Apresentação

Armelle Giglio-Jacquemot

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Apresentação. In: *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 13-17. Antropologia e Saúde collection. ISBN: 978-85-7541-378-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413784.0002>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Apresentação

Sobre prontos-socorros se conhece sobretudo a opinião de críticos. Profissionais da mídia – escrita e visual – apontam para as situações problemáticas nas quais se encontram essas unidades hospitalares: superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, inadequação entre a oferta e a demanda de cuidados médicos de urgência.

Por sua vez, atores do atendimento às urgências e emergências (profissionais, agentes e administradores da saúde, responsáveis pelas políticas sanitárias) lastimam o fato de os prontos-socorros enfrentarem uma demanda que os afastam de sua missão declarada, pois acabam atendendo situações de saúde que, na sua maioria, não exigem atendimento médico urgente.

Diante desses problemas, denunciados com frequência há anos, foi-se construindo um discurso, elaborado pelas autoridades sanitárias, por profissionais da saúde e reproduzido pela mídia, que acusa a população de fazer mau uso dos prontos-socorros e a designa como a grande responsável pela sobrecarga dessas unidades e pela desvirtuação da sua função. Os usuários não sabem o que é urgente; consultam no pronto-socorro e chamam a ajuda móvel de urgência para ‘qualquer coisa’; cada um espera que seu caso seja rapidamente resolvido; a lógica da triagem escapa à maioria deles; a noção de ‘bom uso’ dos prontos-socorros é mal compreendida e mal aceita pelos doentes e suas famílias.

Tal discurso não é comum somente no Brasil. Em suas grandes linhas, ele também é bastante difundido em outros países, cujas realidades socioeconômicas e culturais são bem diferentes, tais como, por exemplo, na Espanha (Allué, 1999), na França (Peneff, 1992, 2000; Jacquemot, 2000), no Canadá (Burnett & Grover, 1996), nos Estados-Unidos (Grumbach et al., 1993; Gill & Riley, 1996). Ele também não é novo: certas referências relativas à inadequação da demanda de atendimento às urgências e emergências, cuja literatura médica está repleta, remontam a mais de 150 anos (Hodgson apud Padgett & Brodsky, 1992). Para melhorar o quadro, seria, então, necessário educar a população de tal maneira que venha a aderir à lógica do ‘bom uso’ dos prontos-socorros e os procure para problemas de saúde de sua competência específica, isto é, prestar atendimento de urgência aos que ‘não podem esperar’. Entre outros objetivos, programas de educação para o público devem visar a informá-lo sobre os sintomas e acidentes que, entre os mais comuns, justificam a ida ao pronto-socorro e a chamada de um veículo de socorro; e os que, apesar do seu caráter às vezes espetacular, não exigem uma intervenção médica imediata.

Os usuários dos prontos-socorros e solicitantes da ajuda móvel de urgência também participam desse concerto de apreciações desfavoráveis. Suas reclamações dizem respeito geralmente à qualidade humana e técnica do atendimento, à demora a

qual ficam submetidos até consegui-lo. Sentindo-se ignorados e até anulados pela falta de atenção/consideração dada ao seu sofrimento físico e moral, negados na apreciação íntima que tinham da gravidade do seu problema (ou de outrem, ente querido, conhecido), muitos são os que, resignados ou indignados, ao contarem sua má experiência com pronto-socorro ou central de chamadas, acabam colocando em questão a boa vontade, a competência e até a humanidade dos profissionais que (não) os atenderam. Claro que essa não é a reação, nem a vivência, dos usuários que recebem um atendimento correspondente à sua expectativa: entre eles, os que já estão preparados para esperar bastante – pois avaliaram que o seu problema não é tão urgente assim –; também os que, ao receber um atendimento rápido, vêem sua inquietação levada em consideração e sua apreciação de urgência confirmada pelos profissionais que lhes dão a atenção esperada.

Em sua avaliação negativa dos prontos-socorros, profissionais da saúde e usuários responsabilizam uns aos outros, em um face a face que testemunha, antes de tudo, o descompasso existente entre as respectivas expectativas. A questão de saber se as críticas dos primeiros aos segundos (e vice e versa) são legítimas não interessa muito, pois leva a resultados sem surpresas, já que os argumentos e as razões dos profissionais da saúde e dos usuários são elaborados a partir dos critérios e da lógica que fundamentam o ‘seu’ ponto de vista. Em outros termos, uns e outros estão certos, isto é, razoavelmente levados a colocar em questão a validade e a pertinência de comportamentos e discursos julgados errados, ou absurdos, por serem justamente a expressão de um ponto de vista diferente e até mesmo incompatível com o seu.

Revela-se bem mais interessante e estimulante adotar uma postura distanciada e compreensiva, que não pretenda olhar para as críticas e queixas com o intuito de avaliá-las, no sentido de julgar o certo e o errado, mas sim com a preocupação de entender o que está por trás delas, isto é, de que fenômenos imediatamente inacessíveis ao entendimento elas podem ser a expressão mais visível e audível.

A hipótese aqui levantada é que o descompasso manifesto entre as expectativas dos especialistas legítimos da urgência e dos seus leigos pacientes traduz a existência, entre eles, de um desentendimento profundo que se origina no encontro de suas percepções, diferentes, da urgência médica. Ora, esse encontro não é simples ‘desencontro’. Remete mais a um confronto e, ao considerar a insatisfação e até a exasperação que chega a provocar, é certamente mais justo falar em conflito ou, ainda, em choque de percepções. Em seus aspectos mais manifestos e associado a outros fatores agravantes, esse encontro desemboca em confrontações tensas ou violentas entre profissionais e solicitantes da ajuda médica de urgência, bem como em um tratamento às vezes indigno dos pacientes (Deslandes, 2002).

Essa hipótese, pouco ousada numa perspectiva antropológica, é sugerida por um fato bastante comprovado e explorado por essa disciplina, a saber, que a doença e a saúde têm uma realidade independente de suas definições biomédicas e são objetos de representações e práticas diversas que variam segundo as sociedades e, ainda dentro dessas, segundo os segmentos sociais e culturais que as compõem. A realidade biológica da doença, tal como identificada pelo especialista legítimo em atestar sua existência – o médico – não corresponde à realidade de quem sofre da doença. Ou, dito de

maneira lapidar, a doença do doente (*illness*) não é a do médico (*disease*) (Fabrega, 1971; Einsenberg, 1977; Young, 1982). Entre as duas existe uma importante distorção: a primeira diz respeito à vivência individual da doença, à percepção de uma perturbação pelo sujeito, à experiência de algo anormal (dor, sofrimento, mal estar) enquanto a segunda refere-se aos estados orgânicos e funcionais e remete a um estado de alteração do organismo objetivamente comprovado. De ordem anatomofisiológica para o médico, a doença se constitui, para seu paciente, em um “evento psicológico e social” (Laplantine, 1992: 247). Importa ressaltar, aliás, que *illness* não é sempre uma resposta à *disease* e pode muito bem “existir sem o suporte da realidade fenomenológica da doença” (Fainzang, 1989: 54). Esta não precisa existir do ponto de vista do médico para ser vivida e representada pelo doente (sua família, seu grupo etc.). Porém, quando o indivíduo sofre de um mal que não se enquadra nas nosografias médicas vigentes, ele tem muita chance de não receber alívio nem reconhecimento social de seu estatuto de doente.

E se ao falar de urgência e emergência médicas, recorresse-se a noções cujos conteúdos também diferem segundo a perspectiva e a situação de quem as usa?

Se uma parte importante das pessoas que vão para os prontos-socorros ou que chamam as centrais de urgência acham que o seu caso (ou o de alguém) é urgente no momento em que os profissionais da saúde pensam o contrário, é porque certamente solicitantes e profissionais têm uma percepção muitas vezes diferente da urgência/emergência. E aí, não é que ‘o povo é ignorante’, ‘não sabe o que é urgente’, como é comum ouvir dos especialistas que atuam na área da urgência/emergência que, com esses comentários, tiram dos leigos usuários qualquer entendimento do que pode ser uma ‘urgência/emergência’. Simplesmente é mais provável que ‘o povo’ não compartilhe a mesma concepção técnica, biomédica, da urgência. Dessa, é bem possível que ele seja em parte ignorante. Mas nem por isso deixa de haver representações da urgência que os profissionais da urgência ignoram.

Partindo da premissa de que a apreciação que leva a identificar a urgência se baseia em diversos sinais e representações possíveis, variáveis em função dos contextos, dos universos de referência e de significações, considera-se, então, a urgência como uma questão de ponto de vista e de leitura informados a partir de critérios diferentes, embora, na perspectiva antropológica, igualmente legítimos. Isso, mesmo se, enquanto profissionais da urgência e da emergência, os atores do sistema biomédico encarregados da organização e do atendimento às urgências médicas estimam deter a concepção e a definição exatas dessas noções e a apreciação igualmente exata das situações ou estados por eles qualificados de ‘urgência/emergência reais’.

A proposta do livro é desvendar o que é uma ‘urgência’ no domínio da saúde a partir de duas grandes perspectivas que manifestadamente não se recobrem, a dos usuários da rede pública de atendimento às urgências/emergências e a dos profissionais que nela atuam, esperando assim contribuir para um melhor entendimento das representações leigas e biomédicas da urgência e, por consequência, das percepções, concepções e práticas que nelas se embasam.

As definições da urgência e da emergência propostas nos textos médicos e de saúde pública, assim como as representações e práticas dos profissionais que atuam

na área, remetem a concepções da urgência em saúde que nos interessa investigar, comparando-as mais especificamente com as dos pacientes que recorrem aos serviços propostos por essa rede.

Pela denominação ‘profissionais da urgência/ emergência’, importa deixar claro que não se designa somente os profissionais de saúde que trabalham na área da urgência/emergência – aos quais prefere-se atribuir a denominação de ‘especialistas da urgência’ –, mas todos os profissionais que, com ou sem formação médica, estão envolvidos no sistema público de atendimento biomédico à urgência/emergência, ou seja, todos os que são atores implicados, cada um no seu nível e segundo sua função, na resposta concreta fornecida por esse sistema: tanto médicos e enfermeiras quanto funcionários de prontos-socorros e centrais de chamadas, seguranças, porteiros, recepcionistas, atendentes, motoristas de veículos de socorro. Pois, apesar de esses últimos não terem recebido formação médica, eles atuam de maneira muito significativa no atendimento, na avaliação e na triagem dos pacientes.

A formulação da proposta não deve deixar inferir que se pressupõe a homogeneidade das representações e práticas da urgência por parte de cada categoria de atores: usuários e profissionais da urgência. Bem ao contrário, já que a própria diversidade social, cultural e de formação existente entre estes leva a supor, de antemão, que elas podem ser bastante heterogêneas.

Como ‘emergência’, ‘urgência’ e ‘urgente’, consideram-se as situações, estados, problemas que os sujeitos – médicos e não-médicos – avaliam como tal, independente de essa avaliação ser ou não confirmada por um diagnóstico médico. Seria muito equivocado, do ponto de vista antropológico, adotar a acepção biomédica da ‘urgência’ como referência implícita na investigação dessa noção, uma vez que esta também se converte aqui em objeto de investigação. As urgências dos pacientes e as dos profissionais são examinadas com o mesmo olhar crítico e a mesma ignorância curiosa *a priori*: são igualadas na medida em que representam, para o antropólogo, perspectivas diversas.

O primeiro capítulo examina as definições normativas da urgência e da emergência com o intuito de, em uma perspectiva crítica, analisar seu conteúdo e identificar os critérios discriminantes que, do ponto de vista biomédico, as caracterizam. Além disso, são apresentados, no segundo capítulo, o contexto e o desenvolvimento da pesquisa: descrevem-se os diversos locais da investigação e a metodologia utilizada, isto é, parte-se de uma observação participante realizada por ocasião de um trabalho de campo efetuado de 1998 a 1999, em Marília, cidade do interior de estado de São Paulo.

O terceiro capítulo abre o conjunto das análises construídas a partir dos dados etnográficos. A partir da descrição e do exame dos percursos seguidos pelos usuários até conseguirem um atendimento no pronto-socorro, procura-se identificar os profissionais que atuam de maneira significativa, e até decisiva, na triagem dos pacientes. Examina-se o papel crucial que desempenham suas avaliações e decisões e também outros fatores a este papel intimamente ligados, que têm incidências sobre o atendimento dos pacientes.

A partir de então, os capítulos seguintes enfocam a questão das representações da urgência médica por parte dos vários atores implicados: médicos, seguranças, porteiros, recepcionistas, atendentes das centrais de chamada e usuários. Com base na

observação de suas práticas, tenta-se apreender, em uma perspectiva comparativa, as concepções que têm 'do que é urgente', e procura-se identificar elementos de apreciação que informam de maneira significativa suas avaliações e decisões.

Não poderia deixar de agradecer à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e à Universidade Estadual Paulista (Unesp) que viabilizaram a realização da pesquisa. Também sou grata à Faculdade de Medicina e ao Hospital das Clínicas de Marília que me deram acesso ao campo.

Toda minha gratidão aos profissionais e usuários do pronto-socorro, da Central de Ambulâncias e do Resgate, às professoras e aos alunos do Departamento de Medicina Preventiva que me acolheram, compartilharam comigo opiniões, esperanças e indignações e me deram parte de seu tempo.

Desejo ainda agradecer à Université de Lille 3, à UFR IDIST e ao Groupe de Recherche sur les Actions et les Croyances Collectives, a concessão de afastamentos e financiamentos que me permitiram terminar o trabalho de campo no Brasil.

Finalmente, devo um agradecimento especial à professora e amiga Maria Cecília Cordeiro Dellatorre pela confiança que sempre me manifestou, pela força que me deu e por nossas conversas que foram de extrema valia.