

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS. Giglio-Jacquemot A. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 144 pp.

ISBN: 85-7541-059-8

O importante e instigante livro da antropóloga Armelle Giglio-Jacquemot, problematiza as noções de urgência e emergência em saúde a partir das perspectivas e dos usos que delas fazem os profissionais e os usuários da rede pública de saúde. Por meio de uma pesquisa etnográfica, realizada no período de setembro de 1997 a janeiro de 1999 na Cidade de Marília, São Paulo, Brasil, elege como campo de análise um Hospital Universitário – Pronto Socorro do Hospital das Clínicas – e a central de chamadas com sistema móvel 192, focando os modos como são realizadas as triagens das urgências e emergências pelos diferentes atores deste processo, desde o vigilante, porteiro, recepcionista, atendente das centrais, motoristas até a equipe de saúde propriamente dita e os usuários.

Giglio-Jacquemot vivencia o cotidiano desses serviços através da observação participante, e compartilha com o leitor os processos que a põem em contato com a polivocidade e heterogeneidade que estes conceitos ganham nos processos cotidianos de produção de saúde; em que a vida urge e requer mobilização coletiva. Nos percursos de construção de suas análises, a autora utiliza dois instrumentos fundamentais e muito pouco valorizados nos processos de produção de saúde: a escuta e a produção de vínculo como modo de acolher o outro em seus pedidos e necessidades. Estes instrumentos, por um lado, colocam em cena os “atores invisíveis” que participam desse processo e possibilitam, ou não, o longo caminho até o atendimento, são eles: vigilantes, recepcionistas, atendentes e a rede social do usuário e, por outro lado, fazem ver o modo como os diferentes atores gestam seu trabalho.

A autora, em seu mergulho no campo pesquisado, puxa as várias linhas que tecem a dura e penosa realidade das emergências nos serviços públicos de saúde no Brasil, na qual esses diferentes atores se entrelaçam, mesmo que estes sequer a considerem ou percebam. Uma delas aponta para o longo percurso enfrentado pelos usuários, e sua rede social, nas múltiplas triagens que passam para ter validade seus pedidos e necessidades de acesso ao atendimento. Este percurso se caracteriza, seja pela necessidade de ter de se enquadrar no que é ambivalentemente entendido como urgência/emergência com base no discurso biomédico e nos heterogêneos critérios dos diferentes profissionais envolvidos, seja no enfrentamento de preconceitos de classe social, escolha sexual e de modos de ser. A questão que a pesquisadora “caricaturalmente” nos convoca a fazer é: como é validada uma urgência/emergência que não chega ao pronto-socorro do “jeito certo”, ou seja, “*em viatura do corpo*

de bombeiros, deitado em uma maca, com fratura exposta e/ou artéria babando?”.

Um outro fio de análise puxado pela autora aponta para os modos como os efetivos triadores do sistema, profissionais não-médicos, constroem seus critérios de acesso e urgência dos usuários ao serviço de saúde para além do seu trabalho prescrito (encargo oficial da função). Na observação do trabalho real (atividade realizada), esses profissionais são os que mais interagem com os usuários, se mobilizam frente à dor, ficam atentos às expressões e comportamentos dos usuários e se sentem responsáveis em identificar os sinais de agravo dos que esperam. Em contraste com os profissionais de saúde, boa parte desses, como destaca Giglio-Jacquemot, não desconfiam dos usuários pois “*acreditam em seus comportamentos e falas*”, o que muitas vezes lhes confere os qualificativos de “*muito sentimentais*”, “*molengas*”, “*inexperientes*” ou “*ignorantes e desqualificados*” por não “*atuarem de maneira certa e eficiente*” na triagem. Mas isto é função deles? Eles estão preparados para essa função? Os critérios que utilizam para qualificar a necessidade de rapidez nos atendimentos se apóiam em múltiplas determinações, desde as mais próximas dos critérios biomédicos – sangramento, fratura exposta – até no entendimento de que quase tudo que chega ao Pronto Socorro tem de ser atendido, tem uma urgência. Estas múltiplas determinações obedecem a graus de hierarquização construídos pela experiência e tempo no serviço, repassados pelos mais antigos aos mais novos, quais sejam: a observação do modo como chegam os usuários ao pronto socorro – andando, de ambulância, em carro do corpo de bombeiros – do grau de nervosismo/aflição identificado no pedido, no “*poder de mobilização*” do usuário e sua rede social, tudo isto entremeado por identificações de classe, empatia e preconceitos frente ao que qualificam como “*doença de verdade*” ou “*escolhas*”, estas últimas referenciadas aos “*bêbados*”, pacientes psiquiátricos e drogados, justificando, muitas das vezes, o descaso e mal-tratos. O que se deixa entrever neste processo é a responsabilidade atribuída oficialmente a esses profissionais que, apesar de estarem muitas vezes invisibilizados neste processo, são os efetivos triadores do sistema e operam em seu fazer cotidiano a construção de vínculo e escuta aberta com os usuários, o que para uma boa parte dos profissionais de saúde não se constitui como parte de suas terapêuticas. Entretanto, para tal não recebem qualificação teórico-técnica específica e têm de resolver suas angústias e dúvidas praticamente sozinhos.

Nos discursos-práticas da equipe médica, Giglio-Jacquemot observa, recorrentemente, a importância dada à distinção entre urgência e emergência e a alusão à “*ignorância da população quanto à identificação do que seria uma urgência ou uma emergência*”, aliada à crença de que esta diferenciação se refere a critérios estritamente objetivos que garantem a as-

sertiva do atendimento às “urgências verdadeiras”, e que nesta diferenciação não necessitam ou não são utilizados processos ditos “extraclínicos”. Entretanto, nas falas da equipe aparecem a imprecisão dessa diferenciação, o não consenso e o uso dos critérios ditos “*subjetivos*” ou “*extraclínicos*” em suas tomadas de decisão – adulto ou criança? Tem leitos ou não tem? Como o paciente chegou? Como foi a espera por atendimento? De onde vem? Está com muita dor? Esta pessoa me lembra alguém querido, ... – que eles insistem em negar em nome da objetividade do seu fazer ancorada numa lógica pretensamente circunscrita à queixa-conduta, em que a vida e as histórias dos sujeitos ficam de fora. A desconfiança no usuário é também uma outra característica observada por Giglio-Jacquemot nas falas dos médicos e enfermeiras, os usuários são “*apresentados e considerados ‘ignorantes, mentirosos, atores, fracos, ... espertinhos’, que tentam enganar os médicos ou se aproveitar do pronto-socorro para satisfazer necessidades não médicas*”.

Ao se interrogar sobre o que mobiliza a equipe médica do pronto-socorro, a autora descreve como pontos principais levantados a equivalência “*emergência = casos traumáticos = fraturas expostas = artéria babando = representações biomédicas da urgência/emergência*”. Refere-se também ao descrédito da equipe a tudo que é considerado psicológico, tanto o sofrimento físico quanto moral, fazendo notar a naturalização da não produção de vínculo e consequente desresponsabilização na integralidade do processo de produção de saúde.

Um dos pontos importantes que a pesquisa da autora nos aponta é que, apesar das diferentes perspectivas que embasam as triagens do que seria urgência e emergência para os diferentes profissionais envolvidos, médicos e não-médicos, elas convergem em alguns pontos, são eles: priorização dos aspectos vitais dos pontos de vista biológicos e físicos em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais constitutivos dos processos vitais, a comunhão de preconceitos e valores sociais no descaso ao atendimento de pacientes categorizados como “*essencialmente não urgentes*” (os alcoólatras, drogados e pacientes psiquiátricos), a presteza maior no atendimento a usuários de classe social e nível cultural mais abastados, na importância da identificação dos que fingem ou estão dizendo a verdade sobre suas urgências e no consenso de que se a dor ou o problema é antigo, “*quem esperou tanto para acessar o serviço pode esperar mais*”.

Tudo isto mostra uma radical diferença e desencontro com o que pensam os usuários, pois estes, como aponta a autora, entendem a questão da saúde indissociada dos aspectos globalizantes da vida, avaliam que o fato de uma dor ou mal-estar ser persistente indica a urgência/emergência de sua ida ao Pronto Socorro, mostram em suas estratégias de acesso ao sistema que sabem os gargalos do mesmo, o que faz com que muitas vezes procurem o pronto socorro como porta de entrada no sistema de saúde e atuem sintomas reconhecidos como urgentes pelos triadores para serem mais rapidamente atendidos, ou mesmo façam uso do serviço para questões reconhecidas como não-urgentes como garantia de que lá, apesar da espera, vão ter seus problemas resolvidos. O que estes desencontros entre as percepções e as demandas dos profissionais de saúde e usuários têm a nos dizer?

Giglio-Jacquemot, ao fazer este estudo etnográfico por dentro de um serviço público de saúde, nos dá indícios do funcionamento da saúde pública no Brasil, pois sabemos que a emergência funciona como um termômetro do funcionamento do sistema de saúde e suas falhas. É na porta das emergências que vão aparecer a falência e o sucateamento da atenção primária em saúde, a não acessibilidade universal, a não equidade, a miséria e a agudização da desassistência da população, ou seja, o sucateamento da saúde pública pelas diferentes instâncias de governo e o descaso com a vida da população usuária do SUS.

Trata-se então de nos perguntarmos, todos os envolvidos nos processos de produção de saúde, sobre as nossas ignorâncias. O que ignoramos? O que queremos desconhecer? O que estamos botando para fora de nosso fazer em saúde cotidiano que insiste e persiste em entrar? O que vem embrutecendo e fechando nossa escuta a tudo que acreditamos escapar dos pressupostos biomédicos nos quais nos escudamos? Quem são nossos verdadeiros inimigos no restabelecimento do prazer e da ética no trabalho em saúde? No que precisamos juntos interferir em prol da produção de processos de saúde dignificadores da vida de todos e de qualquer um?

Penso que, dentre muitos outros enfrentamentos, alguns se impõem como urgentes, são eles: a fragmentação dos processos de trabalho e da relação entre os diferentes profissionais, a precarização das relações de trabalho e sucateamento dos serviços públicos de saúde, a burocratização e verticalização do sistema público de saúde ancorada numa lógica de exclusão, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, o desrespeito aos direitos dos usuários, o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e gestão, a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, e o controle e participação social frágeis dos processos de atenção e gestão do SUS. Como vemos, estes são alguns dos inimigos que não nos despotencializam de fora do processo, mas, ao contrário disto, se inserem em nossos modos de estar nos verbos da vida – trabalhar, sentir, pensar, estar com o outro, viver, produzir saúde, são eles, também, que temos de combater coletivamente no cotidiano do nosso fazer em saúde. E sobre grande parte deles temos governabilidade, pois a construção de vínculos é terapêutica para os usuários e para os profissionais de saúde e a interação supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em equipe produzindo uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

Indubitavelmente, o trabalho de Giglio-Jacquemot é um importante dispositivo de problematização desses processos, seja nas práticas dos profissionais envolvidos na produção de saúde, seja nos processos de formação dos profissionais, pois interroga concepções tidas como objetivamente verdadeiras e coloca em cena a dimensão subjetiva nesses processos. Ao interrogar a visão clássica e insustentável entre objetividade x subjetividade, sua pesquisa nos auxilia no entendimento radical e potencialmente revolucio-

nário de que em nossas escolhas estão sempre envolvidos processos éticos e de produção de subjetividade. O convite que Giglio-Jacquemot nos faz em seu livro me faz citar um conterrâneo seu, o filósofo francês Michel Foucault, quando nos fala: “*existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir*”¹ (p. 13). Este é o convite!!!

Claudia Abbès Baêta Neves
Departamento de Psicologia,
Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

1. Foucault M. História da sexualidade II – o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal; 1994.

USING KNOWLEDGE AND EVIDENCE IN HEALTH CARE: MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVES. Lismieux-Charles L, Champagne F, editors. Toronto: University of Toronto Press; 2004. 290 pp. ISBN: 0802089321

Como resultado do trabalho de pesquisadores que buscaram melhor compreender a relação entre conhecimento e evidência e seu uso em diversos contextos, nos processos de decisão no campo da atenção à saúde, a Universidade de Toronto lançou em 2004 a coletânea *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives* (ainda não traduzido para o português). Seus autores realizaram uma ampla discussão sobre uma das principais vertentes contemporâneas tanto da pesquisa na atenção à saúde, da formulação de políticas, quanto da prestação de serviços, que é a “*decisão baseada em evidências*” (em inglês “*evidence based decision making*” – EBDM).

Para quem não conhece, a “*decisão baseada em evidências*” parte do pressuposto que a evidência é produzida por pesquisadores em laboratórios (ou outros ambientes controlados) e oferecidos aos clínicos que a avaliam com critérios rigorosos para utilizá-la de forma apropriada na prática clínica. O modelo utilizado é racional, dirigido ao conhecimento e orientado para a solução de problemas instrumentais.

Nessa coletânea são descritos as matrizes conceituais e os modelos de utilização do conhecimento e as evidências na atenção à saúde e em outros âmbitos. São também discutidos os pressupostos em que se baseiam as teorias do conhecimento e as concepções multidisciplinares na sua utilização para a obtenção de evidências na atenção à saúde, explorando alguns dos desafios e limites do seu uso em diferentes contextos de atenção à saúde.

Seus autores discutem de forma clara sobre as singularidades da transferência de conhecimento, e defendem a necessidade de que a decisão baseada em evidências não se comporte como uma extensão lógica e linear da ciência, mas sim de previsão de resultados e que, enquanto processo social, a evidência deve caminhar lado a lado das preferências pessoais, do poder profissional e das características da organização. É importante destacar que não há, por parte dos autores, o pressuposto de que quanto mais as evidências de pesquisas forem utilizadas serão necessariamente produzidas melhores decisões, já que

elas são um resultado para ser provado e não presumido.

De um lado, a coletânea nos lembra sobre a importância das abordagens disciplinares e da ciência básica para entender as questões sociais, em que cada disciplina ou campo tem o que oferecer para a melhor compreensão do domínio da decisão baseada em evidência. De outro, sobre a importância de uma epistemologia compartilhada entre aqueles que produzem evidência e aqueles para os quais a evidência é produzida e que decisões institucionais não são obtidas pela simples soma de decisões individuais. Além disso, os autores chamam a atenção de que o tema deve ser compreendido em toda sua complexidade e que, além de incorporar a racionalidade do conhecimento, deve considerar o papel das organizações e da interação entre os indivíduos e elas.

Em resumo, as decisões sobre a melhor evidência científica são o reflexo da competição entre interesses, de negociações e de diálogo, na maioria das vezes determinantes e implicando questões de natureza ética. Daí a necessidade de uma ampla participação de gestores, profissionais e usuários.

Virginia Alonso Hortale
Maria do Carmo Leal
Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

ÉTICA NA PESQUISA: EXPERIÊNCIA DE TREINAMENTO EM PAÍSES SUL-AFRICANOS. Diniz D, Guilhem D, Schüklenk U, organizadores. Brasília: LetrasLivres/Editora UnB; 2005. 192 pp. ISBN: 85-98070-08-4

O livro *Ética na Pesquisa: Experiência de Treinamento em Países Sul-africanos*, lançado em junho de 2005, pode ser considerado um instrumento de intercâmbio ético e político entre a experiência sul-africana e a brasileira sobre as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos. O objetivo deste livro é proporcionar meios de visualizar e discutir a estrutura e o funcionamento de Comitês de Ética na Pesquisa (CEP) na África do Sul, assim como as características no processo de avaliação de projetos em todas as áreas do conhecimento que envolvam seres humanos.

A obra é de autoria de Debora Diniz e Dirce Guilhem, ambas professoras da Universidade de Brasília, e de Udo Shüklenk, editor-chefe dos periódicos *Bioethics* e *Developing World Bioethics*, dois dos mais importantes fóruns internacionais de publicação científica em bioética. O livro foi publicado pela Editora da Universidade de Brasília em parceria com a editora LetrasLivres e, recebeu o selo da Organização Mundial da Saúde.

Essa obra é uma versão de um número especial do periódico *Developing World Bioethics*, cujo título é *Special Issue: Southern African Research Ethics Training Program*. O periódico, primeiramente, propôs um programa de treinamento para CEP, em virtude da demanda de pesquisadores vinculados a uma universidade sul-africana que trabalhavam com a questão da AIDS. A obra é composta por seis módulos, com vistas a facilitar o treinamento para os CEP, e mais dois capítulos sendo um introdutório e outro em anexo, onde são apresentadas e discutidas as questões