

A PRESUNÇÃO DE URGÊNCIA E SEUS ÍNDICES NAS APRECIACÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PRONTO-SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO¹

Armelle Giglio-Jacquemot²

Apresentação

Nos prontos-socorros, os profissionais médicos e não-médicos manifestam uma atenção e uma mobilização diferenciadas em relação aos pacientes. Quem já foi ao pronto-socorro, sem dúvida, deve ter percebido: que esperou muito tempo, com o sentimento de que ninguém se preocupava consigo; ou, que passou na frente de todo mundo, suscitando sentimentos de injustiça e comentários de descontentamento por parte daqueles que estavam esperando sua vez; ou ainda, que sentiu compaixão por pessoas aparentemente tão mal, que a demora em seu atendimento parecia-lhe a demonstração da maior indiferença por parte dos profissionais do pronto-socorro.

Nesses serviços hospitalares, a atenção dada aos pacientes, a mobilização que provocam, bem como o lugar que lhes é atribuído na ordem das prioridades³ são função da primeira avaliação de seu estado, avaliação inscrita num ponto de um *continuum* que vai da extrema urgência ao não urgente (a morte, por exemplo), passando pela inesgotável e sutil gradação dos “muito urgente”, “urgente”, “não muito urgente, mas urgente mesmo assim”, etc. Esta constatação vale, igualmente, para as centrais de chamadas (190, 192, 193) e para os serviços de ajuda móvel (ambulâncias, resgate), cujas respostas aos pedidos de intervenção (positivas, negativas, mais ou menos rápidas) dependem dessa avaliação crucial.

Notas preliminares

Mas, antes de examinar esses índices, faz-se necessário algumas observações, indispensáveis ao desenvolvimento de minha proposta.

¹ Tradução: Artur Perrusi. Texto revisado pela autora do artigo.

² Antropóloga, *maître de conférences* na Universidade de Lille III, na França, e pesquisadora do Groupe de recherche sur les Actions et les Croyances Collectives (GRACC).

³ Isto é, o momento em que ocorre a intervenção médica: na hora, mais tarde, ou bem mais tarde.

Inicialmente, é importante precisar que os elementos que concorrem na produção da primeira apreciação de urgência (ou de não-urgência) entre os profissionais de saúde provêm de diversas ordens, e que os indícios que serão analisados aqui, longe de esgotarem a quantidade e a variedade, constituem apenas uma classe deles. Colaboram, com efeito, na apreciação, elementos que são igualmente técnicos (são os elementos teóricos e empíricos provenientes do conhecimento biomédico), profissionais (relativos à experiência que os profissionais de saúde têm de suas funções e às concepções que têm de seu papel profissional normal⁴), ideológicos (relativos à avaliação moral dos pacientes, isto é, à sua etiquetagem moral a partir de concepções culturais do valor social disseminadas na sociedade⁵), pessoais (afetivos, familiares, relativos ao domínio da vida e da história individuais). É o conjunto destes elementos que forja a apreciação e que influi, depois, no atendimento dos pacientes, na sua orientação, no tratamento que recebem, na duração da espera, etc. Deixando a maior parte desses elementos na sombra, nosso exame da avaliação de urgência é assim parcial e não dá conta de sua real complexidade⁶.

Em seguida, é preciso assinalar que os profissionais de saúde não são os únicos e, menos ainda, os primeiros, a avaliar os casos que chegam ao pronto-socorro, e a adotar comportamentos e a tomar decisões que decorrem desta apreciação. Os caminhos seguidos pelos usuários (até o seu atendimento) revelam a incidência da avaliação dos profissionais sem formação médica sobre a triagem das urgências: seguranças das portas de entrada, porteiros que vigiam o movimento das portas corredeiras de acesso às áreas proibidas ao público, recepcionistas que registram os pacientes na sua chegada, atendentes das centrais de chamadas, motoristas das ambulâncias; é por todos esses agentes – “triadores” efetivos, mas não declarados dos prontos-socorros – que os pacientes são, inicialmente, avaliados antes de chegar a um profissional de saúde, agente oficial da triagem, mas comumente o último da cadeia de avaliação das urgências. A apreciação dos profissionais não médicos tanto é decisiva que os agentes que intervêm nas etapas

⁴ Concepções segundo as quais eles julgam as demandas legítimas (são essas que estimam convenientes ao seu posto de trabalho) ou ilegítimas.

⁵ É a partir de preconceitos, decorrentes da adesão a tais concepções, que certos pacientes são considerados dignos de cuidados e outros não. A partir de observações realizadas num outro contexto cultural – os prontos-socorros de diversos hospitais norte-americanos – , Julius Roth (1972) mostrou também a influência da avaliação moral dos pacientes, pelos médicos, sobre a ordem de prioridade, a qualidade do atendimento, o diagnóstico, o tratamento e a orientação final.

⁶ Para maiores aprofundamentos sobre as diversas questões abordadas aqui, de forma rápida, pode-se consultar Giglio-Jacquemot (2000; 2005).

posteriores do atendimento são, geralmente, inclinados a aceitar a avaliação precedente⁷. Ao examinar, somente, os indícios que forjam as apreciações de urgência dos profissionais de saúde, deixaremos de lado estas constatações, que têm, entretanto, implicações cruciais para os pacientes, a qualidade e a adequação do socorro e dos cuidados que lhes são oferecidos. Lembraremos, no entanto, que os profissionais de saúde não são os únicos a fazer a triagem dos pacientes, e que suas avaliações não são independentes das apreciações, geralmente anteriores, dos outros agentes efetivos da triagem.

Uma última precisão terminológica, enfim: a biomedicina brasileira distingue as “urgências” das “emergências”. Trata-se de duas categorias de urgência às quais se referem comumente os profissionais de saúde que insistem sobre a necessidade de saber separar os “casos que podem esperar” (urgências) dos “casos que não podem esperar” (emergências)⁸. Entre as urgências, essa classificação discrimina as mais urgentes das menos urgentes.

Os indícios da presunção de urgência (e de não-urgência)

Existem dois percursos para os pacientes quando chegam ao pronto-socorro: ou vão preencher sua ficha para depois esperar pelo atendimento, o que representa uma demora mais ou menos longa, sendo este o caminho da maioria; ou curto-circuitam todas as etapas, obtendo a entrada direta na área médica onde recebem um atendimento que pode, ou não, ser imediato. Os pacientes que percorrem o segundo caminho são os que convenceram da urgência de seu caso os vários tipos de profissionais pelos quais passaram até que um médico cuide deles. Diferentemente daqueles que seguem o percurso mais longo, eles possuem o que se pode chamar, seguindo N. Dodier e A. Camus (1997: 113), de um “valor mobilizador” elevado. Nos prontos-socorros, cada paciente adquire um valor mobilizador mais ou menos grande que se traduz de maneira concreta na triagem pelo lugar que é atribuído a seu atendimento na hierarquia e na ordem

⁷ Assim, os agentes na admissão e os seguranças estacionados na entrada do pronto-socorro determinam, frequentemente, a duração da espera dos pacientes que chegam, a orientação para o tratamento, e podem até, de forma ocasional, impedi-los de ver um médico. A mesma coisa acontece com os bombeiros, os motoristas de ambulância e os policiais, cuja etiquetagem dos pacientes, antes de sua chegada ao hospital, pode influenciar, de forma bastante significativa, a ordem de prioridade e as modalidades do atendimento no pronto-socorro.

⁸ Tal distinção, familiar apenas para os profissionais de saúde, é objeto, entre eles, de um grande consenso. Os poucos médicos que a questionam, denunciam a discriminação ilegítima dos estados de saúde na qual desemboca e, por isso, julgam-na eticamente condenável.

das prioridades. Quanto maior é a força mobilizadora de seu caso, menos longa é a sua espera. Assim, os pacientes que têm o valor mobilizador mais baixo – os que Dodier e Camus (1997: 115) chamam de pacientes “tolerados” – são aqueles que mais aguardam sua vez. Aliás, não é raro o pessoal do pronto-socorro acabar se livrando deles justamente pela duração da espera: desistindo de serem atendidos, eles acabam indo embora.

A valorização de um estado de saúde como “grave” ou “urgente” pode ser facilmente identificada graças à observação dos comportamentos dos profissionais que atuam no pronto-socorro, e deduzida de suas atitudes diferenciadas em relação aos pacientes no momento da chegada e depois. Num universo onde a urgência é definida pela “necessidade de atuar rápido e imediatamente”, tudo que acontece na ordem do tempo e da necessidade testemunha a forte, fraca ou inexistente atenção/mobilização da equipe médica: por exemplo, o tempo de espera, o percurso seguido pelo paciente, o clima de tensão e de nervosismo, a aceleração, e mesmo a precipitação ou, ao contrário, a calma, a lentidão das ações, a ida ou não de um médico ou de uma enfermeira à sala de espera para ver e/ou buscar o paciente, o número de profissionais de saúde intervindo no momento de sua chegada e depois, etc. Todos esses sinais indicam ao observador quais são os casos julgados *a priori* urgentes e não urgentes. Eles o guiam na investigação dos indícios imediatos que formam o que se pode chamar “a presunção de urgência”.

Uma apreciação com conseqüências tão concretas e sérias para os pacientes – pois é dela que dependem a rapidez e a qualidade da ajuda e dos cuidados que lhes são dispensados –, merece um exame mais de perto, e é o que me proponho a fazer, focalizando a atenção sobre uma categoria de trabalhadores dos prontos-socorros, a dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e residentes), e apoiando-me nos dados de campo que recolhi desde 1998 nos serviços de urgência de diversos hospitais universitários brasileiros, notadamente, para aqueles que utilizarei aqui, no Hospital das Clínicas da cidade de Marília (Estado de São Paulo). Minha proposta dirigir-se-á aos indícios imediatos que formam a primeira apreciação de urgência por parte desses profissionais – isto é, os sinais que, entre eles, participam (ou que fazem obstáculo) da valorização de um estado de saúde como urgente – e me levará, por fim, a destacar alguns traços característicos da concepção biomédica de urgência. A questão dos sinais e de sua interpretação é particularmente importante e pertinente nos prontos-socorros, visto que se trata de universos cujos profissionais – que geralmente não têm informações sobre os pacientes que chegam – confiam totalmente nos indícios que podem visualmente reunir sobre eles (modo de chegada, aparência, comportamento, acompanhantes). A leitura que fazem desses sinais se revela crucial para a orientação e o tratamento posterior dos pacientes.

Estar inconsciente ou deitado

Qualquer que seja seu problema e qualquer o meio de transporte que os levaram para o pronto-socorro, os pacientes, quando chegam inconscientes, são atendidos com bastante rapidez. O mesmo pode ser observado com os que entram no pronto-socorro deitados numa maca: conscientes ou não, e qualquer que seja seu estado de saúde (só examinado depois pelos médicos), eles obtêm uma entrada imediata na área de atendimento. Estar desmaiado ou deitado são dois sinais lidos como indicativos, por excelência, de uma provável “emergência”, notadamente a perda de consciência: levados muito a sério, suscitam um grau elevado de atenção.

É só observar a multiplicação e a aceleração das ações e reações provocadas pelo desmaio de pacientes na sala de espera, para comprovar-se a importância dada a essa manifestação pelos profissionais de saúde: ela aumenta de maneira considerável o valor mobilizador desses pacientes, antes fraco, até eles perderem a consciência. Aliás, notando o valor dado ao desmaio, certos pacientes e acompanhantes, cansados ou irritados com a espera, fazem em voz alta comentários como: “tenho que desmaiar (ou ainda: “que cair no chão”) para ser atendido!”.

Embora diferentes, essas duas situações altamente mobilizadoras – estar inconsciente ou deitado – têm uma coisa em comum: o paciente não anda. Não estar ou não ficar em pé constitui um elemento de imediata visibilidade que tende a ser apreciado como um sinal de gravidade. Aliás, importa assinalar que a equivalência – “a pessoa (consciente ou não) não está de pé (não anda) = seu caso é, provavelmente, urgente (grave)”, não existe somente para os profissionais da saúde. O sinal “estar deitado” alerta os profissionais não-médicos do pronto-socorro, os atendentes das centrais de chamadas, os motoristas de veículos de socorro, como os simples transeuntes e motoristas de carro. Basta considerar, por exemplo, o grande número de ligações recebidas pelas centrais de chamadas a respeito de “uma pessoa deitada na rua”. Na sua interpretação do sinal “estar deitado”, especialistas da urgência médica e leigos se encontram e compartilham uma mesma primeira apreciação: para todos é um sinal de gravidade.

Andar, ficar em pé, falar

Para os profissionais de saúde das Urgências, a equivalência contrária também vale. A espera à qual estão submetidos os pacientes que chegam e ficam em pé, e os percursos por eles seguidos, revelam a existência da equivalência oposta, a saber: “a pessoa fica em pé (ela anda) = seu caso certamente não é urgente (grave)”. “Andar” e “falar” são sinais que não favorecem um atendimento

rápido. Eles são lidos como indícios de um estado de saúde que “pode esperar”.

Na chegada, os pacientes que apresentam essas características⁹ são encaminhados primeiro para a recepção pelo segurança da entrada; depois, para a sala de espera, pela recepcionista, uma vez a sua ficha preenchida. O que significa que os profissionais, com quem os pacientes estabelecem os primeiros contatos, são dois agentes sem nenhuma formação em saúde: entretanto, são eles que julgam quem pode esperar e que decidem da duração da espera. São os primeiros a interpretar os sinais “ele anda”, “ele fala”, como os indícios de um estado de saúde não preocupante e os médicos (e enfermeiros) compartilham da mesma leitura. Se não fosse o caso, eles não deixariam a primeira avaliação dos pacientes que andam e que falam na mão de não especialistas que julgam por meio de um olhar rápido e superficial e de algumas questões sumárias.

Uma conseqüência problemática dessa segunda equivalência – “a pessoa fica em pé (ela anda) = seu caso certamente não é urgente (grave)” – é que ela desemboca na desconsideração da grande maioria dos casos e, especialmente, dos que são chamados “casos clínicos”¹⁰. De maneira geral, eles suscitam pouca atenção e seu valor mobilizador é baixo. Contudo, da mesma forma que nem toda pessoa desmaiada ou deitada está num estado necessariamente preocupante, nem toda pessoa que fica em pé se encontra necessariamente num estado satisfatório. A diferença, no entanto, é que, no primeiro caso, os pacientes se beneficiam de uma suspeita de gravidade que se traduz rapidamente por uma primeira avaliação clínica que visa justamente a conferir a seriedade (urgência) do seu estado e a necessidade imediata, ou não, de um diagnóstico mais apurado e de uma eventual intervenção; enquanto que, no segundo caso, os pacientes, por não se beneficiarem dessa suspeita, aguardam, até por muito tempo, o momento de serem examinados por um especialista médico, de receberem uma medicação, um alívio qualquer. Ora, durante a espera, seu problema ou seu estado de saúde pode piorar ao ponto de virar uma urgência e mesmo uma emergência. O que, sem ser freqüente, não é, contudo, raro. Além disso, a espera dos pacientes de pé não se justifica de todo pela atividade dos profissionais de saúde, ocupados com casos que seriam mais urgentes e, por isso, prioritários. Muitas vezes, ao contrário, as salas de espera estão cheias, enquanto que médicos, residentes e enfermeiras encontram-se ociosos nas áreas de atendimento médico.

⁹ Com exceção daqueles que se queixam de sintomas geralmente levados a sério por serem considerados como sinais de uma possível emergência: por exemplo, a “dor no peito”, a “falta de ar” e as “dores do parto”, para retomar as expressões comumente utilizadas pelos pacientes.

¹⁰ Isto é, os casos cujo diagnóstico e cura não implicam uma intervenção manual ou instrumental.

A depreciação dos casos clínicos pode ser observada também na ausência reiterada de um médico nas salas ditas de “triagem clínica” infantil e, sobretudo, adulta, do pronto-socorro. São nesses dois recintos que é atendida, segundo a faixa etária, a maior parte dos pacientes classificados como “caso clínico” e considerados como “podendo esperar” pelos seguranças, porteiros e recepcionistas. Na sala de triagem, eles passam por uma primeira consulta feita por um médico. É por esse atendimento que aguarda a maioria das pessoas sentadas na sala de espera e é a partir dele que se vai desenhar, para cada um, o próximo trecho do percurso a seguir. Alguns pacientes são mandados de volta para casa com uma receita na mão; outros ficam no pronto-socorro o tempo de realizar exames solicitados pelo médico (raio-x, por exemplo); outros ainda voltam à sala de espera onde ficam aguardando uma consulta na área de atendimento com um especialista indicado pelo médico da triagem.

Destinada a desafogar o pronto-socorro, a triagem clínica tem igualmente a função declarada de avaliar o nível de gravidade e de urgência dos problemas apresentados, na chegada, pelos pacientes. Ora, muitas vezes, as salas de triagem estão vazias e por muito tempo (de uma a várias horas) enquanto que as fichas dos pacientes, trazidas a intervalos regulares pelas recepcionistas, vão se acumulando nas pequenas caixas de madeira penduradas na entrada dessas salas. A ausência de um profissional de saúde, trabalhando de maneira permanente na triagem clínica, é mais uma observação que, ao lado de outras, comprova o valor mobilizador muito baixo de pacientes que deveriam, em tese, ser examinados por ele. Nenhum dos ditos “casos clínicos” está *a priori* considerado como possivelmente urgente.

Padecer de um problema súbito

De forma geral, constata-se igualmente que é dada mais atenção ao paciente quando seu problema acabou de surgir. As perguntas “desde quando está com essa dor?”, “desde quando você está assim?”, são entre as primeiras feitas aos pacientes pelas recepcionistas no momento de preencher a ficha; pelos médicos e enfermeiros, na hora do atendimento; pelo pessoal das centrais de urgência/emergência, no telefone. Quando a pessoa responde “desde ontem à noite”, “faz uma semana”, “um mês”, muitas vezes, escuta o comentário seguinte: “mas por que você não veio consultar antes?”. E só por ter respondido que seu problema não é de agora, sai da categoria das possíveis urgências ou emergências. Em outros termos, no pronto-socorro – e aqui está uma outra equivalência – mais o problema (o (s) sintoma (s)) é antigo, menos é urgente. N. Dodier e A. Camus (1997: 113) chegam à mesma constatação a partir das observações etnográficas que realizaram no pronto-socorro de um hospital parisiense.

A questão do tempo não é, então, nada acessória, pois, mais o paciente

sofre de um problema antigo, mais tende a esperar sua vez, conforme o seguinte raciocínio: já que o paciente esperou até agora, pode esperar mais um pouco (subentendido que, se fosse urgente, o paciente já estaria morto). Inversamente, mais o problema (os sintomas) do qual se queixa o paciente é recente, mais tende a ser considerado como o sinal de um mal possivelmente urgente. Aliás, “recente” não é bem o adjetivo adequado. Para ser examinado com rapidez, é necessário que o problema tenha acabado de se manifestar. Em outros termos: o que tende a ser considerado como urgente é o que acabou de emergir. A partir daí, não é surpreendente que todo problema de saúde que apresenta um caráter crônico caia *a priori* fora do urgente.

Essa representação do que é urgente ajuda entender por que, nos prontos-socorros, os estados traumáticos são supervalorizados como urgências e, sobretudo, enquanto emergências. Essa superestimação encontra sua raiz na interpretação, afinal, muito literal, do que é uma “emergência” tal como a caracterizam os dicionários brasileiros¹¹; a saber: uma situação ou, ainda, um evento, que surge, manifesta-se, acontece repentinamente. O problema de saúde que apresenta essa característica tende a ser considerado e tratado, *a priori*, como uma emergência, o que é o caso, por excelência, dos estados traumáticos. Voltaremos, mais adiante, a esse fato importante.

A desconsideração pelos problemas/sintomas antigos é notável nas numerosas histórias de pacientes, tidos como “chatos”, contadas por médicos e residentes. Seu conteúdo é variável, mas, no fundo, todas relatam a mesma história: aquela de pessoas que vieram consultar num momento particularmente inoportuno (no meio da noite, um pouco antes da meia-noite, justamente na noite do Ano-Novo, na véspera do Natal, etc.) para um problema que não era novo (por exemplo, um pai que traz sua filha tarde da noite por causa de uma dor de ouvido da qual vem sofrendo há três dias). As histórias contadas para ilustrar as “verdadeiras emergências” são bem diferentes, e relatadas, aliás, com animação: todas dizem respeito a acidentes de carro, de avião, de trem e, para a chegada das vítimas neles envolvidos, não há momentos inoportunos.

Sofrer

Pode-se observar uma relativa indiferença em relação à dor por parte do pessoal médico e não-médicos do pronto-socorro. O sofrimento físico não tem incidência sobre o tempo de espera para um atendimento. A dor não é lida como um sinal de urgência, qualquer que seja, aliás, o comportamento do paciente: quer manifeste sua dor (gritando, chorando, gemendo, contorcendo-se), quer

¹¹ A saber, *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (1986).

fique quieto no seu canto. Segundo as falas desses profissionais, as expressões sonoras e gestuais de sofrimento seriam até sinais de saúde e de vida: um paciente “barulhento” não está tão ruim assim, senão não teria tanta energia. Mas como as observações revelam que sofrer em silêncio também não aumenta o valor mobilizador do paciente, mas até tende a diminuir suas chances de conseguir mais atenção no decorrer da espera, sofrer de forma ostensiva ou discreta dá no mesmo.

Para muitos profissionais de saúde das Urgências, o sofrimento, tanto físico quanto psíquico, remete à esfera psicológica e, por isso, é desacreditado (“é psicológico”), objeto de desconfiança (“o paciente finge”) e de desprezo (“quem grita está ótimo”). Tal observação pode ser estendida a todos os sintomas e problemas que apresentam uma dimensão psicológica explícita (entre os quais, aqueles que entram na categoria dos ditos “casos psiquiátricos”) e, mais ainda, quando se manifestam em mulheres, tidas por muitos, como grandes atrizes. As zombarias e os comentários cúmplices (com conotação geralmente sexual), trocados entre os médicos e, sobretudo, entre os residentes, em relação às mulheres que chegam num estado de grande agitação, testemunham seu descaso, e até seu desprezo, por essas pacientes exageradas que “não têm nada físico”. Bem emblemáticas são, nesse sentido, as diversas denominações que lhes dão, tais como, por exemplo, “SVC” (*Síndrome da Vagina Carente*) e “SPA” (*Síndrome do Pênis Ausente*). O problema dessas mulheres “é a cabeça” e, por isso, não é levado a sério em termos de gravidade e de urgência: o corpo físico não está explicitamente comprometido, nem as ditas “funções vitais”¹².

Entre as dores, uma é figura de exceção, sobretudo se é recente: a “dor no peito”. Ela confere ao paciente um alto valor mobilizador, pois pode ser o sinal de um enfarte que, entre os “casos clínicos”, é considerado como a emergência por excelência. Inclusive, certos pacientes que sabem do valor dado a essa dor, se queixam desse sintoma no intuito de apressar o atendimento.

Estar com trauma físico

Os estados de saúde, que têm e, de longe, o maior valor mobilizador, são os estados traumáticos (ou provavelmente traumáticos) que apresentam sinais imediatamente perceptíveis e impressionantes, tais como sangue, perda da consciência, feridas e fraturas visíveis. Resultam de acidentes diversos, tais como os de trânsito, atropelamentos, quedas, acidentes do trabalho.

Nas vítimas de acidentes, suspeita-se sempre a existência de possíveis traumas, isto é, de problemas causados de forma súbita por um agente físico

¹² Isto é, as funções cerebrais, respiratórias e circulatórias.

exterior, em particular por um choque violento. Para os médicos, importa identificar e avaliar rapidamente do que sofrem. Por isso, esses pacientes são atendidos com pressa na medida em que apresentam um ou vários dos sinais visíveis citados acima e, sobretudo, a perda de consciência. Consideradas e tratadas *a priori* como prováveis urgências ou emergências, as vítimas de acidentes beneficiam-se de uma presunção de gravidade que não suscitam os outros pacientes.

Entre os problemas de saúde decorrentes de choques físicos, ainda existe uma gradação entre os mais e menos mobilizadores. Os mais valorizados são os que ocorrem em consequência de acidentes com suspeita de politraumatismo, como é o caso dos acidentes que acontecem na estrada ou que envolvem veículos de transporte. Emergências por excelência, esses estados (provavelmente) traumáticos, também chamados pelos médicos de “emergências cirúrgicas”, são, de longe, os mais espetaculares. São eles que os profissionais de saúde citam, de forma sistemática e espontânea, quando procuram definir ou ilustrar o que é uma emergência; são igualmente esses casos que os médicos e os residentes, que afirmam gostar de trabalhar na urgência/emergência, também dizem preferir atender. Além do mais, as vítimas de acidentes são, frequentemente, levadas ao pronto-socorro pelos bombeiros, e esse meio de transporte também possui um impacto positivo na mobilização da equipe médica e na rapidez do atendimento.

Afinal, se as vítimas de acidente aparecem como emergências por excelência, é porque, e na medida em que, juntam todos os grandes sinais que têm um forte poder mobilizador dentro das representações biomédicas da urgência/emergência: estar desmaiado; deitado; chegar na viatura do resgate; estar com um problema que acabou de acontecer e que engaja explicitamente o corpo devido a choques com coisas materiais. A essas características, há de acrescentar outra importante: a presença de sinais visíveis e impressionantes no paciente, como sangue, feridas, fraturas expostas, etc. E não apenas isso: o caráter igualmente muito visível e impressionante da situação que deu origem aos (possíveis) problemas dos pacientes, isto é, o próprio acidente, cujo aspecto espetacular aumenta ainda o caráter emergencial do estado de saúde da vítima.

Conclusão

Pode-se concluir que as urgências dos prontos-socorros e dos médicos, e mais ainda as emergências, são representadas e identificadas de acordo com as características gerais dos problemas de saúde decorrentes de choques físicos e com o tipo de situação que os provoca: os acidentes. Praticamente, é como se existisse e se concretizasse a seguinte equivalência: “emergências = casos traumáticos”, isto é, casos pelos quais se considera, na hora, a necessidade de uma intervenção cirúrgica. A identificação da emergência com a necessidade de uma

operação imediata é, aliás, bem resumida e explicitada por uma frase, ouvida várias vezes da própria boca dos profissionais de saúde: “é emergência porque vai para a cirurgia”.

Ora, os estados de saúde da imensa maioria das pessoas que vão para o pronto-socorro não apresentam os caracteres de uma emergência, pensada a partir dos estados traumáticos oriundos de acidentes. Não sendo necessariamente menos graves do que os dos acidentados, seus problemas apresentam sinais geralmente mais discretos: suas manifestações físicas são menos diretamente visíveis e espetaculares; suas causas menos impressionantes e brutais. Por se afastarem dos sinais mobilizadores que fazem sentido dentro das representações biomédicas de urgência/emergência, esses casos não são valorizados como urgentes e tendem a se fundir na categoria dos problemas que “podem esperar”: categoria vasta, em que, afinal, revela-se bastante difícil presenciar e distinguir, em contexto, aquilo que pode esperar menos daquilo que pode esperar mais.

Como todo trabalhador, os profissionais de saúde dos prontos-socorros têm sua idéia dos pedidos que convêm a seu posto de trabalho e tendem a considerar como legítimas as demandas inscritas no que estimam ser seu campo de atividade e como ilegítimas aquelas que se inscrevem fora dele. Para eles, os casos cirúrgicos representam de longe as urgências mais legítimas (são as urgências por excelência, aquelas que merecem o nome de emergências), enquanto os casos clínicos são urgências já menos legítimas (são apenas urgências). Quanto aos casos psiquiátricos, são comumente percebidos como ilegítimos, isto é, como não urgentes.

Referências

- GIGLIO-JACQUEMOT, A. (2005). *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. (2000). “Qu’est-ce qu’une urgence? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l’urgence médicale”. In: BARNABÉ, J., BONNIOL, J.L., CONFIANT R., L’ETANG G. (dir.). *Au visiteur lumineux – Des îles créoles aux sociétés plurielles. Mélanges offerts à Jean Benoist*. Petit-Bourg (France): Ibis Rouge Editions.
- DODIER, N. & CAMUS, A. (1997). “L’hospitalité de l’hôpital: l’accueil et le tri des patients aux urgences médicales”. In: *Communications*, 65, pp. 109-119.
- FERREIRA, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- ROTH, J. (1972). “Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service”. In: *American Journal of Sociology*, 77(5), pp. 839 - 856.

RESUMO

A presunção de urgência e seus índices nas apreciações dos profissionais de saúde do Pronto-Socorro de um hospital universitário brasileiro

Nos prontos-socorros, os profissionais médicos (e não-médicos) manifestam uma atenção diferenciada em relação aos pacientes. Estes últimos possuem uma força mobilizadora mais ou menos grande que se traduz, concretamente, pelo lugar que lhes é atribuído na hierarquia e na ordem das prioridades: entre os extremos, há os pacientes que são imediatamente atendidos e os que esperam até desanimarem. Quais são os sinais imediatos – detectáveis ou não no paciente - que suscitam uma forte (ou fraca) mobilização da parte dos médicos, participando assim (ou fazendo de imediato obstáculo) da valorização de um estado de saúde como “urgente”? E a que ordens de avaliação pertencem tais índices? Através das respostas que fornecerei a estas interrogações, é a concepção biomédica da urgência que procurarei apreender, partindo aqui não das definições biomédicas ou ainda dos discursos normativos dos médicos sobre a urgência médica, proferidos fora de contexto, mas sim da observação dos comportamentos tais como se manifestam e se dão a ver.

Palavras-chave: Antropologia da saúde; percepção social e profissional do doente; serviço de saúde.

RÉSUMÉ

la présomption d'urgence dans les appréciations des professionnels de la santé des prontos-socorros

Dans les services d'urgences, le personnel médical (et non médical) réagit par une attention différenciée selon les patients. Ces derniers possèdent une force mobilisatrice plus ou moins grande qui se traduit de manière concrète par la place qui leur est attribuée dans la hiérarchie et l'ordre des priorités : aux deux extrêmes, il y a les patients qui sont immédiatement pris en charge et ceux qui attendent jusqu'au découragement. Quels sont les signes immédiats qui suscitent une forte (ou faible) mobilisation de la part des médecins et participent ainsi (ou font d'emblée obstacle) à la valorisation d'un état de santé comme urgent ? Et de quels ordres d'appréciation relèvent ces indices ? A travers les éléments de réponse que j'apporterai à ces interrogations, c'est la conception biomédicale de l'urgence que je chercherai plus largement à appréhender en partant ici, non pas des définitions savantes de l'urgence médicale ou encore des discours normatifs des médecins sur l'urgence, mais des comportements tels qu'ils se manifestent et se donnent à observer en situation.

Mots-clé: Anthropologie de la santé; perception sociale et professionnelle du malade; service d'urgence.

Recebido para apreciação: março de 2005

Aprovado para publicação: julho de 2005