensar como seria a vida desse homem. Imaginou-o chegando em casa, beijando distraidamente a mulher, fazendo sua refeição, indagando se tudo estava bem com as crianças, lendo o jornal, indo para a cama, dormindo e levantando-se para sair novamente para o trabalho no dia seguinte.*

*E uma súbita curiosidade assaltou o rei, esquecendo-se por um momento de seu cansaço. Que aconteceria, se conservassem uma pessoa numa gaiola, como os animais do zoológico?*

*No dia seguinte, o rei chamou um psicólogo, falou-lhe de sua idéia e convidou-o a observar a experiência. Em seguida, mandou trazer uma gaiola do zoológico e o homem de classe média foi nela colocado.*

*A princípio, esse homem ficou apenas confuso, repetindo para o psicólogo, que o observava do lado de fora: "Preciso pegar o trem, preciso ir para o trabalho, veja que horas são, chegarei atrasado!" À tarde, começou a perceber o que estava acontecendo e protestou, veemente: "O rei não pode fazer isso comigo! É injusto, é contra a lei!" Falava com voz forte e os olhos faiscantes de raiva.*

*Durante a semana, continuou a reclamar com veemência. Quando, diariamente, o rei passava pela gaiola, o homem protestava contra o monarca. Mas esse lhe respondia: "Você está bem alimentado, tem boa cama, não precisa trabalhar. Estamos cuidando de você. Por que reclama?" Após alguns dias, as reclamações do homem começaram a diminuir e acabaram por cessar totalmente.*

*Passaram-se mais algumas semanas e o prisioneiro começou a discutir com o psicólogo, se seria útil dar a alguém alimento e abrigo; afirmava que o homem tinha de viver seu destino de qualquer maneira e que era sensato aceitá-lo. Assim, quando um grupo de professores e alunos veio um dia observá-lo na gaiola, tratou-os cordialmente, explicando que escolhera aquela maneira de viver. Disse-lhes que havia grandes vantagens em estar protegido; que eles veriam com certeza quanto era sensata a sua maneira de agir, etc. "Que coisa estranha e patética", pensou o psicólogo. "Por que ele insiste tanto em que aprovelem sua maneira de viver?"*

*Nos dias seguintes, quando o rei passava pelo pátio, o homem inclinava-se por detrás da gaiola, agradecendo-lhe o alimento e o abrigo. Mas quando o monarca não estava presente e o homem não percebia estar sendo observado pelo psicólogo, tornava-se impertinente e mal-humorado. Sua conversação passou a ter um único sentido: em vez de complicadas teorias filosóficas sobre as vantagens de ser bem tratado, limitava-se a dizer frases simples como: "É o destino!" E repetia isso infinitamente. Ou então murmurava apenas: "É!"*

*É difícil dizer quando falou a última frase, mas o psicólogo percebeu que, um dia, o rosto do homem não tinha expressão alguma; o sorriso deixara de ser subserviente, tornando-se vazio, sem sentido. Em suas raras conversas, deixou de usar a palavra "eu". Aceitara a gaiola. Não sentia ira nem zanga; não raciocinava. Estava louco.*

*Naquela noite, o psicólogo instalou-se em seu gabinete, procurando escrever o relatório final. Tinha dificuldade de encontrar termos corretos, pois sentia um grande vazio interior. Não podia afastar a idéia de que alguma coisa se perdera e fora roubado ao universo naquela experiência. E o que restava era o vazio (MAY, 1988, p. 72).*

Sair da gaiola não é tão fácil. Como sugerido nas metáforas com a Alice e Bastian, especialmente quando ele afirma que “não possamos desejar aquilo que queremos”. No trabalho da pesquisa, em um momento, compreendi que reproduzia aquilo que combatia: quanto mais me interessava do trabalho e dos relatos percebia um vazio nas abordagens, quanto aos primeiros auxílios psicológicos, e paradoxalmente buscava respostas na formulação de técnicas e protocolos ao invés de buscar alternativas naquilo que hoje eu proponho como sendo tão, ou mais, importante que as técnicas, que é em primeiro lugar uma leitura apropriada de valores existenciais e mais sutis quanto ao tema das necessidades emocionais e de acolhimento.

Nisto de reproduzir o que combatia, pensava: qual o projeto inconsciente por trás do projeto oficial? Como referido no início deste capítulo, onde está a certeza que a identificação desta categoria, ou unidade de significado, não revele as minhas perplexidades e contradições no trabalho atual com grupos e instituições? De qualquer forma, sei que esta análise sobre instituição, também nasce de uma profunda insatisfação com o vigente.

A organização tempo-espacial com seus processos de saber-poder podem ser mais traumáticas que aquelas oriundas da natureza. É uma espécie de NUTUS...como enfrentar um poder que está difuso e que, ao mesmo tempo, manifesta-se sem parar nas nossas vidas ? Ou seja, este é um poder difuso,

universal e ao mesmo tempo localizado e particular. Esta contradição gera uma angústia. E esta angústia pública poderia ser chamada de “evento adverso” tal como é entendida na defesa civil.

Para buscar alternativas há que enfrentar as conseqüências da autocrítica com coragem. Algo como objetivar a subjetividade, como um jeito de desmontar a rigidez institucional. dimensão negada nos manuais, nos congressos, nos protocolos oficiais e, de certa forma, negada também na própria equipe.

O afeto, o estético, a sensibilidade, as aberturas e “desterritorializações” são instrumentos, ou armas, que podem, ao mesmo tempo, dar pistas para os processos de ajuda mútua entre os trabalhadores do SAMU e, igualmente, estabelecer as bases para a psicologia das emergências.

### **3.4 Casca Grossa e Lágrimas nos Olhos**

*“Temos o stress da convivência com a desgraça. A gente é casca grossa, mas com lágrimas nos olhos”.*

*(18) Como alguém falou aqui, as histórias são inúmeras. Cada história tem marca de alguma forma, seja ela mais simples, seja ela mais agazão, entre aspas, como a gente chama, até o mais grave. Mas eu falo uma situação que marcou, muitas delas marcaram, mas uma delas que marcou mesmo, foi comigo e com o Jaime em que mais uma vez, entre tantas outras, a equipe estava em risco; e o nosso apoio da Brigada ficou, eu acho, pra outro dia, não pra o momento da ocorrência. Nós fomos chamados por um usuário de droga, que tinha usado droga numa casinha, lá numa estação de alta tensão. Alguns colegas até lembram dessa história aqui. E ele teve entrada, vamos dizer, no... a carga elétrica deu entrada no pé e saiu na parte posterior do tórax, atingindo membros inferiores, rim, pulmão, uma situação bem grave. Chegando no local era o “quadro da dor sem moldura”, tinha, eu acho que umas cinqüenta pessoas do lado de fora, uma luz muito fraca assim, bem... como é que eu vou dizer assim, bem escuro o local e o menino esse, uns*

dezessete anos, deitado, confinado praticamente num local lá e uns fios de alta tensão em cima dele, balançando pra lá e pra cá e, fora da peça, umas cinqüenta pessoas gritando, berrando pra variar, que a gente tinha demorado demais, transferindo toda a culpa da situação pra equipe. O pai do menino em desespero. Eu entrei até onde eu podia, porque era uma situação de risco, nós tava chamando a Brigada Militar, chamando a CEEE, bom, chamando até Deus pra ajudar. Aí, o Jaime não deixou eu ir além do que eu podia, eu queria, eu também fiz uma..., como disse o nosso colega aqui, eu queria muito ajudar aquele menino, porque ele tava em desespero, ele gritava muito, e eu queria chegar naquele menino, mas o meu colega disse: “Não, Marta, tu não vai”. E eu tava próxima a ele, próxima dos fios de alta tensão, quando de repente as luzes se apagaram e eu fiquei totalmente no escuro, com aqueles fios de alta tensão balançando e o menino em desespero e o pai gritando, querendo tirar o menino dali. O Jaime gritou: “Marta, te abaixa, não te mexe”; aí ali começou toda a nossa tensão. E aí, eu saí do local, fui me rastejando, engatinhando pra fora, saí do local, quando eu chego na porta, a população veio pra cima do meu colega, do Jaime: “Vocês vão tirar ele dali, porque vocês vão salvar ele, porque se ele não sai, a equipe daqui também não sai”. Daí eu disse: Bom, então, todo mundo morre, porque ele vai ficar e a equipe vai sair. Daí quem gritou fui eu, porque o Jaime tava gritando há meia hora lá fora e não adiantava. Aí, a verdade é que a gente arruma força, não sei da onde, aí eu é que dei o berro: Negativo, se alguém tocar na equipe aqui, a equipe vai embora, o paciente fica e ele morre. Aí o pai do guri pediu pra população, pelo amor de Deus que se acalmasse, e nessa hora a gente vira doutor, né, daí ele disse: “Pelo amor de Deus, doutora, não abandona o meu filho”. Bem, resumindo a história, o pai entrou em desespero, pegou um pedaço de pau, conseguiu arredar os fios elétricos e puxou o menino até onde eu estava. Foi ali que eu consegui tirar o menino dali. Esse menino veio pra o HPS. Até aquela hora, a Brigada Militar não apareceu, nós encontramos depois eles, mas no local, eles não apareceram. Aqui no HPS, eu cheguei a acompanhar ele, ele realmente ficou com seqüelas bem graves. Essa é a minha história. É o risco que a gente corre a todo o momento, praticamente, além de andar num veículo de emergência que é um risco constante. A gente corre inúmeros né. E ainda não pode escolher o motorista...A realidade é que o nosso tá sempre na reta, né...E aí, a gente entra naquela questão assim ó: Somos valorizados até aonde? Somos respeitados até

*aonde? Enquanto tu não errar...A partir do momento que tem um erro, desaba.- Trabalha há dez anos direito, aí dá uma erradinha...*

*- Por isso que eu digo, tu tá sempre na reta. Como no caso da Jane, por exemplo, a Jane é uma pessoa que já botaram a mão no fogo, não o couro, mas um pedaço dela. (- O dedinho vai né.) E daí, de repente, tem todo um currículo lindo e maravilhoso... (- Desanda de uma hora pra outra.) e, se existe uma cagada, entre aspas, ela é convidada, quase, a se retirar do serviço. (- Depois de tantos bons trabalhos feitos.) Eu acho que não é um caso isolado o dela. (- Não, não é.) Com qualquer pessoa que acontecesse...*

*- Com certeza.*

*- Olha, quem trabalha no plantão médico, escuta que tem pessoa que dorme a noite toda. Não dorme. Ti chamou na primeira, responde.*

*- Eu sei, ela é doentinha.*

*- Ô Jane, vai ver, é porque tu não dorme, não descansa, resolveram: “Vamos botar essa menina pra descansar.”*

*- Aí é que eu digo, que eu me questiono, me questiono: Será que nós temos pessoas preparadas para atender nós?*

*- Eu acho que a pessoa que tem para nos ouvir, nos auxiliar...*

*- Pra ouvir o outro lado. Tu diz pra ouvir o outro lado?*

*- Onde ela está?*

*- E porquê que não se junta num lugar pra nos auxiliar?*

*- Ele falou que não tem no quadro uma pessoa, que faltaria pra atender.*

*- Só que assim ó, Deise nós trabalhamos constantemente com risco. O nosso psicológico fica todo o dia, todo o dia se abala, sabe. Então assim ó, pra tu lidar com o ser humano, tu tem que ter uma preparação. E aí, onde está ele? Nós também somos seres humanos, nós somos cuidadores.*

Na análise documental sobre emergências, principalmente no documento intitulado “Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2006) aparece muitas vezes a expressão “equilíbrio emocional”, sem quaisquer reciprocidade concreta que possa sustentar como se adquire, como se desenvolve, ou se “aplica”, ou o que é este equilíbrio emocional nas equipes de socorro. Na prática, no cotidiano dramático das missões de socorro, este tema, muitas vezes, é responsável

pelo sucesso do trabalho, permitindo o distanciamento de conseqüências mais graves, tais como a neurose de trabalho denominada “Síndrome de Burnout”.

Difícil afirmar o que é “equilíbrio emocional”. É a competência de saber fazer? É uma capacidade desenvolvida pela experiência profissional? É para quem suporta com serenidade a miséria e os problemas que surgem nos atendimentos? Uma resposta possível, encontra-se na expressão, “a gente é casca grossa, mas com lágrimas nos olhos”, de um enfermeiro, ou seja, seria fazer o que é preciso sem perder a sensibilidade, usando a técnica sem desumanizar-se.

(11) *Ela ganhou um título lá na Restinga. Ela tem um título.”-” É o xodó da Restinga.”-” É que lá na Restinga, tu faz quantos por dia?”) Agora faz três anos que eu compartilho Belém. Bom, então assim ó, como o pessoal falou aí tem muitas histórias. São tantas histórias nesses anos todos, mas eu vou falar duma que aconteceu comigo, bem recente. E até pegar um gancho no que o colega falou aí, que eu acho que até o terapeuta também falou: de como às vezes a gente se sente preparado e às vezes despreparado para atender alguma situação que surge, apesar da prática da gente, dos anos vividos e etc. Eu fui chamada num Posto de Atendimento ali no Guarujá para uma pessoa que estaria com uma dispnéia muito forte. Na chegada, e isso é histórico, o pessoal sabe que, às vezes, o pessoal do Posto não tem, não tem tanta prática assim pra o atendimento né, e na chegada, fui conduzida pra uma sala, já foram me receber lá na porta, o pessoal: “Ligeiro, ligeiro, ligeiro”. Cheguei lá um rapaz, tava um rapaz, era um rapaz assim, um rapaz bonito, um rapaz bem arrumado, a gente via que era uma pessoa que tinha condições, não era uma pessoa tão carente assim. O rapaz tava... e assim na chegada, na chegada deu pra identificar que o rapaz tava num surto psicótico por causa de droga. O rapaz tava vermelho, ruborizado, com os olhos esbugalhados, agitado, gritando, mas gritando: “Eu não quero morrer, eu não quero morrer. Moça, eu não quero morrer. E o pessoal tentando segurar ele a força e ele se debatendo, colocaram numa maca, o rapaz quase caindo. Àquela situação que a gente chega no meio do caos assim, que tu sabe assim ó, que tem que tomar uma resolução imediata, antes que as coisas não tenham mais como segurar. Aí, eu examinei o rapaz, não conseguia verificar sinais, porque o rapaz naquela agitação. Eu disse: Olha, esse rapaz pelo jeito, por toda essa característica, esse rapaz tá apresentando um surto psicótico,*

*provavelmente por uso de droga. Aí, uma, apareceu uma:” Ah, é verdade, esse rapaz eu conheço; ele usa droga “. Aí, fui imediatamente pra o telefone, não tinha condições, digo: - Olha doutor, o surto tá impossível, não vou ter condições de atendimento, se não fizer medicação. – A doutora receitou a medicação, disse que eu podia fazer a medicação, fiz uma medicação intramuscular, ele conseguiu virar pra o canto, tava num canto na parede na maca, conseguiu virar pra o canto. Aí, começou naquela tremedeira, naquela coisa e a situação cada vez pior, eu vi que ele não tava melhorando nada, né; nisso, entra a mãe do rapaz. Aí eu perguntei pras gurias: Ele entrou sozinho? A família, o que aconteceu? – “Foi deixado caído aí na frente do posto”. Aí nisso entra a mãe. A mãe, quando entrou na porta, umas quatro, cinco salas, a mãe já entrou gritando, gritando, num desespero, acho que a mãe parecia que tava mais surtada que o rapaz. Aí, parei eu na porta: Mãe, a senhora se acalma; o que que aconteceu com o seu filho, a senhora sabe se ele usa droga, etc? O que que aconteceu? Ele chegou aqui numa situação difícil, ele tá numa situação difícil, mas a gente tá tentando aqui, vai tentar ajudá-lo, vai tentar conduzir a situação da melhor maneira possível. A mãe não queria nada. A mãe me empurrou assim e saiu pra o lado dele: “Aí meu filho, eu já disse pra ti não usar essa quantidade de droga que tu usa, meu filho, meu filho, meu filho.” Tirei a mãe da sala, o rapaz já tava medicado. Fui de novo pra o telefone: Olha pessoal, assim: já tá medicado; eu vou precisar da Brigada aqui, porque a situação não tem jeito. E aí o rapaz, parece que deu uma melhorada com a medicação, se acalmou um pouco mais; sentei a mãe, aí era uma situação: era o rapaz e a mãe. Aí sentei a mãe e disse: - Mãe, assim ó, a senhora sabe, a senhora já conversou, o rapaz, ele usa droga, provavelmente ele usou uma dose muito grande da droga que ele usa, ele tá ruim, ele tá mal, mas eu acho que nesse momento, o que a senhora pode fazer é nos ajudar. “Ai moça, pelo amor de Deus, a senhora vai chamar a Brigada, meu filho não é bandido. O que que a Brigada vai fazer com o meu filho?” A Brigada não vai fazer nada com o seu filho. Eu vou conduzir o seu filho, já tô tentando ajudar, já fiz medicação pra o seu filho, e a senhora vai junto; a Brigada vai pra me proteger, lhe proteger, e ajudar que o seu filho não se fira. E aí, a mãe foi se acalmando e a situação foi melhorando e o rapaz foi melhorando com a medicação, e tudo foi entrando no ritmo. A Brigada demorou vinte e cinco minutos pra vir. Quando a Brigada veio, o rapaz já tinha conseguido até sentar. Tava muito sudorético, muito trêmulo ainda, mas já tava se sentindo com coragem até pra caminhar, já tava*

*verbalizando; e a gente conduziu então, a mãe, o rapaz, e aí a mãe não queria entrar na ambulância com a Brigada. Conseguimos convencer a mãe que era pra o melhor pra o menino, pra ela, pra todo mundo e a gente foi e conseguiu levar ele pra o PACS. Mas foi uma coisa tão sofrida aquilo ali, porque assim ó: um sentimento, é tu tratar um paciente e, pra outro sentimento e pra outra situação, é tu conduzir a situação no local e, pra outra situação, é tu conseguir convencer, às vezes, uma mãe que tá sofrida, que tá doída, que não sabe como resolver a situação, de repente, tu ter que conduzir tudo aquilo. Tu chegar no meio de um caos assim e ter que botar cada coisa no seu lugar, até que tudo entre no eixo pra ti poder conduzir da melhor maneira a situação. E graças a Deus, apesar do sofrimento todo, a situação foi conduzida de maneira adequada, mas aquilo ali ficou na minha cabeça o resto do dia, né. Embora a gente queira separar as coisas, às vezes, a gente não consegue. A mãe conseguiu me agradecer, o rapaz foi internado, mas assim ó, como é que é esse sentimento da gente chegar no meio da confusão, conseguir conduzir as coisas da melhor maneira possível. Que seja, realmente, será que a gente tá fazendo certo? Será que aquilo é certo? A gente sai se perguntando, né? Mas eu tive essa sensação de que eu fiz a coisa da melhor maneira possível, mas não foi fácil. Foi extremamente difícil pra mim. Até, aquilo que a gente já falou na outra aula: tu pegar o paciente psiquiátrico, eu acho que pra nós é a coisa pior que pode haver, né? Porque ele mexe com as emoções da gente; ele mexe com a gente no mais íntimo da gente. É um paciente psiquiátrico em surto e tu ter que resolver a situação.*

Os relatos também mostram como, das situações dramáticas, emergem as condições de sofrimento, de natureza simbólica ou não, que vítimas e socorristas ficam expostas naquelas experiências-limite vividas, cabendo “aos que trabalham num hospital produzir uma homeostasia entre a vida e a morte, entre saúde e doença, entre cura e óbito que tende a transcender suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico” (Pitta, 1999, 32). Assim que, parece ficar claro a vulnerabilidade tanto das pessoas socorridas quanto das que prestam o atendimento.

(15) *Me chamaram pra um baleado. Logo que a gente chegou na cena, a Brigada tinha fechado a rua, a ambulância não passava, eles não queriam que nós entrássemos na Vila, porque o menino tinha discutido com eles, atirado no carro*

*deles e eles tentaram reagir. Não conseguiram matar, ele correu pra próximo de casa, caiu na rua. Então, eles fecharam a rua, nós tivemos que andar mais de trezentos metros pra conseguir chegar nele. Cheguei lá, o olhar daquela..., ele deveria ter uns dezessete, dezoito anos, o olhar dele era assim: “Pelo amor de Deus, me tira daqui.” Eu tive que catar alguém pra conseguir, os brigadianos não queriam abrir a rua. Eu e o Francisco tivemos que voltar na ambulância, pegar a maca, voltar de novo, isso aí tudo é tempo, isso o VR estava junto e toda a família em volta. Quando eu o coloquei na ambulância, que a gente começou a colocar O2, “acesso”, provavelmente tenha pegado um grande vaso, porque eu não consegui ver se era cervical ou se era na cabeça. No que o médico entrou, ele começou um sangramento, uma hemorragia direto assim, que obstruiu a via aérea. Pra vocês terem uma idéia, ele mordeu o aspirador rígido, tal era a agonia. O médico me olhava e dizia assim pra mim: “Eu nunca vi isso. Eu não sei o que eu vou fazer.” Entubar não dava; ele não quis tentar fazer uma “traqueo”; a gente não conseguia aspirar a via aérea dele, porque ele mordida. Assim, resumindo, aquele guri morreu asfíxiado, olhando pra mim. A gente deslocou até o HPS, mas quando chegamos lá, dava uns quinze minutos, não tinha mais nada. Isso te choca, isso te deixa abalado.*

Pois uma das dificuldades é que parece não haver um comportamento que recorra aos procedimentos de alívio, de abrandamento, do clima de aflição que se estabelece nos socorridos e que é reproduzido entre os socorristas.

Talvez exista um preparo pessoal para lidar com as situações de “estresse extremo” na área da psicologia de suporte em incidente críticos. Ocorre que sem uma gestão dos processos grupais isto se dilui e se torna invisível e inexistente para os cidadãos que procuram um atendimento, ou mesmo para as vítimas de um acidente e que são socorridos pelo SAMU. O atendimento com procedimentos técnicos, já tem uma história entre-nós, porém o mesmo não se verifica quanto à assistência psicológica.

Em oficinas realizadas com o pessoal do SAMU, pude constatar a importância dada ao trabalho que foi realizado nos grupos. O apelo era grande, as pessoas se queixavam bastante e, de fato, pareciam muito estressadas com o seu cotidiano e com os conflitos institucionais, muitas vezes escamoteado no dia-a-dia do trabalho.

De fato, neste contexto, “o processo neurótico se inscreve assim, no coração da relação que une o indivíduo e a organização à qual ele pertence” (Aubert, 1993, p. 193) Como referido no capítulo sobre a “surdez da instituição”, a competência técnica é tão importante quanto a competência interpessoal nas interfaces função-equipe-instituição-sociedade. O tema, aqui, não é somente o sofrimento do profissional, a neurose do trabalho. Ou o Burnout, mas a **relação**

Assim que, não se trata de, neste trabalho, focar o tema da neurose profissional em si mesmo como objeto de investigação, mas sim dos fatores que perturbam o profissional e que dificultam a realização de sua tarefa nos atendimentos. Como disse, trata-se de colocar a questão em relação e não como um foco temático isolado, pois isto seria reproduzir o que estou tentando combater, que é a visão reducionista nas emergências.

*“No retorno à base, depois de um atendimento, transeuntes pedem para a ambulância parar e informam que uma pessoa precisa de socorro, em uma rua mais adiante...à equipe se dirige para o local e ali chegando constata que é um adolescente baleado no abdômen, envolvido em uma situação de tráfico de drogas e que por isto não haviam chamado o SAMU pelo 192. Imediatamente o jovem é levado para o Hospital de Pronto Socorro e atendido na Sala de Politraumatizados, vindo a falecer perante toda a equipe, que lutava pela sua vida. Não bastasse estarmos diante do tema da morte, soma-se a violência como um dramático ingrediente que deve ser enfrentado pelos profissionais da saúde. E mais a miséria e mais o sofrimento dos familiares e... e assim chegamos até a pergunta síntese, feita por um funcionário:” -quem vai cuidar da gente?”*

A pergunta “quem cuida da saúde do trabalhador da saúde” não é nova. E, atualmente, que respostas temos diante desta pergunta, especialmente as que se referem aos trabalhadores da saúde que atendem emergências?

A palavra “burnout” se origina de “burn”, que significa queima e “out”, exterior. Segundo Ballone (2006b), “os autores que defendem a Síndrome de Burnout como sendo diferente do estresse, alegam que esta doença envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e

trabalho, enquanto o estresse apareceria mais como um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Entretanto, pessoalmente, julgamos que essa Síndrome de Burnout seria a consequência mais depressiva do estresse desencadeado pelo trabalho.”

*(78) Vou fazer uma pergunta, Tenho trinta anos de Prefeitura, vinte e cinco aqui HPS. Nunca me chocou, desde o começo... Depois de vinte e cinco anos, agora é que estou traumatizado. Eu me acordo sonhando com os caras, que eu atendi, eu não to entendo isso, será que estou pirando, porque eu to falando uma coisa que eu atendi há quinze anos ta na minha mente, certinho, o local, até o capinzinho ali, e coisa que nunca aconteceu, este tempo todo, os vinte e cinco anos nunca cheguei, eu vi que estava ficando paranóico, eu ia levantar de noite, ia levar um tiro, tinha aquele medo, eu vou me cuidar, tu pega um táxi, o risco é menor de acontecer as coisas, tu vai explicar pra tua família que tu saí a vontade aqui na Redenção, o risco é menor,*

É interessante notar, entretanto que, “toda uma controvérsia desenvolveu-se a propósito do desencadeamento da neurose traumática em relação ao fato de se saber se ela tem relação unicamente com um determinismo exterior (acontecimento psicotraumático vindo de fora) ou se, ao contrário, o acontecimento em questão não faz senão revelar uma neurose ‘latente’ anterior (AUBERT, 1993, p. 169).

Uma síntese dos sintomas básicos da Síndrome de Burnout estão associadas às manifestações de irritação e agressividade numa espécie de “exaustão emocional” onde a pessoa sente que não pode mais dar nada de si mesma. É expresso um comportamento negativista e uma “aparente insensibilidade afetiva”.

Isto posto, **arrisco afirmar que a possibilidade de constatar esta Síndrome entre os profissionais do SAMU é quase nula**, pois:

em um serviço e em um tipo de trabalho que são fonte permanente de ‘estímulos estressantes’, com todas as características de intespestividade, de incontrolabilidade, de imprevisibilidade que caracterizam estes estímulos, mas também com a intensidade, a gravidade e a dificuldade que poderiam torná-los insuportáveis, o estresse pode ser vivido em sua versão ‘positiva’, estimulante, ‘funcional’. E isto porque, o estresse, ou melhor, a tensão devida às fontes de estresse, é continuamente absorvido na ação. (AUBERT, 1993, p. 171).

A dificuldade de pensar, sentir e estabelecer relações emocionais com aquilo que aconteceu com o corpo e as implicações emocionais/psicológicas depende de uma cultura que valorize estas representações. A vulnerabilidade não é só uma questão que diz respeito às possibilidades de acontecer um acidente, mas também a vulnerabilidade de superar o ocorrido de forma satisfatória. E o que será esta forma satisfatória? Por exemplo, na questão neurose do trabalho:

[...] se retornarmos, agora, à situação das enfermeiras dos serviços de urgências, veremos que, não obstante fortes 'excitações' (fontes de stress) tanto externas (urgência, agressividade dos doentes) quanto internas (agressão psíquica da morte, por exemplo), a energia pulsional das enfermeiras se descarrega sem cessar e que a amplitude de ação que lhes dá o conteúdo e organização de seu trabalho é o fator que permite esta descarga regular, o que torna o seu trabalho equilibrante e não fatigante. (AUBERT, 1993, p.173).

(1) *Bom, foram tantas emoções! Mas eu lembro de uma assim que, bem significativa, porque me pegou “pelado, como se diz, me pegou sem calça”, que eu tava em casa, já era umas dez e meia da noite, eu tava deitado, eu moro em Viamão, e eu ouvi um rangido de freios e lata, barulho de lata, e eu disse pra minha esposa: um carro capotou aí na frente. E aí ela disse: “Não, não é nada não.” Eu disse: não, é sim, um carro capotou aí na frente. Daí, eu coloquei só as calças e descii sem camisa, fui lá pra frente pra ver, quando cheguei na frente de casa, tinha uma S10, uma caminhonete capotada; e vila, vila, eu moro em vila, sabe como é que é... já tinha uma populaçãozinha ao redor. E aí, quando eu saí no portão assim, eu já consegui ver que tinha um corpo jogado contra umas grades e tinha massa encefálica junto da calçada, e vi que aquele cara tava morto; e aí o pessoal gritando que tinha um embaixo da caminhonete ainda, que tava vivo; a caminhonete capotada, mas tava vivo. Aí, eu fiquei “puto”, sabe!? Porque é diferente, tu tá de macacão, com rádio pendurado, tu é um tipo de pessoa; e tu a paisano, “pelado”, é outro totalmente diferente. Daí, eu disse: Pô, pra mim tratar aquele cara que tava vivo ali embaixo, nós ia ter que tirar a caminhonete de cima dele E aí ficou aquela coisa... Se a gente tenta desvirar a caminhonete, a caminhonete vai até um pedaço e retorna, termina o serviço; mas tinha bastante gente, daí a gente conseguiu desvirar a caminhonete; desvirar a caminhonete. O guri tava com o TCE muito feio, tava com mais ou menos com quatro... E eu gritei pra N me trazer a minha maleta de primeiros socorros. Aí, a N trouxe a maleta, daí eu limpei a via área dele, coloquei*

uma “guedel”(?), peguei um acesso, né, e enquanto eu trabalhava com esse guri, eu pedi pra um policial militar, que tava próximo, chamar o SAMU. Aí, ele chamou o SAMU, colocou o telefone no meu ouvido, e eu disse pra o médico regulador, que era o Er, que tava de plantão, eu digo: E, eu tô precisando do SAMU aqui. Daí, ele disse: “L, mas tu sabe que o SAMU não atende Viamão.” Eu disse: Olha E, eu moro no purgatório, no limbo, entre Viamão e Porto Alegre, na fronteira, deve dá uns quinhentos metros. Aí ele disse pra mim que não atenderia, porque passaria, no caso, uns quinhentos metros pra o outro lado da fronteira. Aí, eu não sei como na hora, eu dei sorte, porque eu não sou nada inteligente, mas na hora pintou um pensamento e eu disse assim pra ele: E, é o seguinte, eu tenho um acidente gravíssimo aqui; eu tenho uma pessoa morta e outra que vai morrer, se o SAMU não vier me ajudar. Eu já tinha colocado a situação. Já tinha colocado a situação, que eu precisava do SAMU ali. Mas aí que ele me disse: “Mas tu sabe, L, tu sabe que a gente não atende fora de Porto Alegre.” Daí pintou essa frase na minha cabeça: Olha, eu tenho uma pessoa morta, e outra que vai morrer daqui a pouco se tu não vier me dá apoio. E aí foi tu, foi tu, a A, o Vi, foi o V, a A e o E. Ah, tu não lembra mais? Eu lembro. E aí, chegaram lá, entubaram o piá; o piá bem “neurão”, totalmente “neuro”, cara, e trouxeram o piá pra cá; as probabilidades dele não eram muito grandes. O piá ficou internado na UTI durante muito tempo e depois ficou na neuro, muito tempo ainda; ficou uns quatro meses na enfermaria neuro, e aí depois desse tempo na enfermaria neuro, ele ficou liberado pra casa, meio “vegetalção”, ele morava em Santa, a família dele era Santa Catarina, ele foi pra Santa Catarina. E aí, um domingo de manhã, tocaram a campainha lá de casa - isso, uns dois anos depois - tocaram a campainha lá em casa, eu acordei “puto da cara”, era meu domingo de folga: tocarem a campainha, essa hora da manhã!. Aí, eu fui atender, era o piá e o pai dele. Isso fez diferença. (“- Pra agradecer!?”) Agradeceu; eles foram levar um presente lá; uma caneta. Mas isso eu falei assim, mais pra ver como é que é a diferença da gente usar... eu já tive outras experiências, a diferença da gente atender como SAMU e da gente atender como popular, a paisano, uma diferença muito grande. (“- Tu tá preparado então? Mais ou menos?”) Isso.

Para Dejours,

[...] quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (DEJOURS, 1994, p. 29).

Ainda há tempo para mudanças. Não precisamos esperar que se constitua a Síndrome de Burnout entre os profissionais do SAMU.

*(84) O que a gente presencia, durante todo nosso emprego, não é bom pra aposentadoria. Tinha que ter dentro do... psicologia, um tratamento pra todo pessoal. Tu vai acumulando, acumulando... Com os anos, até a aposentadoria. Ó, ouve o que estou falando. Não é uma cena, nem duas, nem três. São milhares de cenas até uma aposentadoria. Eu acho...E ninguém tá fazendo nada, ninguém tá se preocupando, ainda. Uma hora teria que sugerir... Trabalhar uma pessoa aqui pra orientar funcionários. Tem situações que é terrível. Crianças...O que já peguei de afogamentos em piscinas, nenês afogados em piscinas....*

A compreensão da vulnerabilidade psicológica implica a identificação das representações sociais dos sujeitos envolvidos, assim como a leitura e uma ação rápida dependem da mobilidade dos fundamentos epistemológicos e da coerência disto tudo na prática. Para dar conta deste desafio diante das situações-limite, o profissional pode iniciar revisando os seus próprios conceitos, no que chamo de epistemologia de si mesmo.

*(73). O que mais me marcou foi uma ocorrência que me fez sentir medo. Eu fui atender um paciente baleado, lá em cima do Morro Santana. A gente chegando lá era a C – que a V colocou aí – aí a gente passou para o M – trata-se da C. É a mesma mentira de sempre, ele mente que convulsiona. Ai o M mandou a gente deixar no local e ai foi passado pra ele que era impossível, que a pressão aqui ta muito forte e o pessoal disse que ela vai ter que ir pra algum lugar. Aí a gente tava com o rádio alto – era eu e o R – e aí o rádio-operador falou pelo rádio: - “Então faz o seguinte: Bota ela na ambulância e larga em qualquer esquina”. E o pessoal escutou isso. Aí a pressão foi muito maior. Eles ameaçaram... Não queriam deixar a gente sair de lá. Tinha gente que gritava que a gente ia morrer. Sabe como é vila,*

*né? Cada um olhando mais curioso pra gente. Eu achei que a gente ia morrer mesmo, ali, tão forte que foi a cena... É isso.*

*(76) Bom, foram várias ocorrências que me marcaram, né, mas uma das primeiras que atendi na Lomba foi um aborto, né, que o bebê estava no sexto mês de gestação e estava ligada à mãe, ainda, entre as pernas e a urina, no vaso sanitário. Provavelmente a criança iria nascer viva.*

*(71) Minha história é a seguinte, meu nome é M, eu tava num atendimento na Bom Jesus, eu tava na Base, quando fui chamado pra um atropelamento, um rapaz de vinte anos, ele vinha de skate, seis e meia da manhã, de skate e ele decolou no terminal de ônibus, mas invés de decolar pra dentro, ele decolou pra fora aí vinha uma tombadeira e passou por cima da cabeça dele e aí a cabeça abriu e saiu só a massa encefálica inteira e ficou no asfalto e aí eu tive que pegar, quando olhei assim... E o ônibus, todo mundo parando e vendo, né, aí peguei minhas luvas, fui lá e peguei a massa encefálica quente ainda que tava, assim, toda ela, botei no lado do corpo, botei o bonezinho, ele tava com um boné, ele tava com os braços quebrados, dois braços quebrados, é isso que me chocou, mas na hora não tive medo.*

*(80). Tem a ver, também, com o amadurecimento das pessoas, né, não um amadurecimento de to madura, já estou apta aqui dentro do SAMU, ou to aqui dentro do HPS, eu acho que tu começa a carregar na tua vida, muita coisa que começa a ser muito, muito cara e tu começa ter medo de perder, e eu acho que isso que acontece conosco, passa por isso. Tu começa a viver momentos que tu não quer que aconteça contigo...*

Estes relatos são, de fato, chocantes. Depois de concluir o trabalho de campo, a parte empírica, e decidir não colher mais informações, iniciei o trabalho de transcrição dos relatos. Escutava, transcrevia e chorava sozinho na frente do computador. A minha cabeça me levava para procedimentos, técnicas reichianas e formação de atitudes, ao mesmo tempo em que o meu coração me levava para a madrugada, para a música e para pensamentos poéticos e reflexões existenciais

sobre os caminhos percorridos. Assim que é impossível afirmar onde inicia e terminam as teorias, as minhas experiências passadas e o meu projeto de vida.

De outro lado (o da “casca grossa”), considerando o espírito da expressão que dá o título desta parte do trabalho, certamente, não é porque estamos refletindo sobre o cotidiano que precisamos banalizar e superficializar a discussão limitada pela aparente simplificação das idéias correntes do senso comum que, muitas vezes, consideram que a epistemologia só deve ser tratada no âmbito da erudição acadêmica. Epistemologia é o conhecimento filosófico sobre as ciências, principalmente no estudo da validade do conhecimento científico. Já porque o conhecimento do senso comum também é um conhecimento (centro da Teoria das Representações Sociais de Moscovici).

As questões epistemológicas podem e devem estar mais presentes em nosso cotidiano. Tratar a epistemologia como um tema distante é uma atitude que reproduz aquilo que combate. O que significa isto? Que “combatemos” uma visão simplista dos acontecimentos e no momento de formular perguntas e procurar respostas entramos na mesmice da memória condicionada pelo hábito das “respostas prontas”.

Diante do tema do trauma psicológico, torna-se ainda mais necessário assumir uma posição epistemológica, mas não uma posição inócua, sem implicação, mas sim o que pode ser chamado de epistemologia de si mesmo.

Os problemas que são objetos da teoria do conhecimento - e da epistemologia - convivem no pensar e no sentir cotidiano das pessoas, como os conflitos sobre as fontes e possibilidades do conhecimento e sobre o que é verdade, seus critérios de autoridade, de evidência, de utilidade, dentre outros que transitam entre os aspectos absolutos e relativos do que é verdadeiro ou falso. Diariamente estamos recorrendo aos conhecimentos científicos para confirmar ou excluir percepções sobre a realidade e também sobre o próprio projeto de vida. Numa situação inesperada isto também ocorre, como aparece no depoimento desta vítima ao tentar compreender o que havia lhe acontecido ela explica assim:

*“No momento que me botaram, colocaram dentro da ambulância, eu comecei a sentir alguma coisa dentro do meu inconsciente, eu tipo viajei, como se eu tivesse viajado e voltado. Como se eu tivesse correndo onde tava a minha mãe e voltado, e correndo onde tava o meu marido no trabalho e voltado. Mas primeiro, eu fui na minha mãe, primeira coisa que eu pensei foi na minha mãe, depois nele, depois assim, tipo de um sol com luz do sol, que eu cheguei assim como se eu não tivesse entrado. Alguma coisa fez assim... aí eu voltei...mas eu acho que isto é genético...todo mundo na minha família é assim preocupado com estas coisas, porque a gente não sabe de onde veio, de fato, nem, pra onde vai, se é que vem, se é que vai, né?”*

Claro que, na situação de atendimento de emergência propriamente dita, é inconcebível uma reflexão epistemológica. O profissional não vai parar para pensar no que ele está fazendo no momento do socorro. Contudo, uma elaboração crítica sobre os pressupostos que embasam a sua ação não deve ser somente competência dos médicos e dos cientistas que estão produzindo aquele saber que ele está utilizando. Aparentemente, a vítima, ao seu modo, parece procurar explicações científicas para o que lhe aconteceu. Já os profissionais, quando se trata de questões emocionais, buscam explicações nas suas vivências pessoais.

O primeiro grande problema nesta tarefa de pesquisar os temas acima, para melhor intervir, talvez seja o tema da capacitação dos trabalhadores que atuam no SAMU. Por exemplo, como norma recente, está sendo exigido prestar atendimentos aos “pacientes psiquiátricos”, exigência posta pela Política Nacional de Atenção às Urgências. Quais são os procedimentos adotados? São os mesmos do fracassado modelo psiquiátrico asilar? São os mesmos das clínicas particulares de internação? As abordagens nos atendimentos serão aquelas do behaviorismo autoritário e preconceituoso, como os vigentes nos hospitais psiquiátricos públicos brasileiros? Trata-se da necessidade de elaboração de procedimentos próprios de intervenção, ao invés de simplesmente reproduzir o que vem sendo feito na área da saúde mental.

Por isto, sublinho a importância da **epistemologia de si mesmo, que significa a busca onto-antropológica de rever o imaginário em confronto com a**

**realidade. Significa reconhecer como verdade aquilo que vimos como erro. Reconhecer as linhas de fuga, a complexidade, o caos, a busca das gêneses como dispositivos de pensar e sentir sobre, ao invés de a partir de uma concepção, muitas vezes cronificada diante das mudanças. Para Dejours:**

[...] a carga psíquica do trabalho é esforço (astreinte) , isto é, o eco ao nível do trabalhador da exigência (contrainte) construída pela organização do trabalho. Quando não há mais possibilidade de acomodação da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico com a tarefa se instala. Abre-se então para o sujeito, o domínio do sofrimento (...) a energia pulsional, que não encontra mais drenagem no exercício do trabalho, acumula-se no aparelho psíquico ocasionando sentimento de desprazer e de tensão (DEJOURS apud AUBERT, 1993, p. 173).

Deste modo, compreender a “dicotomia” sujeito-objeto ou mesmo adotar uma posição agnóstica sobre o tema faz parte da história da filosofia e das ciências. Sair destas posições dualistas é o que se identifica com um processo de investigação sobre os próprios fundamentos epistemológicos, como um diálogo interno que vise questionar a sua própria postura. Como, por exemplo, a dúvida deste técnico em enfermagem do SAMU:

*“Embora a gente queira separar as coisas, às vezes, a gente não consegue. A mãe conseguiu me agradecer, o rapaz foi internado, mas assim ó, como é que é esse sentimento da gente chegar no meio da confusão, conseguir conduzir as coisas da melhor maneira possível. Que seja, realmente, será que a gente tá fazendo certo? Será que aquilo é certo? A gente sai se perguntando, né?”*

Na epistemologia de si mesmo a tarefa é objetivar a sua própria subjetividade particularmente diante do entendimento dos significados da produção científica e de suas mudanças: que áreas do conhecimento, ou ciências, podem dar conta de compreender, explicar e propiciar condições de intervenção no sentido de amenizar o sofrimento de vítimas e socorristas?

Na perspectiva de “ver-se é igual a ver melhor”, a própria abertura é o elemento propulsor para uma ação terapêutica junto a uma pessoa que tenha passado por um trauma e esteja imobilizada por este trauma. A ação deve ser rápida

e competente. Não há lugar para uma concepção reducionista. Isto só atrapalha. Pode até resolver o problema do profissional da saúde, ou do terapeuta, que pode imaginar que o seu referencial explicativo, que parece claro teoricamente, possa resolver a situação. Isto é uma pretensão. Claro, sempre existirão contradições, não há como fugir das contradições. Sempre é bom lembrar que aumentam as chances de acerto se podemos nos manter abertos à crítica epistemológica e também à vontade em abrir-se<sup>81</sup> para outras perspectivas teóricas-práticas relacionadas com o trabalho cotidiano nas emergências.

### 3.5 Socorrer Crianças: Luta contra a Impotência

*(86) A história que eu me lembro, assim, também tem um pouco a ver com essa aí, não é o mesmo tema, mas é meio parecido, que é, porque a gente tem a idéia quando vai intervir vai poder fazer alguma coisa, a idéia que a gente tem, vai chegar no local e vai poder mudar o curso das coisas. Às vezes a gente não pode. Acho que as histórias que a gente mais lembra...justamente...não pode mudar o curso. A história que eu me lembro, porque a Neusa contou essa, eu ia contar outra, mas acho que essa tem mais a ver. Queda de uma criança de uma sacada. Não se sabia se estava viva, não se sabia a altura, não se sabia dados nenhum. Chegando no local, a gente viu. Era uma criança de oito meses que tinha caído do terceiro ou quarto andar e, ...estava em órbita. Já tinham até cercado o local. Na verdade nós até íamos voltar para a base, mas não, quem sabe vocês vão ver a mãe, que esta preocupada... Logicamente não se sabia se alguém estava com a criança, se foi a mãe que deixou cair. Chegamos lá em cima, a gente observou que em todas as janelas tinha rede de proteção, com exceção de uma janela. Justamente, obvio que era a janela onde tinha caído a criança. E tava a mãe sentada, assim parada... A tendência é perguntar o que aconteceu? E ela dizia:*

<sup>8</sup> Nesta direção, da liberdade, nos diz Foucault (1984, p. 13): “Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade - em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

- “Não sei, não aconteceu nada. Quê o meu filho?”

“Como é que nós íamos dizer que o filho dela tava lá embaixo. Realmente a gente ficou sem ação...”

A Polícia chegou junto, né. Também não sabia o que fazer. Entrou em pânico. Não sabia o que ia fazer, não sabia se prendia a mãe, dizendo que ela jogou a criança. Ficamos todos sem ação e esta foi a dificuldade.

E a mãe não conseguiu explicar e não conseguia lembrar. Aí passou uns cinco minutos e ela lembrou. – “Espera aí, eu me lembro que eu vi ele bater num ar condicionado”. E ela começou a se dar conta que ela tinha deixado cair a criança. Mas aí começou a pairar aquela dúvida.

Será que ela deixou cair ou se ela jogou? Aí começou aquele julgamento. Da polícia, dos vizinhos... E nós ali no meio, só observando, não sabia o que ia fazer

Aí eu pensei assim:

- “E o pai, quando estiver aqui, o que ele vai falar?”

Eles tinham mais uma filha pequena e este nenê, né...

Eu pensei que o pai ia entrar em pânico, ia querer, né, bater na mulher, sei lá. Surpreendentemente ele chegou, olhou, chorando naturalmente, mas deu apoio à esposa. Disse que não! Deve ter sido sem querer. Não condenou ela no primeiro momento. Depois, passado um tempo, a gente acabou conduzindo a mãe aqui pro HPS pra avaliação psiquiátrica. Soube que ela tinha um passado de depressão e tal e até acredito que tenha gerado um processo se ela deixou ou não cair a criança deliberadamente, foi uma situação que me lembrou o que a A falou, porque foi uma situação de impotência.

Não podíamos intervir em nada, pela característica do fato que não é usual ao nosso trabalho.”

O “império reprodutivo” significa reproduzir-se e deixar tantos filhos quando forem possíveis, esta é a interessante concepção da sociobiologia ao afirmar o quanto protegemos as crianças e o quanto ficamos muito infelizes e impotentes quando morre uma criança. Para Wallace (1985, p. 64), “seu amor é um recurso empregado por seus genes para cuidar deles próprios”, talvez isto possa explicar racionalmente esta profunda dor de perder um filho e a repercussão disto na sociedade. Como esta categoria/ unidade de significados apareceu muito nítida, seguem alguns relatos e observações de questões que me chamaram a atenção.

Assim como todos os relatos anteriores, muitas vezes eu pensava que não precisaria escrever mais nada e que o meu trabalho seria só o de mostrar esta realidade, ainda mais dramática quando o assunto é crianças. E também, a busca de sentido fica ainda mais exagerada diante das tragédias com crianças.

Neste sentido, parece que os relatos com crianças marcam mais os socorristas que tem filhos pela óbvia lembrança e identificação com os seus próprios filhos: *“agora to com uma de 2 anos, pó é um bibelô, eu não saio de casa, posso esquecer de dar um beijo, não nego, mas eu vou lá, tapo as crianças, olho e aí quando tu vê um piuzinho na rua, te lembra dos teus, e a gente pega tanta emoção na rua.../...”*

(57) *Eu vou contar pra vocês, o fato que mais me marcou no SAMU, que mais me marcou. (“- Quer contar pra todo mundo?”) Não, não quero. Tá, eu conto pra todo mundo. Eu me lembro que o que mais me marcou no SAMU, é que eu queria muito vim pra o SAMU. Aí, eu me formei: Eu quero ser do SAMU; eu vou ser do SAMU; um dia eu vou ser do SAMU. Aí eu vim pra o SAMU. Daí eu me lembro da primeira PCR que eu socorri e aí, nos “escoalepamos” pra socorrer o paciente, era um lugar de difícil acesso, difícil manejo, cheio de marginal na volta, de gente pressionando e, enfim, a gente conseguiu reverter a parada e entramos no “poli”. Eu, muito feliz, muito feliz por tá ali com aquele paciente com pulso, e azar se ele morresse depois, pra mim era uma vitória ele ter voltado, já tava morto. Eu entrei no “poli” e a equipe fez aquela cara habitual que até então eu não sabia que era habitual: “Já vem eles”. Aí fomos passar o caso, e o médico coitado passando a situação e a enfermeira: “Só o SAMU mesmo pra reanimar essa criatura que São Pedro já chamou e vocês não deixam subir”. Então assim, o que mais me marcou no SAMU, mesmo tendo socorrido várias crianças atropeladas, mãe chorando, o que mais me marcou, foi como é fácil aqui, a gente decretar a morte dos outros como se fosse uma coisa normal pra aquele cidadão e pra aquele não. E assim ó, isso eu acho que nem foi o SAMU, eu acho que foi o quanto nós corria atrás das coisas e o resto do hospital achava que nós não devia ter corrido, né. E como as pessoas assumem diferentes posturas, conforme os setores que elas tão né. Várias pessoas que hoje tão no SAMU, não tiveram sempre essa conduta que hoje têm. Então assim, eu sou um funcionário feliz, eu adoro o que eu faço, mas se eu pudesse dizer*

*pras pessoas tudo o que eu acho delas com certeza eu ia ser afastada pra tratamento psiquiátrico. (risada geral) Porque tu tem que ser extremamente perseverante pra ficar no SAMU, porque o tempo inteiro, eles determinam, aquele é morador de rua, não devia ter socorrido, esse aqui tu devia ter socorrido, esse aqui tu devia ter socorrido porque é amigo do Secretário de Saúde. Então assim ó, é uma chinelagem (risada geral) o jeito que nos tratam aqui dentro deste hospital. E, de tudo, a pior coisa que tem, é o julgamento precipitado dos colegas, sabe. Porque eu tenho nojo de alguns setores, que por mais que me puxem o saco, agora não adianta mais, porque quando eu tava começando ali no SAMU, eles nos trataram dessa forma. Então assim, de tudo, o que mais me marcou foi isso. Nós nos "escoalepamos" e ela assim ó: "Não sei pra que reanimar isso aí, já devia ter subido e vocês não deixam". Eu, médico, enfermeiro, motorista, nós assim né, porque nós queríamos tanto que ele voltasse e voltou, jogaram aquela bacia de água fria assim. Era isso. (Aplausos.) Obrigada.*

Nota-se o sofrimento dos socorristas quando não conseguem salvar as vidas ou por assim dizer, ter êxito. Sua motivação e desejo é de salvar vidas e em retirar as pessoas das situações em que se encontram.

Percebe-se ainda que a instituição em si e os outros departamentos envolvidos, por não estarem diretamente ligados àquelas situações-limite, não conseguem ter acesso a real dimensão dos problemas que os socorristas enfrentam. Muitas vezes eles sentem-se desamparados frente aos processos e burocracia ao sistema, que não "sente" como eles, como no relato acima, "*não sei pra que reanimar isso aí, já devia ter subido e vocês não deixaram*" – Um socorrista relatando que ouviu isso de outro departamento “.

(59) *Eu acho que uma coisa que me marcou bastante foi o atendimento que fizemos à uma criança. E uma coisa que abala todo mundo, o atendimento à criança. Na verdade a criança não estava muito doente, clinicamente. Mas a mãe mora numa casa super humilde com dois filhos excepcionais. Um com doze anos, que parecia um bebê de dois anos e o outro, menorzinho, ainda, E o que mais marcou não foi a doença, mas a questão social, por não ter o que fazer, não ter onde levar, por não ter condições financeiras. Esta é a história mais marcante.*

Nos lugares pobres e miseráveis a “cena” é pior porque une o horror da situação com o horror do meio onde ela está inserida.

*(14) Um aidético, não sei o que lá, uma mãe oferecendo uma criança de seis anos, não sei quem é, eu acho que era o H, por dois ou três pila, porque não tinha dinheiro pra comer, ainda uns preguinhos no chão com uma latinha de ervilha com uns troço fervendo naquela fumaceira; o homem aidético vomitando lá. Então, as cenas com criança exatamente, é uma coisa que me marca muito, porque não tem a violência, a coisa assim, sem...pessoas que não têm pra onde ir, não têm estimativa, não têm perspectiva e a gente reclama tanto. Isso é uma coisa que me reflete muito, pra continuar sempre, desses depoimentos que eu tô escutando aqui né, é uma coisa que serve, assim, pra gente ver como a gente tá feliz em cima da desgraça dos outros. Infelizmente é assim que funciona.*

Como as situações em que eles atuam já são situações frágeis, o fato de envolver crianças e a fragilidade que elas possuem por si próprias, potencializa o fato, tornando-o mais sofrido, mais difícil.

*(53) A minha história também é triste. Foi assim ó, uns cinco anos atrás ou seis anos atrás, a gente foi chamado lá no morrão, lá em cima na Bom Jesus, pra atender uma mãe que tava grávida e tava tendo crise convulsiva. Chegamos lá, tinha já três criancinhas deitadas no chão, em uns papelão lá, nos trapos, com os olhinhos assim, o pai caindo de bêbado, não podia mais nem falar e a mãe morta, a barriga desse tamanho, com a criança na barriga, morta, com um copo de cachaça no lado, o copo de cachaça ainda tinha um pouco. Aí, a gente já tinha chamado o médico também, quando tava indo, disseram que tava grave né. Aí, ficamos lá em cima do morro, eu e a doutora H, que agora não tá mais no SAMU se perguntando, o que que vai ser dessas crianças? O que que vai ser dos que sobraram, né? As crianças assim, com quatro, cinco anos, três. (“- Vendo aquilo.”) Imagina, a mãe morta ali em cima dos trapo, eu acho que pra beber só tinham cachaça, é o que tavam bebendo. O pai chegou, não nem podia falar de tanto que tava bêbado também, e isso aí, eu nunca mais esqueci. Quando eu vou lá pra Bom Jesus, principalmente pra esse local ali, eu tô sempre pensando, pedindo: Deus queira que eu não encontre a mesma coisa. Porque isso marcou, nós descemos daquele morro lá depois assim, que as*

*pernas tremiam, porque, o que que é? O que que era essa família? Que família é essa? Não tinha nada, nem uma cama pra dormir, só a cachaça, porque não sei, de certo dão, porque nunca tem dinheiro, mas alguém dá, né. (“É barato. Cachaça é barato.”) E a mãe com a criança na barriga e já morta; morta, a crise convulsiva que eles falaram, já tava em óbito há muito tempo. E fazer o que? Nada, né. O que que a gente vai fazer? Cheguei no Posto, pedi pra falarem com a assistente social, dei o endereço pra ver se faziam alguma coisa pelas crianças, mas até hoje não sei se alguém fez alguma coisa. Acredito que não.*

*(76) Bom, foram várias ocorrências que me marcaram, né, mas uma das primeiras que atendi na Lomba foi um aborto, né, que o bebê estava no sexto mês de gestação e estava ligada à mãe, ainda, entre as pernas e a urina, no vaso sanitário. Provavelmente a criança iria nascer viva.*

*(89) Só que quando chega no cara...Geralmente é uma parte difícil,...mas o que me marcou é uma coisa feliz, pelo contrário.Na verdade, a gente foi chamado para atendimento de uma gestante, que era um parto prematuro, que ela estava mal, sem respirar. A gente chegou, era um morro, descer lá embaixo, cheio de barracos, tinha uma jovem, acho que uns vinte anos,era o quarto ou quinto filho, quando a gente olhou...transportar ela porque não tinha bolsa rota, não tinha nada ...dava pra ser transportada normalmente, até tipo assim carona para um parto...A gente foi tirando ela da casa, todo o pessoal do morro ajudando, teve a expulsão do bebê. E o bebe não era prematuro, ela disse que ele tinha cinco meses, era gigante, saiu mamando, nossa! Botamos o bebê em cima dela, pô bebê gigante... Me marcou muito aquilo. Até o pai na verdade foi chegando...a gente convidou o pai. Não,vou depois. O pai fez pouco caso do bebê gigante...Me marcou muito, uma história engraçada perto da desgraça toda.*

*(90) Eu sou nova no SAMU, foi um parto bem feliz que eu tinha pego. Eu achei muito interessante, porque justamente naquela mesma vila, há um mês atrás, eu peguei um óbito de um bebê de dois meses. Nós não pudemos fazer nada. Chegamos lá, tava ... durinho...Tinha morrido durante a noite ...a pessoa chamou de manhã.*

Por fim, é possível que a maior dificuldade seja a de que não estamos preparados para perder os filhos, isto é o que nos fala Moffatt:

*Tratamos de ayudarles a los padres y sobrevivientes a elaborar el duelo. El duelo de los padres es distinto al de los chicos, porque esta cultura no está preparada para que los padres pierdan a sus hijos. Hay que hacer la despedida, decir las cosas que no se pudieron decir. Nosotros lo hacemos con técnicas de psicodrama, poniendo en juego tres cosas: el cuerpo, la palabra y el grupo. Porque si el dolor se socializa pierde su carácter siniestro (MOFFATT, 2006, p. 2).*

Tarefa complicada esta de socializar o luto e a dor, pois,

[...] em nossa sociedade supostamente adepta de reflexão, não é possível que se reforce muito a confiança. Um exame ponderado dos dados fornecidos pelas evidências da vida aponta na direção oposta, revelando repetidamente a perpétua inconstância das regras e a fragilidade dos laços. (BAUMAN, 2004, p. 114).

Talvez inutilmente tentando compreender, é possível que esta dor seja aumentada pelo significado de inocência que nos traz uma criança e do quanto isto é rompido quando vemos na sua morte, causas sociais.

### **3.6 Primeiros Auxílios Psicológicos**

*(37) E um outro caso, foi de uma menina, ela tava em surto, também, psicótico na rua, uma menina jovem, tava drogada e aí passaram como desacordada. Aí eu cheguei, ela tava em surto e aí a central: “Não, deixa no local”. Só que, quando eu tava voltando embora, ela se atirava na frente dos carros, então, eu voltei pra buscá-la. Coloquei na ambulância, conversei, ela ficou tranqüila. E aí, a minha dúvida com paciente psiquiátrico é esse, a gente não sabe como que a gente vai confiar nele. Na verdade, não se pode confiar; isso descobri nesses jeitos ruins, que não se pode confiar no paciente psiquiátrico. Ela tava bem tranqüila, então vim conversando, consegui ver sinais e tudo, tava eu e o colega I, eu disse: I, bota o vermelho, porque eu não sei até que ponto ela tá bem, tava muito drogada, muito agressiva. Deitadinha, bonitinha, a ambulância a mil, daqui a pouco ela levanta na*

*ambulância, começou a dar chute , chute, chute, com a ambulância andando, aí eu disse pra ele parar, e aí nisso eu consegui pegar ela pelos cabelos e puxar, porque ela ia abrir a porta e ia se jogar com tudo. Então, outra experiência assim, que me mostrou, que eu não posso confiar nesse tipo de paciente. A minha dúvida, eu quero ver se eu consigo tirar aqui, o que que a gente pode fazer em questão disso pra nos proteger e proteger o próprio paciente, porque eu vi que ela ia se atirar e ia morrer, porque a ambulância tava correndo. Então, a minha sorte que ela tinha os cabelos crespos, então eu puxei pelos cabelos e segurei, até o colega parar, fazer a volta e me ajudar a conter.*

*“Yo te comprendo desde mi desesperación y te curo desde mi esperanza”.*  
(PAVLOVSKY apud MOFFATT, 2003, p. 97).

Os objetivos nos primeiros auxílios psicológicos, são de aliviar as manifestações sintomáticas e o sofrimento, reduzindo os sentimentos de anormalidade e de enfermidade. Pode-se presumir a necessidade de estudos nesta área, por exemplo, pelas estatísticas (DENATRAN, 2006) de acidentes nas rodovias federais nos anos de 2004 e 2005: 100 mil acidentes, 66 mil feridos e 6 mil mortes.

O socorro tradicional visa o apoio material, a recuperação da saúde, moradia, alimentação e demais necessidades básicas. O apoio emocional, especialmente dentro das questões da vulnerabilidade é recente, sendo que entre nós não há dispositivos, ou protocolos utilizados em organizações como a Defesa Civil, ou mesmo o SAMU ou o Corpo de Bombeiros, que ainda encontram-se disputando espaços de poder (ANEXO E) mas com pouca produção que participe das discussões mundiais sobre o tema. O trabalho de socorro às vítimas, aos profissionais e voluntários tem mostrado que uma ação mais rápida e consistente pode ajudar a prevenir sofrimentos mais graves como é indicado por vários autores. (Kapczinski,2003; Morales,G.,1997; Nestrovski, A.1998; Berlinck., 1999;CANEPA, 2003; Szenészi, G.V., 2006; Gueller, .S., 2006; Dilly, G. et al.,2003; Costa J.F.,2003).Neste sentido, parto da suposição que, diante de um acontecimento inesperado - um acidente, um desastre -, são necessários procedimentos de primeiros auxílios psicológicos, para o atendimento da(s) vítima(s).

Nos atendimentos realizados pelo SAMU, parece que existe um protocolo e normas bem definidas quanto aos procedimentos e responsabilidades de toda a equipe de socorro. Parece não haver espaço para qualquer outra abordagem, pois os passos são sempre os mesmos nos atendimentos. Depois do chamado que é recebido pelo “TARM” (Técnico Auxiliar de Regulação Médica) este inicia com dados de identificação, localização e tipo de socorro que, em seguida, passa ao médico regulador que irá fazer as perguntas específicas, tentando esmiuçar o diagnóstico clínico e a gravidade do trauma. Enquanto isto a ambulância já está pronta para ir saindo, sem que haja perguntas sobre o que está acontecendo. Após, o médico passa os dados do caso orientando sobre o estado de consciência, respiração, circulação e outros itens conforme a orientação de um protocolo.

A ação no ambiente do acidente é eficiente, contudo não há nenhuma orientação, ou rotina, nas questões de acolhimento e do que é chamado de “primeiros auxílios psicológicos”. As atitudes neste sentido são tímidas e cada profissional age segundo a sua própria sensibilidade, sendo possível notar a quase ausência de atitudes no sentido de apoiar e orientar as vítimas, diria que há até uma negação, pois em poucos momentos presenciei este assunto na equipe. Fiquei com a impressão, de técnica e coragem tanto do profissional de enfermagem quanto do condutor, que presta uma ajuda fundamental nos atendimentos, sendo que, estes atributos parecem estar revestidos de bastante orgulho e de vaidade.

Giglio-Jacquemot (2005, p. 42), refere-se ao descrédito da equipe a tudo que é considerado psicológico, onde se nota “a naturalização da não produção de vínculo e conseqüente desresponsabilização na integralidade do processo de produção de saúde”.

Das abordagens mais citadas no campo terapêutico de atendimento às emergências, consta o que é chamado de “debriefing”. Debriefing é descrito como o termo genérico para as intervenções imediatas após um trauma (geralmente no período de até três dias), e procura aliviar o estresse com o objetivo de evitar patologias de longa duração, por meio da reconstrução narrativa da experiência e da ventilação catártica de seus impactos penosos. A literatura sobre o uso do *debriefing* psicológico permanece mal definida. O consenso atual sugere que o *debriefing*

sobre o incidente crítico é possivelmente nocivo. Isto é, que o *debriefing* psicológico é provavelmente ineficaz, e que maior ênfase deve ser dada à triagem dos pacientes que desenvolvem reações ditas patológicas, fornecendo a eles uma intervenção precoce.

Os dados empíricos atualmente disponíveis, levantam sérias questões sobre a validade de fornecer tais serviços utilizando os modelos de intervenção existentes. Em seu lugar, muitas vezes é recomendado um conjunto de diretrizes preliminares para intervenções clínicas, consideradas mais consistentes no sentido de atender os padrões da prática baseada em evidências (DEVILLY, WRIGHT E GIST, 2003). Qual a importância de relacionar técnicas de *debriefing*, estresse pós-traumático e demais procedimentos de primeiros auxílios psicológicos atualmente? Talvez o motivo seja de indicar possíveis atuações nesta área, capaz de desenvolver metodologias próprias, coerentes com a nossa cultura e contexto e que, obviamente, possa manter o olhar para os avanços e a discussão oriundos de outras teorias e experiências.

Em relação à classificação das vítimas, é fundamental o que propõe Taylor:

[...] vítimas de primeiro grau são as que sofrem o impacto direto das emergências ou desastres com perdas materiais e danos físicos; vítimas de segundo grau são os familiares e os amigos das anteriores; vítimas de terceiro grau, são as chamadas vítimas ocultas, constituídas pelos integrantes das equipes de primeiros auxílios, tais como, SAMU, bombeiros, médicos, psicólogos, policiais, pessoas da defesa civil, voluntários e outros; vítimas de quarto grau, é a comunidade, afetada em seu conjunto; vítimas de quinto grau, são as pessoas que ficam sabendo através dos meios de comunicação; vítimas de sexto grau, aquelas pessoas que não se encontravam no lugar do acontecimento por diferentes motivos (TAYLOR, 1987, p. 539).

Das definições sobre o tema trauma é inevitável recorrer ao que nos diz Freud:

Descrevemos como "traumáticas" quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente numa conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis (FREUD, 1976, p. 45).

Laplanche e Pontalis no “Vocabulário de Psicanálise (1983), a respeito do tema trauma colocam que:

acontecimentos da vida do indivíduo que se definem por sua intensidade e pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo (transtorno) pelos efeitos patogênicos duradouros que provocam na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por maior fluxo de excitações que é excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e sua capacidade de dominar e de elaborar psicologicamente essas excitações (LAPLANCHE e PONTALIS, 1985, p. 189).

Na caracterização das fases que uma pessoa vivencia nas situações inesperadas, de emergência, Sebastiani (2002) parte da clássica Síndrome Geral de Adaptação de Selye (1952), acrescentando os aspectos psicológicos. Suas colocações partem das referências colocadas por Moffatt<sup>9</sup>. Diante da situação psicofisiológica à situação emergencial ele nos diz que:

[...] estresse significa todo fenômeno diante do qual não se consegue com facilidade uma adaptação suficiente; tudo aquilo que possa manter o indivíduo em tensão e inquietude, em mal estar e sofrimento. As excitações

<sup>9</sup> Moffatt “*Toda asistencia con el modelo de crisis puede dividirse en cuatro etapas. Cada paso lleva al siguiente en una sucesión necesaria, no es conveniente pasar al siguiente sin resolver el anterior. Cada paso genera por su dinámica el siguiente. Es el orden natural de todo proceso terapéutico que busque un cambio desde lo profundo de la persona. PASO 1 LA CONTENCIÓN La tarea es el sostén psicológico. Es la entrada a la operación terapéutica, prepara el campo dialógico terapeuta-paciente. Es lo que el psicoanálisis llama transferencia y sostiene que sin ella no hay análisis posible. Es la etapa donde el paciente se siente sostenido y puede confiar. Puede aceptar la tarea de ir hacia dentro de sí mismo. Tiene dos momentos uno es la IDENTIFICACION y el otro la DISOCIACION que explicaremos más adelante. PASO 2 LA REGRESION La tarea es ¿Por qué? (buscar qué le pasó). Es consecuencia del anterior. El paciente se siente contenido, encuentra un clima de escucha y se abre. Comienza a sacar lo que le lastima, algunas veces lo puede poner en palabras y otras necesita hacer una catarsis, que es una conmoción de llanto o de ira. Esto es necesario favorecerlo y no impedirlo pues detrás del desahogo viene el relato, de viajar al pasado temido acompañado por el terapeuta que lo sostiene. La angustia ya tiene un por qué. PASO 3 LA EXPLICACION La tarea es ¿Para qué? (decidir qué quiere). Es la continuación del anterior pues de la emoción confusa (a veces en imágenes desoladoras) se pudo llegar a las palabras que colocan las imágenes internas en el espacio simbolizante de la cultura, se categoriza lo ambiguo, lo confuso y se puede transmitir. Con esta operación es posible hacer circular ese mundo interno, antes incomprendible. Los monstruos tienen nombre y los podemos controlar, es la etapa de construir un proyecto de vida, se elige el para qué. PASO 4 EL CAMBIO La tarea es ¿Cómo? (Es ayudarle a encontrar la estrategia). Ya lo inexplicable tiene explicación, fuimos al fondo y al entender pudimos elegir por dónde seguir. Es decir logramos armar un futuro. Pero si ese futuro no lo comenzamos a caminar no vamos a superar la enfermedad que siempre es la mutilación de una función de la vida: no poder salir, no poder dormir, no poder despedirse de lo perdido, no poder..., no poder. Este último paso debe poder llevar el proyecto a lo real. Ahora que superamos la fobia a salir ¿Cómo lo hacemos? En esta etapa se deben redefinir las nuevas posibilidades de inserción social de la persona que es en dos campos: familia y trabajo; el paciente ya no acepta ser el “chivo expiatorio” de la familia, ser el tonto, el culpable, el depresivo...o sea que redefine su rol familiar Además adquiere nuevas habilidades laborales, el fóbico sale a buscar un trabajo, el depresivo confía en que puede iniciar un negocio, etc.” (MOFFATT, 2003, p. 97).*

nervosas ou o chamado estresse psicossocial mostram-se como estressores, ou agentes do estresse, especialmente nocivos e efetivos quanto ao seu poder potencialmente patogênico (MOFFATT, 2003, p. 51).

Sebastiani (2002, p. 17), acrescenta nas fases de “reação de alarme” (choque e contrachoque), de “resistência” e a fase de “exaustão” as seguintes características psicológicas:

Na fase “Reação de Alarme”: na fase de choque “aumento da ansiedade, mobilização dos mecanismos de defesa, aceleração do pensamento, inquietação, diminuição do limiar de irritabilidade, agitação psicomotora leve, tentativa de compensação via busca de resolução do agente estressor. Na fase de contrachoque:” incidência de distúrbios somatiformes, epigastralgia, cefaléia, alterações do sistema digestivo, alterações no comportamento alimentar, transtornos leves de sono, mialgias, etc “.

Na fase de Resistência, “estabilização da ansiedade, exacerbação dos mecanismos de defesa, inquietação, intolerância, baixa resistência à frustração, irritabilidade intensa, pesadelo, fadiga fácil, pensamento acelerado, lapsos de memória, dificuldade de concentração, atenção dispersiva”.

E na Fase de Exaustão, “ansiedade substituída pela angústia e depressão, falência dos mecanismos de defesa, apatia, amorfismo ou labilidade afetiva, lapsos de memória mais freqüente, lentificação do curso do pensamento, dispersividade intensa, podendo ocorrer idéias suicidas ou destrutivas, fadiga crônica, perda de motivação e volição, prostração, insônia, isolamento, ambigüidade de sentimentos, diminuição acentuada do interesse sexual, resistência à ajuda e aparecimento do caráter solicitador”.

Das abordagens após o evento traumático, ou possivelmente traumático, destaca-se também o que é proposto por Taylor (2006, p.538), denominado de Gerenciamento do Estresse de Incidente Critico (GEIC).

O GEIC não é um modelo de psicoterapia, mas um sistema de apoio e prevenção que busca ajudar no restabelecimento da compreensão e cura após o

evento traumático. Os objetivos gerais da intervenção de GEIC são: reduzir a incidência, duração e a gravidade resultante do estresse traumático decorrente de situações de crise e desastre; facilitar o acesso à avaliação e tratamento formal na área da saúde mental, se necessário, e ajudar as pessoas a se ajudarem.

A primeira intervenção do sistema de intervenções do GEIC se chama *preparação pré-acidente: treinamento em prontidão psicológica* e ocorre na fase pré-crise. Essa intervenção tem como objetivo criar a expectativa apropriada em relação ao evento e melhorar a resposta comportamental a ele.

A segunda intervenção é o apoio psicológico individual que pode ser oferecido *in loco* durante um evento de crise ou em qualquer momento após o evento. Seu objetivo é a estabilização da situação, reconhecimento da crise, facilitação do entendimento, encorajamento do enfrentamento adaptativo, recuperação do funcionamento independente ou encaminhamento para a continuação do atendimento.

A Desmobilização é a intervenção mais utilizada em locais de desastre em massa para ajudar o pessoal de atendimento ao desastre a cumprir e fazer a transição do local do desastre. Ela proporciona uma oportunidade de decompressão psicológica e psicofisiológica. A Desmobilização estabelece expectativas realistas quanto às conseqüências psicológicas do evento de crise e facilita o acesso a sistemas de apoio psicológico e físico.

A Dissipação da Tensão, basicamente é um processo curto produzido em pequenos grupos, pode ser realizada no local do incidente ou evento, após a pessoa ter se afastado da atividade em si ou na fase imediatamente após o evento. A Dissipação é uma versão abreviada da elaboração e tem o objetivo de reduzir o estresse agudo e os níveis de tensão nas equipes ou grupos envolvidos em um acontecimento traumático.

Já a Elaboração do Estresse de Incidente Crítico (EEIC), segundo coloca Taylor (1987, p. 541), foi originalmente criada para reduzir o estresse do pessoal da emergência. Trata-se de uma intervenção criada para facilitar o fechamento

psicológico de um evento traumático. A EEIC consiste em um protocolo de sete fases e sua estratégia é começar pela parte mais fácil de discutir e depois avançar aos poucos para discussões emocionalmente mais intensas. Em relação as suas fases temos: *Introdução, Fato, Pensamento, Reação, Sintoma, Ensino e Reentrada*.

A *Fase de Introdução* monta o cenário para todas as outras fases da investigação e nela são apresentados os membros da equipe e o seu líder bem como é explicado o propósito do encontro, o processo e suas regras.

A *Fase do Fato* incentiva os participantes a descrever o evento traumático e a expressar as suas emoções e como se sentem em relação ao ocorrido.

A *Fase do Pensamento* propõe aos participantes que digam qual foi o seu pensamento mais proeminente depois que saíram do modo “piloto automático” de funcionamento no incidente.

A *Fase da Reação* busca identificar nos participantes situações que mais os tenham incomodado, busca localizar o aspecto mais traumático do evento.

A *Fase do Sintoma* identifica qualquer sintoma de sofrimento que os indivíduos queiram compartilhar e marca a transição inicial do domínio afetivo de volta para o cognitivo.

A *Fase do Ensino* facilita o retorno ao domínio cognitivo, ao normalizar e desmistificar o acontecimento e as reações dos participantes.

E por fim a *Fase de Reentrada*, trata-se da última fase da elaboração. Aqui se constitui o momento de esclarecer as questões, responder as perguntas, fazer declarações resumidas ao grupo e ajudá-lo a retornar a suas funções normais.

Estes métodos de intervenção e tratamento do trauma, bem como releituras da psicanálise estão desenvolvendo-se e tornando-se mais aperfeiçoados conforme a discussão vai se ampliando, na tentativa de “captar a tensão entre o vivido e o estranho, entre as vozes que pairam nas instituições e aquelas que se sobressaem,

ganham notoriedade muitas vezes na medida em que se atravessam com o poder” (EIZIRIK, 2006, p. 2). Como disse, o tema é complexo e, por isto mesmo, precisamos cada vez mais de trabalhos nesta área, para podermos preencher estes vazios com reflexões e implementação de ações, no sentido de ajudar as pessoas a encontrar respostas e restabelecer seu funcionamento depois da situação traumática vivida, proporcionar informações para que as pessoas possam lidar com as suas reações emocionais e, também, prevenir outras manifestações psicopatológicas;

Algo inesperado, um acidente, provoca uma ruptura tempo-espacial e, com isto, a pessoa pode se desesperar. Ou seja, não espera mais nada. Entra num vazio que depende de sua vulnerabilidade<sup>10</sup>. Aparece a dor, a impotência e uma angústia – tudo isto são pontes à fuga. Mas, fugir para onde? E, fugir com que recursos?

Esta angústia extrema é alcançada pela velocidade dos acontecimentos. Na experiência que adquiri acompanhando as missões de socorro, talvez a única coisa que eu possa afirmar, seja a necessidade das vítimas, quando conscientes, de avisar um familiar daquilo que tinha lhe acontecido. Fica clara, a importância de um vínculo nestes momentos. Se a pessoa contar com alguém para oferecer esta ajuda já estará sendo dado um primeiro passo para a recuperação emocional. Esta ajuda é simples, e por isto, delicada e sutil, onde falar nem sempre é o mais importante.

Uma crise é estar diante de uma ameaça, que imediatamente a pessoa percebe como uma mudança radical na sua vida: “-Depois disto como vai ser a minha vida”, como perguntou um motoboy com uma grave fratura exposta na perna. Ele me perguntava insistentemente: “-Eu vou ficar bom? – Eu vou poder caminhar?” Este foi um acidente que presenciei, chamei o SAMU e depois fui ao Hospital de Pronto Socorro ver e conversar com o acidentado. Após o acidente, antes da chegada da ambulância, depois da suas perguntas eu respondo que ele iria

---

<sup>10</sup> O Centro Regional de Información sobre Desastres América latina y El Caribe (CRID), sobre vulnerabilidade, declara que *“Una sociedad frágil es vulnerable. Una sociedad vulnerable es menos capaz de absorber las consecuencias de los desastres de origen natural o humano provocados, ya sea por fenómenos o accidentes frecuentes y de menor magnitud, por uno de gran magnitud, por uno de gran intensidad, o por una acumulación de fenómenos de intensidades variadas. La vulnerabilidad es también la debilidad, incapacidad o dificultad para evitar, resistir, sobrevivir y recuperarse, en caso de desastre”*. O CRID reúne organizações, para a divulgação de informações sobre desastres na América Latina e Caribe. Disponível em: <[http://www.crid.or.cr/crid/esp/conceptos\\_basicos.html](http://www.crid.or.cr/crid/esp/conceptos_basicos.html)>. Acesso em: 4 ago. 2006.

caminhar sim e, que talvez ele passasse um tempo sem poder fazer isto, mas que não era nada tão grave assim, etc. Então ele disse: “-Promete?”. Naqueles momentos ele segurava a minha mão como velhos amigos. Senti-me muito à vontade para ajudá-lo, pois tenho esta vivência própria de “cair de moto” (há 30 anos tenho moto). Isto me fez pensar, na importância de se colocar no lugar do outro. Claro que isto não quer dizer que para melhor ajudar, o socorrista tenha que passar pela experiência. Mas isto facilita bastante. O tema não é novo. Quando trabalhava no Hospital Psiquiátrico, coincidia que os internos na UD – Unidade de Desintoxicação, os médicos que tinham mais sucesso eram aqueles que, na juventude, tinham usado drogas. O resultado científico desta visão pragmática remete ao tema da capacitação, da formação de recursos humanos: como sensibilizar o profissional, ou voluntário, para se colocar no lugar do outro, mesmo sem ter passado por aquela experiência?

O tema é fundamental para os primeiros auxílios psicológicos: não há como prestar um auxílio sem nos colocarmos no lugar daquela pessoa. Esta é a mensagem da epígrafe, de Pavlovsky, colocada no início deste Capítulo. Quem sabe, uma crise pode ser uma oportunidade de aprendizagem, as situações difíceis podem favorecer uma solução nova que anteriormente não poderia ser vista. Ao que presta o socorro, permanece o desafio de não reproduzir a velocidade do cotidiano.

## 4 CONCLUSÕES

Que quimera será, então, o homem? 'Que novidade, que monstro, que caos, que tema de contradição , que prodígio!! Juiz de todas as coisas, imbecil minhoca; depositário da verdade, cloaca de incerteza e de erro: glória e refugio do universo. Quem deslindará esta embrulhada? (PASCAL apud MORIN, 1975, p. 138).

“A mais premente necessidade de um ser humano era tornar-se um ser humano” (Clarice Lispector, 1982, p. 31).

Onde está o estresse pós-traumático ? A pergunta pode ocultar uma crítica diante de um rótulo importado, pretensamente massificado, e de difíceis afirmações no Brasil, já que não dispomos de indicadores confiáveis para captar os seus aspectos nosográficos e epidemiológicos, sabendo-se que,

a cultura busca criar um mundo de dimensões humanas, um real humanizado e um sistema de representações que dê conta , simultaneamente, da interioridade do sujeito e do exterior, sólidas representações de identidade e realidade. Quando este empreendimento atinge certo grau de completude, porém, seu próprio êxito transforma-se em problema. Não nos conseguimos reconhecer em nossa própria obra, que parece ser produzida por regras absurdas. A resposta que se exige da razão científica tem caráter obsessivo, vale dizer que, ao invés de encarar a raiz do problema, pede-se que encubra seus sintomas, zelando para que os resíduos de desrazão sejam explicados e normalizados (HERMANN, 2001, p. 24).

Simplesmente buscar adequação<sup>11</sup>, com certeza vai embotar cada vez mais a nossa capacidade de pesquisar para intervir nesta condição de sofrimento das situações adversas. Cada cultura tem a sua própria angústia pública e, por isto mesmo, como disse Thomas Kuhn, concordando até com o seu debatedor Karl

---

<sup>11</sup> A respeito de adequação recebi o seguinte comentário de um amigo físico

"MU!"

MU Você está fazendo perguntas que 'sim' e 'não' não parecem respostas adequadas?

Veja que há uma terceira possibilidade além da dualidade da afirmação e negação e responda - Mu.

A resposta está entre esse dois caminhos e significa talvez.

Mu pode ajudá-lo a ver a Verdade da situação que nunca pode ser expressa com palavras.

Qualquer coisa que acredite ou ache que saiba, defronte com Mu. pare de ser tão racional. Você acha que sabe quem você é? Mu! Vá além dos 'sim' ou 'não' para a singularidade de Mu.

Popper: “Ambos rejeitamos o parecer de que a ciência progride por acumulação; em lugar disso enfatizamos o processo revolucionário pelo qual uma teoria mais antiga é rejeitada e substituída por uma nova teoria, incompatível com a anterior” (KUHN, 1979, p. 6).

Epistemologicamente crítico, Moscovici declara que:

não acreditava – e ainda não acredito – que uma boa epistemologia, ou uma boa ideologia, leve à criatividade. Para mim, a ciência e a filosofia são formas de arte. Como artistas, os pesquisadores se esforçam para criar alguma coisa, para cunhar novas noções, descobrir fenômenos, inventar teorias ou práticas alternativas. Tais práticas criativas são, elas mesmas, um crítica das teorias e práticas existentes. Não se destrói o que não se substitui (MOSCOVICI, 2004, p. 379).

Ainda que não se trate de destruir, isto seria um contra-censo científico<sup>12</sup> considero relevante prestar atenção aos avanços das concepções do reducionismo biológico. Isto é, apesar das invasivas intervenções da psiquiatria biológica, no campo do trauma ainda não se constata esta presença com em outras áreas. Contudo, permanecendo a ausência destas discussões logo veremos os reducionismos já previstos pois,

não só os casos antigos, como inteligência, vício e agressão, como até tendência política, religiosidade e probabilidade de divórcio na meia idade estão sendo retirados da área da explicação psicológica social e/ou pessoal e postos na região da biologia. E com estas transferências vem a oferta de tratamento, manipulação e controle (ROSE, 2006, p. 15).

Exemplos já podem ser vistos, como coloca Graeff:

[...] a pesquisa neuroendocrinológica dos sistemas fisiológicos envolvidos no estresse evidencia hiper função do eixo simpato-adrenal em conjunto com uma redução da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) em pacientes com estresse pós-traumático (TEPT). Uma resposta prejudicada do cortisol aos estressores parece estar associada com um aumento da vulnerabilidade ao desenvolvimento do TEPT. (GRAEFF, 2003, p. 2).

<sup>12</sup> “O que se faz necessário é ampliar a possibilidade de um diálogo inteligente entre pessoas que diferem consideravelmente entre si em interesses, perspectivas e poder, e no entanto estão limitadas em um mundo onde, envolvidas em interminável conexão, fica cada vez mais difícil sair uma do caminho da outra.” (GEERTZ, 1989 p. 63).

Para Rose,

estas são as neurotecnologias emergentes, no momento ainda cruas, mas que se tornam cada vez mais refinadas. Seu desenvolvimento e uso no contexto da sociedade industrial contemporânea apresentam um conjunto de dilemas éticos, jurídicos e sociais tão poderosos quanto os da nova genética, e precisamos começar a resolvê-los quanto antes (ROSE, 2006, p. p. 15).

Ao dizer prestar atenção, refiro-me a situação de ficar colado nas estruturas, como nos diz, em uma entrevista, Jean-Paul Sartre (1967, p. 136), logo depois da clássica afirmação “o essencial não é o que se fez do homem, mas o que ele faz do que fizeram dele”, o autor de “L'Être et le néant” segue, “nós estamos sempre na passagem, sempre em vias de desagregar produzindo e de produzir desagregando; que o homem está permanentemente defasado em relação às estruturas que o condicionam, porque ele é outra coisa do que aquilo que o faz ser o que é”. E conclui: “não compreendo, pois, que se fique pelas estruturas:isto é para mim um escândalo lógico”.

Há, no entanto, um centro comum de interrogação que convém não ocultar se desejamos criar métodos de superação e escapar das fidelidades mnemônicas, como aponta Damásio (1994, p. 154), “o fato de sabermos que existem mecanismos biológicos subjacentes ao comportamento humano mais sublime não impõe uma redução simplista desse comportamento aos rudimentos da neurobiologia”. O que é interessante aqui para pensar todas estas coisas é o tema da junção clínica-psicologia social, sobretudo no que diz respeito à capacitação dos profissionais do SAMU.

Simplesmente procurar a adequação da sintomatologia, neste momento, seria o mesmo que deitar na cama antes da fama. Apesar da globalização científica, com implicações em todas as áreas do conhecimento, temos ainda muitas outras coisas para fazer em psicologia das emergências do que procurar confirmações para o DSM IV ou para o CID 10.

A espera de um comportamento adequado aos sintomas de estresse pós-traumático mostra, em primeiro lugar, que a “realidade é negada”, pois há uma limitação ao rótulo em detrimento de prestar atenção às necessidades das pessoas.

Fiquei com esta impressão, geralmente, que há uma perda de sensibilidade em todos os profissionais de saúde quanto às demandas emocionais, no sentido de que estas precisam passar pela identificação nosográfica antes da tentativa de serem satisfeitas.

Casca grossa e lágrimas nos olhos mostram o senso comum do comportamento em situações adversas. Uma ação profissional pode até partir disto e procurar, como condição de possibilidade para sair da crise, não ficar colado no drama, como referido anteriormente. O que pode significar este processo de humanização, que é também um clichê do Ministério da Saúde nos seus programas em todo o Brasil ?

Em quase oposição às tocantes narrativas, na bibliografia oficial da Política Nacional de Emergências (Brasil, 2006), não há referências sobre como lidar com os primeiros auxílios psicológicos. Repetidamente neste documento oficial de uso nacional aparece a expressão "equilíbrio emocional", contudo não há nenhuma pista, ou indicação, no que consiste este equilíbrio emocional e muito menos um programa que minimamente possa dar conta disto que é a realidade do cotidiano das equipes nas missões de socorro: "o stress da convivência com a desgraça", como afirmou um Condutor do SAMU. Para Sebastiani:

[...]a boa interação da equipe, o equilíbrio emocional tanto individual, quanto grupal são instrumentos imprescindíveis na atenção às situações de emergência, pois nós, profissionais de saúde, "emprestamos", mesmo que por breve tempo, esse equilíbrio ao paciente e à sua família, até que estes possam se reorganizar para enfrentar e, se possível, superar a crise e seu momento agudo, que é de desesperança, desorganização, despersonalização, eventualmente despersonalização e até mesmo morte (SEBASTIANI, 2002, p. 14).

Muitas vezes parecia que as reações patológicas institucionais eram consideradas a forma normal de responder às situações traumáticas, e aquelas pessoas que respondiam de outra forma, ou seja, que não mostravam estas reações eram estigmatizadas. É um "dever ser", um pré-determinado, é o NUTUS, como se tudo já estivesse dado, como se tudo tivesse que ser "assim mesmo".

Ao mesmo tempo em que buscava onde estavam escondidas a sensibilidade, a humanização e o acolhimento nos atendimentos demasiadamente técnicos e sem preocupação com as questões emocionais das vítimas, me via buscando eu mesmo instrumentos e subsídios técnicos para dar suporte e facilidades às vítimas e socorristas. Talvez a minha contradição também seja a das pessoas que trabalham no SAMU: diante do inesperado querer objetivar para controlar melhor a situação.

Como se pode observar pelos relatos, existe sim uma preocupação e a consciência das implicações de tudo que ocorre nos atendimentos, mas por falta de orientação, ausência de bibliografia nacional e de indicação nos livros oficiais normativos, os trabalhadores do SAMU exibem um comportamento similar ao do senso comum diante das tragédias: lamento, tristeza, impotência e angústia.

A contradição que pode ser compreendida aqui, enfocada na parte sobre a “surdez institucional”, é que há uma diferença entre ficar sensibilizado e emocionalmente tocado nos atendimentos, não significa agir com acolhimento e postura profissional que dê conta das demandas emocionais das pessoas que necessitam de primeiros auxílios psicológicos, cujos objetivos são de aliviar as manifestações sintomáticas, o sofrimento e a angústia, reduzindo os sentimentos de anormalidade e de enfermidade.

Deste modo, não é que não haja interesse formal por parte das instituições que dão guarida ao SAMU. A questão principal é que o abismo entre a motivação do pessoal do SAMU não encontra respaldo institucional. Os profissionais do SAMU são competentes e responsáveis. São vítimas e também heróis.

Um desafio, é que também aparece a contradição entre a queixa da falta de diálogo e a constante negativa de participar das oportunidades que favoreçam o diálogo. Algo como reivindicar diálogo mas não se dispor a dialogar quando possível e nos momentos formais para troca de idéias, já que: “captar o que acontece como injusto e não merecido (é sempre a culpa de alguém), eis o que torna nossas chagas repugnantes, o ressentimento em pessoa, o ressentimento contra o acontecimento” (Deleuze, 1974, p. 152). As contradições se multiplicam e conforme a área são tão diferentes que nem parecem estar localizadas na mesma instituição.

Há que deixar a queixa crônica, o drama e partir para algo da qual possamos nos orgulhar no presente e no futuro. Superar a banalização do sofrimento, tomar consciência e responsabilizar-se, em oposição ao uso da terceira pessoa, o “tu”, na compreensão do visto é um desafio concreto e não tão difícil no cotidiano.

A implementação de uma capacitação pode almejar transformações promovidas a partir da atuação consciente do próprio participante que, uma vez conhecendo seus recursos pessoais, replaneja sua estratégia comportamental, com vistas ao melhor ajustamento a si mesmo, aqueles com que convive e às circunstâncias que cercam seu trabalho nas missões de socorro.

Da mesma forma, o SAMU, não precisa assumir uma posição paternalista. No processo de desenvolvimento o próprio profissional determina aquilo com que pode e deve contribuir. Ou seja, somente o próprio sujeito pode modificar o seu comportamento. O trabalho de uma capacitação limita-se a criar situações que facilitem as mudanças de comportamento, no sentido da conscientização e da qualificação profissional.

Estar no tempo com disponibilidade (profissional ou voluntária) para uma ação de socorro, ou seja, dimensões do Tempo, e da Atividade, que em conjunto com a dimensão da Habilidade (saber fazer) formam um triângulo de pressupostos para os primeiros auxílios psicológicos. No vazio zen<sup>13</sup> deste triângulo encontra-se o motor, que nem sempre os livros ensinam, que é a Atitude. A formação de atitudes frente às situações inesperadas pode ser a chave da porta que, nesta pesquisa, busquei abrir.

De outro lado, uma teoria não muda a realidade mas serve para intervir nela. A reflexão epistemológica não serve para conter um paciente mas pode ajudar a questionar a maneira como é feita a contenção ou mesmo pode ajudar a prever situações e alterar as relações de causa e efeito nos cuidados. Ou seja, existe um tipo de conhecimento que é imediatamente operativo e outro que ajuda a ser operativo a partir de uma mudança interna. Isto é, que permite mudar. Pior que a

---

<sup>13</sup> Como nos ensina Lao Tzé:

O vaso é feito de argila, mas é o vazio que o torna útil.

falta de água é a falta de sede. Desinstitucionalizar-se é ainda mais difícil que propor a desinstitucionalização. De repente, pode existir um momento que cansamos daquela dor, tanto se repete que talvez um dia consigamos questioná-la das suas origens e então pode dar-se a mudança, e abre-se uma das “mil portas”, como superação da falta de sede.

### **A Liberdade como Problema**

José Paulo Paes

A torneira seca  
(mas pior: a falta de sede)

A luz apagada  
(mas pior: o gosto do escuro)

A porta fechada  
(mas pior: a chave por dentro).

(PAES, 2005, p. 35)

E, por esta porta, é possível que a psicologia das emergências seja uma nova especialidade, se considerarmos os desafios postos por tantos desastres e a demanda de primeiros auxílios psicológicos, os traumas e a discussão sobre como tratar o estresse pós-traumático e todas as conseqüências emocionais da angústia pública. Diante da quase ausência de recursos de contenção, é fácil constatar que a sociedade é hábil em criar angústias, mas não quer ou não está capacitada para propor alternativas para sair dela. Será que vamos continuar respondendo a estas questões como vimos fazendo? Quem sabe podemos desenvolver uma nova especialidade para concentrar esforços e ampliar as discussões, as pesquisas e as ações na psicologia das emergências?

Quando a emoção não se acha presente numa organização, também não pode haver nenhum compromisso, pois este é de fato uma emoção. Um processo organizacional que simplesmente divide o trabalho em pedacinhos e despreza a emoção, deixando-a ao acaso, necessariamente deixa o compromisso também ao acaso.

As metáforas utilizadas sugerem este caminho e podem revelar o complexo jogo, que aproxima ou afasta a realidade, conforme a capacidade de suportá-la. Como nos ensina Celso Gutfreind (2005, p.3).

### **Mídia, Maremoto e Poesia**

O maremoto varre o país  
os pais da menina  
as metáforas,  
e a menina reencontra  
o avô.

Riso, choro, silêncio  
a câmera mostra  
como se pudesse  
morte e vida sem metáfora.

O poema o que faz?  
Também é pouco  
diante da morte  
e da vida:  
pelado de metáfora  
sobra-lhe a dignidade  
de rir e chorar escondido.

A epistemologia se si mesmo, a recorrência as lições da Alice, de Bastian, na “História sem Fim”, o poema da torneira seca e a parábola do “homem que foi colocado numa gaiola”, tenham o sentido de apontar que problemas todos nós temos mas o que vai nos diferenciar é a maneira que adotamos para enfrentá-los: negando a sua existência ou assumindo que o enfrentamento além de ser uma tentativa concreta de solução, com certeza significa uma disposição de atualização, de crescimento e do reconhecimento que mutação é sempre possível. Neste sentido um espaço vem sendo aberto por Barends (1997, p. 3), que ele denomina de “ecletismo superior”, referindo-se à incorporação daquilo que cada teoria, ou prática, tem de melhor.

Esta polêmica questão é sintetizada em sua pergunta: “por que não tomar emprestados os elementos técnicos, lidos a partir dos referenciais de uma teoria

bem consolidada, para ter uma parafernália, um arsenal que permita atuar em qualquer situação?”

Na perspectiva colocada por Morin este é o princípio hologramático, que:

[...] põe em evidência esse aparente paradoxo dos sistemas complexos nos quais a parte não somente está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo — o organismo global — mas o próprio todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo no que diz respeito ao todo através da sua linguagem, da sua cultura e de suas normas (MORIN, 2003, p. 8).

Claro que a reflexão sobre o empírico é necessária e, enfim, isto é quase sempre, mas não necessariamente, ciência. Apesar desta afirmação, diante das narrativas, muitas vezes pensava que a minha função de mostrar aquilo que parecia estar escondido, as “histórias significativas”, já seriam suficientes como “fazer científico”.

Ainda que um desastre, uma catástrofe possa ter limites em sua representação, e não são poucos estes limites. Isto não significa que não tenhamos elementos para interagir com sucesso para que uma pessoa (ou comunidade) traumatizada obtenha indicadores e vias práticas para sair de sua crise, daquilo que lhe paralisa. Aqui, a epistemologia e a análise sociológica são condições de possibilidade para uma ação competente e resolutiva. Mas não são suficientes. Há que obter e identificar técnicas de interação. Uma psicologia sem técnicas é outra ciência.

Mergulhar no tema das emergências significou ouvir pessoas acidentadas e ouvir os trabalhadores e trabalhadoras do SAMU, participar de congressos e eventos com o pessoal do SAMU e andar nas ambulâncias, ouvir hiphop sobre “vítimas”, música tecno sobre angústia e resgatar “Downtown”. Significou fazer um Curso de Formação em Defesa Civil e uma formação em EMDR. Significou ouvir - e muitas vezes chorar depois - 96 relatos dramáticos de missões de socorro. E também, mais

que tudo possivelmente, enfrentar os meus medos<sup>14</sup> como sugeriu a professora Daisy Barcellos, na qualificação,

*[...]sugiro te fazer pensar menos em por que, e um pouco mais em como, ou seja, descrever as situações, trabalhar as construções do medo e como ele se manifesta em momentos em que não são de medo e sim de encontro com o fato mesmo que se teme.*

Todo o trabalho com urgências e emergências exige um feixe de teorias e habilidades. É um saber de guerra civil com infinitas implicações, exatamente por ser um assunto localizado nos limites entre a vida e a morte. A vulnerabilidade humana diante da natureza e das próprias ações humanas coloca este tema no centro das contradições da contemporaneidade. O imprevisível incomoda, desequilibra e silencia a onipotência de todos nós. Viver uma situação-limite pode nos fragilizar ou também pode ser um momento para fortalecer e fazer ver a vida com outros olhos, com outro corpo, muitas vezes, e que nos leva para a aquisição de valores até então desconhecidos no projeto de vida e, portanto, na construção diária da subjetividade.

Desastres, emergências, urgências e traumas, são dimensões da velocidade do cotidiano urbano, modificam os sentidos dados à relação espaço-tempo e são causas e efeitos da angústia pública. Vida, amor e morte também são os seus temas.

Viver uma situação limite de um acidente ou desastre, presentifica as contradições da relação pessoa-sociedade-natureza nisto que é viver a principal dimensão contemporânea: a incerteza. Nisto, como um eterno retorno, voltava a pergunta de Pascal, “quem deslindará esta embrulhada”? Todo o tempo foi assim: uma busca ininterrupta de compreender a psicologia das emergências, pois o seu impacto existencial é muito forte. Recorro a Bachelard, com a sua inspiração noturna:

Duas almas solitárias encontram-se no mundo. Uma dessas almas se lamenta e implora da estranha um consolo. E docemente a estranha se

---

<sup>14</sup> “Em um caso, é minha vida que parece muito fraca.../...no outro caso, eu é que sou muito fraco para a vida, é a vida muito grande para mim, jogando por toda parte suas singularidades.../...” (DELEUZE, 1974, p. 154).

debruça sobre a outra e murmura: para mim também é noite. Isso não é um consolo? (BACHELARD, 1986, p. 200).

E como me ensinou Moffatt (2003), “em caso de angústia, rompa o laço!”.

Nesta empreitada, para tentar responder a pergunta de Pascal, “sei, ou imagino”, que na busca de sentido<sup>15</sup> e respostas para a angústia pública, para as emergências no dramático cotidiano do trauma, há que tentar junções da razão com o coração. Então, agora só falta um protocolo de atendimento, útil às pessoas atendidas e aos profissionais do SAMU, para a psicologia das emergências. E, então, agora só falta um trabalho sistemático de discussão, de apoio e de capacitação que dê suporte para o enfrentamento do próprio sofrimento dos profissionais nas ações de primeiros auxílios psicológicos junto às equipes de socorro do SAMU.

Para finalizar, sobre um acidente, a pessoa entrevistada me disse:

*“olha, sinceramente, eu gostaria que tivesse uma pessoa que me olhasse, sabe como é? Queria que fosse da minha família, não dava...mas alguém naquela confusão que me olhasse...tinha gente, mas ninguém me olhava, entende? Eu me senti muito sozinha, porque realmente eu tava sozinha, né.? Tava sozinha naquele momento...não tinha ninguém conhecido”.*

Pois, sobretudo pelos “achados” da pesquisa, pelas observações e cruzamento com as teorias e pela experiência clínica, afirmo que escutar com interesse e tratando de compreender como se sente a pessoa que nos fala, na maior parte dos casos, já é uma grande ajuda e pode prevenir problemas futuros.

---

<sup>15</sup> “O brilho, o esplendor do acontecimento, é o sentido” (DELEUZE, 1974, p. 152).

## REFERÊNCIAS

ABUEG, F. R. et al. Trauma de desastre. In: DATTILIO, F. M. **Estratégias cognitivo:** comportamentais de intervenção em situações de crise. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ALBUQUERQUE, Jose Francisco Bautista in Desastres y Sociedad. Especial: Psicología Social y Desastres. **Revista Semestral de la Red de Estudios Sociales en Prevencion de Desastres en América Latina**, n. 8, p. 78-97, jan.-dez. 1997.

ARRUDA, A. Subjetividade, mudança e representações sociais. In: REY, F. L. **Por uma epistemologia da subjetividade:** um debate entre a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

AUBERT, Nicole. A neurose profissional. In: CHANLAT, J. F.(Org.). **O indivíduo e a organização:** dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

BACHELARD, G. **O direito de sonhar.** São Paulo: DIFEL, 1986.

BALLONE G. J. **Transtorno por estresse pós-traumático.** Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/voce/postrama.html>>. Acesso em: 04 ago. 2006a.

\_\_\_\_\_. **Síndrome de Burnout.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>>. Acesso em: 02 dez. 2006b.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BARBIER, René. **L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé.** Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 18 de set. 2006.

BARBOSA, J.G. Posfácio. In: \_\_\_\_\_. (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação.** São Carlos: Editora da UFSCar, 1998. p. 200-4.

BAREMBLITT, G.. Entrevista ao Jornal do CRP-SP. São Paulo, ano 17 • número 105 • maio /junho 1997.

[http://www.crpsp.org.br/a\\_acerv/jornal\\_crp/105/frames/fr\\_entrevista.htm](http://www.crpsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/105/frames/fr_entrevista.htm)

BAUER, M. W. & GASKELL, G.. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BECKER, H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 1999.

BENYAKAR, Mordechai. Salud mental y desastres: Nuevos desafíos. **Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría**, v. 35, n. 1, p. 3-25, ene.-mar. 2002.

BERLINK, M. T. "Catástrofe e Representação. Notas para uma teoria geral da psicopatologia fundamental". **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1, p. 9-34, mar. 1999.

BERNE, E. **O que você diz depois de dizer olá?**. São Paulo: Nobel, 1988.

BLEGUER, José. **Temas de psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BONANO, G. A. Resiliense to less and chronic grief: a prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. **Journal of Personality and Social psychology**, **83**, 2002.

BONANNO, George A. Resiliense to less and chronic grief: a prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. **Journal of Personality and Social psychology** **83**, 2002.

BORBA, Sérgio da Costa. Multirreferencialidade – da conformidade à complexidade. Maceió: PSE, 1997.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. São Paulo: Difel, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRUCK, Ney Roberto Vátimo. **A pedagogia da exclusão: um estudo sobre a vida de internados e a ação (des)educativa numa instituição psiquiátrica** / Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, 1989.

CAMARA FILHO, José Waldo S.; SOUGEY, Everton B. Post-traumatic stress disorder: diagnostic formulation and comorbidity issues. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 dez. 2006.

CANEPA, M. T.; CAMPOS, M. (2003). Porque o trauma acontece. In: **XVII Congresso Internacional de Análise Bioenergética**. Disponível em: <http://www.analisebioenergetica.com.br/Noticia.asp?ID=86>. Acesso em: 5 ago. 2005.

CASTRO, A. L. C. **Glossário de defesa civil-estudos de riscos e medicina de desastres**. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento/Secretaria especial de Políticas Regionais / Departamento de Defesa Civil (1998).

CID 10 - **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

COSTA, J. F. A gula terapêutica. **Jornal Folha de São Paulo**, MAIS!, Brasil 504, 1989.

DAMÁSIO, Antonio R. **O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano**. Portugal: Pub. Europa- América, 1994.

DARNTON, Robert. **Os Impressores da mente**. Folha de São Paulo, São Paulo, 1 ago. 2004.

DATTILIO, F. M. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenções em situações de crise**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DELEUZE, Gilles. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

DEMO, P. Introdução à metodologia da ciência. São Paulo: Atlas, 1997.

DENATRAN. **Estatísticas de trânsito**. Disponível em:  
<<http://www.denatran.gov.br/estatisticas.htm>>. Acesso em: 28 set. 2006.

DEVILLY, G.J.; WRIGHT, R.; GIST, R. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, supl. 1, jun. 2003.

EIZIRIK, Marisa. **Educação e produção de verdade**. Disponível em:  
<[http://www.educacaoonline.pro.br/educacao\\_e\\_producao.asp?f\\_id\\_artigo=166](http://www.educacaoonline.pro.br/educacao_e_producao.asp?f_id_artigo=166)>. Acesso em: 4 set. 2006.

ELIAS, N. **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ENDE, M. **A história sem fim**. São Paulo: Saraiva, 1995.

ENSEN, Christian Haag; PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta; KASZNIAK, Alfred W. **Post traumatic stress disorder and cognitive functions**. *PsicoUSF*. [online]. June 2006, v. 11, no.1 , p. 17-23 Disponível em:  
<[http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712006000100003&lng=en&nrm=iso](http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 dez. 2006.

FEYERABEND, P. K. **Límites de la ciencia**. Buenos Aires: Paidós, 1991

FERREIRA A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLICK, Uwe. Entrevista episódica. In: BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 114-136.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1966.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Petrópolis: Vozes, 1972.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. **Historia da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-49.

\_\_\_\_\_. **Dossier**. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

\_\_\_\_\_. **O direito de sonhar**. São Paulo: DIFEL, 1986.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Cortez, 1983.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: **Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro, Imago, 1976. v. 18. p. 13-85.

\_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 19.

GEERTZ, Clifford. **Estar lá, escrever aqui**. São Paulo: Diálogo, 1989.

GIGLIO-JACQUEMONT A. **Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S, DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.109-32.

GRAEFF, Frederico. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, suppl. 1. 2003.

GUARESCHI, P. **Psicologia social crítica como prática de libertação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica – Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUATTARI, Félix. **Linguagem, consciência e sociedade**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. (Coleção Saúdeloucura; n. 2).

\_\_\_\_\_. Guattari na PUC – Entrevistas. **Cadernos de Subjetividade PUC-SP**, São Paulo, v. 1, n. 1, 1993.

GUELLER, A. S. (2005, novembro). **A necessidade do acidente: Lacan e a questão do trauma**. Disponível em: [http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Adela Stoppel de Gueller.pdf](http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Adela_Stoppel_de_Gueller.pdf). Acesso em: 6 set. 2006.

GUTFREIND, Celso. Mídia, Maremoto e Poesia. **Zero Hora**, Porto Alegre, 05 jan. 2005. p. 3.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997

HEIDEGGER, M. **El ser y el tiempo**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1977.

HERMANN, Fábio. **Andaimes do real: psicanálise do cotidiano**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 2001.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

\_\_\_\_\_. **Medicina desumanizada - A obsessão da saúde perfeita** Disponível em: [http://www.pfilosofia.pop.com.br/04\\_miscelanea/04\\_17\\_lmd/lmd008.htm](http://www.pfilosofia.pop.com.br/04_miscelanea/04_17_lmd/lmd008.htm). Acesso em: 03 dez. 2006.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.

KAPCZINSKI, F. Atualização em estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, p. 3-7, 2003.

KAPCZINSKI, Flávio; MARGIS, Regina. Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462003000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 dez. 2006.

KRISTENSEN, Christian Haag; PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta; KASZNIAC, Alfred W. **Post traumatic stress disorder and cognitive functions**. *PsicoUSF*. [online]. June 2006, v. 11, n. 1, p. 17-23. Disponível em:

[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712006000100003&lng=en&nrm=iso](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 dez. 2006.

KUHN, Thomas S.. **Lógica da descoberta ou psicologia da pesquisa? A crítica e o desenvolvimento do conhecimento**. São Paulo: Cultrix, 1979

LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. (Org.). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense/EDUC, 1995.

LANE, S. A dialética da subjetividade *versus* objetividade. In: FURTADO, O.; GONZÁLEZ REY, F. (Orgs.). **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate ente a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LARROSA, Jorge. **Habitantes de Babel-políticas e poéticas da diferença**. Rio de Janeiro: Autêntica, 2001

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre/Belo Horizonte: Artes Médicas/UFMG, 1999.

LESCANO, R. **Trauma y EMDR: um nuevo abordage terapêutico**. Buenos Aires: EMDRIA Latinoamérica, 2004.

LISPECTOR, Clarice. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação Abordagens Qualitativas**. São Paulo, EPU, 1996.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber – a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **A parte do diabo**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MARTINS, J. **Psicologia da cognição - como fazer fenomenologia**. Temas Fundamentais da Fenomenologia. São Paulo: Moraes, 1994.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes/ EDUC, 1989.

MARTTA, M. K. **Violência e angústia: uma perspectiva de compreensão das interações humanas no contexto contemporâneo**. Dissertação (Mestrado em

Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MATTEDI, M. A.; BUTZKE, I. C. A relação entre o social e o natural nas abordagens de hazards e de desastres. **Ambiente e Sociedade**, Campinas, n. 9, p. 93-114, jul.-dez. 2001.

MAY, Rollo. **O homem à procura de si mesmo**. Petrópolis : Vozes, 1998.

MELUCCI, Alberto. **O jogo do eu – a mudança de si em uma sociedade global**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 2004.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. O impacto social da violência sobre a saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, 1994.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. **Formação em Defesa Civil**. Brasília: Lagoa Editora, 2005.

MOFFATT, Alfredo. **Revista Argentina de Psicodrama**, Buenos Aires, n. 3, mayo 1988.

\_\_\_\_\_. **Terapia de crise**. São Paulo: Cortez, 1982.

\_\_\_\_\_. **Psicoterapia do oprimido**. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **En caso de angustia rompa la tapa**. Buenos Aires: Astralib, 2006.

MORALES, G. Subjetividad, psicología social y problemas sociales. **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, n. 6, 1997.

MORIN, Edgar. **O enigma do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. **O método - A natureza da natureza**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1977.

\_\_\_\_\_. **O método 2 - A vida da vida**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1980.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1983.

\_\_\_\_\_. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1984.

\_\_\_\_\_. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

\_\_\_\_\_. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1987.

MORIN, E. **A decadência do futuro e a construção do presente**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

\_\_\_\_\_. **O método 4: as idéias - habitat, costumes, organização**. Porto Alegre: Sulina, 1998.

\_\_\_\_\_. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MORIN, Edgar. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, Candido. **Representação e complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Lisboa: Publicações Europa-América, s/d.

MORIN, Edgar. **Entrevista com Edgar Morin em 02 de dezembro de 2002**. Disponível em: <[http://www.tvebrasil.com.br/salto/entrevistas/edgar\\_morin.htm](http://www.tvebrasil.com.br/salto/entrevistas/edgar_morin.htm)>. Acesso em: 28/10/2005.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes. 2004.

NESTROVSKI, A. "Catástrofe e representação". **Psicanálise e Literatura**, v. 8, n. 15, p. 51-65. 1998.

NIETZSCHE, F. Fragmentos Póstumos 7 [60], Fragments Posthumes, Automne de 1885 – Automne de 1887, Oeuvres Philosophiques Complètes, Paris, Gallimard, 1978. In: GIANNATTASIO, Gabriel. **Elementos para uma análise da historiografia contemporânea a partir de uma perspectiva trágica da história**. Disponível em: <http://www.anpuh.uepg.br/simposio/anais/textos/GIANNATTASIO.pdf> Acesso em: 7 jun. 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PAGÉS, Max et al. **O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos**. São Paulo: Atlas, s/d.

PAGÈS, Max. **O trabalho amoroso: elogio da incerteza**. Lisboa: Vega, s/d.

PAES, José Paulo. **Os melhores poemas**. São Paulo: Global, 2003.

PAIS, J. M. **Vida cotidiana – enigmas e revelações**. São Paulo: Cortez, 2003.

PÉREZ, S. P. **Importancia del concepto de trauma y sus implicaciones para el trabajo en salud mental en violencia política y catástrofes** – Conferência no Interpsiquis 2001, 2º. Congresso de On-Line de Psiquiatria, 1 fev. a 7 mar. 2001. Disponível em: <<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2230>>. Acesso em: 23 set. 2006.

PIETTRE, Bernard. **Mênon**. Rio de Janeiro: Ed. PUC Rio; Loyola, 2001.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo : Hucitec, 1991.

- RABINOVICH, D. **La angustia y el deseo del outro**. Buenos Aires: Manatíal, 1993.
- RABUSKE E. **Epistemologia das Ciências Humanas**. Caxias do Sul: EDUCS, 1987.
- REICH, W. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- ROMERO, Sonia Maria. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: SCARPARO, Helena. **Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2000.
- ROSE, Steven. **O cérebro do século XXI**. São Paulo: Globo, 2006.
- RUSSO, Jane. **O corpo contra a palavra**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.
- SARTRE, J. P.. Jean-Paul Sartre responde. In: **Estruturalismo –antologia de textos teóricos**. Lisboa: Livraria Martins Fontes, 1967.
- SEBASTIANI, R. W. Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002.
- SELIGMANN-SILVA, M. (Org.). **Catástrofe e representação**. São Paulo: Escuta. 2000.
- SELYE, H. **The story of the adaptation Syndrome**. NY: Ed. Gruen e Stratton, 1952.
- SHAPIRO, F. **EMDR Dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares**. Rio de Janeiro: Nova Temática, 2001.
- SILVA, Laura Belluzzo de Campos. **Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- SILVA, Porfírio. **A filosofia da ciência de Paul Feyerabend**. Lisboa: Instituto Piaget, s/d.
- SPINK, M. J. “Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social”. In: **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 17-39.
- \_\_\_\_\_. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

SZENÉSZI, G. V. **Traumatologia emocional: o alívio rápido de traumas e do estresse pós-traumático.** Disponível em:  
<<http://www.metaprocessos.com.br/html/trauart.htm>>. Acesso em: 5 ago. 2005.

TALAFERRO, A. **Curso básico de psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los metodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.** Buenos Aires: Paidós, 1998.

TAYLOR, A. J. A taxonomy of disasters and their victims. **J Psychosom Res**, v. 31, n. 5, p. 536-544, 1987. Disponível em:  
<<http://www.latinoseguridad.com/SPX/SPX6.shtml>>. Acesso em: 09 dez. 2006.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 363-72, 2002.

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY /Editorial. **What Is PTSD?** Am J Psychiatry, 154:2, February 1997. Disponível em:  
<<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/2/143.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2006.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa.** Petrópolis: Vozes, 1995.

TROTTA, E. E. **EMDR associado ao método orgonoterápico de foto: estimulação ocular.** Disponível em:  
<[http://www.orgonizando.psc.br/c/emdr/terapeutas/ernani/emdr\\_associado.htm](http://www.orgonizando.psc.br/c/emdr/terapeutas/ernani/emdr_associado.htm)>. Acesso em: 3 dez. 2005.

TULKU, Tarthang. **A excelência na realização do trabalho.** São Paulo: Dharma, 1994.

\_\_\_\_\_. **O caminho da habilidade.** São Paulo: Cultrix, 1995.

WALLACE, Robert A.. **Sociobiologia – o fator genético.** São Paulo: IBRASA, 1985.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO DE DESASTRES

### CLASSIFICAÇÃO DE DESASTRES (Castro, 1998)

Os desastres podem ser classificados quanto à:

Intensidade

Evolução

Origem

#### Classificação quanto à INTENSIDADE

##### Nível I

Desastres de pequeno porte, quando os danos causados são facilmente suportáveis e superáveis pelas comunidades afetadas;

##### Nível II

Desastres de médio porte, quando os danos e prejuízos podem ser superados com recursos da própria comunidade, desde que haja uma mobilização;

##### Nível III

Desastre de grande porte, quando a comunidade complementa os recursos locais com auxílio externo, a fim de superar os danos e prejuízos;

##### Nível IV

Desastres de muito grande porte, quando não são superáveis e suportáveis pelas comunidades, mesmo quando bem informadas, preparadas, participativas e facilmente mobilizáveis, a menos que recebam ajuda de fora da área afetada.

#### Classificação quanto à EVOLUÇÃO

##### Súbitos ou de evolução aguda

Caracterizados pela rapidez com que evoluem e, normalmente, pela violência dos fenômenos que o causam. Alguns exemplos são as enchentes, os vendavais e os acidentes industriais.

##### Graduais ou de evolução lenta

Os que evoluem progressivamente ao longo do tempo. No Brasil há exemplos muito importantes deste tipo de desastres, como a estiagem, a desertificação e a erosão do solo.

##### Somação de efeitos parciais

Caracterizam-se pela somação de numerosos acidentes ou ocorrências semelhantes, cujos danos, quando somados ao término de um determinado período, definem um desastre muito importante. Os acidentes de trânsito podem ser um bom

exemplo de como a somação de numerosas ocorrências semelhantes pode representar um total de danos e prejuízos que, ao final, ultrapassam os produzidos pelos desastres mais visíveis como enchentes e vendavais.

### Classificação quanto à ORIGEM

Quanto à origem ou causa primária do evento causador, os desastres são classificados em:

#### Naturais

Provocados por fenômenos e desequilíbrios da natureza e produzidos por fatores de origem externa que atuam independentemente da ação humana. Alguns exemplos típicos de desastres naturais são os terremotos, os furacões e as erupções vulcânicas.

#### Humanos

Provocados por ações ou omissões humanas, os desastres humanos podem ser agrupados em três diferentes categorias de acordo com o tipo de atividade humana envolvida:

#### Tecnológicos

São decorrentes do uso de tecnologias, destacando-se os relacionados aos meios de transporte, produtos perigosos e explosões, entre outros.

#### Sociais

São decorrentes do desequilíbrio nos inter-relacionamentos econômicos, políticos e sociais, tais como o desemprego, a marginalização social, a violência e tráfico de drogas, entre outros.

#### Biológicos

São decorrentes do subdesenvolvimento, da pobreza e da redução da eficiência dos serviços promotores da saúde pública.

#### Mistos

Ocorrem quando as ações ou omissões humanas contribuem para intensificar, complicar e/ou agravar desastres naturais. Hoje, existe uma tendência em se considerar as ações e omissões humanas em todos os desastres, pois são elas que criam as condições para que haja danos e prejuízos. Esta compreensão é fundamental, como você verá adiante, para a construção de um modelo de prevenção aos desastres baseado na gestão dos riscos.

## **ANEXO B - REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS**

### **REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS**

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE foi criada em 14 de novembro de 1995, em Porto Alegre, data de inauguração do SAMU daquela cidade e no marco de um Simpósio Internacional dedicado a discutir a Atenção Pré-Hospitalar Móvel e a Regulação Médica das Urgências e Emergências, por isso a RBCE foi batizada inicialmente como Rede 192. Com o objetivo de integrar os profissionais comprometidos com a atenção às urgências no SUS e envolver as comunidades visando diminuir a ocorrência de situações de urgência, organizar as respostas quando as urgências ocorrem, propusemos utilizar os espaços da RBCE para manter e aprofundar as formulações e experiências muitas vezes descontinuadas quando da troca de gestões governamentais. Constituímos um espaço cidadão, onde pudemos debater de forma livre as questões das urgências e, em última instância, o aprofundamento da organização do SUS. O capítulo das urgências da Reforma Sanitária Brasileira. A atuação da Rede tem sido marcada por buscar influenciar os espaços de decisão, notadamente do Governo Federal, mas também dos Estados e Municípios nos processos de pactuação do SUS, em torno à idéia de construirmos um conjunto de respostas ordenadas às situações de urgência, de forma universal, integral e produzindo equidade social, evitando descontinuidades na política pública. As urgências, embora sejam, um espelho do sistema de saúde, ainda não estão devidamente consideradas como pontos chave da atenção no SUS. As urgências foram e ainda têm sido área de muitos debates técnicos isolados, mas necessitamos debater as urgências como espelho do sistema e porta de entrada do SUS, reflexo da própria organização da sociedade. A RBCE também foi a responsável pela manutenção do intercâmbio e missões junto ao SAMU da França, durante cinco anos (1995-1999), pois não havia na ocasião, contraparte interessada no governo brasileiro para o aprofundamento desta relação. Os nascentes SAMU brasileiros foram irmanados aos SAMU franceses. Não somos cópias dos franceses, e do ponto de vista da gestão do Sistema de Saúde já

superamos a organização e importância do SAMU Francês. Por que começamos a implantação da política nacional de urgências pelo pré-hospitalar móvel? Pela importância estratégica da regulação das urgências, que mobiliza e desestabiliza a atenção, rompendo rapidamente com a banalização do caos, evidenciando com clareza os vazios assistenciais e apontando de maneira sistemática a necessidade de um sistema universal, integral e equânime. Portanto, temos que seguir na organização das redes de atenção integral às urgências, sob pena de ter o SAMU desestruturado devido ao seu isolamento. Urge o debate sobre a atenção hospitalar: regulação da relação das necessidades x ofertas, qualificação da atenção. Temos que ter clareza da importância da continuidade da implantação da Política, a qual possui importantes opositores, os quais hoje se beneficiam da desordem para não cumprir seus deveres ou levar vantagens. A Estratégia Promocional precisa avançar, ainda continuamos com uma ação desarticulada, com gestos e propostas isoladas. Queremos dar impulso ao conceito de Cidades Protetoras da Vida e tornar a promoção da qualidade de vida e saúde uma estratégia central no combate às urgências de qualquer natureza. A capacitação, habilitação e certificação urgem serem implementadas como determina a Portaria 2048, atingindo o conjunto dos trabalhadores das urgências, implantando os Núcleos de Educação em Urgências e definindo um novo perfil de qualidade nos serviços e nos resultados da atenção.

## ANEXO C - NARRATIVAS

[Constam as narrativas que não foram citadas ao longo do texto]

4. M – *Eu acho que todas as histórias sempre... todos os atendimentos sempre têm uma lembrança. Como o senhor diz, todos nós temos qualidades, defeitos. Eu acho que eu me lembro de dois fatos: primeiro, o mais marcante, foi a minha primeira saída no SAMU, eu saí com o colega P.. Chegando no local, era um caso clínico, quarto andar, uma senhora obesa, cento e poucos quilos, e era um quadro de um AVC, um derrame né, e daí eu fiquei. C., conduz o caso, primeira saída, eu não sabia como levar aquela mulher lá pra baixo, não tinha elevador, a escada era muito fechadinha, e é uma coisa que hoje a gente vê que é uma coisa que quase todos nós usamos, mas tipo dez anos atrás, é uma experiência, não tinha experiência, então ele disse: “Não, C, vamos colocar ela no próprio cobertor que ela está, e vamos conduzi-la até lá embaixo”. Eu tava pensando, colocar no colchão, colocar na maca rígida, não tem como, a idéia era fazer essa coisa da técnica, mas muitas vezes tem que improvisar. Essa foi uma situação. Uma outra situação, já depois, com mais tempo no SAMU...,*

5. M - *Nós fomos atender aqui na “Volta da Cobra”, chegando no local era um PCR, uma parada cardíaca. Visualizei, tava um doutorando comigo. E ele: “Não tem mais jeito”. E a população, a família ali. Quando nós chegamos, ele disse: “Olha, demoraram muito, já deve tá morto.” Se nós não levasse, nós teríamos apanhado naquele dia. Daí eu disse pra o doutor:” Não tem jeito, tá respirando, vamos levar.” Daí ele entendeu a situação, colocamos na ambulância, passei o caso pra o médico e viemos pra sala de “poli”. E aí o médico, na sala do “poli”, deixou a família na rua, segurou o caso, deu um tempo de trinta minutos, pra depois dizer pra família que tava em óbito. No entanto, tem muitas situações, tem que entender a situação, pra depois conduzir. Então, o que eu quero dizer isto, hoje, pra quem tá chegando, já tu pega a coisa em andamento, mas se tu pegar a coisa, quando tu tá iniciando, é muito difícil. Tu vai aprendendo, tu vai acertando, tu vai aprendendo, tu vai acertando. Eu acho que era isso aí.*

6. *Eu vou contar. A minha experiência que eu tive foi... certo dia eu troquei o plantão com o H, fui trabalhar à noite, logo em seguida, fomos chamados por um atropelamento na Assis Brasil em frente a FIERGS e chegando no local era um ciclista. Só que completamente utilizado, tinha cheirado “loló” e tava completamente do lado do avesso, parecia que um animal pegou e rasgou todinho. Aí, botamos na prancha rígida e a enfermeira não agüentou e começou a vomitar e botamos pra dentro da caminhonete, o médico tava aspirando ele, e pediu pra mim tracionar, e eu disse pra ele:” Doutor, eu não vou tracionar, porque se eu tracionar, eu vou arrancar as pernas, não tem como tracionar isso aqui.” Mas, o que me deixou marcado, é que desde então, essa enfermeira não come mais carne vermelha. Essa é a experiência.*

7. *Vou falar da minha primeira experiência. Bom, só que eu tava em treinamento ainda, e foi uma coisa que me chocou porque foi o primeiro acontecimento. Eu saí com os colegas da 14, lá do PACS, fomos num baleado, um vigilante de posto, imagina, um segurança. E aí nós chegamos lá, ele já tava lá todo ensangüentado lá, e eu ainda não tinha visto esta cena, sangue, tava inchada que nem ele já, tava chocado, e aí saltamos da ambulância, aquela coisa toda..., mas eu firme ali; tremia tudo, mas tava ali. E aí na ambulância aquela sangüera toda e conseguimos, fizemos todo o procedimento, só que daí não consegui acompanhar o caso, porque no momento que chegou, quase foi à óbito, foi muita perda e chocou e foi horrível. Aí eu consegui acompanhar o desenvolvimento dele né; e até a família sempre agradecendo, aquela coisa toda. Aí um dia, fui visitar ele na Enfermaria 8, eu tava lá conversando com as gurias, porque na hora que ele tava na ambulância teve bastante perda de sangue, eu sujei os meus pés todo com sangue, tava bem sujo, aí passou pra meia e pra os dedos, os meus dedos tavam todo sujos de sangue; e aí, quando eu tava lá falando com elas, falaram que ele era HIV positivo, aí eu tremi as perninhas de novo. Aí, eu entrei em pânico: Mas como, me sujei toda!? Mas graças a Deus não deu nada. E ele também ficou bem, foi pra casa. Quer dizer, me gratificou de um lado, mas ao mesmo tempo fiquei com medo ao mesmo tempo, quando soube que né, depois de tudo aquilo, eu poderia ser de repente, ser a vítima, me assustou. Mas passou. Faz tempo já, não deu nada. Só foi o medo, mas foi um medo, uma recompensa e um medo.*

8. Bom, de tantas, são tantas (emoções), que eu não me lembro mais da metade, mas uma que englobou várias partes, assim, que teve uma a mais, foi um acidente com..., talvez alguém até tenha ido junto, foi um Passat na Ipiranga, se perderam sozinho, eram umas dez na noite. O Passat virou, ficou conversível, partiu no meio, era corpo espalhado a uns cinqüenta metros do carro; corpo dentro do carro. E eu cheguei com um colega, cheguei com o motorista, que eu acho, que tava recém começando no SAMU e ele, na hora, ele entrou em crise, ele paralisou e só dizia: "Tá tudo morto, tá tudo morto". E eu olhei pra ele, então eu olhava, tinha um corpo por cima, mas tinha um por baixo respirando, sabe, e eu: Meu, te vira, tem gente viva, procura, procura. Aí, ele ligou de novo; pedimos mais ambulância e aí eu comecei a atender ali, não tinha o que escolher, tinha que escolher entre vivos e mortos ali e aí achei um, vou ficar com um e deu e aí veio outras ambulâncias, começaram a atender. Eu sei que tinha no final, tinha quatro dentro, na metade de trás do carro, do banco de trás, e tinha três espalhado na pista. Aí tá, atendemos ali, peguei um, veio as outras ambulâncias, fomos pra o "poli". Tá, tô limpando a ambulância começou a chegar amigos meus, amigas, colegas do Mãe de Deus e eu: Ué! E eram, dos quatro, três eram parcerão meu de festa, e eu não lembro quem eu trouxe, mas eram assim, primos irmãos, eram, sabe, era uma família. Aí eu depois dali eu acompanhei a história; eu soube, eles eram muito festeiro, fizeram uma festa no SESC lá em cima, e o bebum sempre mete o bedelho, né. Aí, eles tavam com uma família grande, são uma família grande, transportaram em cinco viagem no Passat, o pessoal pra casa, e o único que não tinha bebido pra dirigir, o bebum resolveu dizer: "Não, agora tu vai beber e deixa que eu levo o carro", e o cara caiu na besteira. E entrou. Então assim ó, dos sete, é uma coisa que também, a gente não dá muita importância, não acompanha assim, dos sete, quatro tavam mortos e três vivos, dos quatro mortos permaneceram mortos e os três vivos, permaneceram vivos. Então assim, a gente às vezes parece que não valoriza tanto, mas o atendimento da gente, o resultado, tem uma pesquisa em cima disso que, no momento, nobre do trauma, aquela história. Então assim, o resultado final disso, até saiu uma reportagem algum tempo atrás, que fizeram com a família deles, detonou a família, eles eram muito unidos assim, acabou com a família; a família que moravam tudo junto, tem gente..., daqueles dos acidentados, tem gente que se recrimina até hoje pelos mortos, então... É um caso bem completo assim, que eu acompanhei um pouco a mais do que a gente acompanha. Tu vai ali até o "poli", depois não sabe

*mais. Então, foi uma coisa que marcou bastante. (“- Ainda tavam me contando esta história lá no Cristo.”) Ah é!? São colegas nossos, do serviço.*

*9. Então tá. Entre muitos atendimentos que eu já participei, que eu trabalho há muitos anos no SAMU, então lá, me chamou atenção muito, foi de um acidente que eu..., nós fomos lá na Assis Brasil, logo assim no começo do SAMU, era uma capotagem e tinham quatro pessoas envolvidas. E aí dois, o motorista e o carona, que seria o outro homem que estava junto, tavam morto no local, já estavam em óbito. E tinham duas moças e uma tava melhorzinha e a outra tava... E aí nós pedimos o VR daqui do Pronto Socorro que fossem nos dá um apoio lá, aí o médico se negou, disse que nós levássemos até o Cristo, que era mais rápido do que se ele chegasse no local. Aí os bombeiros chegaram no local e nos deram um apoio, conduziu a outra até o Cristo. Sendo que a que foi, as duas foram pra o Cristo, uma faleceu e a outra que tinha dezesseis anos, que era a mais jovem da turma, só pedia que não avisasse a mãe dela, porque eles eram de Santa Maria, estariam na casa de uma amiga em Santa Maria e vieram pra se acidentar aqui. Agora eu digo assim: Imagina, como que os pais deles, o pai dessa menina de dezesseis anos e dessa outra aí, receberam a notícia, que moravam em Santa Maria, acreditando que os filhos tavam em Santa Maria e venham morrer aqui em Porto Alegre. Então, eu imagino como é que os pais se sentem, quando recebem uma notícia dessas, com uma mentira acompanhando isso. Essa foi uma dessas. Tem outras, mas vou deixar pra outro.*

*10. N - A minha história é a seguinte, até me marcou bastante. A gente foi atender um agente da EPTC que se acidentou em frente ao Bourbon, na Sertório. Aí a gente chegou lá e aí:” Tá sentindo alguma dor?” “Não, só uma dorzinha nas costas, mínima coisa.” Aí imobilizamos, tudo direitinho e..., eu e o F. Aí o F disse assim: “N, vamos cuidar um pouquinho dessa dor dele, que a gente não se sabe se é coluna ou alguma coisa...” Tá, botei na prancha rígida e tudo, peguei o corredor de ônibus, porque a Sertório é cheia de ondulação. Chegamos lá no Cristo, direitinho né, nem liguei sirene nem nada e fizeram Raio-X. Ele bateu com a coluna na bolota do reboque e pegou a coluna dele. Quer dizer, se a gente... ele agradeceu depois né, se a gente não transportasse ele como deveria ser, não desse bola pra aquela*

*dorzinha dele, poderia inutilizar o rapaz. Depois ele agradeceu. Agora, tu vai falar dos teus partos, é só o que tu sabe fazer. (riu)*

**12.** *A minha história foi a seguinte: Uma situação lá na Restinga. Hoje, até que a Restinga tá calma, mas há uns cinco anos atrás, uma briga de gang lá, aí, balearam os dois principais das gangs lá. Aí chamaram nós pra ir, pra remover pra cá e tal e aí chegando lá, chegando no Posto da Restinga lá, tinha um tumulto generalizado, muita criança, muito adulto, criança, velho, era muita gente mesmo, e um cordão de brigadiano assim; e o pessoal queria invadir, invadir, invadir e aí nós lá dentro. E aí esse cara que nós fomos remover, morreu na hora lá, dentro do Posto lá. E os cara queriam invadir, invadir, invadir e nós lá dentro. E aí que nós ficamos pensando, se não me engano, eu acho que era eu e o ##, que nós tava: mas o que nós vamos fazer? Ou nós vamos apanhar aqui ou nós vamos ser linchado aqui ou vão matar nós aqui dentro; vamos ter que fazer alguma coisa pra nós sair daqui. Nós vamos sair daqui. Aí eu tive, pensei: vamos fazer o seguinte: o cara já tava morto, vamos levar o cara, mas não vamos fazer, nós vamos fazer, vamos enfeitar né. Aí, eu peguei, preparei um soro, botei ali e tal, coleí, peguei um tubo, botemos na boca do cara, amarrei direitinho, peguei o oxigênio, fomos na ambulância, busquemos e tudo, e saímos tranqüilos. Colocamos na ambulância e viemos embora; saímos daquela situação. Aí me pergunto:*

*- Fiz correto?*

*- Como assim?*

*- O senhor não poderia entubar, porque o senhor não é doutor. (risadas no grupo)*

*- Eu acho que fez. Eu acho que foi o que no momento se apresentou, né. Uma tentativa de sair ileso da situação. Fez bem.*

**19.** *Se eu lhe contar as minhas histórias, são várias, então eu vou contar uma só, que me marcou assim, tu lembra tanto pela desgraça como lembra pelas coisas engraçadas que aconteceram também. Já que todo mundo já falou em desgraça, eu vou falar em coisa engraçada. Eu pensei: Mas será que o SAMU é isso? Será que eu vou me adaptar? Primeiro plantão que eu vou fazer sozinho, todo mundo, entre aspas, passava e dizia assim: “Bah, com quem tu vai fazer?” Vou fazer o plantão com o H. “Bah, tu te cuida”. (risadas no grupo) Daí eu fiquei naquela: pô, tu te cuida,*

*o que que é? Será que o cara, né, por que? E ninguém dizia nada. “Tu te cuida”. E aí o meu primeiro plantão com o H sozinho, de noite, na PACS, sábado de noite. (“- De noite ainda”). Um sábado de noite, pra né... Primeira ocorrência: Saí, ele sai sentado, virado, olhando pra mim. Aí, e olhava pra mim, e olhava, aí eu: Pô, o que que esse cara, né... Aí, fomos pra ocorrência. Fizemos onze ocorrências naquela noite. Aí eu “puts”, onze. Aí, uma era às onze e meia da noite, lá na PACS tem um cafezinho às onze horas, onze e meia da noite, passaram a ocorrência pra nós, lá na Atilio Supertti, número tal. “H, esse caso é pra ti, briga de família”. Fomos nós. Descemos um beco lá, lá embaixo, lá, chegamos lá, uma velhinha, gordinha lá, sentada, deitada, tava chorando, chorando, o marido dela um velho baixinho, gordinho, de terno, mais três filhos. Aí nós chegamos e nada daquela velha parar de chorar, e não sei o que, “Porque o meu genro diz que vai levar os meus netos” e não sei o que e pra cá e pra lá, mas a velha com sinais, tudo estável, só não parava de chorar, aquela crise. E aí, lá pelas tantas, o negão olha pra mim e olha pra ela: “Olha, eu vou dizer uma coisa pra senhora, o seu genro não queria fazer isso com a senhora.” “Mas como que não, doutor, se ele disse que vai tirar dos meus filhos”. “Não, é o demônio que tá soprando no ouvido dele.” (risada geral no grupo) “Será, doutor?” (Todos riram.) “Será doutor?” “É, ele não queria fazer isso.” Aí, diz a mulher: “Mas, doutor, eu acho que é verdade, porque ele é gente boa, ele me tratava bem e numa hora pra outra que ele fez isso”. “É, ele não queria.” Aí, pra encurtar a história, lá pelas tantas, nós saímos e a velha deu bolo pra nós, pra nós levar; saímos de lá, botou as filhas, botou a filha que o genro tinha tirado e a velha ficou sentada no sofá rindo, conversando.*

*- E o G vai contar do guarda-chuva.*

*- Não, pára.*

*- Conta do guarda-chuva, G.*

**20.** *Eu posso começar se quiser. (Ótimo. É uma meia que não é usada.) (riram) Pô, sacanagem, já começou bem. (“- Ah, e é pela esquerda que vai a roda.”) É. É pela esquerda. Assim, gente, a história que eu tenho é a seguinte: todo mundo sabe que eu sou novo, to aprendendo ainda, cada dia que eu, cada dia que eu acordo de manhã, eu não sou um cara que eu vou muito à missa, mas eu acredito em Deus e acredito que a gente tem uma... Eu não sou um cara que eu vou muito à missa, mas eu acredito em Deus e acredito que a gente tem uma missão nessa vida. E eu todos*

*os dias de manhã, eu peço pra Deus me iluminar. E uma coisa que me deu, deixou marcante, marcou, um dia que eu tava trabalhando com o meu colega F, aqui na 03, nós fomos atender uma PCR na... lá no Navegantes? E nós chegamos lá, o cara, mal nós chegamos, o cara chegou e gritou: “Traz o negócio de dá choque.” E eu fiquei que nem uma “barata tonta”, porque não me caiu a ficha. E aí, nós fomos lá atender o cara, fomos ambuzar o rapaz, o ambu se desmanchou e aí eu peguei, o F pegou e disse assim: “Vai lá e pega o ambu suvinil”. Suvinil? Suvinil. O que que eu tirei pra essa história aí? Mais tarde com outro colega, que aconteceu o mesmo, o mesmo episódio do ambu, eu fui lá e peguei esse ambu e me lembrei do colega. Às vezes, a gente grita com o colega ou fala alguma coisa, mas na hora tudo é válido. E uma coisa que eu tô aprendendo aqui ó: aqui a gente discute, briga, pode ser que alguns não concordem comigo, mas o que eu aprendi é o seguinte: bem ou mal, a gente é uma grande família e todo o dia a gente aprende, até com aquele cara que tu acha assim: “Pô, esse cara só tá me sugando. E aprende.” E aquilo ali me marcou e me serviu de lição de vida e, até hoje, todos os dias quando eu vou trabalhar eu penso naquilo ali. Obrigado.*

*(Olha, eu não bolei ainda uma história, antes da gente...)*

**21.** *A minha história que marcou: Eu trabalhava há cinco anos na Bom Jesus a noite e eu fui no Posto de Saúde pra telefonar, saí da base, fui telefonar, e veio um pessoal ao meu encontro pedindo ajuda, que a mulher não respirava e eu olhei, ela estava respirando. Tá, vamos levar até o Posto, porque a ambulância não tava ali. Levamos pra o Posto, chegou lá os médicos atenderam e tudo, parou e veio a óbito. E o pessoal foi lá na base e queria me matar, e eu tive que sair da base escoltado pela Guarda Municipal e tanto que eu tive que sair da Bom Jesus também, que trabalhei cinco anos lá. É o risco de vida que a gente corre, que marcou, porque queriam me matar lá, foram armado na frente da base com revólver pra me matar. Daí essa aí é a história que marcou.*

**22.** *Bom tem, com o passar dos anos, a gente vivencia muitos casos interessantes, né, mas eu me recordo dum caso assim, que foi inusitado, que nunca mais se repetiu, nunca mais vi, foi um atropelamento que, eu me lembro que foi o H que tava junto comigo, não me lembro o condutor, que a vítima ficou presa embaixo do automóvel; e, segundo relatos, foram alguns quilômetros que ela foi arrastada. Ela*

*foi atropelada na Antônio de Carvalho e nós fomos buscá-la na Manoel Elias. Foi um caso que ficou bem... Teve bastante repercussão assim e, por incrível que pareça, tava viva. Então, a gente ainda fez todo..., os bombeiros tiraram, tava presa no carro, embaixo no carro; e nós levamos com vida pra o Cristo. Eu sei que essa pessoa, depois eu acompanhei, ficou quatro meses ainda na UTI, mas faleceu. No caso, faleceu.*

**23.** *Eu não tenho histórias de atendimento pré-hospitalar, mas eu atendo muitos pacientes que vocês trazem pra mim no “poli”. E assim, tem várias histórias, mas uma eu acho, falando em sofrimento, em sofrimento psicológico, emocional, eu me lembro de uma situação de um... (Começou a chorar.) Depois eu falo.*

**24.** *Ô pessoal, eu sou o G, sou condutor, não tenho base fixa no SAMU, sou novo na... nessa nova missão que eu abracei. E as histórias que marcam todos os dias é o nosso atendimento. É gratificante pra mim, até mesmo por não tá adequado ainda à situação burocrática que eu ainda me encontro, mas todos os dias que eu venho para o serviço e desempenho a minha função, eu tenho certeza que os colegas que já trabalharam comigo, sabem que eu me dedico bastante e todos os dias, o dia-a-dia da gente aí que a gente passa, é gratificante e também marcante pra mim. Foi coisa nova eu sei, de uma Secretaria que não tinha nada ver com saúde, abracei bastante isso aí e eu, histórias que gravam, eu não tenho assim que tenha me comovido bastante ainda. Mas aqui dentro do SAMU, cada dia que passa a gente aprende um pouco, a gente não tem assim, como é que eu vou dizer, alguém que eu possa dizer: Ah, esse fulano não, eu não me adapto ou não... Todos que eu trabalhei até agora, tenho certeza, que eu ingressei bem no grupo e vou continuar com essa minha missão aí. Espero que, lá no futuro, alguém veja também o meu empenho que eu tenho com todos aqui, e a nossa comunidade que a gente atende todos os dias aí né. Que, pra mim, não é os casos que nos acontecem, mas sim é gratificante sim, o que eu faço, o que eu tô disposto a fazer. E é isso aí.*

**25.** *Não, é que assim ó, eu sou absolutamente emotiva, pra quem não me conhece ainda. Eu consigo atender no “poli” bem. Isso desaparece assim, mas na hora, eu consigo desfazer isso, mas eu sou assim. Acho que depois que o P nasceu, eu piorei. Eu me envolvo muito mais com os atendimentos. Mas assim: eu tenho vinte*

anos de “poli” e algumas histórias. E eu lembro de uma situação dum paciente que entrou em surto psicótico na Bela Vista e teve inúmeras situações, que tiveram que cercar a casa, pra poder prendê-lo. Ele matou a mãe e feriu gravemente um irmão e eu atendi o irmão. E essa cena me tocou demais, porque o guri tava com vários ferimentos por faca; ele tinha matado a mãe a facadas e, durante a comoção da casa, ele lembra que ele tentou segurar a faca do irmão e não conseguiu; e ele dizia: “eu acho que ele matou a minha mãe, eu acho que ele matou a minha mãe.” Mas o guri muito mal, afundando no “poli”, com ferimento de abdômen, foi pra o Bloco, então aquele sofrimento todo dele, muito mal e chocado, ele se preocupando com a mãe e com toda a estrutura familiar que tinha ficado. Estavam só os dois em casa, ele, a mãe e o irmão, entrou em surto, e aconteceu tudo isso. Então, são coisas assim que marcam demais a gente.

**26.** Muitas são as histórias de que eu tenho conhecimento. De uma que eu passei que, até tem uma relação, mais ou menos assim, conforme a doutora C falou. Eu estava vindo da Carris em abastecimento, e fui chamado ali na La Plata, numa chacina como se diz, que tinha acontecido ali. E pela proximidade que eu estava, eu cheguei antes, eu e a colega M. Cheguei antes no local do que qualquer uma outra pessoa, qualquer uma viatura, qualquer outro órgão de segurança. E entrei casa a dentro: uma casa de dois pisos, pedi apoio de outras viaturas, tem gente que tá aqui dentro, foi, que presenciou a situação. No pátio, na grama, já tinha óbito ali; tinha gente praticamente esartejada. No primeiro andar, no piso, no quarto e, na entrada, eu falei com um rapaz que tava ali: “Olha, essa aqui é a minha mãe”, é isso, aquilo. Ele foi me mostrar as situações, não é. Daí, eu devo ter permanecido com ele uns cinco minutos. E depois da coisa passada, depois da gente ver os óbitos e ver quem poderia ser salvo, depois vir a medicalizada pra o local, UTI pra o local, foi com quem praticou toda aquela chacina que eu tava conversando. Que era o filho, era psicopata, drogadito e tava trancado dentro do quarto com a namorada, ele matou, inclusive, a namorada. E ele era trancado, pelo fato de ele ser drogadito, em vez de ter um tratamento adequado, acredito eu, a casa mostrava que eram pessoas de posses. Poderiam dar um tratamento adequado ao rapaz. Não, trancavam ele no quarto. Então, isso foi uma coisa que me marcou pela cinemática e até o fato de depois eu raciocinar: Pô, poderia ser mais uma vítima. Fui o primeiro a chegar e tava conversando com o cara. Inclusive, eu tava conversando com ele, eu, duma

*forma assim meio me colocando acima dele, aquela situação que a gente faz, de se colocar acima das pessoas na rua, até pra colocar ordem, porque eu pensei que ele era uma pessoa que tava tentando invadir a casa pra fazer furtos, pra fazer furtos, porque era aquele monte de corpo pelo chão, e ele era o causador de todo o problema. E essa uma das que me marcou bastante pela cinemática.*

*(- Agora só completa, o P tá metido lá.)*

**27.** *Eu sou o condutor P e a minha história é a seguinte. (- Manda ele baixar a bola lá.) É o seguinte: eu sou o condutor P e a minha história é a seguinte. A minha história foi a seguinte: A gente foi chamado pra uma ocorrência, um acidente de trânsito grave na Brasil com a Pernambuco, se eu não me engano. E ao nós chegar lá, tinha um paciente preso nas ferragens e a gente chegou e os bombeiros demoraram pra chegar e a gente não conseguiu tirar aquele paciente e ele veio a óbito, sentado no volante, porque ele ficou preso nas ferragens. Aquilo ali me doeu muito. A gente, a equipe, no caso, fez o que pode e o que não pode pra salvar a vida daquele cidadão que estava ali, preso nas ferragens. Essa é a minha história que eu guardo na minha mente até hoje. E é essa a minha história.*

**28.** *Bom, nesses três anos de SAMU que eu pude observar assim, é que nós, a gente tá sempre na “capa”, a gente tá sempre em evidência, e muitas vezes, assim, a gente tá em evidência negativamente. O SAMU demorou, o SAMU não veio, o SAMU lota o hospital. Então, o que me vem agora na memória, é uma coisa assim no sentido positivo. Nós terminamos um atendimento, levamos o paciente até o Hospital Conceição, enquanto o motorista fazia a volta com a ambulância, eu descii a pé a rampa e uma senhora me chamou: “Moço, moço.” Aí eu já pensei: Bom, ela vai querer uma carona; ela vai querer saber se a ambulância pode atender alguma coisa assim. Daí ela chegou pra mim e disse assim: “Oi, tu não deve tá lembrado de mim né?” Eu olhei assim e realmente eu não lembrava. “Não, é que faz mais ou menos uns três meses que tu salvou a vida da minha mãe.” Eu disse: É? - “É, tu salvou. A minha mãe tava mal; ela tava fazendo, acredito que tenha sido um AVC, e eu me lembro que tu chegou, tu e o teu colega lá e eu tava extremamente nervosa e tu começou a me acalmar e tu falou comigo e tu até gritou comigo pra ver se eu me acalmava e resolveu, tu trouxe a minha mãe pra cá. E tu salvou a vida dela.” Se eu salvei mesmo, se colocassem ela num carro e largasse no hospital, ela teria sido*

salva da mesma maneira, não sei, mas eu acho que o que é interessante nessa história, é a postura com que a gente chega no local, na ocorrência, e o que vai ficar da nossa imagem lá. Eu acho que isso, isso que é a maior propaganda que todas as capas do Diário Gaúcho, até hoje, o que me marca muito, é isso, quando é reconhecido o trabalho positivamente.

**29.** Não. Não tenho tanta não. Meu nome é I, é uma história que marcou, não foi nada grave, já que tão falando sobre psiquiatra, a gente foi atender uma ordem judicial na Glória, pra pegar um paciente, com a “balaré”(?), com o oficial de justiça, familiar, tudo, e todo aquele aparato, eu pensando que era um caso meio grave mesmo. Aí, chegamos lá, não era nada disso, não. Era só um idoso que a família queria internar e ele era bem magrinho, a gente só pegou no colo, colocou na ambulância e trouxe. Então, a princípio, tu vai pensando numa coisa bem grave e, às vezes, não é. Chega lá e é bem simples.

**30.** Eu não vou contar um caso de SAMU, eu vou contar um caso da minha vida particular, que muita gente já sabe: que o meu marido, depois de sete anos de casado, teve um surto esquizofrênico e nunca mais voltou ao normal. E, antes de acontecer assim, tu imagina que tu possa perder a pessoa que tu ama num acidente, numa doença, mas tu nunca imagina que a pessoa que vive do teu lado, que é absolutamente normal, possa ter um surto, ficar doente e nunca mais voltar. E ele, é o psicopata que vocês tão falando assim. Quando tu... as pessoas, quando se referem ao paciente psiquiátrico, se referem como se ele fosse um monstro, nem sempre ele é um monstro, ele antes era o meu marido. Era uma pessoa maravilhosa, e tratada com jeito, tentando diminuir o medo que a pessoa tá tendo naquele momento, que eu acho que o mais importante é o medo que ele tem, né, fica fácil de lidar com a pessoa, fica fácil de tratar com a pessoa. Então, nunca esquecer que, atrás do paciente psiquiátrico, tem um ser humano, mesmo que ele tenha tomado dez comprimidos de Diazepam pra se matar e que a gente acha isso ridículo; pra ele dez comprimidos era bastante e ele realmente achou que ia terminar.

**31.** Eu sou D, e uma situação que me marcou bastante no SAMU, foi uma situação que eu não consegui identificar o meu sentimento. Nós fomos atender um parto em

*casa que, na realidade, era um aborto com seis meses e a criança completamente formada assim; muito lindinha, já tinha nascido. Uma casa de uma peça, a criança tava em cima da cama, com a placenta cheia de mosca e um gato lambia a criança e lambia a mãe, mais uma criança de dois anos pendurada na placenta ali, e mais uma outra de um ano e meio mexendo na criança e a mãe chorando que tinha perdido aquela terceira criança. A peça era do tamanho de um banheiro, tinha uma cama, um fogão, e a gente pisava na madeira, aquilo afundava, a mãe devia ter uns dezenove, vinte anos no máximo, então seria o terceiro filho e ela chorava por ter perdido a criança. Eu já achei aquela cena meio surrealista – aquele gato com aquela criancinha por cima -. Então pegamos a criança, atendemos a mãe, o médico viu os sinais e fomos transferindo até o Presidente Vargas pra ela fazer uma avaliação e levamos então o feto. O feto eu limpei, enrolei num “campi” e trouxe ele no colo. Na viatura assim, eu observava a mãe que a essa altura tinha sangrado pouco, então a gente tinha pulsionado; o pai que também devia ter também uns vinte anos, vestido de terno, num calor de quarenta graus, que ele era da igreja, com a Bíblia. Então, ao mesmo tempo que eu observava a mãe tecnicamente, eu conversava com o pai, que chorava, tentando transferir a coisa pra Deus, que era o que ele acreditava, e a partir daí ele se tranqüilizou, mas eu tinha no meu colo aquele bebê de seis meses, morto com o rosto tapado naquele pano, que eu vou ser bem sincera, que eu tinha vontade de atirar pra qualquer lugar, menos levar no meu colo. E eu não sei assim, se o meu sentimento era de tristeza ou se era... eu não consigo até hoje explicar. Eu sei que, em algum momento eu precisei, eu não consegui, eu precisei, ajeitei as malas um pouco pra lá, um pouco pra cá, e botei aquela criança ali, porque eu não consegui mais levar aquela criança no colo. Então, pra mim assim, foi uma coisa extremamente marcante, e até o contexto todo, sócio-econômico-cultural da família, morando num cubículo, uma imundice, estando chorando por perder o terceiro filho numa diferença assim de nem dois anos, entre o primeiro e a terceira criança.*

**32.** *E se eu posso contar uma bem rapidinha agora que me marcou muito, muito, muito, foi de sair de um atendimento numa residência, após recuperar uma “parada”, e aí veio eu com todas as malas na frente, o “embu”, e o pessoal carregando no colchão o paciente recuperado e aí eu vou correndo e um cachorro vem e me morde, o cachorro do vizinho vem e morde. E mordeu, furou o macacão, a sorte é*

*que tem aquela botinha e pegou os tênis, eu carregava as maletas e fazia assim, o cachorro levantava junto, eu carregava as maletas... Cara, isso foi muito engraçado. Eu acho, assim como tem coisa com sentimento, também tem coisa assim que tu não pode imaginar. Sabe o que é tu tá correndo, e eu tinha que ir ligeiro, porque atrás de mim o pessoal com a paciente e tal, eu tinha que entrar na ambulância pra abrir o oxigênio e tal, e eu levantava a perna e o cachorro ia junto e o cachorro não desgrudava, ele ficou engatado na bota, alguém teve que vir chutar o cachorro, mas foi muito engraçado. Isso que eu queria colocar.*

**34.** *Bom dia, o meu nome é I, eu já tenho várias, duas... apesar já quase trinta anos nessa profissão aí, eu acho que só duas situações, até hoje, realmente marcaram. Foi a questão, eu trabalhei muitos anos no Hospital Espírita também, aquele moço que ficou internado por psiquiatria, por uma questão social, o pai não quis deixar ir pra justiça e acabou cronificando dentro do Hospital Espírita. Não me lembro bem se é o Y ou R, inclusive um daqueles colegas dele foi lá pra... hoje é ator da Globo, e aquele moço ficou lá no Hospital Espírita cronificando de uma tal forma, que hoje já perdeu todos os conceitos do comportamento humano.*

**35.** *E essa parte clínica foi agora há poucos dias, depois de tantos anos no SAMU, fui atender uma criança com Síndrome de West, 21 anos. E assim, o que mais me impressionou foi, naquilo tudo, foi a questão da própria mãe dela, que tem já aquela criança há tantos anos naquela situação e mais um pai com “sialolaringe”. Mas assim ó, tal a capacidade de espírito dela, vamos dizer assim, de ter tudo bom pra vida dela, sabe? Um alto astral. Aquilo realmente me impressionou.*

**36.** *Eu costumo dizer que eu sou um pouco premiada pra casos psiquiátricos, que eu pego muitos. Eu tenho duas histórias bem rápidas. Uma, eu tava gestante, sete meses, me chamaram pra um caso: “ah, tá desacordado, ventila bem”, e era um menino jovem, devia ter uns vinte anos, bem forte, eu cheguei do lado dele, e a primeira coisa que a gente faz é um HGT, quando eu toquei no braço dele, ele se agarrou em mim com toda a força e acordou. Então, com uma mão ele batia na mãe e na irmã, com a outra ele me agarrava e dava chutes assim, eu não tinha pra onde fugir. Eu estava encurralada, porque um lado era um quarto, pra mim fugir, só se eu passasse por cima dele, aí eu, com aquele barrigão, só queria proteger a barriga né.*

*E aí, naquele desespero, eu pulei em cima dele, pisei com força a barriga dele, é o que eu pude fazer na hora, eu sei que não pode agredir paciente e tal, mas naquela hora eu queria salvar o meu bebê. Então, eu pisei com força na barriga dele e fugi. Então, a única coisa assim que eu lembro, é que eu tava na rua desesperada e eu dizia pra central... (começou a chorar).*

**38.** *Meu nome é M, e a minha história, como várias outras, é uma coisa difícil de acontecer, mas comigo aconteceu. Que é o que mais os clientes querem receber o atendimento e não conseguem e comigo aconteceu. Eu e o L, nós íamos indo daqui pra lá pra o Centro Vida e aí aconteceu o atendimento instantâneo. Nós íamos passando em frente ao SESC, tinha um ônibus da Carris parado e daí, quando a gente passou do lado do ônibus, alguém desceu: “SAMU, SAMU, aqui”. Aí, nós descemos e a pessoa tava enfartando, colocamos dentro da ambulância, massagem, “guetel”, daí o DR já chegou, ela foi entubada, duas horas depois, ela já tava destubada no Conceição. Essa, atendimento instantâneo que, se alguém passou, é bem difícil. Eu acho que um em mil, milhares.*

**39.** *Nós fomos fazer um atendimento ali no retiro da Ponta Grossa e o que mais me chocou foi o seguinte: um rapaz lá roubou um carro e atropelou três guriinhas que ia indo pra o colégio com as pastinhas nas costas, entendeu? E a gente chegou pra fazer o atendimento, e a gente sempre procura a que tá mais mal pra atender. E tinha uma que tava com as duas pernas quebradas, e a gente tava alinhando as pernas e nesse meio tempo chegou o pai e a mãe correndo, desesperados, que deveria ser moradora ali da zona. Então ela tá com... nós fazendo o atendimento, ela tá ali e o pai chegou e começou... e nós: O senhor se afasta um pouquinho - e ela agarrada na mão, né, do pai; e ela dizia assim: “Meu pai querido, eu te amo, cuida bem do meu cachorro”, e até a senhora, mãe dela, desmaiou. E eu sou meio chorão mesmo, eu, encheu os olhos de lágrima naquela hora ali e fiquei emocionado com aquele... A gente tem filho e tudo, sente. E eu: Pô, eu não posso chorar agora, eu tenho que chegar até o HPS com essa criança e vim. Mas quando chegou aqui, que nós largamos no “poli”, eu tive que chorar, botar pra fora aquilo que ficou preso. Entre várias de todas que eu passei, essa foi uma que me emocionou muito e eu chorei naquilo ali. A gente é humano, a gente sente. Então, quando é com criança*

*então, pior ainda. E a outra, foi socorrida pelo corpo de bombeiros e a outra foi por outra caminhonete das nossas que foi buscar. Então, aquilo ali me marcou muito.*

**40.** *Eu sou o J, tenho trinta anos de HPS, um pouco no SAMU, tenho várias experiências, mas uma que me chocou bastante foi uma, um acidente de lotação perto do Beira Rio. A gente chegou no local ali, tinham várias vítimas, eu acho que até todo o pessoal que trabalhava comigo naquela noite deve também ter se chocado com esse acidente. A doutora A que tava na ambulância com nós, ela pediu todas as equipes do SAMU, né, foi da Ecco-Salva, tudo que era ambulância, que tinha várias vítimas, né. A gente chegou ali, parecia um campo de batalha, várias vítimas. E foi se atendendo e coisa, e o que mais me chocou, foi uma guria, que ela ficou... a lotação virou por cima dela, ela ficou trancada, parece que esmagou as pernas dela ali e o pessoal ficou ali, a doutora medicando e coisa, e ela..., até os bombeiros vir, depois tiramos ela dali, colocamos na ambulância, e o desespero dela, que agarrava a mão da gente assim e dizia que não deixasse ela morrer. E aí, viemos pra o “poli”, mas chegou no “poli”, ela veio a falecer. Então, aquilo ali marcou muito, porque era uma jovem, né, tinha ido na academia fazer exercício pra manter o corpo e tudo e, no fim, vir a morrer assim numa coisa, não sei se trágica, não sei se... Então, isso aí me marcou bastante. Deve, todo o pessoal, acredito, que trabalhava comigo naquela noite, eu ainda estava no HPS, deve ter marcado também, porque foi uma loucura assim, o desespero naquela... querendo viver e no fim, chegou com vida até o “poli”, mas veio a falecer no “poli”. Então, isso que me marcou bastante.*

**41.** *Bah, a minha história é bem curtinha “tchê”, só pra uma observação: um paciente psiquiátrico, nós fomos atender na vila Cachorro Sentado, tava a Brigada junto, e a maneira como a V abordou o paciente, foi tão eficiente que, até as crianças que tavam na volta, atiraram pedra nele, e tava bem acoado dentro numa kombi velha; é que me chamou atenção, porquê a maneira como ela chegou: “Eu posso tocar em ti”, daí ele pegou, parou: “Não, pode.” Daí a V fez o curativo nele, que ele tinha sido agredido com pedra na cabeça, e ele prontamente foi até a ambulância, acompanhou normal, a Brigada nem precisou acompanhar a equipe. E eu achei muito interessante a maneira como ela abordou o paciente. É isso aí. (Foi aplaudido)*

**42.** *Fomos chamados no PSF, na Vila Cruzeiro, e aí, pra atender um trabalho de parto. Chegando lá, nós estávamos, chegando, já tava o guarda lá na frente esperando, diz que a senhora já tava em trabalho de parto, e aí nós entramos, não tinha médico no local no momento, tinha uma enfermeira ou duas, não sei, aí, elas estavam bastante nervosas, e a gente... e o bebê já tava “coroando”. Aí, era uma remoção, eu me neguei a fazer a remoção, porque não tinha como sair correndo com a mãe, já tava nascendo praticamente o bebê. Aí não demorou cinco minutos, o bebê nasceu, a gente pediu auxílio pra mãe, pra fazer força no momento ali e não demorou cinco minutos, o bebê nasceu. E a gente... O que me marcou foi que a gente empacotou o bebê num lençol térmico de alumínio. Ele parecia um sanduichinho; uma menina e, aí, a gente chegou no Hospital Fêmina e a enfermeira foi... e nós enrolamos com, eu não sei como é que se chama pacote de ##, a gente enrolou, e aí quando a enfermeira chegou no Fêmina, pegou o bebê, disse: “Como tá quentinho!”. Aí, ela abriu, ela viu que tava enrolado naquele lençol térmico, daí ela disse: “Bah! Num lençol térmico!?” Eu disse: É. Um lençol térmico que tinha no PSF lá; foi colocado lá. E o que me marcou foi aquilo ali: o momento de uma vida vindo ao mundo. É o nascimento de uma criança que a gente vê tantas coisas ruins e, no momento, uma coisa boa que aconteceu hoje a tarde. Então, pra mim, foi bom, foi gratificante, me marcou bastante. (“- Parabéns!”)*

**43.** *O que me marcou foi o dia que eu tomei uns tapas no serviço. (O grupo riu) Me senti uma pessoa desprotegida. Ajuda todo o mundo durante o dia; a gente procura fazer sempre o bem; e chegou na hora da largada do serviço, não tinha ninguém pra me ajudar. Era uma situação de um cara que entrou dentro do pátio lá da base; e eu me senti um pouco intimidado por ele, fui tentar conversar com ele, ele reagiu, me correu dentro do meu local de trabalho a pedra e a pontapé e, uma coisa assim, tive que sair pra rua pra pedir ajuda. Fui pra casa nervoso, fui pra casa chateado, voltei na delegacia, registrei e nada foi feito. Uma coisa assim que eu acho muita, muita insegurança no nosso local de trabalho, principalmente nas bases. E eu acho que a gente como funcionário público e como a gente trabalha num setor que qualquer pessoa pode entrar, lida com o público, a gente é muito marcado. Eu acho que o que me marcou mais foi isso aí. Eu tenho quatorze anos de Prefeitura e numa noite, às sete horas da noite, tomei um laço na saída do serviço sem responder quase nada, sem falar nada pra ninguém, ele foi me agredindo e nada foi feito. E eu me senti*

*assim, me senti como uma pessoa impotente, não pude fazer nada, só tive que correr e ir embora pra casa. Senti assim, como se tivesse apanhado no colégio, com dez, doze anos. Isso aí me marcou bastante.*

**44.** *O que marcou bastante, foi logo que eu iniciei no SAMU, dei um atendimento numa pessoa atropelada defronte ao Carrefour, aqui na Plínio. Seria, logo que eu tava saindo sozinho já na ambulância, não tinha muita experiência; chegando lá era uma senhora que havia sido atropelada por um caminhão, esmagamento de crânio, com certeza tava em óbito já; mas o que me marcou, foi que ela tinha saído do Carrefour com uma sacolinha de pão, leite, as coisinhas básicas, se vê que é uma pessoa ajeitadinha, direitinha, unha pintada, o resto que sobrou do rosto: batonzinho, brinquinho. Então aquilo me, por ser o primeiro óbito que eu cheguei, me marcou demais, me marcou demais, e eu vê o que que é a nossa vida, o que que tava me esperando. E foi naquele momento que eu comecei a refletir: Será que realmente eu sirvo pra isso? Será que eu não sirvo? O que que vai ser de mim a partir desse momento? Me marcou muito: “Dona J, 72 anos, atropelada, mortinha, na outra quadra, ela morava.” Isso me marcou demais.*

**45.** *Agora, eu vi o A falando, me lembrei também, foi logo que eu iniciei no SAMU, o atendimento que eu fiz lá na Lomba, foi a perda de um bebê, eu acho que tinha uns vinte dias, que chamaram, primeira ocorrência, chegamos de manhã e já chamaram nós pra essa ocorrência. Eu cheguei lá e essa criança, esse bebê tava em apnéia, veio depois a falecer. E o stress foi assim porque ainda muito que o RM é uma lomba, a gente não consegue contato com o rádio de jeito nenhum, ainda chamamos o VR em seguida, e o VR não conseguia contato com a gente, aonde é que nós estávamos; é um local muito distante. Bom, enfim, quando eles chegaram a criança já tava em óbito. Mas foi uma aflição muito grande, foi um dos primeiros atendimentos que eu tive e isso me marcou bastante. Graças a Deus não peguei mais nenhuma criança em parada respiratória, nem “nadica, nada”. Foi isso.*

**48.** *Eu também, como os novos, faz um mês e alguns dias que eu comecei e uma das situações que me chamou a atenção, foi uma situação de medo, numa noite que nós fomos lá perto de Viamão. Primeiro, um ponto que chamou atenção foi que a regulação disse: “Ah, é pra vocês”, e o pessoal da ambulância: “Não, não é pra nós,*

porque isso é zona de Viamão”, e daí ficou aquele atrito. E daí eu disse pra o pessoal: Pessoal, vamos lá, vamos atender, porque não cabe a nós ficar julgando. Aí chegando lá tinha a história da polícia que tava ali por perto, realmente tinha sido uns tiros e tal, e a polícia parece que não tava percebendo muito a situação, quando eu vi, começaram a aparecer outras vítimas. Nós rapidamente fizemos uma triagem, avaliamos, o pessoal de Viamão chegou, nós encaminhamos pra Viamão, e o condutor da ambulância chegou e disse assim: “Olha aqui pessoal, zona de perigo isso aqui”, coisa que a polícia nem tava percebendo e “Vamos embora”, e alertou a polícia e “Vamos sair e vamos embora”. E a polícia prontamente entrou no carrinho e começou a fazer a volta e nós ainda ali. Então, o que me chamou atenção, foi como a gente tem que tá atento, toda a equipe atenta, não interessa que mesmo tendo a polícia nós não somos ilesos e completamente seguros. Então, essa tensão de ficar olhando pra todos os lados, isso me chamou muito a atenção, porque todo mundo pode ajudar a proteger cada um da equipe. Então é isso.

**49.** Bom pessoal, eu quero contar uma coisa que aconteceu que eu tava, praticamente, eu nem era do SAMU ainda. Eu tava começando, eu tava em treinamento, e como eu moro no extremo sul, foi aquela fase assim, a gente fazia, acompanhava as equipes pra treinamento e depois, como ficou uma escala meia cheia, eles deram uns dias de folga, uns quatro dias consecutivos de folga. E eu tava em casa tranqüilamente, tomando o meu mate e ouvi aquela gritaria e tal dos vizinhos e fui olhar, curioso, né. Quando eu cheguei na frente da minha casa, uma senhora começou a me chamar, que tinha uma criança caída na piscina. Eu fui lá correndo e tal, cheguei lá, eles tinham tirado a criança da piscina, a criança tava desacordada e eu, prontamente, comecei as manobras: comecei a massagear e ventilar, eles já tinham chamado o SAMU. A equipe mais próxima era a Restinga que seriam assim, uns dez quilômetros, até a equipe chegar e tal, e aí continuei ajudando, a equipe chegou e aí ficamos em manobra até o VR chegar, aí chegou a equipe do VR, aí fizeram todos os procedimentos e tal e trouxeram a criança. E depois eu fiquei sabendo, até eram vizinhos bem próximos, bem conhecidos. E daí, eu me senti assim que eu tava pronto pra trabalhar no SAMU, que eu tinha condições de ajudar muita gente e o quanto era importante a gente saber, num momento de desespero das pessoas, a gente poder tá por perto pra ajudar. E a criança ficou aí uns dez dias, mas veio a óbito, não teve jeito. Mas eu senti que na

*hora, se eu não tivesse ali, não teria nem saído de lá, teria chegado lá e constatado o óbito lá no local. Então, eu fiz a minha parte, eu acho que foi bem feita, a equipe toda elogiou o que eu fiz e daí eu continuei, aí mesmo que eu abracei o SAMU, e até hoje, hoje eu tenho já cinco anos de SAMU e graças a Deus eu tenho ajudado muita gente. E eu acho que isso aí marca a gente, quando é uma coisa que a gente pode ajudar as pessoas, aí valoriza o nosso trabalho. Foi uma coisa marcante bem no início e tamos aí, vamos continuar ajudando quem a gente pode.*

**50.** *Cheguei. Bom, é o seguinte, nós temos falando em segurança aí, agora vai ter o negócio psiquiátrico, pra nós poder carregar o pessoal né, então eu vou entrar nessa. Eu vou falar o que aconteceu com nós, que nós precisamos de segurança em primeiro lugar, que nós não temos. Todo mundo concorda, diz um ai. (“- Sim, eu concordo.”) Tá, então é isso aí. Então eu acho que em primeiro lugar a segurança pra nós. Tão arrumando tudo o negócio pra nós carregar o psiquiátrico, mas a estrutura pra nós carregar eles, nós não temos, né? Então... O que aconteceu com nós foi assim ó: eu e o N fomos atender uma senhora uma vez e ela tava em surto, mas surto, daqueles poderoso, e ela tinha uma criança no colo, agarrada, agarrada à criança, e devia ter um ano, um ano e um pouquinho e tinha mais uma criança dentro da casa dela, só que o pessoal conseguiu tirar de dentro da casa dela aquela criança. E aí nós fomos entrar, eu e o N, e ela começou a expulsar, ela era da igreja, eu acho que isso daí que deixa o pessoal meio maluco, né. Aí, ela começou a me expulsar, que eu era o diabo, que eu era o demônio, eu dizia que eu não era, ela dizia que eu era, aquele negócio todo, até olhei pra ver, né. Então começou aquela expulsão ali, bah, e “tu é o demônio”, não sei o que, e a criança. E cada vez que ela falava, ela tava apertando mais. E a preocupação maior nossa era tirar a criança dela. E ela, e os brigadiano tudo ali, chegaram, bah, até foi um caso legal que os brigadiano chegaram junto, e ela, bah, começou naquele negócio, e eu conversando com ela: Não, mas ne-ne-ne, sabe? E tentando desdobrar e tentando chegar perto dela, e quanto mais eu chegava, mais ela ia pra beira da porta da casa pra tentar entrar na porta e fechar. E o meu medo era esse. E os brigadiano, quanto mais vinham, ela ia se acoando, eu digo: Não, vocês fiquem aí, porque ela tá com medo de vocês. Então, eu comecei a chegar, comecei a chegar, e conversando com ela, eu digo : Não, mas a senhora tem que se acalmar, não é assim. Então a situação que a gente não..., não é aquele negócio de tu chegar lá e tu pensar: “eu vou fazer*

*isso, isso e isso”, é na hora que acontece, não é Odite? Na hora que a gente chega que a gente se depara com a aquela situação, é momento, “pum!”, é na hora. E o psiquiátrico também é na hora, ele também não pensa em nada. Se ele achar que tem que dar uma porrada em nós, ele vai dá. Não tem nada com ele, se ele tiver que agredir nós, ele vai agredir, não tem de conversa com eles. Mas graças a Deus a gente conseguiu. Quando ela foi entrar na porta, eu consegui colocar o pé na porta, aí eu botei o pé na porta e ela tentou, aí eu consegui abrir e agarrei a criança dela, tirei das mão dela e os brigadiano entraram e conseguiram conter ela, levaram pra ambulância. Mas tem muitos casos que, o psiquiátrico quando ele é muito agressivo, se a gente botar na ambulância, eles arrebatam aqueles negócios, e acabam dando coice. Com a C, uma vez aconteceu com nós que um cara pegou e deu um soco nela. Não vou dizer, já aconteceu, mas ele foi bem tranqüilinho pra o PACS depois, entende? (O grupo começa a rir.) (“- Tá gravando.”) É. Ele foi muito bem, ele foi muito bem depois pra o PACS, então quer dizer, tu vê o teu parceiro ser agredido, e aí? Quer dizer, é brabo, tem que ter estrutura pra nós poder carregar esse paciente, porque não adianta. Parceria, é parceria, eu não vou deixar que jamais na vida aconteça alguma coisa com o meu parceiro, nós vamos ter que ajudar, não é verdade? Então é isso aí que eu tenho pra dizer, obrigado.*

**51.** *Tem que falar? Bom pessoal, eu também tenho alguma coisa a lhes dizer e vou dizer, né. Não queria dizer, queria que passasse pra outro, mas chegou a minha vez de dizer alguma coisa. A gente passou por tantos momentos, aqui nesses seis anos de SAMU com pacientes psiquiátricos, com pacientes não-psiquiátricos, mas eu quero falar de duas coisas, aqui no meio do grupo, dos meus amigos, considero vocês não só como colegas, mas como amigos. Eu vou contar duas histórias curtas, não é da televisão, é do nosso meio, uma que fala de vida, outra que fala de morte. Uma das primeiras ocorrência que eu fui aqui do SAMU, foi numa queima de arquivo, ali na SPAM, atrás daquele morro que tem da SPAM, eu não sei como é que chama aquele morro, em Teresópolis, eu vi um casal morto, eles estavam, certamente, coabitando, porque eles estavam nus e juntos, a bala atravessou as costas dele e pegou nela. E vi também duas crianças, que isso me abalou, uma com sete, outra com nove anos, as duas ajoelhadas na volta da cama, também cada uma com um tiro na cabeça. Eu faço a mesma pergunta que o colega fez, não sei quem foi que disse: Será que isso aí é pra mim? Fiquei abalado. Não tinha mais nada, não*

*fizemos mais nada. Viemos embora, a polícia tomou conta. Essa foi a passagem mais triste que eu tive. Pode que morra duzentos, trezentos, quatrocentos, até sejam enterrados como alguns comunistas, como Hitler enterrou, enterrava em valas, empurrava com máquina, mas vê morrer uma criança, é muito triste, porque eu tenho filhos, tenho uma filha pequena. Essa, esse foi o meu batismo no SAMU. Eu creio que o batismo tem série.*

**52.** *Mas agora, eu quero falar de vida. Hoje de tarde eu tava falando com o Osobre um homem que caiu do segundo andar, aqui na Lima e Silva, que já estava recuperando na UTI, ele caiu, é um homem pesadíssimo, caiu quase sobre uma cerca de ferro, ponteaguda, eu creio que Deus, Ele deu um empurrãozinho pra o lado, que pegou o lado direito dele, abriu, foi colocada, parece que foi a V, colocou um curativo, ele respirava e mexia com aquilo, eu não tinha visto ainda, não sou técnico de enfermagem, não sou médico ##, mas ele tava como se não tivesse acontecido nada, se ele tivesse caído naquelas pontas, teria pegado todo o corpo dele. Esta é a parte da vida. Três dias depois, ele foi lá agradecer porque ele tinha vivido. Então esta é a minha satisfação, quer dizer que a vida cobriu a morte. Eu pude esquecer daquilo, porque alguém salvou aquele homem, certamente foi o Criador, certamente foi Deus que salvou ele, porque não tinha ninguém do SAMU ali empurrando ele pra o lado, não tinha ninguém a volta dele, nem o patrão dele. Não sei como é que esse homem viveu. Essa é a vida, então, é gratificante pra mim trabalhar no SAMU hoje, porque eu vi alguém que iria morrer, viver.*

*- Fala, tu tá cheia de história.*

*- As minhas histórias são tudo triste.*

*- Conta O.*

*- Aí, vão tá usando contra mim, não vou contar nada.*

*- Não, é. Que usando, só eu ##. Pode confiar.*

*- Não, eu tu sabe né!?*

*- Quer que eu desligue?*

*- Ah, O, conta aí.*

**54.** *Tá, então eu vou falar. Na falta de alguma experiência marcante que eu tenha tido no SAMU, que agora não me ocorre, eu vou falar a respeito das últimas conclusões que eu venho tirando dessa nossa rotina e a palavra que eu acho que*

*pode resumir isso tudo que eu vou falar, é a humildade. São três fatos: o primeiro foi protagonizado por mim e pelo F, ainda quando eu tava, fazia plantão no PACS ainda, uma madrugada, fomos atender um senhor, uma noite fria, daquelas, que tu tá bem abafado embaixo das tuas cobertas e o rádio ti chama e tu sai e é a vontade de todo mundo que, se for pra sair da cama naquela hora, que seja por uma coisa útil, que seja pra fazer a diferença. (“- Pra fazer alguma coisa.”) E nesse caso realmente era, era um senhor em estado terminal de câncer e coisa, e a humildade aí tá no F, que eu me lembro, na época, que eu já tinha visto “N” pacientes gaspiando e na hora eu fiquei meio que congelado assim, não entendia o que que tava acontecendo e o F mais que prontamente, teve a presença de espírito, de ver lá aquilo: “Não, esse cara tá gaspiando, isso aqui tá muito...” E dali surgiu toda a mobilização da equipe, que nos fez dá um desfecho feliz, porque conseguimos chegar com ele vivo no hospital. Então esse é o aspecto da humildade, que diz respeito ao nosso conhecimento e ao nosso aprendizado diário. O segundo episódio que eu acho, também colaborou pra essas minhas conclusões, foi um chamado que a gente teve já, já tinha passado das sete horas da noite, já poderia, teoricamente, já ter passado o meu plantão, ter largado a ambulância na mão de qualquer um: teve um chamado de uma pessoa caída na zona norte, nós aqui no HPS, e fomos. O colega, o condutor, tenho certeza que, ainda com muita segurança, mas no afã e na preocupação de que eu estava além da minha carga horária, da minha jornada de trabalho, fomos pela free - way. Na free - way, tu consegue tocar um pouco mais, sempre sabendo, a gente que trabalha com essas questões, dos riscos que estão envolvidos nisso, né. Então fomos na free - way ali, o quanto podemos e chegamos lá, vimos que a pessoa já..., o caído, já tinha levantado, já tinha ido embora. E daí na volta, tu tinha todo o trânsito de Porto Alegre engarrafado às sete e meia da noite, pra quem pensando: Pô, a gente saiu daqui mais rápido que pode pra cruzar a Cidade pela free - way, arriscando sabe-se lá o que, pra tentar salvar uma vida que nunca esteve em perigo, não passou nem perto de correr risco. E o último e assim e o mais recente de todos as minhas experiências, diz respeito a o que é o servidor público, que somos todos nós. Que, quando às vezes, tu larga o teu plantão às sete da manhã, pega um ônibus e sai caminhando e no caminho tu encontra aquelas pessoas caídas na rua dormindo, ou quem sabe, não tão gostando daquela condição, mas tão tirando o mínimo de alegria que podem tirar, bebendo ou confraternizando com os outros na mesma condição, e tu cansado, tendo que ir pra*

*casa e eles ali já dormindo, instalados e tu ainda tá bem longe da tua casa, tu ainda tem uma caminhada pela frente, tu ainda tem ônibus, ainda tem trem, até chegar na tua casa. E tu sabe que quando tu tá trabalhando, qualquer queda, qualquer vômito, qualquer dor de um desses ali, dos mais humildes que a gente pode encontrar hoje em dia, o chamado de qualquer um deles já provoca o teu trabalho, provoca toda a tua dedicação, desencadeada de toda essa função que são os nossos atendimentos por estes pacientes também, em condição de rua.*

**55.** *Eu vou relatar um episódio que aconteceu comigo e que foi marcante, principalmente, porque marcou negativamente no nosso trabalho. Na maioria das vezes, o que deve acontecer no nosso trabalho é que a gente tem que unir esforços, somar esforços, na verdade, dentro do nosso trabalho e com outros serviços que nos cercam. E este ano, eu tive uma experiência muito ruim pra mim profissionalmente, porque diante de tanto esforço que a gente faz pra fazer o melhor possível em um atendimento; eu passei por uma experiência assim, de uma ignorância muito grande, porque não dizer, uma arrogância e uma forma de entendimento ruim que aconteceu num atendimento que eu fiz durante uma noite de trabalho e que era uma situação extremamente simples e que acabou se tornando quase uma desgraça, porque eu quase recebi voz de prisão de um policial. E isso nunca havia acontecido que, até então, eu sempre tive um bom relacionamento com todos os serviços que nos cercam no nosso trabalho. Então, nessa oportunidade, por um entendimento errôneo do policial, ele julgou que eu estava omitindo socorro e imediatamente ele se tomou por uma ira tão grande, tão grande, que ele não queria mais me ouvir, e a única coisa que ele conseguia dizer é que ele queria me prender. Então, eu quase fui preso no meu trabalho; eu tive que me fechar dentro da ambulância e nesse momento eu me senti completamente desprotegido, embora eu estive acompanhado pelo meu colega, mas quando eu olhei pra o lado, ele tremia muito mais que eu, ele ficou simplesmente chocado. E o que me preocupou foi isso, porque eu discutir a situação com o policial seria um problema, e o colega não. O colega simplesmente desabou, ele ficou desesperado, eu não sei o que que passou naquele momento pela cabeça dele: se foi uma idéia de “ah, minha família ou meu trabalho ou minha reputação, enquanto profissional!”. Ele ficou desesperado. E ao mesmo tempo que eu discutia a situação com o policial, eu prestava atenção nele, porque ele não sabia o que fazer e ficou completamente atônito dentro dessa*

situação. Então, um verdadeiro abuso de poder, e essa situação me marcou negativamente, pelo fato dele não ter entendido a situação, ter entendido que eu havia omitido socorro e, num segundo momento, tive até o apoio de alguns colegas à distância, mas tive apoio de alguns colegas e da central naquele momento. E nesse momento foi imprescindível mesmo. A central se posicionou favoravelmente, mas após isso, eu esperava que eu fosse procurado pra resgatar essa situação pela gerência, alguém que representasse o meu serviço, nosso serviço, e eu não tive nenhuma resposta, eu não fui procurado pela gerência, por quem deveria, que nos representa, na verdade, enquanto profissionais, já que se criou esse impasse, teve esse distanciamento todo, entre um serviço e outro serviço e eu não fui procurado. E eu tive que elaborar um relatório, eu enviei esse relatório, não obtive resposta, eu busquei, então, pessoalmente essa resposta e que eu não tive até hoje na verdade, uma resposta que foi, mais ou menos, conversado ou tratado ou acertado. E o que me preocupa nessa história é que a gente está no nosso dia-a-dia, em contato com outros serviços e, principalmente, a Brigada Militar. E prova, que isso aí não é uma generalização do nosso trabalho, mas em alguns momentos a gente acaba tendo algum atrito com essas pessoas. E nem todos eles, e também digo, nós também não somos perfeitos, mas nem todos eles têm uma sensibilidade pra entender o nosso trabalho, e é bem sabido que policial quando ele diz: “Eu sou policial” e tá numa farda, ele acha que é Deus, que a palavra dele é a mais importante e acabou. Se tu questionar, tá preso; eles adoram dá voz de prisão pras pessoas. (##) Exatamente. Então assim ó, eu não obtive resposta até hoje, de como é que se trabalhou essa situação entre direção de SAMU e direção de Brigada Militar, enfim, alguém que represente, enfim, eu não obtive nenhuma resposta, e nós estamos à mercê dessas pessoas, não generalizando, não considerando todos ignorantes, mas a gente bem sabe que essas pessoas só entendem mesmo um linguajar, que é aquilo que eles aprendem e eles têm toda uma conduta em relação a isso. Aí essa idéia, faz o teu trabalho, que eu faço o meu, é uma coisa muito ignorante, eu acho muito ignorante de dizer pra pessoa, porque a gente está no dia-a-dia precisando da ajuda deles, eles da nossa, de igual forma, e por isso me marcou negativamente, porque pô, eu tava no meu trabalho desenvolvendo da melhor forma possível e, de repente, eu quase fui preso e eu resisti e disse a ele muitas coisas e eu imaginei: Pô, daqui um pouco esse cara vai quebrar essa ambulância pra me prender, entendeu? Porque o que ele queria era que eu saísse da ambulância, porque daí ele ia me prender, me

*algemar, sei lá o que. E a situação ia se tornar muito mais agravante ainda. Então, como se não bastasse, isso me marcou, porque foi um atrito grande, uma situação muito complicada que teve e, num primeiro momento e num segundo momento que até hoje eu não obtive nenhuma resposta. Daqui um pouco eu posso de novo estar envolvido numa situação dessas ou qualquer um dos meus colegas, podem também estar envolvidos numa situação assim, e a gente fica a mercê dessas pessoas. Porque, hoje o cara, tu tá numa situação de trabalho, mas, quando é amanhã ou depois o cara ti marca, pra eles não custa nada pegar um vagabundo, vai lá e queima aquele cara e acabou, e aí? É um risco que a gente corre e aí depois eu fiquei pensando, justamente isso: Pô, pra ele não vai custar nada, porque eles têm ligação direta, trabalho direto nas vilas com esses vagabundos, então, tu questiona muito: Cara, tu vai ti ##? Não resolveram nada, então eu vou fazer justiça pelas minhas mãos, porque eles adoram isso. Daqui um pouco eu tô sendo agredido fisicamente, porque moralmente, ele simplesmente me igualou a uma pedra, porque ele queria, né, praticamente ele me deu voz de prisão. Então isso marcou negativamente. Bom, como eu não obtive ainda nenhuma resposta, obviamente, acho que não vou receber, eu acho importante a gente discutir, talvez não seja esse o momento mais adequado, a partir desse relato, mas que a gente possa amadurecer um pouco mais essa idéia e ver o que se pode fazer. Que se pode fazer na verdade, a gente faz no trabalho, nós é que temos colocado cara a cara com essas pessoas, mas de repente precisava ser melhor representado, e não é o que a gente tem. Ok?*

**56.** *Seguindo a linha dele, é bem interessante assim. Esses dias nós fomos chamados pra atender um atropelamento, eu com o paciente imobilizado dentro da ambulância, né, sinais, fraturas, aí depois chegou os PMs e ele começou a indagar do meu paciente, e eu já tava passando pra o M e já tinha o lugar pra onde eu ia levar o paciente e ele não me deixava sair e ele perguntava pra o meu paciente: “Me dá o teu documento. Qual é o nome da tua mãe?” E eu disse: Não, nós vamos pra o HPS. Ele disse: “Não, nós vamos fazer isso agora, porque é o meu trabalho.” Eu disse: Não, mas o meu trabalho é o meu paciente, e ele não vai ficar aqui agora -. Eu disse pra ele: - e ele já tem liberação, eu já tenho pra onde levar esse paciente, procura. “Não, lá é muito difícil depois”. E ele não queria me deixar sair do local mais, enquanto ele não fizesse a burocracia, a parte burocrática dele. E assim,*

*falava grosso, e aí eu comecei a falar grosso também com ele, eu digo: Não, pra mim, é primeiro o meu paciente, eu disse pra ele, os teus papéis ficam pra depois. E aí depois, ele falou grosso e não me deixou sair dali antes dele perguntar. “Não, me dá o nome da tua mãe. Qual é o nome da tua mãe? O teu endereço, o número do teu telefone, o telefone, o endereço da tua casa, o número do teu telefone, contato”, essas coisas absurdas assim, ó, que se tu tá com o paciente realmente grave, aquele ali tava estável e tinha uma fratura assim, simples, mas é a dor do meu paciente, é toda a locomoção, quanto mais rápido eu saio, mais rápido ele é atendido, né. E eles tão preocupado com a burocracia e não querem correr atrás, coisa assim que me deixa doente.*

*- E falam grosso com a gente.*

**58.** *A minha história é relacionada a um atendimento que nós fomos chamados pelo oficial de justiça, em que, nos chegando lá, a família estava mais deprimida do que o próprio paciente. Tava numa cadeira de rodas, tinha sido baleado. Ele mesmo não tinha interesse em sair de casa e a família queria se ver livre dele. Foi uma coisa que marcou muito, porque nós quase apanhamos lá no local. A família queria levar o cara e o cara estava mais certo que a família não queria ir.*

**60.** *A história que mais me desgastou, assim, fisicamente, também, entre várias marcantes. Um rapaz que ficou preso às ferragens durante umas três horas, ali na Bento, mais Agronomia, e a gente não tinha certeza como é que a pessoa iria sair de dentro do veículo, tinha diversas fraturas, estava de cabeça para baixo, uma situação bem difícil, assim, os bombeiros trabalhando três horas pra retirar o paciente das ferragens, mas tudo terminou bem. Ele é vizinho da base, esta muito bem hoje, mas foi uma das mais angustiantes, pela demora de três horas pra retirar a criatura das ferragens.*

**62.** *O meu relato é uma coisa diferente. Eu falar assim. Tenho dois filhos, um de dez e um de onze anos. Eu gostaria que eles fossem da enfermagem. Como é que eu vou fazer pra passar isso pra eles. Então fico imaginando quando eu era pequeno, como é que me surgiu essa parte da enfermagem, da saúde, o que gostar disso aí, os primeiros passos. Aí me lembro, votando ao passado, lembro quando tinha seis anos de idade, fiz uma cirurgia de hérnia. Minha mãe era enfermeira do Conceição.*

*Nestes passados, fui dando os primeiros passos, dentro da saúde, olhando aquele butterfly com sangue dentro da coisa, então a curiosidade veio, o curativo, o soro, aquelas coisas. Então fiquei pensando que eu tenho que deixar pra eles que as coisas fluem normalmente pra isso. Aí to ai há 27 anos no ramo e adoro o que eu faço.*

**63.** *O fato que mais me marcou casualmente nem foi no atendimento, foi aqui no HPS. Uma criança que caiu um pilar em cima e a vó tava cuidando, e aquilo ali chocou muito, porque a família sofreu demais, traumatizou, e eu vi o sofrimento deles assim, perto de mim, tocou muito aquilo ali, acho que todo mundo deve ter conhecimento deste caso, e foi o que me marcou, mesmo*

**64.** *Um dos casos que me marcou mais, foi um caso que eu regulei de um rapaz que se suicidou no bairro Moinhos de vento, ali, e era um rapaz que fazia tratamento psiquiátrico pra depressão e fugiu da família no meio da noite, na madrugada e subiu no topo do prédio e se enforcou. Esse foi o caso que me marcou mais.*

**65.** *Eu acho que tem uma coisa que acontece muito, não coerente na área que a gente atende, é na área da saúde, por exemplo, nos hospitais, tem muitos recursos pra atender um paciente desde que ele esteja no hospital. Exemplo: câmaras que viajam por dentro de artérias e veias, e muito bacana. Eu acho errado a gente ter que descer com um paciente do quarto andar, por exemplo, carregando ele pós-parada, num colchão vermelho. Eu acho que falta um pouco de investir em tecnologia. Não é uma história, é uma coisa que penso.*

*Alguma coisa tem que ser feito no sentido de melhorar esta parte. Eu acho que o paciente merece ser melhor atendido nas ruas, assim, nesse sentido de ferramentas melhores pra gente e não apenas recursos dentro dos hospitais.*

**66.** *Eu acho que dentro disso é chato ver que as vezes algum paciente que tem acesso a tecnologia bem avançada pra coisas não tão importantes que a gente vê todos os dias pacientes muito graves que deveriam estar em UTIs e coisas com acesso e alguns não conseguem ter acesso a tecnologia que é disponível ou as vezes não consegue chegar a tempo num lugar que permita que esta pessoa podia se beneficiar bastante e não tem acesso. Acho que é uma coisa que choca bastante.*

**67.** *A história nesses anos todos de SAMU que sem dúvida me marcou muito e que hoje eu consigo falar com mais facilidade sobre isso. A minha irmã – eu perdi uma irmã que foi atropelada e muitos vivenciaram isso comigo e no dia que aconteceu me foi relatado pela colega que foi para o Atendimento e sem que eu soubesse que ela tava falando da minha irmã e ela também não sabia que era da a minha irmã que ela foi atender. Era um dia tenso, um dia que eu ia numa reunião muito pesada eu estava me preparando para esta reunião, fazendo relatórios, juntando dados, era uma reunião que ia “bombar” né, e a R me interrompeu. Ela estava organizando material e ela me interrompeu pra me contar um atendimento. E eu parei pra ouvir e pensei:*

*- “Puxa vida, logo agora. Eu to super-atrapalhada mas eu vou ouvir a R, ela tá precisando contar.” E ela me relatou um atendimento, nos comentamos sobre ele. E era a minha irmã de quem ela falava. Eu ainda disse, perguntei, né, eu não lembro dos detalhes, eu apaguei a descrição das cenas, mas uma das coisas que me marcou, que eu guardei no relato foi ela ter dito quando eu perguntei:*

*- “R, era uma pessoa idosa?”*

*Porque foi no corredor do ônibus, né. E normalmente é idoso ou criança.*

*- “Não, foi uma mulher de meia-idade, muito bonita, muito bem arrumada. Tinha um baton muito bonito, a boca pintada num cor-de-rosa muito bonito”, ela disse. – “Era alguém que, acho, ia pro trabalho. Tava com uma pasta, muito bem alinhada, muito bonita.”*

*E disse. Toda aquela dor, sofrimento e tristeza que foi, aquilo me marcou muito, porque eu vi muita humanidade depois, que a gente ainda consegue ver um corpo estendido no chão e enxergar aquilo com humanidade.*

*Depois, uma hora depois de nos termos conversado sobre isso, que eu fui avisada né, do que tinha acontecido, mas e, isso, sem dúvida, pra mim, né, foi uma coisa que... Mas hoje eu já consigo falar nisso, foi há quatro anos. Consigo falar nisso...*

**68.** *Bom, eu to aqui, eu sou um do nosso grupo que tá aqui, um dos mais velhos do SAMU, tem várias histórias, mas tem três, mas eu não posso contar três, vou contar a que mais me chocou. Mas vou contar, ou contar, vou aproveitar o embalo.*

*Uma com a Dona D, nós fomos no Morro da Serraria, quase nos mataram lá, por intermédio da regulação, aquele rapaz não vou citar o nome, nós pedimos o Bravo o cara, nos tava cercado – o pessoal drogadito lá – e nós pedimos o Bravo e ele perguntou se nós queríamos a Brigada. Aí deu aquela confusão toda.*

*Outra foi com a E – que já não está mais aqui com nós, a nossa estrutora – lá no Dique lá, e ela levou um tiro na perna, nos fomos atender lá um rapaz esfaqueado – a estrutora regulou e nós fomos lá, lá no meio da vila mesmo, e o povo se reuniu lá na volta, um monte sei lá de quem é, e o soldado se aparou e deu um tiro no chão e saltou na perna da E.*

*E o mais marcante foi na Restinga mesmo, a mesa passou pra nós, era eu e o R, era umas seis horas,*

*- “Ô, uma atropelada na frente do Assun”. Bah, aí nós fomos. Claro. Chegamos lá, era a vó e a neta. Saíram da creche. Acho que todo mundo já conhece. Fui eu que fui atender aquilo lá. E tava de 24 e me estragou a noite toda.*

**72.** *O que mais me marcou até não foi assim um atendimento muito grave, mas foi o olhar de uma pessoa que tava com uma dispnéia muito forte e aquele olhar dizia pra mim me ajuda pelo amor de Deus. Isso foi o que mais me marcou em todos os atendimentos que eu fiz até agora aqui no SAMU – sou relativamente novo – e aquele olhar parecia de uma animalzinho que não conseguia verbalizar e dizia assim, me ajuda, pelo amor de Deus.*

**74.** *O que mais me marcou foi um paciente – aí na Vila Bom Jesus a gente tem muitos pacientes VIPS. Sempre os mesmos, né. O seu J é um abandonado, psiquiátrico, caquético o quadro dele e idoso. Foi abandonado pela família e ficava num casebre. Sempre chamavam os vizinhos porque não queriam mais aquela responsabilidade, porque ele gritava pra pedir comida e os vizinhos iam lá e davam comida. Ele chorava porque doíam as pernas e os vizinhos iam lá e faziam massagem, faziam compressa. Então eles nos chamavam pra gente levar e diziam tem que levar, tem que levar e aí diziam aquela frase que todo mundo já ouviu: - “O SAMU só leva quando ta morrendo”.*

*Só que aconteceu o dia. E realmente ele tava morrendo...*

*... (não dá pra entender) Uma cardíaca de doze, nem me lembro, não chegava a dez. Aí nós levamos... E na ambulância ele pegou minha mão e ficou*

*segurando. E eu fui conversando com ele. Chamei o médico. O médico disse que não tinha o que fazer. A gente nem conseguiu acesso. Foi mais o apoio moral que o médico me deu e nós fomos conversando no trajeto com o seu J. Largamos ele na sala vermelha do Conceição e ficou. Quando nós voltamos noutra ocorrência, durante o dia, ele tinha ido a óbito. Aí fiquei pensando realmente, naquela frase que eles nos dizem. Realmente estamos sozinhos quando estamos morrendo. Aí ele lembrava do nome, meu nome, porque nós que íamos lá.*

**75.** *Eu já estive em várias situações e a que mais me chocou foi um acidente que eu e o L atendemos na Perimetral nova, que tem aqui na Salvador França. Dois irmãos, de moto, vinham vindo de manhã pro trabalho, chovendo, bateram na traseira. Aí um estava em óbito e o outro estava vivo, ainda. Aí a gente trouxe aqui pro HPS e um se salvou. E é gratificante quando tu ajuda salvar uma pessoa. Dá tudo de ti pra recuperar aquela pessoa ... e aí depois a gente recebeu uma carta em homenagem a equipe, né e aos colegas do SAMU todo que vestem a camiseta, mesmo. Isso é muito bonito, cada vez engrandece mais a gente.*

**77.** *Às vezes a gente chega ao local, a pessoa esta baleada, esfaqueada, ou até no próprio acidente conforme foi narrado, aquilo passa uma sensação horrível, a primeira coisa que eles disseram pra nós*

*- “Aquele corpo não pertence mais a nós.”*

*É uma coisa que choca.*

**79.** *Acaba refletindo dentro da nossa própria casa, por todos os perigos que passam, isso tem que refletir em algum lugar, se a gente também não faz aquela parada importante, eu acho que isso tudo a gente tem que pensar e procurar uma saída.*

**82.** *Eu acho que a própria juventude, né, coloca numa posição que tu é imbatível, ... skate Protásio abaixo. Começa a dizer que vai envelhecendo e tu percebe que não, skate Protásio abaixo não, tu começa a passar isso pra teu filho também e eu tenho que me cuidar muito. Lá em casa é não, não, não. Subir em árvore não, não sei o que não, A gente passa as coisas...Então...Sair de noite, não, ... não! Eu tenho gostado muito de trabalhar no SAMU, tem melhorado cada vez mais, é uma experiência completamente diferente, é uma experiência que não é o dia a dia do*

*peçoal, não é ir pra rua atender, não é o que eles dizem. Eu continuo na assistência, na sala de , mas eu não faço assistência no SAMU, apesar de que, a parte da Coordenação nos deixa numa saia justa, de vez em quando, bem complicado, por mil motivos, até porque o vindo de um período em que eu fiquei muito tempo fora do SAMU, voltei, eu nunca fui pra Assistência propriamente dita, tem uma série de problemas na Coordenação ... porque a gente vive ali, mas tem melhorado o meu sentimento em relação ao SAMU. Eu acho que estes encontros me aproximam das pessoas... a mim, eu me sinto muito bem com o...*

**85.** *Então, foi lá no Cristo, a gente foi chamado pra uma tentativa de suicídio, né, foi um senhor que fez o chamado, foi numa sexta de manhã, fui eu, o P e a T. E não tinha maiores dados. Chagamos no local, tinha um velhinho, assim, olhando na frente do prédio, né, assim atucanado, mas relativamente calmo, então tinha uma escadaria pra subir, nos subimos calmamente, assim como ele subiu calmamente, aí a gente entrou no apartamento, calmamente, eu já achando que aquilo era uma fria, que não era nada, né. O apartamento pequeno, de dois quartos, as portas dos quartos fechadas. E ele disse, que a pessoa estava dentro dum quarto. E eu, então, me preparei pra abrir a porta e encontrar uma mulher com uma cartelinha de Adepán ingerido. Chego, abra a porta e quando eu abro a porta vem aquele cheiro de sangue, tudo escuro, e um cheiro de sangue. Aí, pela primeira vez eu me senti, assim, sem ação, me senti sem ação, tanto que eu não atinei ligar a luz. O P estava do meu lado e ligou a luz. Acende-se o cenário e eu enxergo assim: sangue em todo o quarto, era uma forração que nem essa, assim de carpete, então empapada de sangue, uma senhora de uns setenta anos, eu acho, em pose fetal, deitada no chão, coberta de sangue, que me parecia morta. A minha primeira reação era que ela tava morta, com a cabeça dentro de um pinico, cheio de gelo e água. E eu fiquei assim, pensei tá morta. Daí resolvi virar ela pra olhar ela melhor e vi que ela tava ventilando. Aí, então, pedi pra arrastar ela pra sala e prestar atendimento. Quando pedi pra arrastar ela pra sala, o senhor esse disse que não, que vai me sujar o tapete. E aí, com a luz, eu me dei conta do que estava acontecendo. Ela era tomada de hematomas antigos, ela tinha pedaços da pele que tinham sido arrancados, e todos com Band Aid, inclusive os das costas e nas das costas, inclusive, tinham os dedos, assim, marcados. E era um caso de maus tratos do marido com ela. E então foi assim, toda uma transformação, e uma coisa, assim, afetivamente, muita*

*grotesca. Grotesca pelo impacto, pela gravidade do caso, e pelo abuso. Ver uma senhora abusada, pelo visto há anos, né, pelo marido, ou pelo menos de uma forma crônica e aí foi, chamamos a Brigada e tal e levamos para o Cristo. Mas acho que esta foi a história, que pra mim... Passei mal, fiquei chateada o resto do dia. E volta e meia, chego nos locais e sinto cheiro de sangue e o cheiro de sangue é o que me vem na cabeça. É o meu relato de susto!*

*87. Bom, nos fomos chamados pra um atropelamento na Baltazar. Eu e o A. Chegamos lá, o quadro assim, ó, eu não sabia no primeiro momento o que fazer, porque o paciente tinha sido atropelado por uma caçamba. Do joelho pra cima não havia acontecido nada, mas as pernas totalmente desenluvadas ... Tinha uma fratura, assim ó, pela primeira vez eu tinha visto ossos totalmente brancos, assim, né. Os pés e os vasos sem fraturas nenhuma e os ossos da perna, também, sem tecido nenhum, simplesmente brancos. Os dedos com alguma quantidade de tecido. Bom, primeira coisa assim... E ela lúcida, orientada, coerente. E... O que tu vai fazer primeiro, né? Juntar os pedaços. Eu vou imobilizar aquilo que não tinha fratura, mas tinha uma situação grave, e daí chamei o VR. Tentei puncionar. Foi super difícil a punção. A gente conseguiu um vasinho lá, sacrificado, assim, né... Aí veio o VR. Na passagem da paciente pra maca rígida, foi, uma pessoa que estava ajudando, tropeçou na equipe. Daí, assim, levamos a paciente. Bom, e perto do Cristo.*

*- “Vamos fazer uma uma flebo, vamos fazer uma flebo, doutora. Tem tudo aqui pra gente fazer uma flebo...”*

*- “Não, a gente tá perto do Cristo”.*

*Fomos pro Cristo.*

*Mas antes disso chegou o marido, o velho chegou.*

*– “O que que houve com minha mulher, o que que houve com ela?”*

*E eu, pra Brigada:*

*- “Tira ele daqui!”.*

*Uma situação totalmente, assim, chocante, pra quem estava assistindo e, assim, eu particularmente, sabia, que se a gente não tentasse puncionar ali, nós íamos perder o paciente. E foi o que aconteceu. Não nas nossas mãos. Mas no Cristo, nós encontramos uma médica, tá, que não tomou atitudes corretas, que chamou o pessoal da cirurgia pra fazer uma flebo, e nós ficamos ali ajudando, não*

*se conseguiu puncionar, quando a médica do SAMU decidiu por a mão, a paciente teve uma parada.*

*E perdemos a paciente.*

*Então assim, isso, até hoje, aquela visão me emociona bastante.*

*Estou chorando...*

*Eu acho assim que toda a equipe...*

**88.** *Bom, pra quem ouve e não me vê, meu nome é V, né, eu trabalho no HPS há bastante tempo, eu já vi e já ouvi muitas histórias horrorosas, eu já presenciei cinemáticas, jamais imagináveis possível, por mim, até que me deparei, mas o que eu gostaria de contar, é que assim, em toda esta minha vida profissional, vivenciada aqui dentro do hospital, observando os outros profissionais, eu sempre ouvi dizer que quando se trata de um familiar se fica impotente. Eu, por todo este tempo, inclusive nós temos aqui junto com nós o Dr. I, que foi quem atendeu um familiar bem próximo meu, mal súbito em via pública. Eu não estava presente, quando isso aconteceu, enfim. Eu consegui superar todas estas coisas, o Dr. I é testemunha disso, inclusive. Mas, agora em janeiro eu perdi outro familiar, que também tinha, não se esperava mais, câncer, em fase terminal e, mas enfim, eu fui até onde estava este meu familiar e aí eu solicitei o SAMU e o SAMU foi até lá, foi médico, né, já foi direto a UTI, foi muito bem atendido, e .... Dr. M, enfermeiro J, o A... E eu, ali, naquele momento, que eu gostaria de dizer pra vocês, é assim. Meu familiar, quando tirado do leito pra ambulância, fez uma parada cardio-respiratória. A equipe foi assim, 100%, no êxito, no todo funcional ali dentro, fizeram, foram né, tiveram sucesso na reanimação e eu, ali dentro da ambulância, presenciando toda aquela cena, vivenciando tudo aquilo que pra mim, era muito comum, muito normal, eu interagir junto com eles, né, fiquei naquele momento, num todo, não só, o importante é que não sei se vocês vão me entender, mas mesmo superando aquele sentimento de perda, eu não conseguia, eu não conseguia ter movimentos mecânicos, eu não sei se vocês me entendem, eu consegui me controlar, eu consegui enfim me manter ali junto com eles, de uma forma equilibrada, mas eu fiquei naquele momento parece amarrado, eu não conseguia me movimentar. Eu enxergava tudo, mas não via nada, mais ou menos, pra vocês me entender. Então eu vi acontecer com outras pessoas, mas até então eu não havia entendido. Eu passei a entender quando aconteceu*

*comigo. Isso pra mim foi uma coisa que muito me marcou na vida profissional. E era isso, espero ter sido entendido.*

**91.** *Foi no dia 23 de dezembro, não lembro em que ano foi, nós fomos abastecer na Carris e resolvemos mudar o itinerário pra abastecer, fomos pela Rua Antônio de Carvalho. Aí tinham chamado a SAMU, nós mudamos de rota, né, casualmente estávamos indo pela rua e SAMU chegou em um minuto ou trinta segundos. Era uma acidente de moto, eram dois irmãos, né, e o condutor da moto estava com o capacete no cotovelo, né, e o caroneiro caiu, sentado ao solo, com fratura exposta do membro inferior. E o condutor muito mal...*

*(Choro...)*

**92.** *Parafraseando os colegas, aí. Eu tô quase dois anos aqui, muitas coisas me assustam, aqui, não é pouca. Todo dia me assusta. Teve duas situações, infelizmente tristes. A maioria foram tristes. Uma eu fui chamado, eu tava lá na base do Cristo. Fui chamado para uma parada cardio-respiratória, numa casa próxima ali do Iguatemi. Chegando lá, eu entrei na casa. Fui procurar o local onde estava a vítima, né, a parada. As pessoas estavam relativamente calmas, inclusive o filho menor. Ai eu descii uma escada. Entrei no quarto dessa pessoa, e nesse quarto tinha uma suíte, era uma suíte, tinha o banheiro, quando entrei no banheiro tinha uma pessoa caída, em posição fetal, também, com a situação extremamente feia, né, com vômito. A pessoa estava morta, já. Com o cabelo um pouco na frente. Aí eu vi. Constatei que ela estava em óbito. Sai ali do local, fui explicar pra empregada, e pro filho dela. Na volta saindo do quarto, eu me lembro, eu olho. Tinha alguns livros de medicina, em cima do quarto. Epimenologia. Que é mais ou menos uma área que eu trabalho bastante. Será que era médica, alguma coisa. Ai eu fui falar com o filho. É sua mãe, está morta, não tem mais o que fazer. Ela era médica? Ela era médica, professora de medicina. De qual faculdade, da UFRGS. Hospital de Clínicas. Era pneumologista, bem famosa, ou seja, eu trabalho, eu sou cirurgião torácico e eu trabalho na mesma área dela. E eu não reconheci ela. Aí eu voltei, quando eu olhei era a pessoa que trabalhava comigo todo o dia, na porta ao lado. E que eu me dava muito bem. Era uma professora da UFRGS. Isso me marcou bastante, inclusive. E a outra situação, uma situação de impotência, talvez. O C estava junto. Uma situação de impotência, que nos fomos chamados novamente pela UTI do Cristo Redentor,*

*num acidente de motos. Duas vítimas, chegando lá, não estavam os bombeiros e as vítimas estavam dentro de um valo de dois metros de altura, um esgoto. Eu me senti impotente, me senti acuado pelos populares ao redor, querendo que eu me atirasse dentro do esgoto, a mais de dois metros de fundura. Eu também me senti angustiado que os bombeiros não chegavam. E tinha duas vítimas, não sabia se estavam vivas ou mortas lá dentro, no meio do esgoto. Acabou os bombeiros chegando, eu descendo no meio do esgoto, né. Uma das vítimas realmente estava morta, já; A outra eu consegui imobilizar dentro do esgoto, né e tal. Conseguimos tirar ela de lá. E a pessoa ficou muito grata. Inclusive ela me procura, algumas vezes. Nunca me encontrou, encontrou o resto da equipe para agradecer. Mas até hoje eu não consegui conversar com ela.*

**(95).** *Eu vou contar a história que, eu acho que são experiências pra gente. Hoje, casualmente, me acordei com uma dor abdominal, assim. Eu já tinha histórico de cálculo, há uns anos atrás...*

*Me acordei, né, pode ser outra coisa, gases, sei eu lá. Acabou que aquilo começou a aumentar, era cedo. Eu teria que vir pra cá no fim da manhã, mas antecipei minha vinda, cancelei consultório e vim para cá, acho que pode ser cálculo, vou ver o que é que está acontecendo e tive um tipo de recepção diferente, obviamente, que esse que foi contado, em geral a gente é bem tratado, nós quando estamos na situação. Eu queria falar sobre a sensação muito desagradável de ser paciente. Como é difícil, assim... Tem vários filmes que falam sobre isso. Tem aquele filme com William Hurt... A circunstância da gente quando está com muita dor. Fizeram um Plasil e um Buscopan intravenoso. Eu já tinha me medicado via oral em casa, não tinha adiantado nada. Só tu te deslocar de cadeira, acho que dá pra eu caminhar pensei comigo, mas é a dificuldade da gente se aceitar nessa posição. Eu vim não para dar um depoimento, mas para conversar risco de suicídio, e este tipo de avaliação. Acho que é um desafio a gente conseguir encontrar um meio termo entre um grau de criar um cascão, como eu digo, um certo embrutecimento, que a gente necessariamente tem que ter pra poder atender, eu acho que o não reconhecimento da colega que estava morta, naquela situação, é um exemplo maravilhoso de como a gente utiliza um mecanismo que a gente tem que utilizar. Porque talvez se no primeiro momento a gente visse que era uma pessoa muito próxima, assim por A ou B motivo, isso nos dificultasse de agir como a gente tem*

*que agir, operando, atendendo, tomando a conduta, internando, sei lá, dependendo da área de atuação de cada um, que tem que tomar. Então, é preciso ter um grau de objetividade, senão a gente, como eu digo pra vocês, vai sentar na calçada e chorar. Tem uma mãe que perdeu um filho, tem um filho que... Sempre são situações trágicas, mas também não cair neste embrutecimento tão grande, que gere um mau trato ao paciente. E é muito difícil encontrar esse... É um fio da navalha no qual a gente caminha, tendo que não ficar com uma sensibilidade total, a ponto de não poder trabalhar, nem cair um troço em que ninguém é gente. Eu acho que tem um lugar que agente pode caminhar no meio, que a gente respeita. São pessoas... Não interessa a profissão, qual é, pode ser um colega médico, pode ser qualquer outra coisa... A gente atende com respeito, adequadamente, sem tar com a pele voltada pra fora de maneira de não poder atender... Nem tão pouco, assim, sendo insensível e mesmo grosseiro. Mas a experiência de ser paciente de uma situação aguda nos confronta com um troço que é difícil, nada é a toa. E a nossa escolha profissional também tem a ver com a vontade de ter sob controle sobre as coisas que ameaçam... O ser humano é frágil e a gente não gosta de reconhecer esta fragilidade. E às vezes basta uma coisa pequena, porque convenhamos um cálculo é uma coisa pequena perto destas coisas que vocês e eu, como Psiquiatra, vejo. Mas quando é na gente, essa coisa aparentemente pequena ela tem uma dimensão. Daqui há pouco a gente rapidamente ... será que estourou outra coisa? E o meu filho, e a minha mulher, e se eu faltar e não sei mais o que . É o tipo de coisa que não dá pra todo dia de manhã a gente levantar e tar fazendo este tipo de reflexão, não funciona, a gente não vai pra frente. Era isso...*

**96.** *O que mais me marcou no SAMU, mesmo ter socorrido várias crianças atropeladas, mãe chorando, o que mais me marcou, foi como é fácil aqui a gente decretar a morte dos outros, como se fosse uma coisa normal pra aquele cidadão.*

*O quanto nós corríamos atrás das coisas, e o resto do hospital achava que nós não devíamos ter corrido. E como as pessoas assumem diferente postura conforme o tempo de instalação. Várias pessoas que hoje estão no SAMU, não tiveram sempre esta conduta que hoje tem. Eu sou um funcionário feliz, eu adoro o que faço, mas se eu pudesse dizer às pessoas tudo que eu acho delas, com certeza.*

*Tu tens que ser extremamente perseverante pra ficar no SAMU...Eles determinam, aquele morador de rua tu não devia ter socorrido, este aqui tu devia ter socorrido porque é amigo do Secretário de Saúde.Então, é uma chinelagem...De tudo, a pior coisa que tem é o julgamento precipitado dos colegas.Eu tenho nojo de alguns setores, que por mais que me puxem o saco, agora não adianta mais, porque quando eu estava começando no SAMU, eles nos trataram desta forma.... “Porque reanimar isso aí, já devia ter subido e vocês não deixam...” Eu, médico, enfermeiro, motorista ...*

## ANEXO E - CARTA DE PORTO ALEGRE

## CARTA DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre, 14 de setembro de 2004

Os Comandantes dos Corpos de Bombeiros Militares do Brasil, reunidos no dia 14 de setembro de 2004, na Cidade de Porto Alegre, por ocasião da 38ª Sessão Plenária Ordinária do Conselho Nacional de Comandantes Gerais de Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares do Brasil, dentro dos trabalhos realizados na 4ª Conferência Executiva de Segurança Pública da América do Sul da IACP, vem através desta ratificar as preocupações abordadas na reunião da LIGABOM (Liga Nacional de Bombeiros Militares), realizada no dia 08 de julho de 2004, na cidade do Rio de Janeiro no Estado do Rio de Janeiro e discorrer sobre as preocupações abaixo descritas:

1. A implementação do "Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)", não vem considerando a participação efetiva dos Corpos de Bombeiros Militares, nem mesmo os já atuantes em caráter ordinário no atendimento pré-hospitalar, com qualificação técnica reconhecida e extrema aceitabilidade social;
2. Os representantes do Ministério da Saúde, na pessoa do Dr. Arthur e da Dra Irani, reunidos com os Comandantes Gerais dos Corpos de Bombeiros do Ceará, Goiás, Distrito Federal e representantes de Minas Gerais, mais uma vez afirmaram que as atividades de urgência e resgate, são de competência dos órgãos de saúde e que legalmente tal missão não cabe aos Corpos de Bombeiros Militares, o que, sob nosso ponto de vista agride frontalmente o §5º do Art 144 da Constituição Federal que consolida as respectivas Legislações Estaduais de criação dos Corpos de Bombeiros, cuja missão está prevista junto com outras já consagradas. Podemos ver este confronto na Portaria nº 1863/2003 desse Ministério, onde no item 2b, prevê: "componente pré-hospitalar móvel - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com um número único nacional para urgências médicas - 192".

Diante desse quadro reconhecemos a magnitude do Projeto SAMU e visando o interesse maior da população brasileira, externamos a nossa preocupação de não estarmos inseridos no Projeto.

  
FRANCISCO DE ASSIS JARDIM - CEL BM  
COMANDANTE GERAL DO CBMAC

  
JADIR FERREIRA CUNHA - CEL BM


**ANEXO F - CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 943/05-CEP

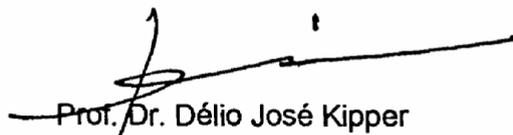
Porto Alegre, 06 de outubro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou o protocolo de pesquisa intitulado: "A psicologia das emergências".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Délio José Kipper  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Dout Ney Roberto Vátimo Bruck  
N/I Iniversidade