

Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências

Neither ill, nor victim: the self-injury in the emergency care

Rosana Machin¹

Abstract *This paper shows concepts and practices of health professionals regarding cases of self-injury. It is problematized the existent gap between professionals training based in the biomedical model and practices, in which are presented dimension not considered for biomedicine. The empiric reference is a public emergency hospital in the city of São Paulo. The qualitative nature study was developed by observing attendances, consults to medical records and interviews with health professionals. The underlying question is related to intelligibility model of the illness, based in the body as a privileged locus of care, and illness as accidental event. Contradictively, self-injury situations (suicide attempts, drug and alcohol abuse) are analyzed as intentionally events, consequence of a choice, implicating no identification of their authors as patients or victims of care.*

Key words *Self-injury, Suicide, Biomedicine, Health practices, Violence and health*

Resumo *Este artigo aborda as concepções e práticas de profissionais de saúde relativas aos casos de “lesões autoprovocadas”. Problematiza-se o hiato existente entre sua formação profissional baseada no modelo biomédico e suas práticas de trabalho, nas quais estão presentes dimensões não contempladas pela biomedicina. A referência empírica da pesquisa é um hospital público de emergências na cidade de São Paulo. O estudo de natureza qualitativa foi desenvolvido por meio de observação dos atendimentos, consulta a prontuários médicos e entrevistas com profissionais de saúde. A questão que emerge diz respeito ao modelo de inteligibilidade da doença, baseado no corpo como locus privilegiado do cuidado, e a doença como um evento de caráter fortuito ou acidental. Contrariamente, as situações de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio, abuso de drogas e álcool) são abordadas como eventos carregados de intencionalidade, resultantes de uma escolha, de uma opção, o que acarreta a não identificação de seus autores como doentes ou vítimas a demandar cuidados.*

Palavras-chave *Lesões autoprovocadas, Suicídio, Biomedicina, Práticas de saúde, Violência e saúde*

¹ Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Av. Almirante Saldanha da Gama 89, Ponta da Praia, 11030-400 Santos SP. rosana.machin@gmail.com

Introdução

A primeira idéia que costuma estar associada às lesões autoprovocadas é a de suicídio ou tentativa de suicídio. Há, contudo, várias outras situações que podem ser descritas como intencionais e auto-destrutivas ou auto-agressivas em manifestações individuais, como automedicação, abuso de drogas e/ou álcool¹.

As pessoas podem buscar causar dano pessoal intencional a si mesmas por variadas razões. Quando o protagonista morre, o ato de destruição pessoal intencional é definido como suicídio. Quando a pessoa continua viva após um ato autodestrutivo, a tendência é falarmos em tentativa de suicídio. A questão subjacente diz respeito às dificuldades de se determinar a efetiva intenção de morte envolvida em muitos comportamentos^{1,2}. Ou seja, diz respeito à relação existente entre intencionalidade e resultado. Uma pessoa que tenta o suicídio pode não querer morrer, e sim ter o desejo de superar uma situação de sofrimento percebida como insuportável.

Os problemas associados à determinação da intencionalidade dos atos autodestrutivos revelam as limitações dos dados e registros oficiais sobre essas práticas³. Segundo Cassorla, em revisão de literatura referente a suicídios, os dados relativos a suicídios exitosos e tentativas de suicídio indicam que não se trata apenas de atos diferentes, considerando as características das populações envolvidas, mas igualmente os conflitos relacionados são de outra natureza e sua averiguação torna-se muito difícil⁴.

Estas dificuldades levaram a Organização Mundial de Saúde⁵, no Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde, a adotar a terminologia de comportamento suicida mortal baseado no resultado para os atos que ocasionaram a morte e o termo comportamento suicida não mortal ou intenção de suicídio ou parasuicídio ou dano auto-infligido deliberado para as ações suicidas que não provoquem a morte. Utiliza-se também o termo de ideação suicida, quando se identificam pensamentos com diversos graus de intensidade e elaboração relativos ao suicídio.

O aspecto da intencionalidade está presente na própria definição de violência da OMS⁵, que é bastante ampla. A violência é concebida como o uso intencional da força física ou poder, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, excluindo, portanto, as situações não intencionais acidentais como acidentes de tráfego. O capítulo sobre violência contra si mesmo chama a atenção para as necessárias precauções em relação ao uso dos registros, seja lembrando que esses dados são

um produto final de uma cadeia de informantes (aqueles que acham o corpo ou buscam por atendimento, membros da família, médicos, legistas, polícia, corpo de bombeiros), seja considerando a intenção das pessoas de deliberadamente fazerem o ato parecer um acidente no intuito de esconder ou negar um fato que causa vergonha, embaraço ou culpa.

O objetivo deste artigo não é discutir as intenções envolvidas nos atos autoprovocados, mas considerar a maneira como essas situações mobilizam concepções e práticas dos profissionais de saúde nos atendimentos em situações de emergência.

A questão de ordem teórica é a relação do modelo biomédico com as práticas de saúde nas quais estão presentes concepções sobre corpo, saúde e doença, informadas por outras referências científicas e culturais distintas da biomedicina ou medicina ocidental contemporânea⁶, compreendida como o conjunto de conhecimentos e práticas hegemônicas no campo da saúde. Segundo Paul⁷, há um hiato entre as concepções médicas, baseadas no modelo biomédico, e as práticas de saúde, que se transforma em problema a partir da indagação sobre o quê, como e quanto do conhecimento adquirido põe-se em prática no ato médico, ou ato de intervenção médica sobre o corpo. A pergunta correlata, então, é: como os profissionais de saúde lidam com situações que não remetem, de imediato, a esse modelo biomédico de inteligibilidade da doença? Como tratam os corpos feridos por atos considerados autoprovocados, identificando com seu objeto, a doença?

Há um outro aspecto importante que permeia a formação desses profissionais. Trata-se da identificação de sua prática com uma batalha contra a doença, a morte. O profissional de saúde é preparado para uma busca individual ou coletiva baseada em salvar vidas, procurar a cura, minorar o sofrimento e, nesse sentido, as situações de desejo de morte, os atos autodestrutivos e as tentativas de suicídio são vivenciadas com muita dificuldade por abalar uma formação baseada na racionalidade médica ocidental sempre referida às doenças.

Essas questões acerca do atendimento em saúde a corpos feridos por atos autoprovocados emergiram de pesquisa em desenvolvimento em um hospital público de emergências, na cidade de São Paulo. A investigação abordou os profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros, por serem esses profissionais os agentes diretos do discurso e das práticas biomédicas, num contexto específico cujo atendimento está voltado à ocorrência de violências e lesões autoprovocadas.

A ênfase nos profissionais de saúde baseia-se

também no fato do atendimento à saúde ser considerado numa perspectiva relacional, na medida em que estão em jogo sujeitos culturais distintos – médico e paciente – a partir dos quais se nomeiam as lesões autoprovocadas e o atendimento que a elas corresponde. Nessa perspectiva, é importante analisar o contexto no qual os atendimentos são configurados de acordo com as regras do espaço social no qual se manifestam⁸.

Foucault⁹ e Clavreul¹⁰ já haviam afirmado o quanto a medicina destitui não apenas o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua subjetividade, mas destitui igualmente o médico de sua posição subjetiva ao estruturar-se a partir de proposições norteadoras que valorizam a objetividade. Nesse sentido, o atendimento à saúde é abordado como uma construção que expressa seja dificuldades produzidas por obstáculos próprios ao saber médico ocidental, seja formulações e valores sociais sobre o que são atos intencionais e autoprovocados, que transcendem a área da saúde e influenciam de maneira decisiva suas ações^{11,12}.

Metodologia

A pesquisa consistiu em uma etnografia, com os procedimentos que acompanham este método: levantamento de documentos, observação, entrevistas. O atendimento de emergência é organizado por plantões divididos em sete equipes diferentes, que se alternam. A composição das equipes era semelhante quanto às especialidades, equivalendo-se nos atendimentos. Focalizaram-se equipes médicas em diferentes dias, acompanhando-as tanto no plantão diário como no noturno, com uma equipe composta por duas pesquisadoras e oito auxiliares de pesquisa.

No que se refere à observação do atendimento na emergência, adotaram-se os seguintes procedimentos: observação da forma como são feitos os registros na entrada do pronto-socorro; observação de como são recebidos e encaminhados os pacientes que chegam à emergência; observação do atendimento na emergência. Quanto aos registros hospitalares, foram analisados 126 prontuários relativos aos casos de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio e de aborto, abuso de drogas e automedicação) atendidas no ano de 2004. Nesse contexto, considerou-se como lesões autoprovocadas aquelas definidas pela classificação do serviço. A análise baseou-se nas informações relativas ao caso (como chegou, trazido por quem, em que situação), na equipe mobilizada para atendimento e no diagnóstico, enfocando o aspecto qualitativo do registro.

Para as entrevistas, foram selecionados profissionais segundo distintas categorias profissionais e especialidades, particularmente, aqueles que atendem casos de violência e lesões autoprovocadas; por setor de atividade (emergência, pronto-socorro e internação) e profissionais em cargos de direção. Realizaram-se entrevistas com: (6) profissionais em cargos de direção, (2) assistentes sociais, (2) auxiliares de enfermagem, (1) enfermeiro, (11) médicos de distintas especialidades e (1) psicólogo.

Os dados da observação, dos registros hospitalares e das entrevistas foram sistematizados e trabalhados de forma articulada. Procedeu-se à leitura flutuante do material coletado, buscando os sentidos tanto no discurso manifesto, quanto no latente, nas diversas formas de linguagem que a pesquisa procurou investigar. Em seguida, destacaram-se as questões relevantes como dado bruto, trabalhando-as e lapidando-as como problemas relativos ao tema da investigação.

O objetivo foi, então, analisar a própria construção do problema no campo da saúde, observando e escutando os agentes do “cuidado”, considerando o atendimento em saúde como uma relação entre sujeitos sociais e culturais, dentro de um contexto dado, que dá significado aos fatos vividos.

Violências e causas externas

Na área da saúde, a temática da violência é introduzida pela epidemiologia, sobretudo pela mudança, ocorrida nas últimas décadas, em que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias são suplantadas pelas mortes por causas violentas, ao lado do maior controle médico das doenças infecto-contagiosas¹³. As mortes por violência estão incluídas na Classificação Internacional de Doenças (CID 10 – Capítulo XX), no grupo causas externas, que engloba acidentes de trânsito, homicídios (sob o título genérico de agressões), suicídios (sob o título lesões autoprovocadas intencionalmente), ignorados (eventos cuja intenção é indeterminada) e as demais mortes foram englobadas no grupo dos demais acidentes¹⁴.

O uso da categoria causas externas para o estudo e dimensionamento da violência é difícil, já que sua operacionalização se faz “apenas por meio dos efeitos que se apresentam sobre as pessoas atingidas por lesões e mortes”¹³. A categoria apresenta problemas, sobretudo quando se trata de decidir a intencionalidade ou direcionalidade dos eventos. Um acidente de trânsito, um afogamento, uma queda pode ter uma tentativa de suicídio ou homicídio associada. Assim, muitas mortes por

causas violentas podem ser incorretamente classificadas como não intencionais ou acidentais.

A relação entre suicídios e mortes aparentemente acidentais ou homicídios é tema tratado desde a abordagem clássica do suicídio por Durkheim¹⁵ e permanece como objeto de investigação²⁻⁴ de diversas áreas do conhecimento, indicando mecanismos de complementaridade ou de antagonismo em contextos sociais diferenciados. Segundo Cassorla⁴, há um “interjogo” complexo que articula o mundo externo e interno no campo das situações autodestrutivas ou infligidas. Nesse sentido, preconiza uma postura epistemológica que rompa com métodos positivistas e amplie a compreensão desse fenômeno.

No âmbito das ciências sociais, o estudo de Durkheim¹⁵ considera que ele está associado a fatos sociais que transcendem a esfera pessoal. Ele estabelece a compreensão de que um evento que parecia depender unicamente de fatores individuais e psicológicos poderia expressar dissoluções na solidariedade social. A questão subjacente, portanto, é que relações podem ser estabelecidas entre as formas de vida social e os atos individuais voltados para abandoná-la.

Marx¹⁶, em estudo sobre o suicídio, parte do livro de memórias de Jaques Peuchet sobre seu trabalho como conservador dos arquivos da polícia de Paris, no período de 1814-1827. Neste ensaio, o suicídio é tratado na perspectiva de uma crítica às injustiças sociais presentes na sociedade burguesa, em que as principais vítimas retratadas são as mulheres levadas ao suicídio pela opressão do poder masculino. Os eventos são entendidos como um sintoma da organização da sociedade, como produto de suas contradições, fazendo parte de sua natureza “as sociedades não geram todas, portanto, os mesmos produtos”.

Antes do século XIX, o suicídio era abordado como uma questão filosófica. É a partir do estudo de Durkheim que ele se constitui como um problema social. A abordagem do suicídio como fenômeno social, integrando-o aos elementos de análise da conduta humana, também pode ser observado no campo da psicologia, como no trabalho de Adler¹⁷.

Em determinadas sociedades tribais ou orientais, o ato do suicídio não apresenta conotação negativa e, é, muitas vezes, visto como um ato de coragem, de honra, que permite ao indivíduo uma reabilitação frente ao grupo¹⁷⁻¹⁹.

O lugar que a sociedade atribui à vida e a morte varia muito de cultura para cultura e o avanço da medicina foi um importante fator no reconhecimento da vida como um valor positivo, com a

correspondente visão da morte como uma incapacidade do homem em controlar a natureza. O próprio ato da morte saiu, digamos, da esfera privada, da casa, onde se dava entre familiares e amigos, e passa a ocorrer no espaço hospitalar, deixando de ser um evento público²⁰.

Os caminhos do atendimento

O atendimento na emergência é organizado por plantões, divididos em sete equipes diferentes; no entanto, há profissionais que trabalham com contrato de diaristas. O regime de trabalho na equipe de enfermagem também segue o sistema de plantões, mas as escalas são organizadas de maneira diferente das médicas. O turno de cada equipe corresponde a um plantão diário e outro noturno, em dias distintos. Nesse sentido, a descontinuidade no contato com o paciente é definida como uma característica do trabalho na emergência⁸.

Nos casos relacionados à violência, a atribuição médica está referida aos procedimentos para cuidar do corpo ferido, como curativos, analgesia, suturas, cirurgia. As situações de violência ou suspeita de violência, particularmente quando o paciente se reconhece como vítima, que não dizem respeito mais ao corpo ferido em sua aceção biológica, são encaminhadas aos profissionais identificados pelo binômio “psicossocial” – as psicólogas e assistentes sociais.

No discurso médico, violência não se confunde com aqueles casos classificados como agressões nos protocolos da área da saúde em geral, que seguem a CID -10, o que evidentemente coloca o problema, em si, da lógica de construção desta classificação. Assim, violência está identificada principalmente com violência doméstica e familiar e numa caracterização correspondente à própria entrada do tema da violência no campo da saúde, pela ação de movimentos sociais pelos direitos das mulheres, das crianças e adolescentes, que denunciaram as violências sofridas, impulsionando políticas públicas voltadas para esses segmentos sociais. Nesse sentido, há uma tendência de reconhecer alguma fragilidade, previamente definida, na figura daquele passível de sofrer um ato violento: mulher, criança e idoso, colaborando para que ocorra uma cristalização do lugar de “vítima”¹¹.

Quando um usuário chega ao hospital desatendido, com perda de sangue, trazido por ambulância, polícia ou corpo de bombeiros, têm nítida prioridade no atendimento, por serem essas situações consideradas pelos profissionais de saúde como a razão de ser da emergência²¹. Nesses con-

textos, o usuário vai diretamente para a sala de emergência e é acionada a equipe de acordo com o tipo de lesão apresentada.

Nos casos de lesões autoprovocadas identificadas com algum tipo de suspeita de exposição ou ingestão de substâncias, a equipe médica responsável pelos casos de intoxicações é acionada. Esta equipe responde pelo atendimento na emergência e UTI (unidade de terapia intensiva) até que o usuário obtenha alta do quadro relativo à intoxicação quando, então, é encaminhado à continuidade do cuidado hospitalar. **A própria funcionária da recepção, quando faz ficha, a família já diz “usou cocaína e tá ali deitado no banco”. A funcionária da recepção liga e fala “ó, tá entrando uma cocaína”** (médica).

Essa situação implica uma necessária colaboração entre as equipes. Os primeiros a receber o caso devem identificar por meio de sinais, informações trazidas pelo acompanhante ou serviço de resgate (bombeiros, polícia), o tipo de lesão, substância ingerida, quantidade, tempo decorrido entre ingestão e chegada ao atendimento. Tais informações são muito importantes para o estabelecimento de uma classificação do caso e correspondente envolvimento dos profissionais no atendimento.

Algumas situações estão baseadas no estabelecimento de alguns “acordos” entre as equipes médicas. Nos casos de alcoolismo, por exemplo, a equipe que atende as intoxicações deve ser acionada. No entanto, segundo relatado por profissionais dessa equipe, os profissionais da emergência **“não vão nos acionar por qualquer bêbado que chega na emergência, e chegam muitos”**. Assim, os profissionais só são acionados quando da chegada de um paciente considerado em estado grave.

Não sei o quanto entra, eu sei quando a gente é acionado. Quando a gente é acionado não é para ver um bêbado que entrou lá no Hospital e você vai mandar ele embora, né. Você sai para ver uma intoxicação alcoólica aguda que está grave (médico).

Essa situação, certamente, implica uma subnotificação dos casos, reconhecida pelos próprios profissionais: **“eu tenho certeza, no ambiente do hospital, casos de alcoolismo são subnotificados”**.

Classificando as lesões autoprovocadas

A questão da identificação da intencionalidade do ato, nos casos relativos a causas externas, é muito difícil de ser dimensionada, como já mencionado, na medida em que diz respeito à recomposição de uma situação já acontecida. A fala dos profissionais de saúde é reveladora desses problemas e mostra não haver consensos relativos, particular-

mente, às tentativas de suicídio e automedicação. Há profissionais que consideram a quantidade de produto ingerido como um elemento importante para definir a intenção. **Baseio-me pela quantidade da substância ingerida** (médico).

Outros apontam a necessidade de considerar o contexto e os vários elementos envolvidos “na cena” para estabelecer o diagnóstico.

Se foi accidental, primeiro, vai depender da situação onde está a criança, o adolescente ou o adulto. Vai depender da quantidade que foi ingerida, de como é aquela pessoa, onde ela está ou o que ela estava fazendo, da informação das outras pessoas que estão acompanhando, do que for encontrado ou foi encontrado do lado daquela pessoa, o que ela estava fazendo antes daquilo (médica).

Quanto às razões alegadas pelo paciente ou acompanhantes, **Não, não. Isso vem sempre muito disfarçado. É o que eu te falei: a gente não pode acreditar na história que vem. “Ai, tava com uma dor de cabeça, tomei o remédio e passei mal.” “Quantos?” “Vinte”. E eu sempre questiono: “que raio de dor de cabeça que é essa?” Será que é uma enxaqueca mesmo que está mal tratada com o remédio errado e intoxicou ou será que não existe a dor de cabeça, “e eu vou tomando, vou tomando, vou tomando, quem sabe a minha cabeça some, né?”** (médico).

A questão da intencionalidade é importante, nesses contextos, já que a dificuldade de atender ou acolher uma situação identificada com um ato auto-infligido ou autoprovocado pressupõe um reconhecimento prévio de tratar-se desse tipo de evento e não de um fato accidental.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, notou-se a importância da coleta de dados e do registro das informações para o atendimento inicial do paciente e o que a ele se segue implicando, também, diretamente na classificação do caso. Os profissionais ressaltam a importância de algum informante auxiliar na coleta de informações nos casos de intoxicações. Nessas situações, contrariamente a outros contextos de atendimento em saúde, quando a fala dos usuários é pouco valorizada, há uma legitimidade da narrativa trazida pelos pacientes e seus acompanhantes para que se possa (re)construir os eventos e definir um procedimento a ser adotado. Há uma valorização das histórias para a ação médica.

É, na verdade, a gente conversa. Na intoxicação a gente não pode inventar. A gente não tem como inventar uma intoxicação. A intoxicação tem uma história, alguém tem que passar essas informações pra gente ou o paciente, ou os familiares. Mas, alguém fala “ele não estava bem, ele brigou em casa com os pais, com a mulher, com o filho, foi encontrado na rua”. Essa primeira história não impede que

“você já vá dando o atendimento, enquanto você vai pegando a história. Então, a pessoa que tem a informação não vai ficar publicando. Porque tentativa de suicídio dá um pouco de vergonha, um pouco de pudor; às vezes quando é irmão, esposa, ou o contrário, marido, aí quando você vai lá fora e pergunta ‘tem alguma coisa pra contar?’ – ‘tenho’. Então, na grande maioria das vezes, a gente chega no diagnóstico clínico sem muitas dificuldades, tudo dependendo de um pouco de tempo na conversa com alguém que está lá ou com o paciente, se ele tem condição de falar e daí você age, né. Esse primeiro atendimento é importantíssimo (médica).

Um dos critérios que permite definir também uma tentativa de suicídio é o de reincidência: ***“ele já tentou suicídio, deve ter tentado de novo”***. Assim, o fato de um paciente chegar à emergência e apresentar uma história progressiva de tentativa de suicídio pode guiar o atendimento realizado.

Quanto aos casos de tentativa de aborto, por exemplo, localizamos casos que foram classificados como de tentativas de suicídio por ter havido ingestão excessiva de medicamentos. Houve menção nos próprios registros dos profissionais médicos e de psicologia da intenção de aborto revelada pelas usuárias; contudo, o diagnóstico inicial de tentativa de suicídio não foi alterado. Nessas situações, igualmente a narrativa do usuário ou de seu acompanhante é importante para os procedimentos ou mesmo para a classificação do caso. Como relata uma médica, espera-se que a paciente denuncie sua intenção de provocar o aborto, ou mesmo, de informar estar grávida durante a coleta dos dados.

“Às vezes, a pessoa verbaliza, quando é só uma questão de querer fazer o aborto. Não tem outro jeito de saber isso. Vai depender do que ela falar; se ela queria se matar ou tentar o aborto. O médico, no momento do atendimento, não faz nenhum outro procedimento criminal com menção a isso. Ele atende e registra. É isso que a gente faz (médico).

Os casos atendidos na emergência recebem, inicialmente, um diagnóstico que pode ser alterado em face do desenvolvimento e conhecimento da situação, particularmente, quando o paciente é encaminhado à internação. A ficha de atendimento é, posteriormente, processada pelo serviço responsável pelo arquivo médico, em que se classifica o atendimento registrando o código corresponde da CID, a partir do diagnóstico presente no prontuário médico. Quando o usuário só permanece na emergência (até três dias), os registros, em regra, revelaram-se deficientes, dificultando a recomposição dos contextos e profissionais envolvidos no atendimento.

A CID é um grande catálogo que organiza a distribuição de doenças em diversos agrupamentos baseados em critérios de ordenamento bastante distintos. Assim, há capítulos cuja divisão está baseada na anatomoclínica, caso das neoplasias, e outros na natureza etiológica (doenças infecciosas e parasitárias). No caso do capítulo relativo às causas externas, englobam-se eventos muitos diferenciados, (queda, queimadura, acidente de motocicleta, atropelamento), como também as consequências destes (traumatismos, sequelas de traumatismos), dando margem ao estabelecimento de várias inconsistências⁶.

A 10^a revisão da CID ampliou o número de categorias para descrever as doenças e os eventos, passando de 192 categorias (9^a revisão) para 373 categorias, expandindo todos os capítulos¹³. Ainda que a nova revisão tenha aumentado as possibilidades de classificação dos eventos, é, muitas vezes, dispensável detalhar os casos. Nesse sentido, para os casos de mortalidade, seria importante conhecer o ponto inicial relativo à cadeia de eventos que conduziu à morte. Já no caso das morbidades, importa saber a natureza da lesão e o tipo de causa externa.

Quando o usuário não é vítima, nem doente

No discurso médico sobre o trabalho na emergência, sobressai o caráter de um momento mágico em que todos convergem, baseados nos procedimentos técnicos necessários para lidar com o risco de vida, conforme abordado por Sarti⁸. Os profissionais chegam a expressar ser indiferente ao tratamento a razão pela qual o paciente precisa de atendimento. A ênfase está no procedimento, no trabalho como técnica voltada para um corpo que necessita de intervenção. A idéia é de uma intervenção técnica sobre a doença, como objeto com existência autônoma e universal, que independe das circunstâncias⁶. Sobressai a concepção de doença conforme abordada por Canguilhem²², como uma entidade, independente do doente, num referencial que se encontra implícito e não claramente enunciado.

“Doença é aquilo que se vê”. Essa afirmação, contudo, vinda da psiquiatra, refere que os médicos da área clínica ou cirúrgica não consideram as perturbações mentais como doença e, por esta razão, “os pacientes psiquiátricos não são levados a sério”⁸.

A idéia de que os profissionais de saúde se orientam por princípios éticos, conceitos universalmente reconhecidos e protocolos referenciados internacionalmente é continuamente confrontada

por situações concretas, nas quais estão envolvidos sujeitos específicos com seus valores e suas crenças. A esse respeito, um médico cirurgião do hospital mencionou seus receios.

Tem que atender sem saber da história ou circunstância. Nesse sentido, é melhor não saber a história, é uma defesa, uma proteção. Saber da história pode afetar o atendimento, é melhor não correr esse risco.

Os riscos apontados pelo cirurgião são enfrentados, cotidianamente, pelos profissionais e foram relatados vários incômodos em face de atender determinados sujeitos concretos. ***Bêbado é o único paciente que incomoda, que me incomoda tratar; atrapalha, traz problema, problema que ele mesmo criou*** (cirurgião).

Assim, as agressões autoprovocadas são identificadas com ações relacionadas à introdução de elementos externos à lógica do adoecer baseada no conhecimento biomédico e, nesse sentido, desencadeadoras de situações, que “naturalmente” poderiam não necessitar de atendimento médico hospitalar.

Eles têm muita dificuldade, eles sempre acham que quem tentou o suicídio não quer viver e o que chegou do lado, baleado, acidentado, quer viver; ou seja, “O acidentado merece atenção. O paciente da tentativa de suicídio não”. Qualquer um que tentou alguma coisa. O atentado à vida. Drogas de abuso, o atendimento é desse nível também. Então dizem “ele quer morrer, não precisa ter essa correria que a senhora quer que tenha”. “Ah, não quer viver, não, fica usando aí, cocaína direto”. E eles falam isso pro paciente. Às vezes, o atendimento piora porque eles falam isso, né. Estão passando a sonda e falam “fica direitinho senão a gente vai te amarrar, porque a gente já tem um monte de trabalho e você veio pra cá pra dar mais trabalho pra gente” (médica).

A classificação de um ato como autoprovocado (tentativas de suicídio, abuso de álcool, drogas ou medicação) acarreta implicações no atendimento, apontando para uma inelegibilidade do fenômeno, que coloca em questão alguns preceitos do modelo biomédico nas formas de gestão da vida¹. ***O atendimento a um paciente de tentativa de suicídio é um atendimento que tem que ser feito mesmo “nas coxas”, né, como se diz, “não precisa se esmerar”, ele não quer viver*** (médica).

Ainda que a idéia de resistência a atender certos pacientes seja referida sempre a “outros” e nunca explicitado como opinião própria, o cuidado a um ato autoprovocado é questionado, já que não se trata de cuidar de uma vítima ou mesmo de lidar com um corpo doente. A intencionalidade manifesta por estes atos abala a noção de cuidado a um ser fragilizado. Nesses contextos, o cuidado é subs-

tituído, muitas vezes, pela negativa em cuidar, por imprimir sofrimento e dor ou mesmo punir os usuários. Na observação realizada na pesquisa de campo dos atendimentos na emergência, registrou-se a situação de uma adolescente que se apresentava intoxicada e era submetida a um processo de lavagem estomacal, feito através de uma sonda nasogástrica. Esse procedimento era realizado em um banco de espera, localizado na parte intermediária da sala de emergências. A enfermeira responsável alegou que tal procedimento ocorria naquele local por falta de leitos. Logo em seguida chega uma maca, que acomoda uma outra paciente.

Existem alguns casos de maior preconceito por parte dos profissionais da emergência no atendimento: tentativas de suicídio – exceto quando cometidos por mulheres em depressão pós-parto –, pacientes HIV positivos e alcoólatras (enfermeira).

O discurso da enfermeira sobre o trabalho na emergência sintetiza a idéia de que haveria situações em que um ato classificado como reprovável (tentativa de suicídio) poderia ser reavaliado em razão de uma circunstância reconhecida como legítima aos olhos do profissional – uma mulher em depressão pós-parto.

Eu tive na semana passada, discuti com a enfermagem, que não estava atendendo da maneira que eu estava orientando, estavam passando uma sonda com o paciente sentado, falei “alguém já passou sonda em você?”, “Deus me livre”, disse ela. Sabe o que é passar uma sonda sentada? Incomoda. Então, deita o paciente, põe em decúbito lateral esquerdo, passa a sonda como se manda passar (médica).

Giglio-Jacquemot²¹, em estudo sobre atendimentos em urgências e emergências na perspectiva de profissionais de saúde e usuários, também observa que algumas categorias de pacientes sofrem desprezo quando não são tratados com indiferença ou agressividade, na medida em que a situação que os leva a buscar o serviço é vista como resultado de uma escolha, uma opção. Eles não são identificados como doentes. Suas atitudes os levaram a serem viciados e, nesse sentido, atrapalham o atendimento daqueles pacientes que, efetivamente, merecem atenção e cuidado. A autora revela haver cumplicidade nessa desconsideração com algumas categorias de usuários, pois, são compartilhados por médicos, enfermeiras, seguranças, usuários. Interessa registrar que os pacientes têm em comum a possibilidade de serem identificados como casos psiquiátricos.

O adolescente nem tanto [sofre preconceito] porque acho que o espírito maternal da enfermagem suplanta o preconceito, mas o jovem, o adulto jovem, vinte anos, dezenove anos, que tentou o suicídio por-

que brigou com o namorado ou coisa que o valha já passa quase a ser motivo de chacota, né, quando não é de repúdio completo, é motivo de chacota (médico).

As referências que cada grupo de profissionais fazem em relação a outros devem ser compreendidas num contexto mais amplo, relacionado ao processo de trabalho em saúde e às atribuições sociais e de poder relacionadas a cada um desses contextos profissionais²³. Como bem observa esse médico: **Os médicos são muito mais dissimulados porque o contato com o paciente é muito breve. É segmentado, breve, fracionado, não é ele que cuida, que põe a mão, que aguenta o safanão, que é vomitado, né? A enfermagem nisso é galhardamente melhor que a gente, eles têm o estômago muito mais... se a gente fosse acreditar em carma, o deles era pior; porque para carregar o paciente nas costas como eles têm que fazer... Eu chego, determino, mando fazer e saio de perto** (médico).

A dificuldade em atender os casos denominados de lesões autoprovocadas (tentativa de suicídio, tentativa de aborto, abuso por drogas e álcool), ou seja, situações que não se relacionam com acidentes (trânsito, queda) ou com violências (assalto, agressão), não está na equipe de enfermagem, mas na atribuição definida dessa equipe – o cuidar. É precisamente a questão do cuidado que está sendo identificada como objeto dessa intervenção. Caso o profissional médico respondesse por esse cuidado com o usuário, ele também poderia manifestar preconceito ou repúdio nos atendimentos a esses casos.

Ouviu-se na emergência uma explicação para a resistência de muitos profissionais ao cuidado nos casos de lesões autoprovocadas. Esta seria relacionada à recusa dos pacientes ao atendimento. Considera-se que, ao tentar o suicídio, a pessoa deseja consumir o ato e, portanto, se opõe ao tratamento. Segundo os profissionais envolvidos nos atendimentos aos casos de tentativas de suicídio, estes, frequentemente, se expressam por meio de arrependimento do ato. **A grande maioria dos pacientes tenta o suicídio e se arrepende em seguida. Então, tenta o suicídio num momento de desespero, marcado, impulso. Mas em seguida pede socorro, porque se arrependeu e viu o tamanho da gravidade do passo** (médica).

Ademais, esses atendimentos podem envolver situações de maus tratos ou constrangimento por parte das equipes, numa tentativa de punir um ato que se desaprova. **Quando é adolescente que foi droga de abuso, chega ali dentro os próprios funcionários despem sem necessidade, fazem vestir avental sem nenhuma necessidade** (médica).

Importa assinalar que os próprios profissionais envolvidos com a assistência às lesões auto-

provocadas chegam a hierarquizar os atendimentos. Os casos de drogadição são mencionados como aqueles que se repetem e que incomodam, na medida em que os profissionais não reconhecem dispor de mecanismos para tratar esses contextos. **Circunstâncias de drogadição são também vistas de maneira meio preconceituosa. É o tipo de paciente que dá problema, dá trabalho. E vai continuar dando trabalho, porque não vai sair do ciclo, ele vai voltar aqui, vai ocupar espaço; o pessoal sente isso dessa maneira** (médico).

Tem dias que até a gente fica meio de saco cheio, e atender um paciente que está nitidamente se destruindo, e muitas vezes tem consciência disso e fala claramente disso, mas não encontra no sistema, ou a força e a gente também não dá muito pra ele – a gente tem consciência disso: não dá muitos instrumentos pra ele sair disso (médico).

A oposição entre doença e intencionalidade

No modelo biomédico, o conhecimento científico e teórico é formulado tendo por base uma idéia universal de ser humano e de corpo que, todavia, irá se aplicar no aspecto clínico na particularidade dos corpos, dos casos individuais⁹. Essa situação não representa só um “hiato” entre teoria e prática, mas é um problema epistemológico definido por Paul⁷ como “*hiatus theoreticus*”.

A inter-relação existente entre o conhecimento biomédico e a prática médica é, muitas vezes, tratada na perspectiva de serem dois campos opostos da medicina científica. O conhecimento teórico biomédico tem crescido rapidamente, ancorado numa multiplicidade de disciplinas científicas (biologia, bioquímica, química), muitas vezes aplicadas para problemas médicos, mas que surgem de campos de pesquisa e propósitos não médicos⁶. Como o papel da medicina está baseado na prática médica e não na pesquisa biomédica, esse dilema do conhecimento se reforça. Na verdade, o tratamento médico está sempre fundado numa informação incompleta sobre os parâmetros individuais de um caso, buscando relacioná-lo com a base de alguns extratos do conhecimento médico⁷.

O modelo biomédico tem por base o conhecimento sobre o corpo como lócus privilegiado da doença e voltado para aspectos técnico-científicos, que acabam por alimentar uma prática reparadora de lesões e disfunções com pouca ênfase nas relações humanas e nos fatores psicológicos e sociais²⁴.

O trabalho na urgência e emergência, por demandar habilidades técnicas com base no conhecimento biomédico para lidar com o risco de vida

iminente, acaba por reforçar a visão do paciente como um corpo biológico, que requer do médico uma intervenção técnica. Contudo, a realidade anatomofisiológica da doença reconhecida pelo médico não corresponde à vivência psicológica e social daqueles que a sofrem²⁵.

Nesse sentido, o usuário que busca atendimento na emergência em razão de uma lesão autoprovocada é identificado com uma situação não compatível com o modelo biomédico de inelegibilidade da doença, já que procurou, criou o fato. A intenção dos usuários é confrontada com a expectativa do especialista em encontrar um ser fragilizado, que merece cuidado e atenção, por ter adoecido ou

sofrido um acidente. Doença, nesse contexto, é pensada como um evento de caráter fortuito, ainda que seja crescente, a idéia de que comportamentos e atitudes pessoais possam favorecer ou provocar o adoecimento.

Esse processo é sustentado pela especificidade da formação profissional, pela organização do trabalho e pelos ritos da instituição, ainda que essa articulação, como qualquer universo de relações, comporte ambiguidades. O resgate da idéia de sofrimento no cuidado em saúde, elemento fundamental da terapêutica, pode proporcionar novos parâmetros para os atendimentos a lesões autoprovocadas.

Agradecimentos

A autora agradece a Rubens Folchini Fernandes e Carolina Viana Benze, que participaram do levantamento de dados. Este artigo é parte de uma pesquisa ampla sobre atendimento à violência na perspectiva dos profissionais da emergência realizada em colaboração com Cynthia Andersen Sarti, que contou com o apoio do CNPq (edital 024/2004 Violência, Acidentes e Traumas) e da Fapesp (processo nº 0503/03).

Referências

1. Cassorla RMS. O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. In: Cassorla RMS, organizador. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus; 1991. p. 149-165.
2. Fairbairn GJ. *Reflexões em torno do suicídio: a linguagem e a ética do dano pessoal*. São Paulo: Paulus; 1999.
3. Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saude Publica* 1998; 14 (2):421-428.
4. Cassorla RMS, Smerke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1):61-73.
5. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Self-directed violence. In: World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
6. Camargo Jr KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Paul N. Incurable suffering from the "hiatus theoreticus"? Some epistemological problems in modern medicine and the clinical relevance of philosophy of medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998; 19:229-251.
8. Sarti CA. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis* 2005; 15(1):107-126.
9. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
10. Clauvreur J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense; 1983.
11. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis* 2006; 16(2):167-183.
12. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. K. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cien Saude Colet* 2006; 4(11):1093-1103.
13. Minayo MCS. A violência sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Publica* 1994; 10:7-18.
14. Laurenti R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Saude Publica* 1997; 31(4):55-58.
15. Durkheim E. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
16. Marx K. *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo; 2006.
17. Dias ML. *Suicídio: testemunhos do adeus*. São Paulo: Brasiliense; 1991.
18. Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify; 2003.
19. Benedict R. *O crisântemo e a espada*. São Paulo: Perspectiva; 1972.
20. Ariès P. *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
21. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
22. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
23. Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
24. Nunes SV. Atendimento de tentativas de suicídios em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 37(1):39-41.
25. Laplantine F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes; 1986.

Artigo apresentado em 03/04/2007

Aprovado em 14/12/2007