MARILENE DE CASTILHO SÁ

**EM BUSCA DE UMA PORTA DE SAÍDA: OS DESTINOS DA
SOLIDARIEDADE, DA COOPERAÇÃO E DO CUIDADO COM
A VIDA NA PORTA DE ENTRADA DE UM HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA**

*Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Doutor em Psicologia.*

**São Paulo
2005**

MARILENE DE CASTILHO SÁ

**EM BUSCA DE UMA PORTA DE SAÍDA: OS DESTINOS DA
SOLIDARIEDADE, DA COOPERAÇÃO E DO CUIDADO COM
A VIDA NA PORTA DE ENTRADA DE UM HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA**

*Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Doutor
em Psicologia.*

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof^ª Dr^a Maria Inês
Assumpção Fernandes

Co-orientadora: Prof^ª Dr^a Teresa Cristina
Carreteiro

**São Paulo
2005**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Sá, M. de C.

Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência./Marilene de Castilho Sá. – São Paulo: s.n., 2005. – 454p.

Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientadora: Maria Inês Assumpção Fernandes.

Co-orientadora: Teresa Cristina Carreteiro

1. Intersubjetividade 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Solidariedade 4. Cooperação 5. Hospitais de emergência 6. Organizações 7. Psicologia Social I. Título.

**EM BUSCA DE UMA PORTA DE SAÍDA: OS DESTINOS DA
SOLIDARIEDADE, DA COOPERAÇÃO E DO CUIDADO COM A VIDA NA
PORTA DE ENTRADA DE UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

MARILENE DE CASTILHO SÁ

BANCA EXAMINADORA

Maria Inez Assumpção Fernandes
(Nome e Assinatura)

Liliana Olima Schreiber
(Nome e Assinatura)

Emerson Elias Morhy
(Nome e Assinatura)

Tereza Cristina Ottoni e Costa e Cordeiro
(Nome e Assinatura)

Jorge de Campos Valadares
(Nome e Assinatura)

Tese defendida e aprovada em: 05/08/2005

*Para minha filha, Júlia, minha felicidade,
Com quem aprendo a ser mãe
E também sobre cuidado e solidariedade*

e

*Para todos aqueles que, no seu sofrimento, já
encontraram fechadas as portas dos serviços
públicos de saúde.*

AGRADECIMENTOS

A todos os trabalhadores do hospital estudado e à sua equipe de direção, que tão bem me acolheram, “portas abertas 24 horas” para a pesquisa, minha eterna gratidão.

A meus pais, pelo seu amor e apoio incondicional. À minha mãe, Raulita, por sua solidariedade e tenacidade. Ao meu pai, Wagner (em memória), por seu senso de justiça e responsabilidade.

À Júlia, pela paciência e imenso carinho com que soube suportar o tempo que a tese nos roubava.

A Carlos Magno, pelos momentos de apoio e carinho.

À Professora Arakcy Martins Rodrigues (em memória), minha primeira “porta aberta” na USP, pela acolhida e pelo brilho das primeiras orientações.

Às Professoras Maria Inês Assumpção Fernandes e Teresa Cristina Carreteiro, que generosamente aceitaram o desafio de uma orientação a partir de diferentes instituições, lugares e olhares, agradeço pelos ensinamentos e pela oportunidade de uma experiência “operativa” de grupo.

À Professora Marlene Guirado, pela leitura cuidadosa do trabalho no Exame de Qualificação e por suas valiosas contribuições.

Aos Professores Emerson Elias Merhy, Lilia Blima Schraiber e Jorge de Campos Valadares, por aceitarem examinar o meu trabalho.

À Creuza, muito querida amiga e companheira de trajetória profissional e de “empreitada” no doutorado, agradeço por poder compartilhar as dúvidas, angústias, sofrimentos e também as alegrias da experiência de elaboração de uma tese, mas agradeço, sobretudo, pela experiência da fraternidade.

À Marina, Mônica, Margareth, Vera e Beth, amigas de sempre, pelo apoio e solidariedade.

Ao Chico, que, junto com Creuza, me trouxe a perspectiva psicossociológica.

À Marina e à Vera, de novo, e à Maris, à Lídia e ao Durval, pelo socorro, na hora “H”. Fez toda a diferença.

À Stella Olinto, por cuidar de mim, me ajudando a ter acesso à minha subjetividade.

Aos pais e crianças da turma Tupiniquim, grupo relativamente recente de pertencimento, mas de convívio intenso, agradeço pelo estímulo ao trabalho, mas principalmente pela oportunidade de viver uma experiência genuína de cooperação e solidariedade.

À Maria Inés Ménendez, pela gentileza com que me apoiou, no início e no fim do doutorado, no idioma francês.

A todos os colegas - professores e demais trabalhadores, em especial à Carmen - do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS), da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ, pelo estímulo, interesse e apoio ao meu trabalho.

À Chefia do DAPS e à Direção da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, nas pessoas de Miguel Murat, Maria Helena Mendonça, Margareth Crisóstomo Portela, Paulo Marchiori Buss e Antônio Ivo de Carvalho, que garantiram as condições materiais para a realização deste doutorado.

“Aqui não há ninguém a falar de organização, disse a mulher do médico ao marido, Talvez a organização seja noutra praça, respondeu ele. Continuaram a andar. Um pouco adiante a mulher do médico disse, Há mais mortos no caminho do que de costume, É a nossa resistência que está a chegar ao fim, o tempo acaba-se, a água esgota-se, as doenças crescem, a comida torna-se veneno, tu o disseste antes, lembrou o médico. Quem sabe se entre esses mortos não estarão os meus pais, disse a rapariga dos óculos escuros, e eu aqui passando ao lado deles, e não os vejo, É um velho costume da humanidade, esse passar ao lado dos mortos e não os ver, disse a mulher do médico.”

José Saramago, Ensaio sobre a Cegueira.

RESUMO

SÁ, Marilene de Castilho. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. São Paulo, 2005, (454 p.). Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

A presente investigação tem por objetivo analisar, a partir da Porta de Entrada de um hospital de emergência, os limites e possibilidades, definidos pelos processos intersubjetivos e inconscientes presentes nos serviços de saúde, para o exercício da solidariedade, para o desenvolvimento da cooperação e para a produção do cuidado com a vida. Elegeu-se como estudo de caso um hospital geral com emergência, da rede pública de serviços de saúde do Município do Rio de Janeiro, que possui um projeto de humanização de sua Porta de Entrada. Os hospitais de emergência constituem espaço privilegiado de manifestação dos intensos processos de exclusão, violência social, e brutal banalização do sofrimento alheio, especialmente de indiferença em relação aos desfavorecidos, que marcam a nossa sociedade. Portas abertas 24 horas por dia, sofrem os efeitos perversos da omissão do Estado com relação aos problemas sociais, do desinvestimento no sistema público de saúde e de sua crise de governabilidade. Reconhecendo a insuficiência dos referenciais teóricos do campo do Planejamento e Gestão em Saúde para a compreensão e intervenção neste quadro, o estudo se apóia centralmente na abordagem da Psicossociologia francesa sobre as organizações, na leitura psicanalítica sobre a problemática do laço social e das formas de subjetivação na atualidade, e na Psicodinâmica do Trabalho, para focalizar o imaginário organizacional e os processos cotidianos de trabalho no hospital, explorando suas consequências sobre os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado. A despeito da precariedade de suas condições de funcionamento, demonstra-se a importância do imaginário de potência, proteção e segurança, paradoxalmente construído sobre o hospital, e a função de tranquilização psíquica que exerce entre os funcionários. A análise das concepções sobre o Projeto Porta de Entrada revela a tensão entre seus componentes racionalizador e humanitário. A observação do processo de trabalho na Porta de Entrada do hospital demonstra que a enormidade da demanda em muito extrapola o que se consideram problemas de saúde, *stricto sensu*, tratando-se de uma demanda por sentido e por amparo, num quadro de intensa fragilização da sociedade. Em contraposição, a “carência” é utilizada pelos profissionais como uma categoria encobridora da diversidade da demanda, num processo de múltiplas reduções, que vai da negação do sofrimento social à negação da condição de humanidade dos pacientes. Por sua vez, o trabalho na Porta de Entrada da Emergência representa muitas fontes de sofrimento psíquico para os trabalhadores, como o dilema entre atender as urgências, em caráter estrito, e aliviar outros sofrimentos da população; a pressão para trabalhar mal; o risco de não identificar os casos de risco de vida; o lidar com a violência; e o não reconhecimento do bom trabalho, entre outras. Muitas estratégias de defesa utilizadas contra o sofrimento corroem, aliadas a outros fatores, os espaços para a solidariedade, a cooperação e o cuidado com a vida. Outras, no entanto, indicam que algum grau de ilusão e idealização com relação ao trabalho ainda subsiste e, junto com a busca por reconhecimento, podem abrir algumas brechas para a transformação do cotidiano dos serviços de saúde.

Palavras-chave: 1. Intersubjetividade e Gestão; 2. Cuidado em Saúde; 3. Trabalho em Saúde e Processos Inconscientes; 4. Psicossociologia e Gestão em Saúde; 5. Hospitais de Emergência; 6. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

SÁ, Marilene de Castilho. *Searching for a solution: the destinies of solidarity, cooperation and life care in the entrance of an emergency hospital*. São Paulo, 2005, (454p.). Doctoral Dissertation. Institute of Psychology, University of São Paulo.

This work is aimed at analyzing, considering the entrance in an emergency hospital, the limits and possibilities defined by the intersubjective and unconscious processes present in health care services for solidarity, cooperation development and life care production.

A public general hospital, with emergency room and a project of humanization of its entrance, was selected in Rio de Janeiro municipality, as the case study. The emergency hospitals represent a privileged space for manifestation of intense exclusion processes, social violence, brutal vulgarization of others' suffering, and, especially, indifference in relation to the disadvantaged people, typical in our society. With the doors opened 24-hour per day, those hospitals are affected by the perverse omission of the Government with regard to social problems, the disinvesting process in the public health system, and its governability crisis. Recognizing the lack of theoretical references in the Health Planning and Management field to understand and intervene on this reality, the study is centrally based on the French Psycho sociology approach about organizations, on the Psychoanalysis interpretation of social relations and current subjectification manners, and on the Work Psychodynamics, in order to focus the organizational imaginary and the routine processes in the hospital work, exploring their consequences on the destinies of solidarity, cooperation and care. In spite of the precarious of the hospital functioning conditions, the importance of its paradoxically built imaginary of powerfulness, protection and safety, is demonstrated. The analysis of conceptions about the *Entrance Door Project* reveals the tension between its rationalizing and humanitarian components. The observation of the work process in the hospital entrance shows that the enormous demand extrapolates substantively what is considered as in the scope of health problems, *stricto sensu*, including needs for more general care and expressing the fragility of society. In opposition, the "need" is used by health professionals as a category that conceals the diversity of demand, in a process of multiple reductions, ranging from the negation of social suffering to the negation of human condition of the patients. On the other hand, the work on an emergency entrance represents many sources of psychic suffering for the health workers, such as the dilemma of attending urgent cases, in a strict sense, and alleviating other sufferings of the population; the pressure for bad work; the risk of not identifying the cases of life risk; the need of dealing with violence; and the absence of recognition for a good work, among others. Many strategies of defense against suffering consume, allied to other factors, the spaces for solidarity, cooperation and life care. Other strategies, however, point out that some degree of illusion and idealization in relation to work still persists, and, put together with the search for recognition, may open some ways for the transformation of the health services routine.

Key-words: 1. Intersubjectivity and Management; 2. Health Care; 3. Health Care Work and Unconscious Processes; 4. Psycho sociology and Health Management; 5. Emergency Hospitals; 6. Health Care Humanization.

RÉSUMÉ

SÁ, Marilene de Castilho. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência* (*À la recherche d'une porte de sortie: les avenir de la solidarité, de l'attention et du soin en ce qui concerne la vie à la porte d'entrée d'un hôpital d'urgence*). São Paulo, 2005, (454p.). Thèse (Doctorat). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

La présente recherche a pour but l'analyse, depuis la Porte de Entrée d'un hôpital d'urgences, des limites et des possibilités, définies par les processus intersubjectifs et inconscients présents dans les services de santé, pour l'exercice de la solidarité, le développement de la coopération et la production du soin de la vie. Il a été choisi, en tant qu'étude de cas, un hôpital général avec service d'urgence, du réseau public de services de santé du Municip de Rio de Janeiro, qui possède un projet d'humanisation de sa Porte d'Entrée. Les hôpitaux d'urgences constituent un espace privilégié de manifestation des intenses processus d'exclusion, violence social et brutale banalisation de la souffrance d'autrui, spécialement d'indifférence par rapport aux défavorisés, qui marquent notre société. Portes ouvertes 24 heures par jour, ils subissent les effets perverses de l'omission de l'Etat en ce qui concerne les problèmes sociaux, le manque d'investissement dans le système public de santé et sa crise de gouvernabilité. En reconnaissant l'insuffisance des repères théoriques du domaine de la Planification et Gestion en Santé pour la compréhension et l'intervention dans ce tableau, l'étude est appuyé à son centre sur l'abordage de la Psychosociologie française sur les organisations, sur la lecture psychoanalytique sur la problématique du lien social et des formes de subjectivation aux jours actuels, et sur la Psychodynamique du Travail, pour focaliser l'imaginaire organisationnel et les processus quotidiens de travail à l'hôpital, tout en exploitant leurs conséquences sur les avenir de la solidarité, de la coopération et du soin. Malgré la précarité de leurs conditions de fonctionnement, on démontre l'importance de l'imaginaire de puissance, protection et sécurité, paradoxalement construit sur l'hôpital, et la fonction de tranquillité psychique qu'il exerce parmi les fonctionnaires. L'analyse des conceptions sur le Projet Porte d'Entrée révèle la tension parmi leurs composants rationalisant et humanitaire. L'observation du processus de travail à la Porte d'Entrée de l'hôpital démontre que l'énormité de la demande dépasse beaucoup ce que l'on considère des problèmes de santé, *stricto sensu*, en ce qui concerne une demande de sens et de support, dans un tableau d'intense fragilisation de la société. Par contre, la `carence` est utilisée par les professionnels comme une catégorie qui cache la diversité de la demande, dans un processus de multiples réductions qui recouvre depuis la négation de la souffrance sociale jusqu'à la négation de la condition d'humanité des patients. De son côté, le travail à la Porte d'Entrée d'Urgences représente plusieurs sources de souffrance psychique de la part des travailleurs, comme le dilemme entre recevoir les urgences, en caractère stricte, et soulager d'autres souffrances de la population ; la pression pour mal travailler ; le risque de ne pas identifier les cas qui risquent la vie ; se prendre avec la violence ; et la non-reconnaissance d'un bon travail, parmi d'autres. Plusieurs stratégies de défense utilisées contre la souffrance rongent, -alliés à d'autres facteurs-, les espaces pour la solidarité, la coopération et le soin de la vie. D'autres, cependant, indiquent que quelque degré d'illusion et d'idéalisation par rapport au travail subsiste encore et, avec la recherche de reconnaissance, peuvent ouvrir des brèches pour la transformation du quotidien des services de santé.

Mots-clé: 1. Intersubjectivité et Gestion; 2. Attention en Santé; 3. Travail en Santé et Processus Inconscients; 4. Psychosociologie et Gestion en Santé; 5. Hôpitaux d' Urgences; 6. Humanisation de l'Assistance.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
RÉSUMÉ	x
 INTRODUÇÃO	 15
 1. A PROBLEMÁTICA DA SOLIDARIEDADE, DA COOPERAÇÃO E DO CUIDADO COM A VIDA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	 29
1.1 “O SUS que Temos, o SUS que Queremos” e Algumas de Nossas Perplexidades	29
1.2 A Dinâmica Social Contemporânea e suas Consequências sobre as Possibilidades de Solidariedade, Cooperação e Cuidado com a Vida	33
1.3 A Natureza do Trabalho em Saúde e a Perda de sua Dimensão Cuidadora	45
1.4 Os Limites Teórico-Metodológicos da Perspectiva de “Humanização” dos Serviços de Saúde	62
 2. A FRATERNIDADE EM QUESTÃO: UM OLHAR PSICOSSOCIOLÓGICO SOBRE A SOLIDARIEDADE, A COOPERAÇÃO E O CUIDADO COM A VIDA	 72
2.1 A Fraternidade como Questão	72
2.2 A Cooperação e a Construção de Projetos Coletivos como um Problema para as Organizações: práticas no limite do impossível	76
2.3 Os Sujeitos e os Vínculos que Estabelecem com as Organizações: a problemática do poder, do desconhecimento e da violência	78
2.4 Os Processos Grupais como Instância de Análise dos Limites e Possibilidades da Cooperação, da Solidariedade e do Cuidado com a Vida	85
2.5 Algumas Questões Psicossociológicas sobre o Trabalho em Saúde e o Cuidado	91

3. ENTRANDO NO HOSPITAL: OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO	95
3.1 Alguns Pressupostos da Abordagem Clínica das Organizações e da Pesquisa em Psicossociologia: subsídios para o estudo dos processos intersubjetivos nos serviços de saúde	95
3.2 O Hospital Estudado	105
3.2.1 <i>Uma “Porta Aberta” no “Fim da Linha</i>	105
3.2.2 <i>As Múltiplas Portas do Hospital</i>	108
3.2.3 <i>Filas e Macas nos Corredores: o desamparo na porta de entrada do hospital e sua dinâmica (questões emergentes e perspectivas de análise)</i>	112
3.3 Estratégias de Investigação: escolhendo caminhos para entrar no hospital	131
 4. O IMAGINÁRIO ORGANIZACIONAL E O PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA	 143
4.1 Uma Aproximação do Imaginário Organizacional: imagens, metáforas e significações sobre o hospital estudado	143
4.1.1 <i>Hospital do Passado e Hospital do Presente</i>	143
4.1.2 <i>Potência, Segurança e Proteção: um imaginário através dos tempos do hospital</i>	154
a) <i>O hospital dos feitos heróicos</i>	154
b) <i>O hospital-escola</i>	160
c) <i>O hospital-casa/família</i>	163
4.1.3 <i>Carência Crônica e Incerteza Cíclica: do hospital das insuficiências e do que é possível ao hospital da precariedade, da impotência e do descuido</i>	177
4.2 O Projeto de Humanização da Porta de Entrada: histórico, desenvolvimento, características, inserção na estrutura organizacional e dinâmica de funcionamento	192
4.3 As Concepções sobre o Projeto e o Lugar do Projeto no Imaginário Organizacional	200
4.3.1 <i>A Porta de Entrada como Filtro/Contenção da Demanda ou Barreira ao Acesso</i>	200
4.3.2 <i>A Institucionalização do Projeto</i>	202
4.3.3 <i>A Porta como Enquadre ou Continente</i>	207
4.3.4 <i>A Porta como Humanização, Acolhimento e Garantia de Acesso</i>	211
4.3.5 <i>A Tensão entre os Componentes Racionalizador e Humanitário da Porta</i>	216
4.3.6 <i>As Fronteiras e os Limites da Porta</i>	224
4.3.7 <i>Porta de Entrada Ideal e Real</i>	227
	233

5. O TRABALHO NA PORTA DE ENTRADA: REPRESENTAÇÕES, CENAS COTIDIANAS E OUTROS ELEMENTOS PARA A ANÁLISE DOS PROCESSOS INTERSUBJETIVOS E INCONSCIENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 O Objeto do Trabalho (ou: o Outro na Porta do Hospital): algumas representações e outras formações e processos inconscientes sobre a população e suas demandas	233
5.1.1 <i>A Enormidade da Demanda e a Demanda por Sentido</i>	233
5.1.2 <i>As demandas por medicamentos e atestados médicos: entre a miséria material e Simbólica</i>	238
5.1.3 <i>Duas Alegorias da Demanda por Sentido</i>	248
5.1.4 <i>A “Carência” como Categoria Encobridora da Diversidade da Demanda</i>	249
5.1.5 <i>A “Carência” como Resultado de Múltiplas Reduções da População e suas Demandas (do sofrimento social aos corpos sem subjetividade)</i>	259
5.2 Os Processos de Trabalho e os Processos Intersubjetivos do Trabalho na Porta de Entrada do Hospital	267
5.2.1 <i>Trabalhando entre a Urgência e o Sofrimento</i>	267
a) <i>O Dilema</i>	269
b) <i>A Insuficiência</i>	283
c) <i>Os Processos Identificatórios</i>	298
5.2.2 <i>Trabalho, Sofrimento e Cuidado</i>	302
Caso 1: <i>Pouco cuidado, muito descuido</i>	302
Caso 2: <i>Efeito dominó</i>	306
a) <i>A pressão da demanda e a pressão para trabalhar mal</i>	313
b) <i>A vida por um fio: incerteza e não-saber como fantasmas constantes</i>	323
c) <i>Lidando com a Violência</i>	326
d) <i>Risco real e fantasias de contágio</i>	341
e) <i>A invisibilidade do trabalhador e do bom trabalho: o não reconhecimento</i>	349
f) <i>Diante da Morte</i>	358
g) <i>As demandas por cuidado e as saídas para o sofrimento</i>	365

6. OS RESULTADOS DO TRABALHO NA PORTA DE ENTRADA	398
6.1 Os Destinos da Solidariedade, da Cooperação e do Cuidado com a Vida nos Hospitais de Emergência do Rio de Janeiro	398
6.1.1 <i>A Indiferença para com o Sofrimento Alheio, os Descuidos e a Produção do Mal</i>	401
6.1.2 <i>O Cuidado Possível</i>	415
6.2 Em Busca de Uma Porta de Saída	430
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	440
ANEXOS:	454

Anexo A: Relação dos Documentos Consultados sobre o Projeto Porta de Entrada

Anexo B: Termo de Autorização do Hospital para a realização da Pesquisa

Anexo C: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados para os profissionais entrevistados e usuários observados durante o estudo exploratório e a pesquisa

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objeto de investigação a problemática da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde, recortada à luz dos processos intersubjetivos e inconscientes produzidos nestas organizações.

Em linhas gerais, o que nosso estudo busca examinar é até que ponto é possível a cooperação nos serviços públicos de saúde, quais os limites e possibilidades para o exercício da solidariedade e para a realização de ações/práticas assistenciais orientadas para o cuidado com a vida nessas organizações, e qual o papel que os processos intersubjetivos e inconscientes jogam na definição desses limites e possibilidades.

Trata-se de um objeto cuja construção e análise pressupõem a articulação ou o trânsito entre dois campos de conhecimento sem tradição de diálogo: de um lado, o campo da Saúde Coletiva e, particularmente dentro deste, a área de Planejamento e Gestão em Saúde; de outro lado, o campo da Psicologia Social, particularmente a vertente da Psicossociologia de inspiração psicanalítica.

Esses dois campos representam diferentes momentos de minha trajetória profissional e a problemática recortada como objeto de estudo reflete, de certo modo, o amadurecimento de um conjunto de preocupações que, acredito, desde a graduação em Psicologia, começaram a ser esboçadas e que acabaram por definir os rumos que tomei na vida profissional.

Assim, a questão da mudança social sempre esteve presente como uma de minhas preocupações centrais, orientando meus estudos e opções no campo da Psicologia – o questionamento às instituições, através da perspectiva da anti-psiquiatria e também, de certo modo, da psicopedagogia; o interesse pela psicologia institucional e um certo desprezo, na época, pela clínica, pelo que eu julgava ser seu “baixo potencial de impacto” sobre os processos sociais, restrita, como eu a imaginava, às quatro paredes do consultório, à análise de sujeitos quase que “a-históricos” (como o inconsciente, para muitos da época). Tudo isso culminou com a opção que fiz, ao final da faculdade, pela Residência em Saúde Pública - campo até então desconhecido para mim, ausente do currículo do Curso de Psicologia da

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mas que me foi apresentado, num golpe de sorte, por amigos.

Acredito que, na época (1984), a Residência em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz era a única Residência multiprofissional do país. Éramos médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Grupo pequeno, doze alunos, jovens e crédulos, orgulhosos por termos sido acolhidos/escolhidos pela Fundação Oswaldo Cruz, embevecidos pelos seus feitos heróicos e imbuídos da certeza sobre a importância da formação de sanitaristas, como nós viríamos a ser, para a transformação do sistema de saúde brasileiro e a superação de suas iniquidades. O contexto era o do início da redemocratização do país e o ideário da Saúde Pública, já consolidando sua ampliação teórico-metodológica e política como “Saúde Coletiva”, era algo extremamente sedutor, aos meus olhos ávidos por macro-transformações sociais.

Nesses vinte anos de “militância” profissional, em instituições de saúde e na “academia”, no campo da Saúde Coletiva, e particularmente na área de Planejamento e Gestão em Saúde, pude testemunhar a potência do instrumental teórico-metodológico deste campo¹, como também tenho podido, progressivamente e com alguma dor, aprender a exercitar a humildade, reconhecendo que controlamos muito pouco ou quase nada dos processos sociais e organizacionais, complexos e regidos por outras lógicas além daquelas decorrentes da racionalidade sistêmica e político-estratégica, dentro da qual as teorias e métodos mais potentes de planejamento e gestão se movem.

Todo este processo de reflexão, apoiado nas experiências acumuladas em torno das dificuldades para a implementação de processos de mudança nas organizações de saúde, resultou num deslocamento do meu olhar para outras dimensões do fenômeno ou dos processos organizacionais até então por mim “esquecidas”. Assim, progressivamente, passei a privilegiar os micro-processos, em detrimento dos macro; a valorizar não só o movimento dos atores sociais, a partir do cálculo político-estratégico dos interesses, da correlação de forças e disponibilidade de poder para alterar as regras e demais estruturas (materiais, políticas,

¹ Em minha dissertação de mestrado em Saúde Pública, defendida em 1993, me debrucei sobre a análise dos problemas conceituais e metodológicos do planejamento estratégico em saúde, identificando já alguns de seus limites, mas sobretudo suas possibilidades no que tange, especialmente, ao que na época eu denominava de “articulação da pluralidade de razões” presentes em um processo coletivo de planejamento - e que lhe tensionam por dentro.

ideológicas) definidoras do jogo organizacional, mas a valorizar os sujeitos e os lugares não só reais, mas imaginários, que ocupam nas organizações, suas fantasias e desejos – para além de seus conhecimentos e interesses – os temores, afetos, as paixões em geral que “irrigam” a vida das organizações e que fazem com que Enriquez as caracterize como “um campo pulsional e passional” (Enriquez, 1997a).

Esta (re)descoberta da dimensão inconsciente dos processos organizacionais foi vivida por mim com uma imensa alegria, não só pela possibilidade de explorar questões até então pouco desenvolvidas ou valorizadas na área do planejamento e gestão em saúde, e pela percepção de que esta “outra cena”, a dos processos intersubjetivos/inconscientes, produz efeitos importantes na vida organizacional, mas também, principalmente, porque a forma como estas reflexões foram se dando - um processo coletivo² – me abriram a possibilidade de novas parcerias em meu trabalho, de inserção em um novo grupo, com grande identidade entre seus membros, já ligados por laços de amizade (e com todo o fascínio e inquietação que os pequenos grupos exercem sobre nós! - especialmente em um contexto, que particularmente me causa sofrimento, de individualismo crescente, de competição exacerbada e de “privatização por dentro” das práticas das instituições públicas, especialmente as acadêmicas.)

Deste modo, não só minha reaproximação do campo da Psicologia, “reabilitando” a clínica como importante instrumento de análise e intervenção psicossociológica nas organizações (Lèvy, 2001; Gaulejac, 2001; Sévigny, 2001), como a escolha da problemática da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida como objeto de investigação resultaram de um duplo processo - de experiências profissionais e vivências pessoais, obviamente indissociáveis.

² De certo modo, posso dizer que os responsáveis pela minha reaproximação do campo “Psi” foram Creuza Azevedo e Francisco Campos Braga Neto, colegas do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da ENSP/FIOCRUZ, que, em 1998, haviam iniciado uma série de leituras sobre a temática das relações entre o indivíduo e a organização, com destaque para a perspectiva da Psicossociologia francesa e, generosamente, me acolheram em seu grupo de estudos. A partir daí desenvolvemos uma nova linha de investigação no departamento, com a inclusão gradativa dessas discussões em alguns cursos, a publicação de alguns trabalhos (Azevedo, C. S. *et al.*, 2002; Sá, M.C., 1999;2001; Azevedo, C.S., 2002) e também com o desenvolvimento, por dois anos, de uma experiência de grupo com diretores de hospitais, supervisionada por Jorge Valadares – psicanalista e também professor da ENSP - com foco na relação entre práticas gerenciais e processos intersubjetivos. (Sá&Azevedo, 2002).

Assim, no que se refere ao quadro social, sanitário e político-institucional em que se insere o setor saúde e que justifica o recorte dado ao objeto desta investigação, tem-se observado, por exemplo, ao lado de uma intensa deterioração da qualidade da assistência à saúde, uma relação perversa no uso de serviços de saúde: os grupos de menor renda *per capita* adoecem mais, porém utilizam menos serviços de saúde (Travassos, 1997). Somando-se a este quadro, temos apontado (Sá, 1999, 2001) a **crescente “banalização” da dor e do sofrimento alheios** na dinâmica mais ampla de nossa sociedade e, com especial intensidade, nos serviços de saúde. Este processo se manifesta, por exemplo, na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde.

O saldo destes processos não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes que poderiam ter sido evitados. (Sá, 2001). Também entre os profissionais de saúde ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde em nossa sociedade, tal situação tem produzido perplexidade e muito sofrimento, especialmente pela dificuldade de compreensão e pelo sentimento de impotência sobre esta realidade.

Assim, sem negar a importância do instrumental teórico-metodológico disponível no campo da Saúde Coletiva, é preciso reconhecer a insuficiência das propostas prescritivas que costumam ser formuladas com o objetivo de mudar a realidade de nossos serviços de saúde, calcadas exclusivamente na racionalidade técnico-científica da epidemiologia e das teorias sistêmico-estratégicas de planejamento e gestão. Nenhuma dessas abordagens é suficiente, isoladamente, para fazer face, por exemplo, ao cinismo generalizado contido no tratamento do outro como um evento estatístico ou burocrático (Sá, 1999) e no predomínio da racionalidade instrumental na relação entre os sujeitos no interior dos serviços de saúde.

Durante certo tempo, acreditei que o equacionamento do conflito entre unidade e pluralidade de “razões” (isto é, entre projetos individuais e projetos coletivos), ao qual o planejamento estava irremediavelmente imerso – e, conseqüentemente, a possibilidade de cooperação e construção de projetos coletivos pelos sujeitos - pudesse se dar “por dentro” dos processos metodológicos propostos pelo enfoque estratégico, apenas “enriquecidos” por outros aportes (Sá, 1993). Hoje, o (re)conhecimento de que a dimensão humana presente nos

processos organizacionais é também, ou principalmente, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, do imaginário ... me obriga a questionar a crença na possibilidade de cooperação e de construção de projetos coletivos e solidários pautados no exercício de uma “razão comunicativa” (Rivera, 1995), concebido enquanto um processo que dependa exclusivamente da consciência e da vontade, desconhecendo as exigências desejantes de uma multiplicidade de sujeitos para os quais, como aponta Birman (1997) o imperativo de querer gozar a qualquer preço só encontra obstáculo na ameaça de “morte”, de “desintegração narcísica”, de perda da condição de sujeitos desejantes.

Deste modo, como observei no início desta introdução, coloca-se cada vez mais em questão a potência das tecnologias de planejamento e gestão para regular os processos sociais e, particularmente, a dinâmica organizacional, ambos marcados, necessariamente, pela ambigüidade, pela ambivalência, pela contradição e, como observa Enriquez (2001), por “desconhecimentos”, pela ilusão, pela opacidade e pela violência.

Faz-se necessário, portanto, não só um olhar interdisciplinar sobre a dinâmica social contemporânea e sobre a especificidade do funcionamento das organizações de saúde, mas um olhar que focalize, fundamentalmente, o papel dos processos inconscientes nesta dinâmica.

No campo da Saúde Coletiva, de inspiração teórico-metodológica essencialmente marxista, a problematização do inconsciente ainda é, na melhor das hipóteses, algo bastante marginal, periférico, praticamente inexistente. No entanto, o peso das análises estruturalistas vem decrescendo sensivelmente, nas últimas duas décadas, acompanhando um movimento mais amplo das ciências sociais, resgatando a importância dos “atores” na produção dos processos sociais e deslocando o foco de análise para o cotidiano dos serviços, dos grupos, nas organizações. Podemos dizer que, acompanhando, ainda que tardiamente, o movimento mais geral do pensamento social, a Saúde Coletiva começa a reconhecer e a reclamar o “retorno do ator” ou do “sujeito”³, ainda que este “sujeito” continue assumindo uma posição secundária nos esquemas explicativos e circunscrita aos limites da consciência, até onde se estendem, a meu ver, as perspectivas fenomenológica, etnometodológica ou interacionista simbólica que compõem a “sociologia compreensiva” (Minayo, 1993).

³ “O Sujeito na Saúde Coletiva” foi o tema do penúltimo Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em 2001, em Salvador e que deu origem a um número temático da Revista Ciência&Saúde Coletiva.

De todo modo, o campo vem progressivamente percebendo a necessidade de problematizar esta dimensão subjetiva das organizações de saúde e de suas práticas assistenciais, como condição, inclusive, de sua efetividade. Nesta perspectiva, temas como a qualidade e a integralidade da assistência, o acolhimento e a “humanização” dos serviços vêm ocupando uma posição cada vez mais central na agenda de discussões acadêmicas e do setor saúde.

Para investigar a problemática da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços de saúde elegi, como campo de pesquisa – tomado como estudo de caso - um hospital geral, com emergência, da rede pública de serviços de saúde do Município do Rio de Janeiro, mais especificamente, a “Porta de Entrada” de seu serviço de emergência e de pronto-atendimento.

Entre os diversos tipos de serviços de saúde que integram o SUS, acredito que os hospitais públicos de emergência, especialmente os situados nas grandes cidades e, particularmente, suas Portas de Entrada, representam alguns dos maiores desafios para o exercício da cooperação entre os profissionais de saúde e da solidariedade e cuidado com a vida nas relações entre estes e a população atendida. Como apontamos em outro trabalho (Sá;Azevedo, 2002), nas últimas décadas aumentaram as desigualdades sociais, o empobrecimento da população é crescente e a violência urbana atingiu um patamar jamais visto e insuportável. Este quadro produz efeitos perversos no sistema de saúde que se somam a dificuldades de constituição e coordenação e uma rede pública de serviços que garanta o acesso a todos os níveis de assistência.

O hospital acaba por se tornar, assim, o *locus* de expressão das contradições sociais e da omissão do Estado em relação aos problemas sociais. Particularmente os hospitais de emergência, “portas abertas 24 horas por dia”, são alvos de uma demanda crescente, acima de suas capacidades de atendimento, por todo o tipo de serviços. Prestam assistência em uma situação bastante adversa, em termos de recursos disponíveis, tendo que responder tanto aos casos de emergência e urgência como a outros problemas que poderiam ser resolvidos na rede básica de serviços, não fosse a desestruturação da rede pública. Este contexto, em que não raro “ (...) os profissionais acabam por se sentir em uma situação de guerra permanente” (Sá;Azevedo, 2002:512) e frequentemente são obrigados a fazer “escolhas de Sofia”, no sentido de terem que decidir quem vive e quem morre, “ (...) é fonte de muito sofrimento para

os dirigentes, os funcionários e a população, porque resulta em dificuldades de atender e ser atendido, na queda da qualidade da assistência e, sobretudo, em seqüelas e óbitos evitáveis.” (Sá;Azevedo, 2002:513)

Nesta perspectiva, trabalhar na recepção ou na triagem, isto é, na “Porta de Entrada” desses hospitais é sempre desgastante para os profissionais, que atuam muito mais como barreira entre o usuário e o serviço e freqüentemente são alvo de agressões por parte da população, inclusive físicas, como constata Deslandes (2002). Trata-se, por isso, de um espaço e de uma prática que, segundo Silva (2002), tem sido pouco valorizada tanto pelos profissionais de saúde quanto pela produção acadêmica sobre o tema, que é bastante escassa.

No entanto, a importância da Porta de Entrada se revela quando se considera, por exemplo, que é neste espaço em que se dá a primeira leitura, a primeira interpretação e a validação (ou negação), pelo serviço, do que a população traz como problemas de saúde, com importantes conseqüências não apenas sobre o primeiro atendimento, mas para toda circulação do paciente no sistema de saúde. Como observa Teixeira (2003), a recepção do usuário nos serviços constitui-se em espaço primordial de investigação, elaboração e negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

Além disso, a importância da Porta de Entrada também se evidencia na dupla condição que, acredito, este espaço simultaneamente apresenta. Por um lado, é na Porta de Entrada que se manifestam as principais características das condições materiais e da dinâmica de funcionamento e de gestão do hospital como um todo, com seus limites e contradições. Por outro lado, a forma de funcionamento e a qualidade do trabalho realizado na Porta de Entrada impacta sensivelmente, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, a capacidade e as características da assistência prestada pelos demais setores do hospital, com reflexos também em outras unidades da rede.

O hospital onde a pesquisa foi realizada é um hospital geral, com emergência, com 198 leitos, situado em um subúrbio do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital de 67 anos, cuja maior parte de sua existência foi marcada pela fama de suas extremamente precárias condições de funcionamento. Tendo passado por uma importante reestruturação física há alguns anos, vem investindo em tecnologia e no aperfeiçoamento de seus mecanismos gerenciais, tendo sido inclusive premiado por suas iniciativas voltadas para a qualidade da assistência. Desde julho de 1999, vem sendo campo para um projeto de organização da “porta

de entrada”, voltado para a humanização. Tal projeto, considerado como piloto pelo nível central de coordenação da rede a qual o hospital pertence, inspirou o Projeto de Humanização da Porta de Entrada dos demais hospitais de emergência daquela rede, lançado em 2004.

A seguir, apresento alguns **pressupostos e hipóteses** que têm guiado a investigação e, ao mesmo tempo, em sua maioria, vêm sendo construídos ao longo da própria pesquisa.

- Junto com fatores mais gerais, relacionados às modalidades predominantes de subjetivação na sociedade contemporânea - particularmente a intensificação do individualismo, da exclusão social, da intolerância e da violência - as próprias condições (geralmente extremamente precárias) de funcionamento dos serviços públicos de saúde e as características do modelo assistencial vigente, impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e à possibilidade de cooperação e desenvolvimento de práticas de saúde solidárias e comprometidas com o cuidado com a vida.
- Considerando a dinâmica social contemporânea e, particularmente, os padrões de sociabilidade e subjetivação brasileiros, creio ser possível eleger a **cooperação**, a **solidariedade** e o **cuidado com a vida**, como expressões privilegiadas de uma *heterotopia*, *metáforas de uma hipercarência* (para usar a expressão de Santos, 1999) particularmente brasileira que, contrapostas à realidade de nossos serviços de saúde, poderão iluminar sua análise, contribuindo para a busca de possibilidades de enfrentamento dos processos de banalização da dor e sofrimentos alheios que hoje lhes são hegemônicos.
- Eleger a cooperação, a solidariedade e o cuidado com a vida nos serviços de saúde como objeto de estudo pressupõe focalizar a análise no cotidiano dos serviços, nos micro-processos, na forma como se realiza o trabalho em saúde e, particularmente, na sua dimensão relacional/intersubjetiva, pois entendo que a esfera do trabalho em saúde, mais precisamente do *trabalho vivo em ato* (como o conceitua Merhy, 2002) é o espaço por excelência de possibilidade de exercício de cooperação, de solidariedade e do cuidado com a vida, mas também, paradoxalmente, o espaço privilegiado para a

possibilidade de exercício de comportamentos perversos, para a banalização da dor e sofrimento alheios, enfim, para a manifestação do mal nos serviços de saúde.

- Mais especificamente, trata-se de examinar, nesses micro-processos cotidianos, os tipos de vínculos que os sujeitos estabelecem entre si (profissionais de saúde entre si, profissionais e população) e, sobretudo, os vínculos que os ligam ao seu trabalho e às organizações em que trabalham, pois eles estabelecerão, acredito, os limites e possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado.
- A partir da perspectiva psicossociológica (Enriquez, 1997a), entendemos (Azevedo *et al.*, 2002) que os sujeitos se ligam às organizações não apenas por vínculos materiais, mas, sobretudo, afetivos e imaginários. Para a problemática central deste estudo, ganham relevância, como importantes condicionantes, os processos de identificação, de idealização e ilusão, que precisam ser problematizados, indagando-se por seus destinos, atualmente, nos serviços públicos de saúde.
- Outro elemento importante no quadro explicativo que venho tentando construir para a problemática estudada encontra-se na abordagem da psicodinâmica do trabalho, especialmente na noção de sofrimento psíquico. A dificuldade de muitos trabalhadores de saúde se solidarizarem com a dor e o sofrimento alheios tem origem, em parte, na impossibilidade de lidarem com seu próprio sofrimento (psíquico) perante um processo de trabalho cada vez mais segmentado, descontínuo e alienado com relação a sua finalidade, bem como diante das condições da maioria dos serviços públicos de saúde, onde a insuficiência e má administração de recursos impõem diariamente aos profissionais a necessidade de fazerem “escolhas de Sofia”, no sentido de decidirem quem tem acesso a recursos e tecnologias que condicionam a possibilidade de vida e de morte.
- Outro “pressuposto” cuja construção vem sendo amadurecida ao longo da investigação diz respeito à especificidade do trabalho em saúde e suas implicações sobre as

possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado. Entendo que a especificidade do trabalho em saúde, ou o que constitui sua “essência”, é sua característica relacional/intersubjetiva, de intervenção única de um sujeito sobre outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. O caráter mais ou menos técnico-científico deste trabalho, seu grau de especialização, sua forma/lógica de organização e de divisão técnica e social, suas finalidades, bem como as representações e valores a ele associados é que irão, obviamente, variar nos diferentes contextos histórico-sociais. Tais variações, no entanto, irão também impactar, por sua vez, a qualidade e as características da relação intersubjetiva e da intervenção que constituem a essência do trabalho em saúde, alargando ou estreitando as margens da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida nos serviços de saúde.

- Nesta perspectiva, entendo que o objeto de trabalho em saúde (o ter que lidar com a dor, a morte, o sofrimento, os corpos dos outros) pode ser tanto favorecedora da alienação, da apatia e da heteronomia – no sentido dado a este termo por Enriquez (1994d) – como da autonomia, da criatividade, da capacidade de formulação de projetos solidários, da capacidade de cuidado com o outro, enfim, da fraternidade, no sentido discutido por Birman (2000).

No primeiro caso, seriam hegemônicas entre os profissionais as estratégias defensivas, como sugeridas por Menzies (1970) e Dejours (1999), ante a impossibilidade de lidar com sua própria dor e sofrimentos, com suas angústias de desintegração, com a perspectiva de sua morte e com sua impotência frente à dor, sofrimento e morte alheios.

No segundo caso, minha hipótese é que o lidar com as questões da vida e da morte, com o sofrimento e a precariedade dos corpos, a fragilidade e o desamparo coloca os sujeitos face a face com sua própria precariedade e finitude, podendo favorecer um trabalho de desconstrução cotidiana, pelos sujeitos, da formação ilusória de sua auto-suficiência, dispositivo do imaginário humano engendrado, segundo Birman (2000), na modernidade e principal responsável, segundo o autor, pelos obstáculos ao laço fraterno.

- Por fim, acredito também que o desenvolvimento da autonomia e da criatividade dos sujeitos nas organizações de saúde é uma das condições fundamentais tanto para o fortalecimento da cooperação e do trabalho coletivo, como para o desenvolvimento de práticas de saúde solidárias e voltadas para o cuidado com a vida. No entanto, a produção de autonomia e criatividade dos sujeitos não é algo passível de normatização ou programação, embora o modo como se organizam os processos de trabalho em saúde e como são gerenciados possa impactar, positiva ou negativamente, esses processos e a capacidade de vínculo entre os sujeitos nos serviços de saúde.

Considerando esses pressupostos/hipóteses, tenho definido, como **objetivo geral** da pesquisa

- Conhecer, a partir do segmento “Porta de Entrada” de um hospital de emergência, os limites e possibilidades que os processos intersubjetivos produzidos nos serviços públicos de saúde definem para o desenvolvimento da cooperação, para o exercício da solidariedade e para a realização de práticas assistenciais voltadas para o cuidado com a vida.

E, como **objetivos específicos**

- Conhecer a dinâmica geral de funcionamento do segmento “Porta de Entrada” de um hospital geral de emergência, os processos de trabalho ali desenvolvidos, as condições materiais e organizacionais em que são desenvolvidos e suas interfaces com outros setores do hospital, identificando os principais elementos condicionantes da capacidade do serviço de atendimento à demanda, de reconhecimento/acolhimento e minimização do sofrimento da população.
- Reconhecer o imaginário compartilhado pelos profissionais sobre o hospital estudado, sobre seu trabalho e sobre a população atendida, examinando seus possíveis impactos sobre os vínculos que os sujeitos estabelecem entre si e para com a organização, bem como suas consequências sobre a realização das práticas assistenciais.

- Examinar as exigências específicas de trabalho psíquico (formações e processos inconscientes) que as organizações de saúde e as características do trabalho em saúde impõem aos sujeitos singulares e aos agrupamentos no interior dessas organizações, bem como suas conseqüências sobre a capacidade dos sujeitos de cooperação, solidariedade e cuidado com a vida.

Para o desenvolvimento da pesquisa, apoiamo-nos, principalmente, na Psicossociologia francesa, tendo como referências centrais os trabalhos de Eugène Enriquez e André Lèvy, cujo potencial de contribuição para a análise e intervenção nas organizações de saúde tivemos oportunidade de apresentar (Azevedo *et. Al.*, 2002).

Especificamente com relação à Teoria Psicanalítica, concentramos o foco sobre os textos culturais/sociais de Freud e as abordagens psicanalíticas dos processos grupais, com destaque para os trabalhos de Bion e Kaës, bem como sobre as discussões psicanalíticas sobre a dinâmica social contemporânea e seus processos de subjetivação, destacando-se os trabalhos de Jurandir Freire Costa e Joel Birman. Apoiamo-nos, igualmente, nas contribuições da Psicodinâmica do Trabalho (Christophe Dejours) para a discussão das relações entre trabalho e sofrimento psíquico.

No campo da saúde Coletiva, especificamente, na área de Planejamento e Gestão em Saúde, temos como principais referências os trabalhos oriundos da Escola de Campinas, voltados para a construção de um modelo tecno-assistencial “Em Defesa da Vida” (Campos, 1991;2000) (Cecílio, 1994) (Merhy, 1997;2002), e as contribuições relativas à natureza do trabalho em saúde e suas transformações, como os trabalhos de Schraiber (1993), Merhy (2002) e Pires (1998).

As estratégias de investigação compreenderam, inicialmente, um estudo exploratório, com entrevistas realizadas junto a profissionais de diversos setores do hospital (Serviço de Emergência; Porta de Entrada; e algumas enfermarias), além de participação em reuniões da equipe de direção, reuniões da direção com as chefias e entrevistas com membros da equipe de direção. Para a fase de pesquisa propriamente dita, a observação participante das rotinas e dinâmicas do segmento Porta de Entrada foi um elemento central na estratégia de investigação, compreendendo a observação da recepção, triagem e primeiro atendimento da emergência e do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do hospital, observação do setor de

registro de pacientes/abertura de boletins, observação “longitudinal” de pacientes, isto é, desde o momento em que chega ao hospital até o momento em que é atendido e sai, e entrevistas em grupo com profissionais de diversas categorias envolvidos com o Projeto Porta de Entrada.

Para o desenvolvimento dessas estratégias de investigação, tenho buscado adotar, como referências, os pressupostos da abordagem clínica das organizações (Lèvy, 2001; Gaulejac, 2001 e Sévigny, 2001), que serão discutidos no capítulo 3.

O presente trabalho está estruturado em seis capítulos, por sua vez organizados em seções e subseções. No primeiro capítulo, procuro situar a problemática da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços de saúde, considerando, por um lado, os desafios colocados pela dinâmica da sociedade contemporânea, particularmente a fragilidade dos vínculos sociais, e, por outro, examinando os limites que as próprias transformações histórica e socialmente determinadas do trabalho em saúde impõem às possibilidades de cuidado.

No segundo capítulo, busco aprofundar a análise da problemática acima a partir das questões trazidas do campo da Psicossociologia Clínica e da Psicanálise, levantando algumas hipóteses e questões de investigação.

O terceiro capítulo é dedicado à apresentação da perspectiva teórico metodológica e de alguns pressupostos da abordagem clínica das organizações, que orientaram o desenho metodológico da pesquisa, bem como à apresentação do hospital estudado e das questões que emergiram a partir das primeiras explorações em campo, orientando igualmente a definição das estratégias de investigação.

Os capítulos 4, 5 e 6 referem-se já à análise do material empírico e dos resultados da pesquisa. No capítulo 4, procuro realizar uma aproximação do imaginário organizacional, explorando suas possíveis consequências sobre as questões centrais da pesquisa. Do mesmo modo, analiso o Projeto de Humanização da Porta de Entrada, seu lugar no imaginário organizacional e as funções que cumpre na dinâmica hospitalar e na assistência prestada.

O capítulo 5 é dedicado à uma análise minuciosa dos processos de trabalho na porta de entrada, do ponto de vista organizacional e psicossociológico, destacando-se suas dimensões intersubjetivas e inconscientes, e explorando suas consequências sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado.

O capítulo 6 é dedicado a um balanço dos resultados da pesquisa. Ali, procurei destacar os resultados do trabalho realizado na porta de entrada do hospital estudado e seus impactos sobre as possibilidades de minimização ou de banalização da dor e sofrimento alheios, contextualizando-os na crise sem precedentes que se abateu sobre os serviços de saúde do Rio de Janeiro no início de 2005, particularmente sobre seus hospitais de emergência.

1. A PROBLEMÁTICA DA SOLIDARIEDADE, DA COOPERAÇÃO E DO CUIDADO COM A VIDA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

1.1 “O SUS que Temos, o SUS que Queremos”¹ e Algumas de Nossas Perplexidades

A dinâmica social contemporânea, o contexto social e político em que se inserem os serviços de saúde no Brasil e os problemas que enfrentam impõem, como reflexão prioritária, a problemática da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida. Estas questões, que mais recentemente vêm ganhando, direta ou indiretamente, certo relevo na produção teórico-técnica do campo da Saúde Pública, se afirmam progressivamente quase que como uma reação à situação de brutal desvalorização da vida, individual e coletiva, na sociedade brasileira e, especificamente, no âmbito de nossos serviços de saúde. (Sá, 2001) (Campos, 2005)

O setor saúde no Brasil vive uma situação paradoxal: por um lado, tem-se colocado, sem dúvida, como catalizador de propostas e experiências inovadoras nos campos da assistência e da gestão pública – impulsionadas pelos princípios de democratização, universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde que orientam o movimento de Reforma Sanitária Brasileira e que se encontram inscritos na Constituição e na legislação específica do Sistema Único de Saúde - SUS. Por outro lado, nossos serviços de saúde também vêm sendo o espaço privilegiado de manifestação das contradições sociais e do intenso processo de exclusão, segregação e banalização da dor e do sofrimento alheios que tem marcado nossa sociedade. (Sá, 2001)

Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, o SUS representa inegáveis avanços para a garantia de assistência à saúde da população brasileira. Como observa Vilaça Mendes, “*Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema de serviços de saúde² que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres. (...) e tem*

¹ Expressão utilizada por Mendes (2004).

² Segundo este autor (Mendes, 2004), são 63.650 unidades ambulatoriais, 5.800 unidades hospitalares, com 440.000 leitos, produzindo anualmente 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 251 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23,4 mil transplantes.

capilaridade em todo o território nacional. Por tudo isso, é a política pública nacional que vem se afirmando como política de Estado e, não só, de Governo”. (Mendes,2004:4) No entanto, como o mesmo autor observa, há uma nítida diferença entre o SUS real e o SUS constitucional.

Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema - dentro de um sistema segmentado -, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados (...) Em consequência, na prática social, o SUS, ao invés de um sistema universal, vai se implantando como segmento destinado aos pobres. (Mendes, 2004:4)

Segundo Mendes, esta segmentação do sistema de saúde se apoiaria no suposto de que, ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobrariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. O autor aponta, no entanto, para evidências empíricas que demonstram que tal suposto é falso, pois ao se criar um sistema específico para os pobres, tal sistema tende a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade, em virtude da desorganização social desses grupos sociais e de sua baixa capacidade de vocalização política. Assim, o Brasil vem gastando pouco e mal com os serviços de saúde.

O gasto sanitário total per capita do Brasil, em 2001, foi de S\$222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina (Organización Mundial de la Salud, 2003). Isso mostra que o nosso País gasta pouco relativamente a outros países da América do Sul. Ademais, seu gasto tem uma qualidade ruim, o que pode ser atestado pela relação entre o gasto sanitário público e o gasto sanitário total. O gasto sanitário público do Brasil em relação ao gasto sanitário total foi, em 2001, de 41,6%; as evidências internacionais mostram que essa relação, nos sistemas públicos universais, deve ser superior a 70% (Organización Mundial de la Salud, 2003). A conclusão é de que o gasto público brasileiro com serviços de saúde é muito baixo (Mendes, 2004:5).

As consequências desse processo são a intensa deterioração da qualidade da assistência à saúde e a manutenção de iniquidades históricas, a despeito dos inegáveis avanços já alcançados na extensão da cobertura. Como observou Travassos (1997), há uma relação perversa no uso dos serviços de saúde: os grupos de menor renda *per capita* adoecem mais, porém utilizam menos serviços de saúde.

Assim, do ponto de vista da macropolítica, a situação de subfinanciamento do SUS vem se contrapondo frontalmente à possibilidade de solidariedade e revela, a meu ver, a inegável contradição entre os princípios a Reforma Sanitária e o avanço do projeto neoliberal, no dia-a-dia das ações dos governos, que têm privilegiado políticas públicas focalistas – sustentadas por aqueles que, “(...) *entendem que o papel do Estado nas políticas sociais é dar proteção ao mais pobres*” (Mendes, 2004:5) – esvaziando progressivamente as pretensões e ilusões dos que se alinham às correntes universalistas e que, no caso da saúde, “ (...) *pretendem dar acesso a toda a população aos serviços sanitariamente necessários, contribuindo, dessa forma, para a inclusividade social; (e acreditando que) uma sociedade mais solidária na política de saúde é capaz de incrementar o capital social e, assim, ter um efeito dinamizador sobre outros setores da sociedade*” (Mendes, 2004:5)

No entanto, a defasagem entre o SUS constitucional e o SUS real não se manifesta apenas nos problemas de financiamento, cobertura e qualidade do sistema, do ponto de vista técnico e material. A baixa qualidade dos serviços e as dificuldades de acesso aos mesmos se potencializam significativamente através de um processo que tenho identificado (Sá, 1999, 2001) como uma **crescente banalização da dor e do sofrimento alheios** nos serviços de saúde. Tal processo se manifesta, por exemplo, na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde. O saldo deste processo não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes que poderiam ter sido evitados.

Também entre os profissionais de saúde, pelo menos entre aqueles ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde em nossa sociedade, esta situação tem produzido igualmente muito sofrimento, especialmente por seu sentimento de impotência para modificá-la e perplexidade por não lograrem compreender seus complexos determinantes.

Construído desde meados da década de 70, num processo de luta política e ideológica que se confundiu com o processo mais amplo de redemocratização do País, o ideário da Reforma Sanitária Brasileira se constituiu, acredito, como um importante “imaginário motor”,

na acepção dada por Enriquez³ (1997a), para profissionais de saúde, intelectuais e segmentos da sociedade civil organizada, cuja militância, no que ficou conhecido como “Movimento Sanitário” (Escorel, 1988), viabilizou não só o SUS constitucional, mas o que se pôde avançar, no SUS real, em termos de descentralização, democratização, universalidade, integralidade e equidade do sistema.

Todavia, este projeto grandioso, onipotente até, poderíamos dizer, tem sido, no meu entender, cotidianamente enfraquecido, minado, em sua função de imaginário motor, não só pelo avanço do projeto neoliberal nas políticas públicas e pelos problemas estruturais dos serviços de saúde, mas também pela própria dinâmica social contemporânea, caracterizada, principalmente, pelo déficit de ideais transcendentais, pela incapacidade de formulação de (e de crença em) projetos coletivos e voltados para a justiça social, pela exacerbação do individualismo, pela desregulamentação, pela exclusão social e pela intolerância crescentes. (Sá, 2001).

Essas características das sociedades contemporâneas ganham, na sociedade brasileira, e especificamente nos nossos serviços públicos de saúde, a forma de um processo de **brutal desvalorização da vida, individual e coletiva**, responsável pela **derrocada cotidiana da utopia igualitária do SUS**, a despeito dos esforços de muitos gestores e trabalhadores de saúde e do sucesso de algumas experiências localizadas. Tal situação, sem dúvida, é geradora de sofrimento entre os profissionais e, aliada à **crise de governabilidade dos serviços de saúde**, às dificuldades de formulação de projetos coletivos e aos limites teórico-técnicos do instrumental do campo do planejamento e da gestão para fazer face à complexidade deste quadro, acaba por produzir o que, analogamente à situação diagnosticada por Freud, ainda em 1930, com relação aos problemas da sociedade e da cultura ocidental, poderíamos definir como um “mal-estar nas organizações de saúde”. (Sá, 2001)

Sem desconhecer a importância do instrumental teórico-metodológico disponível no campo da Saúde Pública, é preciso reconhecer a insuficiência das propostas prescritivas que costumam ser formuladas com o objetivo de mudar a realidade de nossos serviços de saúde, calcadas exclusivamente na racionalidade técnico-científica da epidemiologia e das teorias sistêmico-estratégicas de planejamento e gestão. Nenhuma dessas abordagens é suficiente, isoladamente, para fazer face, por exemplo, ao cinismo generalizado contido no tratamento do

³ Enquanto promotor da criatividade, (e de projetos criativos), da autonomia e da possibilidade de vínculo entre os sujeitos.

outro como um evento estatístico ou burocrático (Sá, 1999) e no predomínio da racionalidade instrumental na relação entre os sujeitos no interior dos serviços de saúde.

Acredito que para uma melhor compreensão deste quadro – e talvez uma melhor possibilidade de intervenção sobre o mesmo – seja necessário um olhar interdisciplinar, tanto sobre a dinâmica social contemporânea como sobre a especificidade do funcionamento dos serviços de saúde, sobre a natureza do trabalho em saúde e as condições atuais em que se realiza, buscando ampliar as fronteiras da perspectiva sociológica e das teorias organizacionais e focalizar, fundamentalmente, o papel dos processos intersubjetivos e inconscientes nesta dinâmica.

1.1 A Dinâmica Social Contemporânea e suas Consequências sobre as Possibilidades de Solidariedade, Cooperação e Cuidado com a Vida

Entendo (Sá, 1999, 2001) que nossa sociedade esteja sofrendo os efeitos de uma superioridade relativa do que poderíamos chamar “forças desagregadoras” do tecido social, impondo sérios e cada vez maiores limites às possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado com a vida. Tal situação se manifesta através de um conjunto variado de sintomas, detectados por muitos autores que se têm ocupado dos problemas da sociedade contemporânea e, particularmente, da problemática do indivíduo na sociedade e em suas organizações.

Assim, como observa Enriquez (1994a), intensificam-se fenômenos como o individualismo, em detrimento da efetiva valorização do sujeito e da interioridade; o culto ao corpo, que passa a ser indicador de sucesso individual e utilidade social; o desenvolvimento de um “narcisismo de morte”, onde os indivíduos só enxergam uma imagem idealizada de si mesmos, sem qualquer possibilidade de ligação com os outros; e uma vontade de eficácia a qualquer preço. Numa perspectiva próxima de análise, Santos (1999) nos mostra como o individualismo possessivo e a cultura consumista – que têm em sua base a legitimidade da propriedade privada independentemente da legitimidade de seu uso, um dos axiomas da modernidade – produzem um desvio das energias sociais da interação com pessoas para a interação com objetos.

Compondo um enquadre apropriado para a produção desses fenômenos, destaca-se a perda progressiva das referências ideológicas e a incapacidade de formulação de projetos coletivos/utopias. Para alguns autores, as sociedades contemporâneas encontram-se cada vez mais esvaziadas em sua capacidade de propor “ideais elevados” (Enriquez, 1994b), ou pateticamente incapazes de se pensarem como alguma coisa positiva, definindo-se apenas como “pós-alguma coisa”/“pós-modernas” (Castoriadis, 1992). Santos (1999) nos fala de uma descrença generalizada, tanto dos povos da periferia quanto de largos setores dos países centrais, no futuro um dia prometido pela modernidade. Os primeiros, vencidos pelos desafios, porque um dia, em nome do futuro grandioso prometido pela modernidade, renunciaram ou negligenciaram outros futuros, talvez menos brilhantes mas, como observa o autor, que ao menos lhes asseguravam a subsistência e uma relação mais equilibrada com a natureza. Descrentes também do futuro prometido pela modernidade os segundos, porque os riscos que ele envolve - principalmente ecológicos - começam a ser mais ilimitados que ele próprio. (Caberia aqui talvez acrescentar como metáfora da incerteza radical e da impossibilidade de concepção de um futuro ocidental primeiro-mundista, o 11 de Setembro.) Assim, ante a atitude futuricida de certo pós-modernismo, voltado para a celebração do presente, e o pensamento reacionário dos que se voltam para a celebração do passado, Santos observa que “(...) *depois de séculos de modernidade, o vazio de futuro não pode ser preenchido nem pelo passado nem pelo presente. O vazio de futuro é tão só um futuro-vazio.*” (Santos, 1999:322)

Em contraposição, ou como uma “formação reativa”, me parece, a esta situação, há uma supervalorização da dimensão econômica e uma obsessão pela modernização, com uma idealização da técnica e da tecnologia em nome da intensificação da produção, inclusive dos afetos (Enriquez, 1994b). A este respeito, Santos observa: “*Este excesso de credibilidade das soluções técnicas, que é parte intrínseca da cultura instrumental da modernidade, oculta e neutraliza o déficit de futuro delas. Por isso tais soluções não deixam pensar o futuro (ou, poderíamos dizer, o sentido, os fins), mesmo quando elas próprias já deixaram de o pensar.*” (Santos, 1999:322-323).

No mesmo sentido, Lévy nos fala de uma “ (...) *fascinação pelo que ‘funciona’, pelos ‘utensílios’ que permitem responder rápida e, se possível, automaticamente, a problemas delimitados, (...) numa sociedade colocada sob o signo da urgência (ou do sentimento de*

urgência) (...)” (Lèvy, 1994:104), onde tudo que se apresenta como uma exigência do sujeito, **especialmente a necessidade de tempo**, está condenado a ser rejeitado.

Diagnóstico semelhante também é feito por Santos (1999), para quem uma das principais dificuldades para o enfrentamento dos problemas fundamentais da sociedade contemporânea⁴, é a contradição entre, por um lado, a temporalidade intergeracional (portanto de médio e longo prazos) necessária ao enfrentamento dos problemas e, por outro, a temporalidade cada vez mais curta que domina a classe política, atada aos problemas e soluções de curto prazo, ou a temporalidade curta e obsolescente do consumo, que domina a maior parte da população dos países centrais, ou ainda o prazo imediato e a urgência da sobrevivência diária que domina a grande maioria da população dos países periféricos.

Entendo que estes últimos fenômenos têm importantes conseqüências, negativas, não apenas para a vida em sociedade, mas particularmente sobre a dinâmica das organizações de saúde, seus processos de gestão e o modo como são prestados os serviços. A fascinação pela tecnologia, “pelo que funciona” e o aprisionamento dos sujeitos no domínio da urgência, dos tempos curtos, conspiram contra qualquer possibilidade de dúvida, de pausa para o questionamento, de reconhecimento pelo sujeito de seu não saber e de sua insuficiência (e da necessidade de ajuda de outros) para a solução dos problemas. A ilusão das soluções prontas e imediatas, presente no imaginário poderoso e sedutor⁵ veiculado pela indústria tecnológica, joga o sujeito na onipotência/na ilusão de auto-suficiência (Birman, 2000) e o afasta da possibilidade de cooperação e solidariedade. A possibilidade de reflexão, de contato com sua interioridade (e conseqüentemente maior disponibilidade para o outro/para a alteridade) é também algo que se coloca como altamente exigente de tempo e também condição para o cuidado com a vida (sua e do outro). Também exigente de tempo é a possibilidade de formulação de projetos coletivos (possibilidade de planejamento) e de busca de soluções criativas (não apriorísticas) no interior das organizações, o que se contrapõe, com pouquíssimas chances de sucesso, aos tempos rápidos e performáticos da gestão contemporânea.

Do mesmo modo, alguns dos fenômenos apontados por Bauman (1998) como importantes fontes de mal-estar no mundo “pós-moderno” podem ser trazidos, acredito, para o centro da discussão sobre os limites e possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado

⁴ Segundo o autor, degradação ambiental, aumento da população e das disparidades de bem-estar entre o centro e a periferia, tanto ao nível do sistema mundial quanto no interior de cada um dos Estados que o compõem.

⁵ No mesmo sentido dado por Enriquez (1997a) ao termo “imaginário enganoso”.

com a vida, e põem a prova o planejamento e a gestão, entendidos (*lato sensu*) enquanto possibilidade de algum tipo de regulação ou algum grau de governabilidade sobre esses processos sociais. Entre esses fenômenos destacam-se a total desregulamentação, a privatização e a absoluta falta de estabilidade, isto é, a intensa fluidez e descontinuidade, que caracterizam a situação de “incerteza radical” da vida pós-moderna. Ajudados por um mercado interessado em manter a procura permanentemente insatisfeita, os indivíduos devem ser capazes “(...) *de vestir e despir identidades, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência.*” (Bauman, 1998:23). Os que não podem passar nesta prova de constante renovação promovida pelo mercado são a “sujeira” da pureza pós-moderna. O critério de pureza – segundo o autor, uma das bases da civilização moderna e de seu culto à higiene – seria convertido, na pós-modernidade, à aptidão para o consumo.

Assim, exclusão e segregação social, tendência à incriminar os problemas socialmente produzidos, ressentimento e intolerância (inclusive entre os próprios excluídos), exacerbando o que Freud [1974, (1930)] denominou como “narcisismo das pequenas diferenças”, medo, insegurança, despedaçamento das antigas redes de solidariedade (Bauman, 1998), são algumas das graves conseqüências da dinâmica social contemporânea. Além dessas e, a meu ver, contribuindo para a apatia e a tolerância social crescente para com as injustiças, coloca-se o fato de que a situação de incerteza radical não diz respeito apenas aos destinos individuais e à futura configuração do mundo, mas se coloca também sobre a maneira correta de viver no mundo e sobre os critérios para julgar os erros e os acertos da maneira de viver (Bauman, 1998:32). Trata-se, acredito, de uma incerteza ética, talvez um dos mais importantes entraves do mundo contemporâneo à possibilidade de ações cooperativas e projetos solidários regidos por valores altruístas e de justiça social.

O incremento da violência, da agressividade, enfim, a intensificação dos comportamentos perversos na sociedade contemporânea seriam, segundo Enriquez (1994b), resultantes do fato de que as sociedades ocidentais contemporâneas são “sociedades sem pais”, onde o déficit de referências não permite interdições internalizáveis e constitutivas de sujeitos autônomos e responsáveis, mas apenas interdições repressivas, inócuas e incapazes de impedir a exacerbação de tais comportamentos. Enriquez (1994a) ainda sugere, a partir de um estudo de Ruth Benedict sobre a sociedade japonesa⁶, que estaríamos passando de uma

⁶ O Crisântemo e a Espada (1946).

“civilização da culpabilidade” para uma “civilização da vergonha”. Na primeira, haveria um sentimento de culpa, independentemente de o ato culpável ter sido perpetrado ou não. Tal sociedade pressupõe, portanto, a luta, no interior de cada um de nós, entre a agressividade, a inveja e o amor, além da consciência desta luta. Estes sentimentos requerem um interesse pelos vínculos que nos ligam a nós mesmos, aos outros e à sociedade e estão na base, acredito, da possibilidade simultânea de autonomia e solidariedade entre os indivíduos. Já numa “civilização da vergonha”, todo ato repreensível pode ser realizado, desde que não seja descoberto. Tudo está no ato e em sua visibilidade. “(...) *Quanto mais vivermos no mundo do fazer e da aparência, mais a civilização da vergonha se imporá e a culpabilidade (...) desaparecerá.*” (Enriquez, 1994a:52).

Numa linha de discussão análoga, Dejours (1999) nos fala da banalização da injustiça social ou mais precisamente, e a partir de Hannah Arendt, da “banalização do mal”. Há uma tolerância social cada vez maior para com as injustiças sociais, os sofrimentos infligidos a outrem em nossas sociedades. Tal tolerância não resultaria apenas da resignação dos indivíduos ou de um sentimento de impotência diante de processos que os transcendem ou julgam inevitáveis, mas funcionaria também como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade no agravamento da adversidade social. Além disso, as estratégias de defesa contra o próprio sofrimento psíquico também podem tornar tolerável o que o autor denomina “sofrimento ético” – entendido como o que o sujeito

(...) pode experimentar ao cometer, por causa de seu trabalho, atos que condena moralmente. Em outras palavras, é bem possível que agir mal, isto é, infligir a outrem um ‘sofrimento indevido’ – segundo a concepção proposta por Pharo⁷ (...) cause também sofrimento àquele que assim age no contexto de seu trabalho. E se ele for capaz de construir defesas contra esse sofrimento poderá manter seu equilíbrio psíquico. (Dejours, 1999:36).

A perspectiva desenvolvida por Dejours, a partir da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1993; 1999) revela-se um importante instrumento para a investigação de alguns dos determinantes do que considero ser um processo crescente de banalização da dor e do sofrimento alheios nos serviços de saúde (Sá, 2001), bem como dos limites e possibilidades de cooperação entre os trabalhadores, e será retomada mais adiante.

⁷ Pharo, P. L’injustice et le mal. Paris, L’Harmattan, 1996

Examinando mais especificamente a realidade social brasileira, é impossível não reconhecer a intensidade (e a especificidade) com que se dão os processos, até aqui apontados, de exclusão social, intolerância, individualismo, consumismo, exacerbação de comportamentos perversos e violência em geral. Um dos autores que melhor vêm fazendo a crônica e a análise psicossocial do comportamento de nossa sociedade é Jurandir Freire Costa. Em um de seus textos (Costa, 2000) - que apresentarei a seguir com mais detalhes, pois me parece ser um dos que de modo mais agudo apresente a problemática da violência na sociedade brasileira - o autor focaliza sua análise em torno de dois processos que, a seu ver, vêm progressivamente conformando o modelo de subjetivação das elites brasileiras: *o alheamento em relação ao outro e a irresponsabilidade em relação a si*.

Costa se apóia nas contribuições de Hannah Arendt, Richard Rorty e Freud para destacar que, ao contrário do ódio, da rivalidade ou do temor diante de um adversário que representa alguma ameaça, “ (...) *o alheamento consiste numa atitude de distanciamento, em que a hostilidade ou o vivido persecutório são substituídos pela **desqualificação do sujeito como ser moral***⁸.” (Costa, 2000:79), o que significa não vê-lo como um agente autônomo e criador potencial de normas éticas ou alguém que deve ser respeitado em sua integridade física e moral. Este tipo de conduta corresponderia, segundo o autor, a um estado psíquico em que a impiedade não é reconhecida como tal. “*No estado de alheamento, o agente da violência não tem consciência da qualidade violenta de seus atos. Se o possível objeto da violência nada tem a oferecer, então não conta como pessoa humana e pouco importa o que venha a sofrer; (...)*” (Costa, 2000:79-80), ou então é o mero suporte de predicados ou objetos desejados por seu violentador, sendo igualmente irrelevante o que quer que lhe aconteça. Como observa o autor, “*Ao contrário da crueldade inspirada na rivalidade ameaçadora, real ou imaginária, a indiferença anula quase totalmente o outro em sua humanidade.*” (Costa, 2000:80).

Em seu entender, a forma de vida das elites no Brasil vem se apoiando cada vez mais nesse modelo de subjetivação ou individualização. Os pobres e miseráveis são cada vez menos percebidos como pessoas morais, e essa atitude das elites, segundo Costa, não é informada por interesses utilitários ou de classe, ou ainda por cálculos racionais de opressão. Os desprezados não são vistos como adversários de classe, interesse ou costume, mas como uma espécie de “(...) *resíduo social inabsorvível, com o qual se deve aprender a conviver*

⁸ Grifo do autor.

(...)” (Costa, 2000:80) Isto se deve, segundo o autor, ao fato de as elites não se preocuparem mais em legitimar seus valores e visão de mundo. Em parte tributária do desastre histórico dos regimes totalitários de esquerda, essa imagem da realidade social apoiada numa aceitação uníssona (povo e elites) de uma mesma visão de mundo, fornece às elites uma tranquilidade ideológica que não tinham antes. *“Dão por estabelecido que a sociedade toda converteu-se a seu modo de viver e, apostando nesse consenso imaginário, agem com a desenvoltura dos que caminham no fio da navalha, sem consciência dos riscos que correm.”* (Costa, 2000:80)

É interessante recuperar aqui a análise de Boaventura de Sousa Santos (1999) a respeito da crescente dificuldade de se identificar, nos países centrais, soluções mais globais, coletivas ou públicas para os seus problemas fundamentais (convulsões sociais, fundamentalismo religiosos, criminalidade, motins, iniquidades no consumo, etc.). Para este autor, o horizonte social das soluções, mais do que localizado, está privatizado. *“O capitalismo é hoje menos um modo de produção que um modo de vida. O individualismo e o consumismo transferiram para a esfera privada a equação entre interesse e capacidade. É nessa esfera que os indivíduos identificam os seus interesses e as capacidades para lhes dar satisfação. A redução à esfera privada desta equação faz com que muitas das desigualdades e opressões que ocorrem (...) sejam invisíveis ou, se visíveis, trivializadas.”* (Santos, 1999:320)

Essa invisibilidade ou trivialização das injustiças sociais seria, portanto, poderíamos concluir, o mecanismo privilegiado de tranquilização psíquica das elites brasileiras, voltadas cada vez mais para suas vidas privadas e para quem, segundo Costa (2000), tudo parece em ordem, na paz do mercado e do consumo. Problemas como o aumento do desemprego e da miséria, a decadência da vida urbana, a situação do campo e dos sem-terra são vistos como etapas infelizes porém provisórias no inevitável e correto rumo do desenvolvimento. Para Costa, esta crença é autêntica entre as elites. Salvo alguns cínicos, não se trata de hipocrisia ou manipulação. Acreditam piamente que *“(...) a política é coisa do passado (...) as velhas idéias de nação, Estado ou país devem ser aposentadas. A nova sociedade pertence à comunidade internacional dos que estão conectados pela Internet e dos que podem ingressar no circuito mundial das trocas econômicas, intelectuais, artísticas, científicas e tecnológicas.”* (Costa, 2000:81)

Um dos ônus dessa crença é, para o autor, o aprisionamento das elites em uma espécie de mundo fantasma, uma “espécie de terceiro mundo” entre o país real em que vivem (e do qual não querem saber) e a comunidade internacional onde imaginam viver. *“Desenraizadas*

lá e cá, perderam o sentido da história e do bem comum. Impotentes para intervirem nas decisões político-econômicas dos países ricos e desinteressadas pelo que se passa no Brasil, deixaram-se absorver por seus problemas privados, voltando as costas aos problemas coletivos.” (Costa, 2000:81)

No entanto, o principal ônus desse alheamento, dessa indiferença em relação aos desfavorecidos, é a reação igual e contrária que esta gerou.

Da mesma forma que, para as elites, a vida dos mais pobres não tem nenhum valor, para o lumpen das cidades a vida dos privilegiados tornou-se mero objeto de barganha. A massa de pivetes assaltantes, bandidos de aluguel, seqüestradores e traficantes de cocaína vê nos ‘ricos’ apenas consumidores de droga ou corpos que podem ser friamente assaltados, estuprados, seqüestrados e assassinados em troca de dinheiro. (Costa, 2000:82)

Para o autor, a sociedade brasileira tornou-se uma réplica dos piores momentos da sociedade ocidental. Evocando Hannah Arendt, Costa compara nossa sociedade a um “mundo agonizante”, onde “ (...) *os homens aprendem que são supérfluos, através de um modo de vida em que o castigo nada tem a ver com o crime, em que a exploração é praticada sem lucro, e em que o trabalho é realizado sem proveito.*” (Arendt, *apud* Costa, 2000:82). Neste mundo, conclui o autor, ainda citando Arendt, “*a insensatez é diariamente renovada*”.

À truculência das agressões e à exclusão social crescentes noticiadas cotidianamente, as elites reagem, conforme aponta Costa (2000), com impotência e passividade. Optaram por estratégias de “salvação individual”. Multiplicam-se o consumo de tranquilizantes, antidepressivos, drogas, psicoterapias de todo o tipo, o recurso a práticas exotéricas, comércio de pornografia, aumento do número de shopping centers, etc. Os assuntos da vida privada são os que dominam qualquer outro tipo de preocupação. Há, segundo o autor, um cuidado obsessivo com o bem-estar que, paradoxalmente, não apenas realimenta a cultura do alheamento em relação ao outro como reduplica-se em irresponsabilidade em relação a si. No entanto,

(...) toda essa parafernália criada para curar espíritos amedrontados (...) não consegue trazer o mínimo de serenidade necessária ao sentimento de satisfação individual. (...) o ideal da ‘boa vida’ burguesa paralisa os indivíduos num estado de ansiedade permanente, responsável, em grande parte, pela incapacidade que têm de olhar para outra coisa que não a si mesmos. A rede de

atendimento aos famintos de felicidade tornou-se um negócio rendoso (...) (Costa, 2000:84).

Para o autor, independentemente do valor técnico-científico de cada uma dessas práticas de “cuidados de si”, todas compactuam, inadvertidamente ou não, com o “mito da salvação individual num universo moralmente vizinho da bancarrota.” (Costa, 2000:84)

A análise de Costa é, obviamente, fundamental para melhor identificarmos os limites à cooperação, à solidariedade e ao cuidado com a vida que a dinâmica da sociedade brasileira impõe. Particularmente com relação aos limites e possibilidades de recuperação do cuidado com a vida (própria e do outro) como padrão de sociabilidade na sociedade brasileira e, especificamente, na prestação de serviços de saúde, o autor nos aponta para uma situação que poderíamos considerar como uma “perversão” (no sentido clássico, de desvio e aberração) do cuidado. Trata-se da forma específica com que se manifesta a cultura narcísica no Brasil e de suas conseqüências. *“Criou-se um círculo vicioso, onde a demanda por cuidados com a juventude, a beleza, a forma física, a realização sexual e o bem-estar perene nutre-se da miséria econômica dos mais pobres e alimenta-se da miséria psíquica dos mais ricos.”* (Costa, 2000:85) Além disso, como mostra o autor, a cultura narcísica, paralelamente à inibição da esfera pública, *“ (...) produz a desagregação das próprias instituições encarregadas de proteger o parco quinhão de felicidade ‘prêt-a-porter’.”* (Costa, 2000:85) É o caso da família típica da elite, às voltas com discussões entre seus membros em torno do “direito à felicidade” ou à “realização do próprio desejo” que os tornam, segundo o autor, mais e mais intolerantes uns com os outros. *“O exercício da solidariedade é dinamitado do topo à base.”* (Costa, 2000:86).

Concluindo sua análise, Costa chama a atenção para o impacto que todo este quadro apresenta sobre a omissão da sociedade brasileira sobre seus graves problemas humanos e sociais. Tal omissão se daria, em primeiro lugar, porque, como observa o autor, aproximando-se aqui da visão de Santos (1999), *“(...) esse modo de subjetivação despolitiza radicalmente o mundo, reduzindo todo o mal-estar cultural a questões de competência ou incompetência individual para viver.”* (Costa, 2000:86). Em segundo lugar, a adesão a esses princípios, deixa ao sujeito, como única solução à sua disposição, o que o autor chama de “estratégias salvacionistas do consumo de bens e serviços do mercado da felicidade”, e em terceiro lugar – e o mais importante dos determinantes da omissão aqui referida – é que *“(...) o estilo de vida das elites já não empolga sequer seus próprios membros. Mesmo confinados nos*

estreitos limites da privacidade, os indivíduos dão mostra de um derrotismo desconcertante.” (Costa, 2000:86).

Costa menciona uma pesquisa feita com adolescentes e adultos jovens, das camadas instruídas do Rio de Janeiro, em que sobressaíam um conformismo “massacrante” com a situação atual, o desestímulo com relação a prováveis atitudes de mudança, a incapacidade de fantasiar utopias amorosas ou “(...) valorizar, mesmo sonhadoramente, a existência de um mundo melhor, em que satisfação pessoal e justiça coletiva se tornassem compatíveis.”(Costa, 2000:87). Tal situação explicaria, para o autor, o que denomina de *inércia auto e heterodestrutiva* que domina as elites brasileiras.

Sem o entusiasmo político de outros tempos e descrentes quanto aos ideais de auto-realização, vivem a consciência da própria futilidade de modo desalentador. As elites não só se recusam a negociar os privilégios como mantêm-se atadas a tentativas vãs de reparar o que não tem conserto. É entendível portanto, que não se deixem mobilizar moralmente em defesa de uma forma de vida que, por experiência, sabem que está falida. A forma suicida com que nos deixamos invadir pela violência, sem nada fazer, é talvez um sinal desse desejo latente de destruir o que não temos coragem de transformar. (Costa, 2000:87)

O autor termina seu texto conclamando-nos a um esforço para concepção de novas formas de relações familiares, novas modalidades de relações afetivas, sexuais e amorosas, novos estilos de convivência e sociabilidade e novas atitudes diante do progresso científico e tecnológico e da transmissão do saber. Sem tal esforço, “(...) *difícilmente poderemos produzir o encantamento necessário à paixão transformadora capaz de restituir à figura do próximo sua dignidade moral. O caminho é longo e penoso. Mas navegar é preciso, e sem uma bússola na mão e um sonho na cabeça nada temos, salvo a rotina do sexo, droga e credit card.*” (Costa, 2000:88).

Assim, me parece, Jurandir Freire Costa se une a Boaventura de Sousa Santos, entre outros autores, na sua convicção sobre a importância da utopia como saída para os problemas fundamentais da sociedade contemporânea e seu vazio de futuro. Para Santos (1999), a utopia se coloca como possibilidade de exploração de novos horizontes e de afirmação de um novo paradigma ante a crise de paradigmas epistemológicos, políticos, sociais e culturais. O autor reconhece a dificuldade em se defender ou propor uma utopia, hoje. No entanto, chama a atenção para o caráter duplamente relativo da utopia. Por um lado, ela é oposição da

imaginação à necessidade do que existe, em nome de algo radicalmente melhor que a humanidade tem direito de desejar e por que vale a pena lutar. Assim, observa o autor, a utopia tem uma função de chamar a atenção para o que não existe, como (contra)parte, mas silenciada, do que existe. Por outro lado, essa imaginação do novo é composta, em parte, por novas combinações e novas escalas do que existe. Portanto, uma compreensão profunda da realidade é condição essencial para o exercício da utopia, para que a radicalidade da imaginação não colida com o seu realismo. A utopia situa-se assim, para Santos, na fronteira entre o dentro e o fora. “*Pertence à época pelo modo como se aparta dela.*” (Santos, 1999:323)

Como observa o autor, algumas idéias utópicas podem até eventualmente ser realizadas, mas não é da natureza da utopia ser realizada.

Pelo contrário, a utopia é a metáfora de uma hipercarência formulada ao nível em que não pode ser satisfeita. O que é importante nela não é o que ela diz sobre o futuro, mas a arqueologia virtual do presente que a torna possível. Paradoxalmente, o que é importante nela é o que nela não é utópico. (...) Trata-se de uma arqueologia virtual porque só interessa escavar sobre o que não foi feito e, porque não foi feito (...) Neste sentido, a escavação é orientada para os silêncios e para os silenciamentos, para as tradições suprimidas, para as experiências subalternas, para a perspectiva das vítimas, para os oprimidos, para as margens, para a periferia (...) para a fome da fartura, para a miséria da opulência (...). (Santos, 1999:324)

A partir desta perspectiva, o que o autor propõe então não é propriamente uma utopia, no sentido da invenção de um lugar totalmente outro, mas uma *heterotopia*, um deslocamento radical dentro do mesmo lugar em que nos encontramos. Em suas palavras, “*Uma deslocação da ortotopia para a heterotopia, do centro para a margem.*” (Santos, 1999:325). Tal deslocamento tem por objetivo possibilitar uma visão “telescópica” do centro e, simultaneamente, uma visão microscópica do que ele exclui para poder ser centro.

Dentro da dinâmica social contemporânea e, particularmente, dos padrões de sociabilidade e subjetivação brasileiros, cujas características principais até aqui foram expostas, creio ser possível elegermos a **cooperação**, a **solidariedade** e o **cuidado com a vida**, como expressões privilegiadas de uma *heterotopia*, *metáforas de uma hipercarência* (para usar a expressão de Santos) particularmente brasileira, que nos permitirão fazer a “arqueologia virtual” de nosso presente, olhar telescopicamente para o que dele é central (ou hegemônico) e microscopicamente para o que é margem, para o que é periférico, subalterno

ou silenciado e, quem sabe, dessas “escavações”, descobrir alguns vestígios ou pistas para a construção daquilo que Costa (2000) nos conclama a um esforço de concepção: novas formas de relações familiares, novas modalidades de relações afetivas, sexuais e amorosas, novos estilos de convivência e sociabilidade, novas atitudes diante do progresso científico/tecnológico e da transmissão (e, acrescentaria, da utilização) do saber.

Contrapondo a heterotopia da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida à realidade de nossos serviços públicos de saúde, nosso olhar “telescópico” para o centro (para o que é hegemônico) focaliza, essencialmente, os processos de banalização da dor e do sofrimento alheios a que vimos nos referindo, a apatia, o individualismo e a omissão dos profissionais. O “centro”(paradoxalmente é tanto o lugar dos reordenamentos no arcabouço jurídico-institucional e de políticas de extensão da cobertura inspirados no projeto de Reforma Sanitária, como também) é o lugar de exercício das políticas deliberadas de sucateamento do setor público de saúde, de desvalorização/desqualificação de seus trabalhadores, de privatização e modernização gerencial calcada quase que exclusivamente na busca de eficiência e, simultaneamente, lugar de afirmação e domínio da “medicina tecnológica” (Schraiber,1993), especializada e empresarial.

Buscando, todavia, orientar a “escavação” virtual desse presente sobre a periferia, sobre o que é subalterno, silenciado ou suprimido desses processos, a heterotopia da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida ilumina, me parece, dimensões e/ou aspectos até então esquecidos ou não valorizados, excluídos, não problematizados nos objetivos e estratégias de implementação das políticas de saúde, no modelo assistencial hegemônico, na forma como os serviços são prestados e também na produção acadêmica a respeito. Entendo que a **cooperação**, a **solidariedade** e o **cuidado com a vida** forçam nosso olhar para o cotidiano dos serviços de saúde, para os micro processos, para a forma como se realiza o trabalho em saúde e, particularmente, para sua dimensão relacional, intersubjetiva. Trata-se de examinar, sobretudo, os tipos de **vínculos** que ligam os profissionais às organizações, ao seu trabalho e aos outros – profissionais e população.

Na verdade, diante das complexas determinações da ineficácia econômica, social e técnica dos serviços de saúde, alguns autores do campo da Gestão em Saúde hoje já concentram seu foco de análise em questões relacionadas a esta perspectiva, mas pouco estudadas até o momento. Campos (1994), por exemplo, vem enfatizando a necessidade de análise e intervenção sobre o mundo da cotidianidade dos serviços de saúde, onde sujeitos

concretos podem encontrar as possibilidades de construção de sua autonomia, a partir da experimentação de novas relações de trabalho e sociais. Merhy (2002) procura fazer uma reflexão, a partir da micropolítica do trabalho, sobre o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, nos alertando para a perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. No que diz respeito mais especificamente à produção teórico-técnica do campo do Planejamento e Gestão em Saúde, Schraiber *et al.* (1999) identificam um processo progressivo de deslocamento do interesse da área dos problemas macro para os micro sociais, bem como um relativo abandono dos esquemas determinísticos/estruturais de análise, passando a ênfase para abordagens mais processuais das organizações, onde se destaca a problemática do sujeito e das interações entre os indivíduos. Tal movimento, é importante ressaltar, acompanha uma tendência geral das ciências sociais.

Ensaando, portanto, um olhar mais microscópico sobre os processos acima referidos, optei por iniciar a análise com uma breve discussão do trabalho em saúde, sua natureza e transformações histórico-sociais, por entender que a esfera do trabalho em saúde, mais precisamente, do *trabalho vivo em ato*, como o conceitua Merhy (2002), é o espaço por excelência de possibilidade de exercício da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida nos serviços de saúde e também, paradoxalmente, o espaço privilegiado para a possibilidade de exercício de comportamentos perversos, para a banalização da dor e do sofrimento alheios, enfim, para a manifestação do mal nos serviços de saúde.

1.3 A Natureza do Trabalho em Saúde, suas Transformações e a Perda de sua Dimensão Cuidadora⁹

Embora reconhecendo que a organização da estrutura assistencial em saúde e das práticas em saúde seja um processo histórico-social com múltiplas determinações¹⁰, acredito que podemos falar de uma “natureza” ou de uma especificidade do trabalho em saúde, que o diferencia dos demais trabalhos, enquanto também práticas sociais, e que se “preserva”, como

⁹ A expressão “dimensão cuidadora” é utilizada por Merhy (2002)

¹⁰ Segundo Pires (1998), por exemplo: 1) a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades, que em cada momento histórico influenciam o modo de representar, compreender e intervir nos processos de saúde-doença; 2) a história da organização das profissões do campo da saúde; 3) os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis; 4) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; 5) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; 6) o

aquilo que lhe é “essencial” ou “específico”, ao longo das diversas transformações a que historicamente vem sendo submetido. Creio que se pudermos compreender melhor isto que é essencial ou específico do trabalho em saúde e o modo como se “preserva”, se “transmite” e se manifesta em diferentes contextos histórico-sociais, poderemos explorar melhor os limites e possibilidades do exercício da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida no trabalho em saúde.

Penso que tal especificidade, de um lado, lhe seja dada por seu próprio objeto, que entendo sejam não as doenças, de um modo geral - objeto das ciências e saberes que apóiam a Medicina e também da Epidemiologia - mas **a vida, o prazer, a dor, o sofrimento, a morte em suas manifestações singulares no corpo e na alma (no psiquismo) de cada sujeito**. De outro lado, a especificidade do trabalho em saúde advém, me parece, de seu “que fazer” ou de seus “afazeres”. Trata-se, como observa Schraiber (1993) a respeito do trabalho do médico, mas que julgamos poder estender à grande maioria dos trabalhadores de saúde, de **um trabalho de intervenção de um homem sobre outro**, destacando-se, portanto, o **aspecto relacional**, intersubjetivo, mas, junto com ele, também “(...) *se está diante de uma ‘invasão’, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas.*” (Schraiber, 1993: 150 - grifo meu). Segundo a autora, o fato de realizar-se enquanto relação interindividual, compromete essencialmente este trabalho com questões como o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade, entre outras substâncias da esfera do relacionamento humano. A ética portanto é, para Schraiber, não só uma dimensão igualmente relevante do trabalho médico, ao lado da técnica, como compõe com esta uma totalidade - bases simultâneas e indissociáveis do trabalho médico – “*a ética como pertencendo à substância técnica deste trabalho e a técnica como movimento imediatamente ético.*” (Schraiber, 1993:150). Como observa a autora, trata-se de uma **intervenção técnica moral-dependente**.

Claro que estou adotando aqui uma visão do trabalho em saúde muito mais próxima à sua dimensão assistencial ou clínica, não contemplando adequadamente objetos e afazeres de outras práticas também reconhecidas socialmente como trabalho em saúde, mas que não pressupõem uma relação direta com (e uma intervenção ou manipulação direta sobre) indivíduos singulares, como é o caso, por exemplo, de algumas atividades de apoio diagnóstico e também de grande parte das ações de Saúde Coletiva. Isso não significa dizer,

obviamente, que a dimensão ética não seja também parte indissociável dessas práticas. Estou, no entanto, retendo aqui, como essência do trabalho em saúde, a sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção de um sujeito sobre outro porque acredito que seja esse o espaço (da ordem do singular), por excelência, o de manifestação e de experimentação de (e, conseqüentemente, de possibilidade de intervenção em) seu objeto – a vida, o prazer, a dor, o sofrimento, a morte.

Todos esses fenômenos, para além de sua base biológica, material, constituem uma *experiência*, uma *vivência*, algo, portanto, da ordem do singular, dos processos subjetivos. Apóio-me aqui na discussão realizada por Dejours (1999) a respeito do conceito de sofrimento. A partir da fenomenologia alemã, Dejours conceitua o sofrimento como uma “experiência vivenciada”, um estado mental que implica um movimento reflexivo da pessoa sobre seu “estar no mundo”. Tal vivência, todavia – considerada não só fenomenologicamente, mas numa perspectiva psicanalítica - não é totalmente consciente. Tem sempre uma parte inapreensível, desconhecida e até mesmo não representável. O que é importante destacar, no entanto, é que a vivência do sofrimento é sempre indissociável do corpóreo. *“O sofrimento é sempre, antes de tudo, um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações com os outros. Não pode haver sofrimento sem carne (...)”* (Dejours, 1999: 19). Assim, para o autor, *“o conceito de sofrimento pertence à ordem do singular; o sofrimento coletivo é inconcebível, já que não existe corpo coletivo.”* (Dejours, 1999:19) Segundo Dejours, ainda que se observem, do ponto de vista clínico, estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento, fundadas em uma cooperação entre os sujeitos, o sofrimento sempre permanecerá individual e único.

Acredito ser possível estender esta compreensão de Dejours para o conjunto de fenômenos que considero como o objeto do trabalho em saúde. Não só o prazer, a dor e o sofrimento, cuja condição de processos individuais/singulares parece ser mais evidente, também a vida e a morte, para além de suas manifestações biológicas – passíveis de observação no coletivo – serão sempre, em última instância, “experiências vivenciadas”, individuais, singulares, únicas. Claro está que o modo como essas experiências são vivenciadas pelos sujeitos é também social, cultural e historicamente determinado, o que equivale a admitir – sem reduzir um no outro - que o sujeito só se constitui no social, mas que não retira a singularidade desses processos.

Penso que seja exatamente o reconhecimento dessa singularidade que está na base da representação do trabalho médico, a partir de sua conformação em profissão¹¹, na modernidade, como prática talentosa, misto de ciência e arte, técnica na arte/arte na aplicação da técnica (Schraiber, 1993). A autora se refere aqui ao modo peculiar como o caráter científico se inscreve na prática médica, onde se trata de “conectar” a doença (o conhecimento científico advindo da Patologia) ao doente, à sua singularidade.

Trata-se de uma sabedoria ímpar do médico este lidar com individualidades, ao mesmo tempo conhecendo-as, descobrindo-lhes as verdades, e controlando-as na articulação que deve fazer ao conectar o geral/abstrato da doença a este particular/concreto do doente. (Schraiber, 1993:163)

Porém, como observa a autora, esta separação entre doente (cujas particularidades o médico desconhece a princípio) e doença (supostamente conhecida para o médico na apropriação do saber) só existe na construção reflexiva que o médico faz da realidade “(...) e o difícil será exatamente processar com êxito a situação ao mesmo tempo já conhecida, mas ao mesmo tempo não conhecida, uma vez que também o médico se dá conta de, e sabe que deve levar em conta, a totalidade singular do doente.” (Schraiber, 1993:165)

Portanto, entendo que **o trabalho em saúde se realiza sobre uma “totalidade singular” e, por sua vez, enquanto intervenção, se constitui como um ato sempre “único”, dependente do encontro de duas subjetividades**, a do paciente e a do profissional, esta última manifesta na sua capacidade de julgamento – para aplicar o saber, a técnica, operar intervenções, como observa Schraiber (1993) - na sua experiência, na sua criatividade e valores morais.

Do exposto até aqui, penso ser possível concluir que **a especificidade do trabalho em saúde, ou o que constitui sua essência, se assim podemos considerar, é sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte.** O caráter mais ou menos técnico-científico deste trabalho, seu grau de especialização, sua forma/lógica de organização e de divisão técnica e social, suas finalidades, bem como as

¹¹ “(...) o conceito de profissão médica compreende os principais atributos apontados nos estudos sobre as profissões nobres ou tradicionais: o monopólio de uma área específica de atividade a partir de prolongada formação intelectual; um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, e em cujo núcleo se encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia.” M. Cecília F. Donnangelo, *Medicina e Sociedade*, apud Schraiber (1993: 151)

representações e valores a ele associados é que irão, obviamente, variar nos diferentes contextos histórico-sociais, em função de múltiplas determinações. Tais variações, no entanto, irão também impactar, por sua vez, a qualidade e as características da relação interindividual/intersubjetiva e da intervenção que constituem a essência do trabalho em saúde, alargando ou estreitando as margens da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida, que é o que nos interessa centralmente examinar.

Pires (1999) realiza uma síntese de vários estudiosos da história das práticas de saúde e destaca que desde seus primórdios a assistência aos indivíduos doentes sempre foi um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos que tinham um conhecimento especial ou que eram reconhecidos por seu grupo social como tendo uma capacidade especial, um dom. Assim, nas sociedades tribais e na Antiguidade, são os feiticeiros, pajés ou sacerdotes os que são reconhecidos como possuidores de dotes especiais para o tratamento dos problemas de saúde. Praticamente não há divisão do trabalho: a mesma pessoa faz o diagnóstico, decide sobre a terapêutica, prepara os medicamentos e aplica o tratamento. Já na Idade Média, o trabalho era realizado por múltiplos agentes. Leigos e religiosos dividiam ramos do conhecimento e práticas de saúde. Entre os primeiros, destacavam-se os físicos – médicos clínicos formados nos mosteiros e, depois do século X, nas Universidades. Detinham o conhecimento hegemônico de base religiosa e metafísica e atendiam às camadas mais privilegiadas da sociedade. Seu trabalho era mais de base intelectual e não envolvia praticamente procedimentos manuais. O atendimento aos pobres era feito por religiosos, com diversas especializações, e pelos práticos: homens de ofício - leigos profissionalizados nas corporações de artífices, como os dentistas, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros e os boticários - e parteiras. Tratava-se de um trabalho do tipo artesanal, em que os profissionais detinham o controle sobre o seu processo de trabalho, sobre a produção e reprodução de conhecimento (via tradição oral e acompanhamento da prática na relação “mestre-aprendiz”), sobre o ritmo e o produto final. O trabalho dos práticos e das parteiras era menos valorizado socialmente que o dos médicos clínicos. As faculdades médicas, além de aparelho formador, determinavam as regras para a profissionalização e exercício de todos os outros ofícios relacionados à assistência à saúde. (Pires, 1999)

Até o século XVIII, os hospitais eram organizações religiosas e atendiam à população mais pobre, com o objetivo principal de assistência espiritual. O local privilegiado de atendimento de pacientes, tanto por clínicos como por práticos, era o domicílio do paciente.

Também era possível que o atendimento fosse feito em uma espécie de consultório montado na casa de quem prestava o serviço ou nas corporações. Como observa Pires (1999), o processo de mudança do caráter do hospital – que passa a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos - é contemporâneo da decadência da ordem feudal e emergência do modo de produção capitalista.

A concentração das atividades assistenciais no hospital fez com que a assistência à saúde passasse a ser então um trabalho coletivo - de médicos, religiosas e práticos, sob o controle dos primeiros. A enfermagem, que só se organiza como profissão a partir de 1860, com o modelo de formação e prática criado por Florence Nightingale, já nasce, segundo Pires (1999), predominantemente subordinada e assalariada.

Esse processo de coletivização do trabalho em saúde e subordinação ao saber médico se intensifica, a partir da segunda metade do século XIX, com o avanço dos conhecimentos científicos, especialmente em anatomia, fisiopatologia, imunologia, e microbiologia, e com a hegemonia do paradigma positivista de ciência. O conhecimento se fragmenta e há uma ampliação significativa do número de especialidades. A lógica da organização capitalista do trabalho penetra, assim, como observa Pires (1999), na organização da assistência à saúde, que passa a ser o resultado de um trabalho coletivo e parcelado em diversas atividades, exercidas por médicos, outros profissionais de saúde e trabalhadores treinados para atividades específicas.

Esta inserção do trabalho em saúde na lógica capitalista se dá, no entanto, de modo peculiar, guardando algumas diferenças com relação a outras atividades. *“Os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico e, internamente às profissões de saúde, verifica-se, mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas.”* (Pires, 1999:87) Mais adiante a autora observa: *“Mas apesar da influência da gerência taylorista na organização do trabalho assistencial em saúde, realizado no espaço institucional, a expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dão de forma parcial.”* (Pires, 1999:87)

Especificamente com relação ao trabalho médico, Schraiber (1993) já havia constatado essa mesma particularidade na dinâmica de inserção da medicina na ordem capitalista. A autora identifica dois modos de estruturação da prática médica desde que a medicina se inscreveu na ordem técnico-científica moderna. O primeiro, que ocupou todo o século XIX até aproximadamente os anos 30 do século XX, conhecido como medicina liberal, mantém

como característica dominante a proximidade com o trabalho artesanal. O segundo, que começa a se estruturar entre 1930 e 1950, implantando-se a partir daí de modo generalizado, caracteriza-se pela especialização, fragmentação e incorporação intensiva de tecnologia, ao qual a autora denomina de “medicina tecnológica”.¹²

A autora chama a atenção para o contraste que se instala entre o modo de estruturação da prática médica no capitalismo e o de outras atividades.

(...) pois a medicina manter-se-á ‘artesanal’ por quase um século e meio, tempo em que a dinâmica das forças produtivas de outros trabalhos sociais já terão de muito ultrapassado até mesmo as formas mais simples de trabalho cooperativo. (...) a cooperação é uma necessidade histórica peculiar ao capitalismo, ao passo que para a medicina do capitalismo a autonomia no trabalho individualizado é que parece ter sido sua necessidade histórica particular. (Schraiber, 1993:179)

Examinando o processo pelo qual se deu a inserção da prática médica na ordem capitalista, Schraiber nos esclarece sobre essa peculiaridade do trabalho médico. Do mesmo modo que as demais práticas sociais, a orientação da prática médica em direção ao capitalismo¹³ também foi precedida de uma uniformização e unificação de todas as práticas “curadoras” que existiam até o final do século XVIII. “*Também se constrói um exclusivo saber a fundamentá-la: o conhecimento médico sobre o corpo doente; conhecimento que à mesma época já se havia orientado na direção de único saber sobre as doenças.*” (Schraiber, 1993:180). Assim, ao unificar a prática essencialmente não interventora (intelectual) dos físicos, voltadas para as doenças internas, com a ação manual direta dos práticos, voltadas para os danos do corpo, a medicina moderna - diferentemente de outras práticas sociais cujos trabalhadores, sob a industrialização capitalista, foram alienados do controle sobre o processo de trabalho e do saber que o fundamenta – combina o monopólio da prática técnica, resultado da unificação e uniformização dos procedimentos de intervenção, com o monopólio sobre o saber:

¹² Cabe ressaltar, que tal periodização corresponde ao desenvolvimento da prática médica nos países que primeiramente reestruturaram seus processos produtivos e sua vida social segundo o modo capitalista de produção e só posteriormente no Brasil, onde, em função do processo de industrialização tardia de nossa sociedade e da especificidade de intervenção do Estado na organização setorial, o modelo liberal de prática médica só é definitivamente superado a partir dos anos 60, que representam o deslocamento definitivo para o modelo que Schraiber denomina de “medicina tecnológica e empresarial” (Schraiber, 1993)

¹³ A rigor, em direção à prática médica moderna, com uma única prática técnica, subordinada a uma só forma de saber, (a ciência das doenças), conferida por uma única via de qualificação profissional (a escola médica) e, por tudo isso, validada socialmente como a única forma legítima de serviço. (Schraiber, 1993)

(...) os médicos são produtores diretos de um serviço e simultaneamente intelectuais. Ademais, porque na medicina também o saber separou-se do saber-fazer, constituindo na Anatomia, na Fisiologia, na patologia etc... o conhecimento científico (ciências médicas) que rege a prática, aquela combinação de monopólios viria a configurar a medicina pelo consagrado e curioso 'sincretismo' que marca seu exercício, na noção de ciência e arte de curar. (Schraiber, 1993:181)

Esse processo fez com que a medicina entrasse na fase posterior de ultraespecialização e incorporação tecnológica garantindo relativamente o controle sobre os processos de trabalho e sua concepção.

A investigação de Schraiber sobre como, na medicina, historicamente se conectam os aspectos de prática liberal com os de técnica moderna nos revela importantes elementos que reforçam nossa convicção de que o que constitui a essência do trabalho em saúde - e que se preserva em diferentes contextos histórico-sociais, variando nas formas de exercício e nas representações e valorações a ele associados - é sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte

Assim, por exemplo, as doenças, enquanto categorias nosológicas são o resultado de uma operação de articulação, realizada pela ciência da medicina (no caso a Patologia), entre a vida real e a ciência, de modo que os sofrimentos experimentados pelos sujeitos singulares encontram nas estruturas do corpo humano, nos diversos tipos de irregularidades anatômicas e funcionais do corpo, as formas de sua objetivação e generalização. *“Estas são, sobretudo, formas capazes de ‘naturalizar’ esse objeto social, apagando nesse plano as diferenças relativas às diversas situações do constituir-se doente no conjunto da sociedade.”* (Schraiber, 1993:186). Tal naturalização afasta os doentes do social concreto e os transforma em indivíduos socialmente iguais. Mais adiante, a autora observa:

A realidade do doente enquanto carecimento social ‘naturaliza-se’, pois, como objeto do conhecimento: o sofrimento se reconstrói no corpo doente ou corpo patológico. Será através dessa forma de apropriação na ordem científica e de sua função operativa posterior no processo de trabalho que se legitima socialmente a identificação do sofrimento do doente à noção de corpo doente do doente. (Schraiber, 1993:187)

De outro lado, como observa a autora, a prática médica deve poder produzir um cuidado adequado ao sentido concreto da demanda do doente. Isso implica, no momento de cada diagnóstico e terapêutica específicos, dispor e conformar socialmente as normas biológicas que definem os limites do normal e do patológico. Dito de outra forma, reunir, em um só ato técnico, esses dois planos de determinação, sendo necessária, entre outras condições, a “ (...) *delimitação e tomada do vivido singular do doente.*” (Schraiber, 1993:188). Para isso, a autora nos lembra que a medicina já dispunha, ainda antes de ingressar na ordem técnico-científica moderna, dos meios técnicos competentes: o instrumento da *anamnese*, que até então tinha um caráter muito mais de “confissão” e relato da história de vida do paciente. “*O estabelecimento da clínica como método de investigação da doença no doente faz necessariamente da anamnese um instrumento mais ativo, no sentido positivo da investigação, e recoloca seus procedimentos técnicos para a localização da lesão, como fonte de construção da irregularidade do corpo doente no diagnóstico da doença.*” (Schraiber, 1993:189) Citando Foucault, a autora representa este deslocamento com a substituição da pergunta “O que é que você tem?”, por onde começava o diálogo entre o médico e o doente no século XVIII, pela pergunta “Onde lhe dói?”. De prática predominantemente confessional, a anamnese ganha, então, segundo Schraiber, o caráter de interrogatório, inquérito.

A medicina moderna comporá, assim, elementos de natureza técnica com a prática da confissão pessoal. “*Nesta nova abordagem do doente, aparecerão como fatores dominantes quer o exame físico do corpo, quer, na anamnese, o interrogatório. Assim serão articulados aos componentes da vida social os da ordem do natural. Estes últimos ‘naturalizam’ os demais, servindo de referências objetivantes do sofrimento do doente.*” (Schraiber, 1993:190)

No entanto, como observa a autora, se o exame físico e os equipamentos de diagnóstico que adiante surgirão são os

(...) *depuradores da paixão e dos sentimentos, (...) nítidos balizadores da ordem do natural, a anamnese assume um sentido mais complexo. Isso porque ela é o instrumento por meio do qual se introduzem experiências vividas, situações de vida social, por meio do discurso vivo do doente. E mesmo que seja instrumento de transformação desse (...) em busca dos signos da doença, a anamnese opera a própria ‘licença’ técnica da ‘invasão’ do social no ato médico.* (Schraiber, 1993:192)

A partir daí, a autora conclui que a mesma razão moderna que, ao se apropriar do sofrimento humano, “naturaliza” o social no corpo do doente, também determinou que o

trabalho médico fosse estruturado como relação interindividual, parte do mesmo processo de sua objetivação científica.

Todo esse processo aqui relatado, resultou, sem dúvida, em importantes mudanças nas características desta relação interindividual/intersubjetiva e da intervenção que constituem a essência do trabalho médico e do trabalho em saúde, de um modo geral, com implicações sobre as possibilidades de cooperação, de solidariedade e da produção do cuidado.

Assim, por exemplo, do ponto de vista da qualidade da relação entre médico e paciente, da natureza da intervenção e da própria representação social sobre a prática médica, vemos, ainda com Schraiber (1993), como a passagem do ofício à profissão, isto é, a profissionalização da medicina, no século XIX, representa simultaneamente a valorização de requisitos científicos e éticos. Trata-se de um trabalho em que, além da importância da qualificação técnico-científica de seus agentes, assume extrema relevância seus valores, códigos de ética, experiências e habilidades específicas, destacando-se a subjetividade do agente no fazer técnico. Deste modo, diferentemente da maior parte dos demais trabalhadores (inclusive de outros trabalhadores intelectuais), a qualidade do trabalho médico - o “bom cuidado”, ao qual se refere Schraiber (1993), articula-se à figura pessoal deste agente.

Vemos então que na construção da profissão médica, o ideário que se cunha em torno do trabalho médico o reduz, praticamente, ao plano pessoal dos agentes e de sua formação. Mais do que isto: se, como qualidades necessárias ao desempenho da prática destacam-se a **responsabilidade** e a **dedicação**, estas, embora possam ser desenvolvidas através de longo treinamento ou formação, só se exercem como *disposição pessoal*,

(...) até porque a prática é uma relação pessoal e direta do médico com o cliente. Trata-se pois de qualidades que parecem pedir principalmente por vocação, posto que seu exercício, se bem que se opere graças a disposições de coletivo, qual seja, a partir da normatividade social, não se mostra de imediato produto deste social. Revela-se, antes de tudo, enquanto disposição pessoal do médico em servir ao doente, por meio do qual serve ao coletivo-social. E nesse plano do social deverá ser-lhe reconhecido um certo prestígio (...) que lhe permite obter uma satisfação pessoal no exercício da profissão. (Schraiber, 1993:156).

Aqui, cabe um parêntese, para retomá-lo adiante a partir de uma leitura psicossociológica dessas questões. Penso que a *disposição* – mais do que os *dispositivos*, as normas, as regras que regem a prática médica – e o *reconhecimento* (social – pelo valor atribuído à profissão pela sociedade e atribuído, pelos pares, à qualidade do trabalho do profissional – e pessoal, pela confiança depositada pelo paciente quando escolhe um determinado médico em particular, entre outras manifestações), talvez sejam os componentes mais importantes de uma “economia de trocas” psicossociais que se estabelece no processo de produção em saúde e que impacta profundamente a possibilidade da cooperação, da solidariedade e do cuidado.

Em síntese, o que Schraiber nos relata das características com as quais se conformou a prática médica, a partir de sua profissionalização, e do ideário com o que se revestiu, é o de ser um trabalho calcado essencialmente numa relação interpessoal, que transcende a mera prestação de serviços e aplicação técnica de conhecimentos científicos. “ (...) *esta relação é antes um cuidado, uma assistência, em que a intervenção se caracteriza pela manipulação direta e também, principalmente, pela orientação e pelo conselho*” (Schraiber, 1993:157), tendo a privacidade como base necessária do componente ético desta relação.

Claro está que estamos falando de uma representação do trabalho médico, um ideário, social e historicamente construído, como nos mostra a autora, para fazer face às exigências de profissionalização e legitimação social da prática médica. Tais idéias, no entanto, não se descolam, obviamente, das características reais da prática: são, acredito, simultaneamente fundadas pelos e fundadoras dos rumos tomados pela estruturação do trabalho médico e do trabalho em saúde em geral. Além disso, parte dessas idéias, a despeito de terem perdido a força a partir da passagem do modelo liberal para a medicina tecnológica e empresarial, que impôs outra concepção sobre o trabalho médico, permanecem, “transformadas”, nas novas configurações do trabalho médico/em saúde, como sugere Schraiber, através da ação de alguns médicos que, “ (...) *atuando enquanto intelectuais orgânicos da categoria (...) re-elaboram as concepções mais antigas nas atuais, mantendo-as ao transformá-las.*” (Schraiber, 1993:156)

Talvez a imagem que melhor condense o ideário da medicina liberal seja a da medicina do atendimento domiciliar. “*Esse ‘tempo do chamado’, atualmente desaparecido – o chamado domiciliar famoso, que hoje todo mundo tem ojeriza – era uma característica importante do trabalho médico e que viabilizava a identificação desse trabalho à imagem do*

sacerdócio, de um servir desinteressado e de dedicação total.” (Schraiber, 1993:88) Na medicina tecnológica, como observa a autora, a prática perderá progressivamente esses traços de personalização e de sacralização, na medida em que vai se estruturando sobre as bases impessoais e objetivas da tecnologia material.

O deslocamento definitivo do modelo liberal de prática médica para a *medicina tecnológica e empresarial* (Schraiber, 1993) se dá, no Brasil, na década de 60, como resultado de um processo de diferenciação e multiplicação do conteúdo técnico do trabalho médico nas especialidades, simultaneamente à transformação da base do trabalho, anteriormente apoiado no exercício isolado de consultório, para unidades de serviço fundadas no trabalho hospitalar ou em clínicas, tendo por conformação típica o trabalho coletivo. Estreitam-se também as articulações entre a produção de serviços médicos e a indústria produtora de tecnologia material. A medicina dos “chamados”, do atendimento no domicílio, é definitivamente substituída pela oferta de serviços de pronto-socorro.

Um deslocamento importante (ou uma mudança de ênfase) também parece ocorrer, a meu ver, na finalidade do trabalho médico:

A medicina do servir, do assistir, do aconselhar ou orientar o paciente parece, pois, ter cedido definitivamente seu lugar a uma medicina em que tratar, medicar, curar ou recuperar, sob qualquer base de intervenção, isto é, seja ela associada ou não a uma assistência ‘global’ destinada ao doente, são os novos referenciais de valor. E com tais paradigmas parece não haver mais espaço na prática para que o cuidado relativo aos sentimentos pessoais – da alegria ao sofrimento – siga pertencendo à totalidade do assistir. (Schraiber, 1993:113)

Um dos mais importantes sinais dos novos tempos tecnológicos da medicina é a diminuição do tempo da consulta, tempo antes dedicado à anamnese ampliada, à observação e ao exame clínico minucioso do paciente – principais instrumentos de diagnóstico ante a inexistência de tecnologias materiais que os substituíssem. “*A medicina tecnológica, ao mesmo tempo em que prolonga o ‘tempo tecnológico’, como por exemplo o do ato cirúrgico, encurta o tempo desarmado, tempo mais simples tecnologicamente, mais barato e mais pessoal; tempo da conversa e da consulta, que restrito, permite maior produtividade do médico.*” (Schraiber, 1993:115)

Ficam claros, assim, os limites que este processo de reestruturação da prática médica impôs sobre às possibilidades de solidariedade e de cuidado no trabalho em saúde, mudando

significativamente as características da interação e da intervenção que constituem a prática. Schraiber, em estudo posterior, aprofundando as características da medicina tecnológica e da prática médica contemporânea (Schraiber, 1997), chama a atenção para a crise de confiança que se estabeleceu não apenas com relação às bases paradigmáticas dos saberes implicados na prática do médico, mas principalmente no plano das interações, das relações interpessoais que conformam a prática.

A medicina tecnológica produziu – juntamente com as atuais formas de relações entre os indivíduos na sociedade – como característica predominante de seu exercício, “(...) *a despersonalização do cuidado e a impessoalidade da prática*” (Schraiber, 1997:117). No imaginário ora dominante sobre a prática médica, a garantia de qualidade está apoiada não mais na figura do médico, mas na presença de recursos tecnológicos. O papel do médico secundarizou-se. A relação médico paciente tem agora muitos mediadores ou intermediários, como constata a autora, e que vão desde as tecnologias às empresas médicas/os planos de saúde e o próprio Estado. Tais mediadores cindem essa relação, opondo o plano do indivíduo ao plano da interação, quer na produção, quer no consumo de serviços médicos.

Suas presenças (dos mediadores) terminam por operar no plano intersubjetivo uma espécie de inversão de sentido da relação entre as pessoas: não é mais o médico que se relaciona com o doente, trazendo para esta relação os conhecimentos e técnicas que permitem sua ação; ele, agora, se apresenta um ‘meio’, um recurso para a relação dos pacientes com a tecnologia da medicina. Do mesmo modo, (...) pacientes tornaram-se meios para os médicos em sua relação com o conhecimento (...) (e) com as engrenagens empresariais para o exercício da profissão. (Schraiber, 1997:171)

Para a autora, a reificação da tecnologia, vista como um bem em si, e a perda do sentido interativo das relações humanas – “(...) *hoje mais dispostas como um face a face de ‘solitários’ ao invés de ‘encontros’ (...)*” (Schraiber, 1997:172) – expressam a perda da antiga relação de cumplicidade e cooperação antes vigentes.

Tenho me apoiado centralmente, até aqui, na discussão das características e transformações da prática médica, mas acredito que as conclusões apresentadas podem ser aplicadas, quase sem restrições, às práticas dos demais profissionais de saúde envolvidos diretamente no ato assistencial. Isto porque não só o trabalho médico é o recurso nuclear, dentro do modelo assistencial hegemônico, em torno do qual se articulam (e, grande medida, se subordinam) os demais trabalhos e por ele são impactados em seus processos de

reestruturação, como também porque, em sua maioria, compartilham com a medicina os paradigmas que orientam seus saberes.

Uma perspectiva importante para a discussão da reestruturação produtiva em saúde e, particularmente, para a dimensão relacional, intersubjetiva, do trabalho em saúde é desenvolvida por Emerson Merhy, que vem apontando em seus trabalhos (Merhy, 1994; 1997; 2002) a perda da dimensão cuidadora na produção em saúde, imposta pelo modelo médico hegemônico, que tende a “coisificar” a relação entre trabalhadores de saúde e usuários (Merhy, 1994).

Para o autor, a crise da assistência à saúde não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar sobre os mesmos, mas na falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do usuário e de seus problemas (Merhy, 2002).

Para o enfrentamento desta questão, Emerson Merhy vem empreendendo um importante esforço de revisão da teoria sobre o trabalho em saúde, do modo de gerir os serviços e da revisão da própria concepção de tecnologia em saúde. O autor parte de conceitos gerados pelo pensamento marxista sobre o trabalho humano e, particularmente, da contribuição importante de autores brasileiros - como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Cecília Donnangelo - sobre o trabalho em saúde, além de buscar a interlocução com outros referenciais, como a Análise Institucional, especialmente para a discussão da micropolítica cotidiana do trabalho em saúde e as possibilidades de autonomia e criatividade do trabalhador.

Assim, para chegar à discussão do processo de trabalho em saúde, Merhy (1997; 2002) examina as várias etapas de um processo produtivo qualquer, como a produção de um objeto por um marceneiro ou um sapateiro-artesão, a partir das categorias “trabalho morto” e “trabalho vivo”. O trabalho morto estaria representado pelas matérias primas e ferramentas/instrumentos, por exemplo, produtos de trabalhos humanos anteriores (trabalhos vivos) que as concretizaram, mas que agora encontram-se cristalizadas naquela matéria prima ou ferramenta/instrumento como “trabalho morto”. Já o trabalho vivo estaria representado pelo momento do trabalho em si, do trabalho “vivo em ato”. Entre esses dois componentes do processo produtivo, há ainda a organização do processo de trabalho (o conhecimento sobre o modo de organizá-lo) e os saberes tecnológicos que o informam, mediados pelas habilidades, inteligência e capacidade inventiva do trabalhador para operá-los e aplicá-los. Por isso contêm tanto uma dimensão de trabalho morto – saberes tanto tecnológicos quanto organizacionais,

produzidos anteriormente e sistematizados - como também sofrem influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo peculiar de pô-los no ato produtivo e, portanto, também representam trabalho vivo em ato. Segundo o autor, há processos produtivos em que o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o do trabalho vivo, como a produção de uma máquina em uma metalúrgica. Já em outros, como a produção de uma aula ou de “atos de cuidar” em saúde, ocorre o contrário.

No meu entender, uma das conseqüências mais importantes desta leitura de Merhy sobre o trabalho, particularmente sobre o trabalho em saúde, é a ampliação das possibilidades de pensamento e de exercício de outros modos (não hegemônicos) de gestão e de produção de serviços de saúde, portanto de mudança, pois a relação entre trabalho morto e trabalho vivo é uma relação do tipo instituído/instituinte¹⁴, que não está dada aprioristicamente, e cujo peso de cada componente depende da correlação de múltiplas forças instituintes e que vão desde forças presentes no modo de produção até “ (...) *as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes* (...)” (Merhy, 1997:100)

Para Merhy, o trabalho em saúde, que é centrado no trabalho vivo em ato, tem um objeto que “(...) *não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção*” (Merhy, 2002:49).

O autor realiza assim, a meu ver, um alargamento da noção de tecnologia em saúde, que é particularmente importante tanto para a avaliação desta dimensão relacional/interativa do trabalho em saúde, quanto para a formulação de propostas com potencial significativo de impacto sobre os modelos assistencial e gerencial dominantes. Assim, além dos equipamentos e máquinas (“tecnologias duras”) e dos saberes estruturados que orientam o trabalho em saúde (“tecnologias leve-duras”), estariam também envolvidas no trabalho em saúde “tecnologias leves” como as “tecnologias das relações” (produção de vínculo, acolhimento, etc) (Merhy, 2002).

Entendo que esse alargamento da noção de tecnologia em saúde promovido por Merhy, trazendo para dentro da “caixa de ferramentas” ou da maleta do médico a dimensão humana, relacional de seu trabalho – aquilo que se costuma denominar “arte” no exercício da profissão – pode ser visto também como uma estratégia particularmente útil para a superação

¹⁴ Termos emprestados, pelo autor, da Análise Institucional.

da dissociação entre essas duas dimensões da prática: a aplicação do conhecimento científico/da tecnologia e o saber da arte/o modo de interagir com o outro, a dimensão da “conversa”. Esta última, como alerta Schraiber (1997), se não for compreendida como compondo a totalidade da intervenção, assume um caráter de complemento à dimensão tecnológica, reduzida em geral à “conversa útil”, isto é, produtora de informações, por isso a serviço do tecnológico, mas não contendo em si qualidade tecnológica. Neste sentido, é importante a estratégia de Merhy. Por outro lado, creio ser necessário também reconhecermos que se é uma tecnologia, trata-se de uma tecnologia ímpar, porque não passível de reprodução, porque o acesso a ela não está igualmente distribuído para os diferentes sujeitos e, finalmente, porque a qualidade e efetividade de tal “tecnologia-leve” é indissociável do sujeito que a aplica. Isto nos leva a refletir, por exemplo, sobre os limites das estratégias de educação/formação profissional e “sensibilização” dos profissionais de saúde com vista à recuperação da dimensão cuidadora na produção da assistência à saúde. Mais do que isto, é preciso reconhecer que esta dimensão interativa/intersubjetiva da prática médica, da prática assistencial em saúde é aquilo que mais escapa às estratégias gerenciais de monitoramento, avaliação e controle. Compreendê-la como tecnologia não irá ampliar as possibilidades de controle/intervenção sobre ela, a despeito da ilusão em contrário que o uso do termo “tecnologia” possa produzir..

Por fim, cabem ainda algumas considerações sobre os impactos que a reestruturação produtiva em saúde apresenta sobre as possibilidades de cooperação entre os profissionais na prática assistencial. Como já observado, a introdução da lógica capitalista na organização da assistência à saúde, resultou numa espécie de “coletivização” do trabalho, especialmente no espaço do hospital, onde a assistência à saúde passa a ser o resultado de um trabalho parcelado em diversas atividades e exercido por distintos profissionais, sob controle do médico. Paralelamente à essa lógica do trabalho coletivo, a lógica do trabalho profissional, independente e com controle, mesmo que parcial, do processo de trabalho segue vigente, ao longo de todo o século XX. (Pires, 1998). Nenhuma das duas lógicas, como observa a autora, se apresenta de forma pura.

No entanto, a coletivização do trabalho em saúde não pressupõe, no meu entender, necessariamente, maior cooperação, se compreendermos esta última como resultante de um movimento intencional de um profissional em direção a outro, com o objetivo de buscar uma solução criativa, adequada e mais integral ao problema/demanda do paciente. A coletivização do trabalho em saúde não passa, em geral, do mero parcelamento do trabalho em ações

fragmentadas sem mecanismos de integração. Falando sobre essas duas lógicas que convivem no espaço institucional, Pires observa: *“As ações são compartimentarizadas, com muito poucos espaços de integração. O trabalho profissional convive com a divisão parcelar e pormenorizada de trabalho e com relações hierárquicas de comando.”* (Pires, 1998:174) Segundo a autora, o trabalho parcelar se verifica mais explicitamente nas atividades de apoio e no exercício de profissões como a enfermagem, a fisioterapia, a nutrição e a farmácia. *“Esses profissionais executam atividades delegadas (pelo médico), mas mantêm certo espaço de decisão e domínio do conhecimento, típico do trabalho profissional. Tomam decisões desde que elas não contradigam as decisões médicas, salvo por acordo entre as partes. Em caso de conflito, a última palavra é do médico.”* (Pires, 1998:172)

A centralidade do trabalho médico na assistência à saúde, que caracteriza o modelo assistencial hegemônico, obviamente reforça a posição hierarquicamente superior deste profissional com relação aos demais e provavelmente é um dos fatores que dificultam o estabelecimento de uma relação cooperativa entre os profissionais, mas não será, no entanto, o único fator obstaculizador. As dificuldades de cooperação se verificam também entre outras categorias profissionais. A possibilidade de cooperação se coloca como dependente de múltiplos e complexos fatores, entre eles a existência de alguns dispositivos institucionais de organização da assistência à saúde. Pires (1998), observando a organização do processo de trabalho em dois hospitais conclui:

Apesar do trabalho assistencial em saúde continuar sendo, prioritariamente, compartimentarizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente, algumas situações práticas observadas e informações obtidas nos dois hospitais quebram o modelo de compartimentarização das ações e indicam a possibilidade de um trabalho cooperativo (...) (Pires, 1998:175)

Entre os indicadores/indícios de tal possibilidade, a autora destaca a realização de procedimentos conjuntos; a formação de equipes multiprofissionais para a realização de procedimentos especiais, avaliação e orientação de pacientes; a formação de grupos de estudo multidisciplinares; a implantação de uma folha única de registro sobre o paciente para todos os profissionais; a composição multidisciplinar e a atuação de comissões como a de Controle de Infecção Hospitalar.

Acredito na potência de tais dispositivos para favorecer a cooperação, a divisão de responsabilidades, o compartilhar de decisões no processo assistencial. No entanto, sabemos também de seus limites. Sabemos, nas muitas experiências de planejamento e gestão de serviços, o quanto esses espaços e mecanismos “agregadores” não raro acabam por se transformar em espaços meramente formais, ritualísticos, esvaziados não só fisicamente, pela baixa frequência de participações/baixa “adesão” dos profissionais, como também esvaziados simbólica e politicamente enquanto espaços de possibilidade de exercício de autonomia/poder, de criatividade e construção coletiva. Vários são os determinantes dessas situações, alguns relativos à própria dinâmica das instituições, outros que remetem à dinâmica social mais ampla, aqui já referida. De todo modo, acredito que um dos principais elementos condicionadores desses processos se encontre na situação dos sujeitos e nos modos de subjetivação em nossa sociedade e, particularmente, naqueles derivados do processo de trabalho em saúde. E então, citando um amigo e professor, “*não basta ter dispositivos, tem que ter disposição*” (Valadares, 2000).

Acredito que a cooperação, assim como a solidariedade e o cuidado nos serviços de saúde dependa não só de dispositivos, mas de disposição. Disposição do sujeito para “se abrir” ao outro, disposição para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta. E isso pressupõe, antes de mais nada, o reconhecimento, pelo sujeito, como aponta Birman (2000) de sua própria insuficiência e precariedade. Não se pode esperar que haja cooperação entre profissionais que se julgam autosuficientes com seus saberes e técnicas, que não tenham a curiosidade genuína de quem sabe que não sabe. Não se pode esperar comportamentos solidários e cuidadores de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e fragilidade do outro a sua própria precariedade.

Neste campo, as políticas educacionais, os programas de formação de profissionais de saúde e a normatividade estabelecida pelas políticas de saúde e pela gestão dos serviços assistenciais têm muito a fazer, mas, igualmente, muitos limites, frequentemente subestimados.

1.4 Os Limites Teórico-Metodológicos da Perspectiva de “Humanização” dos Serviços de Saúde

Em trabalho recente, Teixeira (2003) observa que as diferentes formas de “apartação”, de exclusão, do outro em nossa sociedade têm tensionado por dentro as práticas de saúde e parecem comprometer negativamente a eficácia técnica dos serviços e a satisfação da clientela. Apesar, segundo o autor, “ (...) *das entusiásticas promessas da biomedicina triunfalista (...) parece que a coisa não funciona mesmo muito bem sem esse outro, chamado ‘paciente’, entre aspas ...*” (Teixeira, 2003:91-92).

Nesta perspectiva, o autor constata que, em pouco mais de uma década, a produção intelectual em Saúde Coletiva vem promovendo um deslocamento do foco de análise sobre a problemática do acesso aos serviços, que evoluiu progressivamente das análises centradas na extensão de cobertura para o acolhimento nas unidades de saúde. “*Isso traduz uma progressão do foco de tensionamento (relacionado ao problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção), que vai do problema da quantidade de portas-de-entrada ao problema da qualidade dessas portas.*” (Teixeira, 2003:92, grifo nosso).

Diagnóstico semelhante é feito pelo Ministério da Saúde:

É inegável que, depois de tantos anos de luta, o SUS conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso. Gestores, profissionais e usuários (...) sabem que hoje, (...) o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços (...) em termos de eficácia e produção de saúde. (...) Quanto menos for a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores (...) menor será a possibilidade de eficácia no atendimento à população. (BRASIL/MS, 2001:7)

Neste contexto, temas como a qualidade e a integralidade da assistência, o acolhimento e, principalmente, a “humanização” da assistência vêm ocupando uma posição cada vez mais central na agenda de discussões não só acadêmicas, mas setoriais. Nos diversos níveis do SUS, tem sido crescente a preocupação dos gestores com a qualidade da assistência, já incluindo, embora ainda sem muita precisão conceitual e operacional, a humanização como um de seus componentes essenciais. Tais preocupações freqüentemente se expressam em recomendações sobre uma gama diversificada de aspectos da organização dos serviços e do processo de produção das ações de saúde, não necessariamente sobre todos ao mesmo tempo, dos mais “concretos” ou materiais, como a organização do espaço físico destinado à assistência (limpeza, sinalização, conforto, privacidade, por exemplo), ou relativos à qualidade dos recursos tecnológicos disponíveis, ou ainda a indicação de protocolos de

condutas terapêuticas, aos mais intangíveis ou de mais complexa definição e avaliação, como “gentileza”, “escuta”, “vínculo”, “acolhimento”, “atenção”.¹⁵

Na verdade, em algumas áreas da assistência, o “discurso” da humanização encontra-se mais elaborado e algumas práticas já instituídas, em função de políticas, programas e ações que já há alguns anos vêm sendo desenvolvidas e difundidas. É o caso, por exemplo, das políticas/programas ou iniciativas de humanização do parto, de assistência neonatal de risco e pediátrica. A assistência à pacientes com câncer e a pacientes terminais, de um modo geral, também tem sido alvo de muitas iniciativas, grande parte relacionada aos chamados “cuidados paliativos”. Tratam-se, entendo, de situações extremas, de vida e de morte, talvez por isso mais facilmente inspiradoras de preocupações “humanizantes”. Outras áreas, no entanto, como a assistência na rede básica/ambulatorial de serviços de saúde, só mais recentemente vêm sendo alvo de intervenções com este tipo de preocupação, destacando-se os trabalhos e iniciativas bem sucedidas de “acolhimento”¹⁶. As propostas voltadas para os hospitais gerais e, especialmente, para o atendimento de urgência e emergência, ainda são mais raras e, em sua maioria, muito embrionárias¹⁷. E é justamente nos hospitais de emergência que se concentram, a meu ver, os maiores desafios para a implementação de propostas “humanizadoras” da assistência, tanto pela natureza dos problemas que ali chegam – atravessados pela violência da miséria e da criminalidade em sua origem e manifestação – como pelas condições adversas de trabalho e a sobrecarga de uma demanda infinitamente maior do que as possibilidades de atendimento, especialmente nos grandes centros urbanos.

¹⁵ Parte das avaliações que desenvolvo nesses parágrafos sobre experiências concretas de “humanização” dos serviços de saúde, baseia-se no material a que tive acesso enquanto membro da Comissão Nacional de Avaliação do Prêmio David Capistrano da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – instituído, em 2004, pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um conjunto de 671 projetos, de todas as regiões do país – entre experiências bem sucedidas e novos projetos – candidatos ao prêmio, dos quais 45 foram premiados. É importante ressaltar que o julgamento que aqui faço expressa apenas minha posição pessoal sobre os projetos inscritos, entre os quais pude examinar diretamente cerca de 20%, obtendo informações do conjunto nas reuniões da Comissão.

¹⁶ No âmbito da formulação acadêmica, cabe destacar o pioneirismo dos trabalhos do LAPA (Laboratório de Planejamento e Administração, do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas), particularmente a proposta de um modelo assistencial “em Defesa da Vida”, desenvolvida por Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos e Luís Carlos de Oliveira Cecílio, que valorizam uma prática “usuário-centrada”, destacando aspectos intersubjetivos da assistência à saúde, como vínculo, responsabilização, escuta e acolhimento. Difundida largamente nos últimos dez anos, estas propostas vêm inspirando algumas experiências mais recentes de mudanças de modelos de gestão e assistencial em algumas Secretarias Municipais de Saúde, entre as quais se destacam as experiências de **acolhimento** em Betim/MG (Franco *et al.*, 2003), Chapecó/SC (Franco *et al.*, 2004) e, mais recentemente, em Aracaju/SE (Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, 2004). As duas últimas premiadas na categoria “Ações Exitosas”, com o Prêmio David Capistrano.

¹⁷ Ver QUALISUS – Política de Qualificação da Assistência à Saúde, lançada este ano pelo MS, que problematiza a qualidade da atenção, destacando a dimensão humana, relacional e a necessidade de qualificação dos serviços de urgência e emergência, não só do ponto de vista material, tecnológico, mas do ponto de vista do acolhimento (MS, 2004a)

Nesses serviços, a ética da “comunicação” e do “reconhecimento do outro”, já naturalmente frágil, no meu entender, tem muito mais chances de fracassar.

Além disso, muitas propostas ou experiências consideradas de “humanização” da assistência/dos serviços, ainda parecem apresentar um caráter muito pontual e periférico, considerando a totalidade dos serviços/organizações de saúde onde se desenvolvem e as lógicas de organização de seus processos de trabalho, sem impactá-los. Este parece ser o caso, por exemplo, de muitas das “brinquedotecas” e “ouvidorias” - restritas às suas próprias salas, operando essencialmente com doações e trabalho voluntário, limitando-se, no caso das segundas, à coleta e resposta burocrática do material depositado nas “caixinhas de sugestões”. Nessas experiências, a dimensão relacional/comunicativa da assistência permanece dissociada da técnica, da prestação do serviço propriamente dita, no máximo um complemento a ela. Isto não significa desconhecer a necessidade, a relevância e o potencial transformador de muitas experiências de brinquedoteca e ouvidoria, que conseguem, geralmente em função de uma política institucional mais ampla, transcender seus muros e produzir mudanças nas rotinas e na prática assistencial. De todo modo, observam-se ainda “comitês de humanização” ou núcleos de Recursos Humanos, cujas principais atividades ainda se concentram na criação desses espaços periféricos de entretenimento, e na promoção de festas e eventos de confraternização. Algumas experiências guardam também um caráter de filantropia, ainda muito distantes dos ideais de direitos de cidadania e da ética da “alteridade” presentes no discurso da “humanização”. Um dos sintomas, a meu ver, do caráter periférico e assistencialista/filantrópico de algumas dessas experiências é dependerem, exclusivamente algumas delas, do trabalho voluntário, executado individualmente ou por organizações não governamentais.

De todo modo, nos últimos anos, temos assistido a algumas tentativas de ordenamento das discussões e das iniciativas setoriais pontuais sobre a questão da “humanização”, buscando lhes conferir um tratamento politicamente mais abrangente e efetivo. Tal movimento se reflete, por exemplo, no próprio tema escolhido para a XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000: *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social*.

Por parte do Ministério da Saúde, especificamente, o problema da humanização da assistência à saúde vem recebendo, nos últimos anos, uma atenção crescente, destacando-se a iniciativa de criação, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL/MS, 2001) e a atual Política Nacional de Humanização

(PNH) (BRASIL/MS, 2004), que propõe que a humanização seja vista não mais como um programa, mas como uma política que opere transversalmente em todo o SUS, o que implica traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construindo trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e “produção de sujeitos”. Nesta proposta do MS, o aspecto subjetivo das práticas de saúde é destacado como seu eixo articulador. A humanização é entendida como:

- *Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;*
- *Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;*
- *Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;*
- *Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;*
- *Identificação das necessidades sociais de saúde;*
- *Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;*
- *Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.* (BRASIL/MS, 2004a:15)

É inegável o avanço conceitual que a atual política de humanização do MS representa, comparativamente a outras iniciativas, buscando romper com a concepção de programa isolado, através de uma tentativa de dar capilaridade a seus princípios nas diversas ações do SUS e em suas instâncias de gestão. O eixo norteador das ações de humanização também parece ter sofrido um deslocamento - vantajoso, em minha opinião – da humanização vista como “ampliação do processo comunicacional” – de base hermenêutica gadameriana, diretriz central da proposta de humanização contida no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do MS, de 2000, segundo Deslandes (2004) – para a humanização vista, me parece, como “produção de sujeitos autônomos”, capazes de estabelecer vínculos solidários e co-responsabilidade na produção de ações de saúde e em sua gestão – proposta fortemente inspirada na perspectiva da Análise Institucional, o que, pelo menos, traz para a cena a questão da micropolítica, dos poderes cotidianos e da força do “instituído” como limites ao exercício de uma comunicação idealizada como transparente e simétrica entre os sujeitos na produção de ações de saúde. Assim, há que se reconhecer, como o faz Ayres (2004)

o avanço que representa estarmos “(...) nós, a mesma geração da Reforma Sanitária (ou quase), discutindo humanização com a mesma dedicação, compromisso e entusiasmo com que vimos discutindo a

questão da universalidade e equidade na organização do sistema de saúde (...) O que para muitos parecia ser um conjunto de preocupações abstratas, chamadas de filosóficas num sentido que beirava o pejorativo, mostra aqui claramente sua relevância e vitalidade práticas (...) (Ayres, 2004:15)

É preciso, no entanto, também reconhecer¹⁸ a complexidade das questões relacionadas à “humanização” dos serviços de saúde e os muitos desafios que ainda se colocam para a formulação de propostas de intervenção efetivas. No meu entender, a perspectiva da “humanização” dos serviços e as propostas que dela derivam apresentam dois principais conjuntos de problemas teórico-metodológicos. O primeiro deles diz respeito ao próprio conceito de “humanização” ou, antes, à própria utilização do termo “humanização”. O segundo conjunto de problemas se deriva do primeiro e se refere aos limites de “operacionalização” das propostas de “humanização”, nos marcos teórico-conceituais em que são concebidas.

Nunca me agradou, na verdade, a utilização deste termo e acho, de fato, que sua utilização deveria ser evitada, pois é, no mínimo, um equívoco e, principalmente, porque tal termo, ao contrário do que se espera dele, é gerador de opacidade (de desconhecimento/de ilusão) exatamente sobre aquilo em que se pretende intervir centralmente com sua utilização: a dinâmica de interação entre os sujeitos, na sociedade e, em particular, em suas organizações, como os serviços de saúde. No meu entender, a contraposição da idéia de “humanização” aos processos de discriminação, indiferença e desprezo pelo outro, apatia diante de seu sofrimento e todas as demais formas de violência (física e simbólica) que se verificam na sociedade e, particularmente, nos serviços de saúde, subtrai do que é humano o mal que também lhe é inerente – o que a Psicanálise exaustivamente nos ensina - deixando-lhe associado, exclusivamente, aos valores éticos de solidariedade e respeito para com o outro, reconhecimento de seu sofrimento e de sua singularidade, legitimação de sua palavra etc. Esta a ilusão, a opacidade, produzida pelo uso do termo “humanização”. Tal perspectiva se aproxima de uma das principais crenças veiculadas pela doutrina do Humanismo Cristão ou Personalismo Cristão, desenvolvido no último século, segundo Minayo (2004), a partir da crise das teorias e práticas racionalistas da ciência ocidental: a de que o ser humano é bom. A partir daí, não restam dúvidas, para esta doutrina, quanto à possibilidade de reverter as tendências de massificação e perda da sociabilidade em direção a uma sociedade mais

consciente, harmônica e feliz, através da intervenção social e do favorecimento do auto-conhecimento, da auto-estima e os mecanismos de reflexão e de interação.

Talvez seja esta opacidade, este desconhecimento da condição humana promovido pela utilização do termo “humanização” a fonte do “estranhamento” que o conceito, segundo Deslandes (2004), propicia. Mais do que sua “polissemia” ou imprecisão conceitual, o problema principal com o conceito de “humanização” reside, acredito, na sua inadequação para designar o que pretende. Como consequência, equivocam-se igualmente as propostas de intervenção baseadas nessas concepções. Se o ser humano é essencialmente bom, basta orientá-lo, educá-lo, “sensibilizá-lo” para o exercício desta “bondade” para com o próximo, desta abertura para o outro, fazendo se manifestar e moldando o que já existe, em essência. Nesta perspectiva, as intervenções voltadas para a humanização dos serviços de saúde se apoiarão, essencialmente, em estratégias pedagógicas de capacitação e “sensibilização” de pessoal, aliadas à criação de “canais”/mecanismos de “comunicação”, que facilitem o exercício desta bondade recíproca.

Deslandes (2004), ao analisar o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar do MS, critica uma certa idealização da comunicação – referência central da proposta – baseada numa suposta simetria entre os sujeitos. Segundo a autora, o texto do MS não problematiza a natureza sociológica desta (im)possibilidade comunicacional já que, no jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, as diferenças de gênero e *status* social podem se constituir em obstáculos importantes ao diálogo. Poderíamos dizer que, além disso, é preciso problematizar a “natureza psicanalítica” (ou, aglutinando as duas perspectivas, a natureza “psicossociológica”) desta (im)possibilidade, destacando a ambivalência que o sujeito apresenta em sua relação com o outro [Freud, 1976 (1921)], visto simultaneamente como portador do bem e do mal, e a oscilação permanente do sujeito entre os pólos narcísico e alteritário (Birman, 2000).

Campos (2004), também a partir da psicanálise, desenvolve uma argumentação análoga. A autora igualmente chama a atenção para o fato de que a violência, a raiva, a inveja, as agressões, são absolutamente humanos e observa que para lidarmos com estas questões não nos basta o *cogito* cartesiano, posto que não somos apenas seres racionais.

Por isso, o eixo proposto é o dos processos de subjetivação, pois essa violência não se exerce porque as pessoas ‘não sabem’ (o que nos

¹⁸ E o debate registrado no volume 9, nº1, de 2004 da Revista Ciência&Saúde Coletiva entre importantes autores do campo expressa tal reconhecimento.

*colocaria na confortável posição de informá-las ou educá-las e aí, sim, estaria tudo resolvido), ou porque 'racionalmente não querem'. As pessoas atuam essa violência porque **não podem** fazer outra coisa. (Campos, 2004:23)*

Sua explicação para a violência, no entanto, não ultrapassa o argumento freudiano da renúncia pulsional, desenvolvido em *O Mal-Estar na Civilização* [Freud, 1976 (1930)]. Entendo que a complexidade da dinâmica social contemporânea e dos atuais processos de subjetivação, já discutida no início do presente capítulo, impõe outras leituras psicanalíticas sobre a violência e sua banalização.

Sem a consideração desse conjunto de questões teórico-conceituais, as propostas de “humanização” dos serviços de saúde correm o risco de sofrer importantes limitações em sua “operacionalização”. Considerando os vários projetos e experiências de humanização que temos observado, creio que as ações ou estratégias de humanização podem ser agrupadas em torno do que poderíamos chamar *algumas dimensões essenciais de uma assistência “humanizada”*, como: 1) as condições ambientais/físicas e materiais/tecnológicas para a prestação da assistência em saúde e realização do trabalho em saúde; 2) as características ou modo de organização do processo de trabalho e das rotinas/práticas em geral e seus mecanismos de controle/ gerenciamento (incluindo de sistemas de informação/agendamento, por exemplo); 3) as características dos modelos e macro-processos de gestão das organizações de saúde (contemplando, especialmente, o grau de democratização dos mecanismos e dos processos decisórios, incluindo a questão da participação da população); e, 4) as características e qualidade das interações entre profissionais e usuários, e entre os próprios profissionais, na produção das ações de saúde. Essas dimensões, que aqui ordenei em graus decrescentes de “materialidade” ou “concretude”, por assim dizer, representam, no entanto, na mesma ordem, graus crescentes de complexidade para uma definição mais operacional dos aspectos ou elementos que as compõem, para a elaboração de propostas de intervenção e para sua avaliação.

Assim, compreende-se porque especialmente as propostas de intervenção relativas aos elementos que integrariam a quarta dimensão destacada dificilmente avançam para além de recomendações gerais centradas na necessidade (inegável e imperiosa, com certeza) do desenvolvimento de uma ética pautada no reconhecimento do outro, em sua diferença, na escuta/acolhimento, na responsabilização e no estabelecimento de vínculos, na cooperação e na valorização da comunicação, sem problematizar, no entanto, quais seriam os possíveis

condicionantes da produção ou ausência destas atitudes/posturas, limitando-se, conseqüentemente, em sua capacidade de proposição de ações/mecanismos que as favoreçam ou promovam.

É preciso reconhecer que mesmo estratégias mais específicas ou “concretas” como a capacitação (“sensibilização”) dos profissionais e a criação ou ampliação de mecanismos/canais de comunicação, por exemplo, embora sejam condições imprescindíveis, não são suficientes isoladamente e precisam, de todo modo, ser repensadas quanto às suas estratégias pedagógicas e de atuação micropolítica. A disposição para o acolhimento, a escuta, a comunicação, o estabelecimento de vínculos, a cooperação, etc... não se constituem em uma capacidade absoluta e apriorística do ser humano ou em algo que possa ser controlado exclusivamente por um trabalho da consciência e da vontade.

Outra importante questão relacionada à “operacionalização” das propostas de “humanização” dos serviços diz respeito à necessidade de se garantir a inseparabilidade ou melhor, a interpenetração, das várias dimensões acima destacadas. A tendência, como já observamos, é que as proposições relativas à dimensão relacional/intersubjetiva da assistência à saúde assumam uma posição anexa ou complementar às dimensões material e de “tecnologia dura e leve-dura”, não sendo vistas, como concluem Schraiber (1999) e Merhy (2002), como parte da tecnologia e, por isso, destituídas de eficácia na produção do ato assistencial. Como acertadamente nos adverte Campos (2004), abordar o problema desta forma (isto é, não separando os processos tecnológicos dos subjetivos) ajuda a evitar que caiamos numa “(...) dicotomia perigosa, como seria separar ‘tecnólogos’ de ‘humanizólogos’ na abordagem da gestão, ou ainda contribuiria para afastar o perigo de uma certa manipulação instrumental da escuta (...)” (Campos, 2004:24), referindo-se às “tecnologias da escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais” criticadas por Deslandes(2004).

Uma última questão a ser destacada com relação à “operacionalização” das propostas de “humanização” da assistência à saúde diz respeito aos limites que o próprio “objeto nuclear” das ações de “humanização” – isto é, a assistência à saúde em sua dimensão intersubjetiva – impõe à “operacionalização”, se a entendemos, com o senso comum, como fazer operar, fazer funcionar, executar, por em prática, segundo determinado modo, pré-concebido e passível de controle, avaliação e correção. Recuperando nosso entendimento de que a especificidade do trabalho em saúde é sua característica relacional/intersubjetiva e (por isso) de intervenção única de um sujeito sobre outro, em suas experiências vivenciadas,

portanto singulares, de vida, prazer, dor, sofrimento e morte, devemos concluir pela impossibilidade de pensarmos soluções normativas, programáveis, ou universais para a “humanização” da assistência à saúde. Trata-se, como observaria Emerson Merhy (2002), de *trabalho vivo em ato*, irredutível em sua singularidade, apenas parcialmente capturável pelo *trabalho morto* das tecnologias duras dos equipamentos ou leve-duras dos saberes e normas da organização da assistência e dos “protocolos clínicos”.

No mesmo sentido, vêm as reflexões de Ayres (2004) a respeito do cuidado como categoria reconstrutiva das práticas de saúde. A partir do entendimento de que, em qualquer ato terapêutico estaria presente o que, no sentido aristotélico, se denomina “sabedoria prática” e que indica haver “(...) *qualquer coisa de não reprodutível e não universalizável em todo encontro intersubjetivo em que estivesse em questão a construção da Boa Vida. Esta (...) estaria sempre em ato, como um devir, como uma potência se atualizando em cada encontro singular entre as almas em suas situações singulares.*” (Ayres, 2004:16) O autor reconhece, então, a imponderabilidade e indeterminação do que seria efetivamente necessário para humanizar a assistência e conclui que, se por um lado, não teria sentido postular uma proposição de cuidado que reivindicasse realizar plenamente o ideal de “humanização” – pois se estaria negando a dialética entre identidade e interação e negando o caráter aberto e deveniente da sabedoria prática reclamados pelo cuidado – por outro lado, abster-se de propor seria negar o sentido ético da reconstrução que se busca.

Desnecessário afirmar que tais reflexões se aplicam às questões centrais que nos instigam nesta investigação: os limites e possibilidades da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida nos serviços de saúde. Assim, entre o reconhecimento da impossibilidade de normatização e a necessidade, ética, de buscarmos formas de intervir nessas questões, aceitamos a saída possível (e humana) proposta por Ayres: a de “(...) *habitarmos produtivamente nossa inquietação, buscando sempre a (intangível) justa medida entre o propor como queremos ser e o julgar como podemos ser, a cada momento, do modo mais compartilhado, compartilhável e aberto à mudança de que formos capazes.*” (Ayres, 2004:17).

2. A FRATERNIDADE EM QUESTÃO: UM OLHAR PSICOSSOCIOLOGICO SOBRE A SOLIDARIEDADE, A COOPERAÇÃO E O CUIDADO COM A VIDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

2.1 A Fraternidade em Questão

Os temas da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida remetem, como problemática central, à questão do laço social, de seus limites, possibilidades, mecanismos de produção e formas de manifestação – questão bastante cara para a Psicossociologia que, a partir da Psicanálise, irá retirar elementos que lhe permitam lidar de um modo menos “idealizado” com esta questão, o que tentaremos fazer neste capítulo.

Mais do que a formação do laço social ou da constituição da sociedade, em sentido genérico, os temas da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida (própria e do outro) põem em destaque, a meu ver, a problemática da fraternidade, enquanto uma modalidade específica de produção/manifestação do laço social.

Birman (2000) desenvolve uma importante reflexão sobre a questão da fraternidade na sociedade contemporânea e a partir dela podemos dizer que a cooperação, a solidariedade e o cuidado com o outro são expressões da fraternidade ou, como o autor observa a respeito da solidariedade, “(...) *a consequência imediata da ética do laço fraterno.*” (Birman, 2000:185). Para Birman, esta ética pressupõe, acima de tudo, a existência de um sujeito “incompleto e precário”, o que equivale dizer que a fraternidade só é possível se o sujeito puder reconhecer que não é auto-suficiente. No entanto, é justamente a auto-suficiência do sujeito que caracteriza, como lembra o autor, o modelo de subjetivação contemporânea, promovido pela “cultura do narcisismo” e pela “sociedade do espetáculo.”

O autor sustenta que a auto-suficiência é uma formação ilusória poderosa, que se encontra sempre presente no imaginário e contra a qual é necessário um trabalho permanente, constante, insistente do sujeito no sentido de denunciar o vazio de tal pretensão e evidenciar sua (do sujeito) condição de precariedade e sua demanda inequívoca do outro. Para Birman,

(...) *a fraternidade implica a igualdade dos sujeitos na cena do mundo, fundada na precariedade.*(...) (no entanto, ele observa adiante)

a fraternidade não é absolutamente uma substância permanente e consistente, mas um estado que pode, contudo, se prolongar ou se dissolver, de acordo com o desejo dos sujeitos (...) Isso porque a qualquer momento alguém ou um grupo de pessoas pode se achar superior aos demais, pretendendo (...) ocupar uma posição de absoluta soberania.” (Birman, 2000:185-186) Assim, a formação ilusória da auto-suficiência seria um dispositivo poderoso do imaginário humano, que estaria sempre “(...) à espreita e em surdina, disposto sempre que estaria o sujeito em assumir a posição de superioridade em relação aos demais. (Birman, 2000:186)

A formação ilusória da auto-suficiência é um dispositivo do imaginário humano engendrado historicamente, segundo Birman, na transição do século XVI para o século XVII – período a que o autor se refere como “primeira modernidade”, para diferenciá-lo da segunda modernidade que se constituiu no século XIX. Tal imaginário se constituiu então com a emergência do *humanismo*, quando o homem foi alçado à condição de centro do mundo e medida de todas as coisas. “(...) no imaginário do humanismo, a figura do homem desafia e desaloja o poder divino pela mediação da razão e da ciência, iniciando o processo de racionalização do mundo, com a constituição progressiva daquilo que Weber denominou de *desencantamento do mundo*.” (Birman, 2000:189) A moderna ideologia do individualismo e o liberalismo como doutrina econômica e política se desenvolveram no mesmo contexto histórico. Como observa o autor,

A racionalização do mundo pela ciência e pela técnica conduziu a subjetividade progressivamente para um desamparo radical (...) esse desamparo abissal da condição humana neste contexto conduziu o sujeito a um impasse marcado pela tragicidade: precisar do outro como um igual e um irmão para realizar a gestão do mal-estar produzido pelo descentramento¹ e pelo desamparo, contrapartida da Morte de Deus no nível antropológico; ou então acreditar na sua divinização narcísica centrada no eu, se agarrando ilusoriamente na sua auto-suficiência. Estaria justamente aqui o paradoxo entre auto-suficiência e precariedade, que marcaria o sujeito na modernidade e na pós-modernidade (...).(Birman, 2000:194)

Para além da leitura do eu e do narcisismo, o discurso freudiano trabalhou a problemática do laço fraterno no registros político e social, lançando-nos “vertiginosamente”, como ressalta Birman, na leitura do mal-estar em outras dimensões. Neste campo, é emblemática a versão freudiana para a constituição da sociedade a partir da horda primitiva,

¹ O inconsciente, o desejo, a pulsão, o outro, segundo a leitura freudiana do psiquismo humano.

desenvolvida em *Totem e Tabu*, que condensa, a meu ver, os principais elementos que demarcariam os limites e possibilidades de uma ordem social igualitária e fraterna: a violência, expressa tanto na assimetria de poder entre pai e filhos, que a ele se submeteriam pelo terror da morte, como no complô entre os filhos que, unidos (irmanados) em sua precariedade/fragilidade – como aponta Birman – tramam e executam o assassinato do pai; o amor, dos filhos pelo pai (a identificação e idealização) e a culpa pelo seu assassinato; a sacralização da figura do pai/sua transformação em totem e as interdições a que ela remete ou simboliza e que permitem ou operam a manutenção do laço social, da associação fraternal.

Com este mito – Birman (2000) nos lembra - Freud realiza, com a linguagem psicanalítica, o que todos os contratualistas do século XVIII já haviam feito, a partir da filosofia política e da antropologia filosófica. Assim, em Locke, Hobbes e Rousseau, encontramos leituras para o surgimento da sociedade humana a partir de um estado originário de natureza. Todas essas leituras sobre a constituição da sociedade guardam múltiplas identidades mas também muitas diferenças entre elas. No entanto, o aspecto mais importante para o qual Birman nos chama a atenção é que o que estava em jogo em todos esses mitos de fundação não era a constituição da sociedade em sentido genérico, mas da sociedade moderna, concebida a partir da emergência do individualismo como uma associação de indivíduos, regulados por certas interdições e permissões. Segundo Birman,

(...) a emergência da sociedade moderna implicaria a instalação do igualitarismo dos agentes sociais, que se conjugariam, pois numa associação de iguais. Este igualitarismo foi concebido a partir da figura do irmão, de forma que a ordem social seria necessariamente uma ordem fraternal, na modernidade, bem entendido. Seria esta a diferença maior entre as sociedades pré-modernas e a moderna, já que naquelas a fraternidade não se identificaria com o laço social, existindo hierarquias de diversas ordens. (Birman, 2000:199)

Para a instalação dessa ordem fraternal, insiste Birman, é preciso que os diversos agentes de uma comunidade se reconheçam como precários e insuficientes, o que permite sua associação. O mito freudiano de Totem e Tabu evidenciaria este processo, já que foi a condição de fragilidade dos filhos frente ao pai todo-poderoso que os conduziu a se unirem e desafiarem a onipotência paterna. No entanto, adverte o autor, a figura do pai da horda – representação caricata da auto-suficiência, da onipotência em estado puro – continua a habitar o imaginário social, nos assombrando com o perigo, sempre presente, de que alguém possa se arvorar a ocupar a posição onipotente, se retirando assim da rede de igualdade, e nos

lembrando, ao mesmo tempo, do fim de destruição e morte que terá todo aquele que tiver a mesma pretensão de funcionar como o pai primordial.

Tal perigo, que se apresenta, segundo o autor, sempre em estado latente e virtual, deve sua existência à formação imaginária da auto-suficiência que constituiu a subjetividade moderna. Assim, a modernidade significa, ao mesmo tempo, a ruptura radical dos homens com a tutela divina e com o poder patriarcal, legitimado por Deus, e o investimento nos homens de um poder e uma liberdade antes inexistentes nutrindo o imaginário da auto-suficiência.

Com isso, alguns não querem ser tão iguais como os outros, acreditando-se melhores e superiores (...) e tencionam sempre os laços sociais. Por isso, a igualdade conquistada é mais uma finalidade a ser permanentemente relançada e gerida do que uma substância definitivamente instituída (...) (Birman, 2000:201)

Esta é uma das dimensões do mal-estar e o paradoxo que a leitura freudiana da modernidade nos suscita. O traço de onipotência, fundador do imaginário moderno, seria, como sustenta o autor, o maior obstáculo à sociedade fraterna e igualitária,

(...) dissolvendo por dentro o imperativo da solidariedade.” (Birman, 2003:203). Por outro lado, *“o laço social como laço fraterno seria a materialização maior deste projeto modernista, que como utopia nos encantou desde a segunda metade do século XIX, catalisando corações e mentes nas suas propostas igualitárias, incendiando territórios e palácios em nome da igualdade de todos como valor ético.* (Birman, 2000:203)

Birman reconhece que, no mundo pós-moderno, a economia do desamparo em muito se incrementou, devido à perda de algumas utopias que fundavam o projeto modernista. Com isso, observa o autor, o ideário da fraternidade foi balançado em suas proposições e *“(…) aparece hoje como uma espécie de sonho do passado sem mais qualquer lugar na atualidade.”* (Birman, 2000:204). A constituição da “sociedade de risco”, a perda de certos parâmetros de estabilidade no social que dignificavam os sujeitos, têm um custo humano muito alto, implicando perdas e sofrimentos incalculáveis para as subjetividades. Segundo o autor, o neoliberalismo provocou um estrago nas redes sociais de solidariedade, cuja amplitude ainda não foi bem dimensionada.

Diante deste quadro, Birman identifica um movimento de resistência que começa a se impor no campo do imaginário estético. *“Seria a partir da arte que começa a afluir uma nova*

energia criativa para se contrapor ao universo macabro do mundo neoliberal.” (Birman, 2000:204). O autor se refere aqui a três filmes contemporâneos, com os quais havia iniciado sua análise, e que têm, como questão comum, a possibilidade da fraternidade a partir da constatação da condição de precariedade/fragilidade do ser humano. Nos filmes em pauta, esta fragilidade ou precariedade estaria representada pelas figuras dos velhos, dos loucos e das mulheres.

É deste universo de desprivilegiados que provém hoje o capital simbólico para relançar a fraternidade como projeto ético e político. Estaria aqui o manancial incalculável de energia e inventividade que seria capaz de recriar, dos fragmentos que nos restaram do turbilhão neoliberal, o projeto modernista da fraternidade. (Birman, 2000:205)

O autor nos conclama, então, a deixarmos de lado a ingenuidade e entende que a reconstrução dos laços fraternais hoje tem como agentes não apenas e fundamentalmente os antigos atores do projeto modernista de fraternidade, mas aqueles que são mais sensíveis ao imperativo do desamparo, aqueles que “(...) *sentem nas suas peles os espinhos da arrogância e da pretensão da auto-suficiência.*” (Birman, 2000:205).

A ênfase de Birman na fraternidade como resistência, tendo a precariedade/fragilidade do sujeito como seu operador, é um ponto fundamental, no meu entender, para pensarmos a especificidade do objeto de trabalho em saúde e suas implicações sobre as possibilidades da cooperação, da solidariedade e do cuidado. No entanto, devemos reconhecer os muitos obstáculos que se antepõem a esta possibilidade, derivados das características da sociedade contemporânea e, particularmente, de outros elementos “complicadores” que a própria psicanálise e a psicossociologia nos apontam, especialmente quando consideramos este ideário da igualdade/fraternidade aplicados à dinâmica das organizações de saúde e seus processos de planejamento, gestão e prestação de serviços.

2.2 A Cooperação e a Construção de Projetos Coletivos como um Problema para as Organizações: práticas no limite do impossível

A idéia de uma sociedade planejada e governada segundo critérios racionais visando o atendimento igualitário de necessidades humanas técnica e cientificamente definidas, constituiu-se como um dos ideais mais caros da modernidade. A crença positivista na

possibilidade da ordem e do cálculo sobre os processos sociais alcançou seu apogeu nas experiências de planejamento global das economias socialistas, mas não deixou de estar presente nas políticas keynesianas dos países capitalistas. Na América Latina, o planejamento econômico e social ganha força no contexto desenvolvimentista dos anos 50 e 60 (Rivera, 1989), quando a crença na superioridade da racionalidade técnica para definir prioridades na alocação dos escassos recursos deu origem ao que ficou conhecido como *enfoque normativo*, muito frágil diante da complexidade e incerteza que caracterizam os processos sociais (Sá&Artmann, 1994).

Hoje, é inegável que o *enfoque estratégico* em planejamento, particularmente em planejamento público, representa um rompimento com a maior parte dos pressupostos positivistas, a partir da introdução da dimensão humana e política. O planejamento não é só ciência e técnica, é também arte: *a arte de governar em situações de poder compartilhado* (Matus, 1993). Reconhece-se, assim, a pluralidade de atores, com diferentes capacidades (poderes) e interesses, disputando projetos e os recursos para implementá-los. Planejamento e gestão/governo deixam de dizer respeito a um problema de administração das coisas pelos homens e passam a significar um problema de interação entre os homens na busca de seus objetivos. Como os define Matus (1993), **um problema entre os homens**. No entanto, a racionalidade político-estratégica é uma das formas, não a única, de manifestação da dimensão humana nos processos de planejamento e gestão e, entre as necessidades, racionalmente determinadas, e os ideais de cooperação e de execução de projetos coletivos voltados para o “bem comum”, há mediações que escapam à consciência e à vontade.

Uma outra reflexão realizada por Birman (1997), talvez um pouco mais cética que a apresentada no início deste capítulo, nos leva a pensar que uma das condições para que possamos compreender os limites do planejamento e da gestão e, particularmente, da cooperação – mas também para explorar suas possibilidades - é deslocar o foco de referência teórica de um *indivíduo centrado nas necessidades* para a existência de um *sujeito do desejo e das pulsões*. Para este autor, é a compreensão de que a relação dos sujeitos com a riqueza e com os bens materiais, se inscreve num circuito pulsional, marcado pela reserva de gozo e pela privação do gozo, que permite compreender a crítica de Freud ao modelo iluminista de política, que supunha possível a obtenção da felicidade humana baseada em argumentos racionais e universais. É a partir da contraposição entre as exigências de singularização do psiquismo e as crescentes exigências do processo civilizatório que é possível compreender a formulação freudiana de que **governar é uma prática social no limite do impossível**. “*Isso*

porque governar implicaria compatibilizar minimamente o que seria quase impossível de compatibilizar, isto é, inserir num projeto comum e em alguma medida consensual as exigências desejantes de uma multiplicidade de sujeitos diferenciados.” (Birman, 1997:115).

Nesta leitura de Birman sobre a problemática freudiana do mal-estar na civilização, a possibilidade da política - enquanto retórica do poder, representação simbólica, negociação e diálogo - residiria na possibilidade da morte. Seriam os imperativos de conservação da vida e do narcisismo, ante a possibilidade de destruição recíproca e total das individualidades, contida no pressuposto hobbesiano de que “o homem é o lobo do homem”, que possibilitariam a passagem da guerra para a política. No entanto, este é um processo em permanente construção e desconstrução, pois “ (...) a retórica do bem-dizer é frágil diante da força do querer gozar de qualquer maneira, onde o sujeito não quer perder nada, a não ser quando defrontado com (...) o terror da morte e o horror de perder a sua condição de sujeito desejante.” (Birman, 1997: 137).

Talvez os limites para a governabilidade apontados por Birman possam ficar mais flexíveis se considerarmos que a pulsão de vida não é apenas reação de preservação, mas também é força de criação, de ligação e condição de sublimação. Além disso, a “gestão do desamparo” através do questionamento permanente da formação ilusória da auto-suficiência, proposta pelo autor (Birman, 2000), nos oferece uma perspectiva um pouco mais otimista. De todo modo, a perspectiva psicanalítica nos obriga a reconhecer o tênue equilíbrio em que repousa a ordem social e a quase impossibilidade das práticas de governo (do planejamento e da gestão) enquanto instrumentos favorecedores da construção de projetos coletivos, da cooperação, da solidariedade e do cuidado com o outro.

2.3 Os Sujeitos e os Vínculos que Estabelecem com as Organizações: a problemática do poder, do desconhecimento e da violência

Diante da crise de governabilidade das organizações (especialmente dos serviços públicos) e da necessidade de se buscar maior compromisso e adesão dos trabalhadores com os projetos de mudança, alguns autores vêm propondo, com é o caso de Campos (1994), o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (a “produção de sujeitos autônomos”) como uma das condições fundamentais para a ampliação da governabilidade dessas organizações.

Compartilho desta perspectiva (Sá, 2001) e acho ainda que esta é uma das condições para a cooperação e para a solidariedade.

No entanto, a produção de autonomia e criatividade dos sujeitos não é algo passível de normatização ou programação, nem pode ser alcançada meramente através de “seminários de sensibilização” ou outras receitas tão ao gosto das escolas de administração que seguem o “Paradigma de Recursos Humanos” (Losicer, 1997), insuficiente para dar conta da complexidade da questão da subjetividade nas organizações e, como denuncia Enriquez (1997b), freqüentemente presente na perspectiva manipulatória contida nas propostas de “gestão pelo afetivo”.

Acredito que a produção de autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde se colocará sempre como uma possibilidade em aberto – nunca como uma certeza – um processo que pode vir a ser favorecido em função de algumas condições, entre as quais a natureza mesma do objeto de trabalho em saúde e as características que podem assumir os processos de planejamento e gestão nessas organizações e mais especificamente da organização de seus processos de trabalho.

No entanto, o que é preciso, fundamentalmente, ao discutirmos as possibilidades de processos de subjetivação nas organizações que favoreçam a autonomia dos sujeitos, é que façamos um esforço para sairmos de uma certa cegueira – ou pelo menos a diminuirmos – em que estamos irremediavelmente imersos, com relação às organizações e à sociedade em geral, olhando-as de forma menos idealizada. Trata-se de reconhecer, com Enriquez, que “ (...) *o mundo psíquico e universo social são afetados por desconhecimentos*” (Enriquez, 2001:49). Tais desconhecimentos são, a rigor, o que funda e o que garante a permanência do sujeito, da sociedade e de suas instituições. O homem não pode viver, como observa este autor, sem seus mitos, suas ilusões, suas crenças e idealizações.

Assim, se por um lado, como reconhece Enriquez (1994c), os ideais são necessários à constituição do sujeito e da própria sociedade, a “doença do ideal” ou a idealização gera massificação, produção de indivíduos “reprodutores”, heterônomos, apegados a referências duras, incapazes de pensamento reflexivo e de criatividade. A sociedade idealizada é um objeto maravilhoso que garante uma profunda tranquilidade psíquica, pois preserva o indivíduo de suas dúvidas, angústias, enfim, de seu desamparo. O déficit de ideais transcendentais nas sociedades contemporâneas praticamente impede que sejam objeto de idealização. Neste caso, o processo de idealização ou volta-se para um objeto interior - o culto ao corpo e o individualismo, por exemplo – e/ou, sob forma de “doença do ideal”, para

grandes organizações ou empresas, que se propõem hoje a assumir o lugar do “sagrado laicizado” em nossas sociedades, apresentando-se aos indivíduos como super poderosas e prendendo-os na armadilha de sua onipotência narcísica, fortalecendo o culto à empresa (Enriquez, 1994a).

Se a doença do ideal ou a idealização maciça é letal para a criatividade e autonomia dos sujeitos, algum grau de idealização ou de investimento libidinal sobre as organizações, todavia, é necessário para que se possam engendrar projetos coletivos a partir das mesmas. O problema, me parece, é que os serviços públicos de saúde no país dificilmente podem ser, na atual conjuntura, objeto de idealização ou de qualquer nível de investimento, o que decorre do intenso processo de sucateamento e desvalorização a que vêm sendo submetidos. Nestas organizações, o narcisismo de morte assume a forma de um individualismo e de um corporativismo – na verdade, a capa coletivista do primeiro - reforçados na ilusão de onipotência pela detenção de um suposto saber sobre a vida e a morte, com todas as consequências a que já me referi.

Assim, ampliar as condições, simultâneas, de autonomia, cooperação e solidariedade entre os sujeitos neste contexto pressupõe que se possam abrir “fendas”, provocar uma certa “descentração”, forçar o olhar para fora, para o outro (colega, paciente, cidadão ...). Pressupõe, enfim, o desenvolvimento de processos de planejamento e gestão que possam romper com as perspectivas tecnocrática e/ou estratégica e instrumental, ainda hegemônicas, e possam favorecer a emergência das questões do sujeito e dos processos intersubjetivos. Pressupõe, entre os gestores, principalmente, a capacidade de acolhimento, escuta e favorecimento de uma construção progressiva de sentidos para as diversas representações/fantasias/imagens que em torno das questões da dor, da vida e da morte são produzidas, junto com as representações que os indivíduos fazem de si mesmos, da organização e de seus papéis nelas. (Sá, 2001)

No entanto, tentemos uma visão menos ingênua! *“Sem ilusão, sem crença, sem idealização, sem disfarces, sem hipocrisias, sem recalcamiento, sem repressão, a vida social (e a vida psíquica) seria impossível. (...) Chega-se pois ao fim dos sonhos de sociedades harmoniosas, orgânicas, reconciliadas com elas mesmas.”* (Enriquez, 2001:50) A pulsão de morte atravessa as instituições e organizações sociais. Assim, os principais elementos, nas organizações, sobre os quais se faz necessário levantar o véu do desconhecimento para que possamos vir a ter, talvez, um mínimo de eficácia na busca da cooperação e da solidariedade são o poder e a violência.

Enriquez propõe a seguinte definição sobre o poder:

O poder é uma relação de caráter sagrado de tipo assimétrico, que se estabelece, de um lado, entre um homem ou um grupo de sujeitos que formam um conjunto ou aparelho específico que define os fins e as orientações da sociedade, dispondo do uso legítimo da violência, e, de outro lado, um grupo mais ou menos amplo de indivíduos que dão seu consentimento às normas editadas. Este consentimento pode ser obtido pela interiorização dos valores sociais, pela adesão ativa (...) pela fascinação ou sedução exercida pelos dominadores ou pelo medo de sanções. (Enriquez, 2001:54)

O principal elemento de “desconhecimento” que envolve o poder é que, se ele é uma relação (como Foucault já observava), raramente ele é percebido como tal. Segundo Enriquez, os homens de poder não podem concebê-lo como uma relação, mas como uma propriedade, um atributo pessoal. Assim, o poder torna-se uma “essência”, e algumas pessoas poderão exercê-lo e outras não. Não percebê-lo como uma relação, e sim como atributo pessoal, faz com que o poder seja revestido, segundo o autor, de um caráter sagrado, luminoso, objeto de veneração e de medo. Além disso, como todo poder, podendo ser transgredido, é, igualmente, objeto de inveja e ódio.

O lado sagrado do poder recusa a idéia de contrato, observa Enriquez, substituindo-a pela de instituição. As instituições, embora sendo históricas, mobilizam as pulsões e os imaginários sociais, se apresentando como a-históricas, derivadas da natureza e definidoras de como formar e socializar os indivíduos.

O poder exprime, aqui, sua verdadeira razão de ser: a violência, a crueldade (não se governa inocentemente, dizia Saint-Just), e toma as feições da morte e do terror (...) pensar o poder é se confrontar com o lado trágico da vida, com seu lado excessivo, desmesurado, poderíamos dizer, até mesmo, erótico. (Enriquez, 2001:57)

Segundo autor, a violência institucional não é percebida, é freqüentemente deslocada, porque as instituições, por mais sagradas que sejam – e são vistas assim – aparecem como eminentemente protetoras e formadoras. Enriquez observa que, em meio às mais violentas críticas já feitas às instituições e seus processos de dominação, existe um amor profundo dos homens por elas, uma impossibilidade de pensá-las como mortíferas para seus membros. Apenas poucos são capazes de vê-las ao mesmo tempo como portadoras de vida e de morte.

No caso das instituições terapêuticas, como observa o autor (Enriquez,1989), as relações de poder estabelecem uma assimetria, como nas demais instituições, mas há uma particularidade. Enquanto nas demais instituições as relações são assimétricas apenas por um certo tempo – a criança pode vir a ser pai; o aluno, professor; o soldado, comandante – e todas elas atribuem ao indivíduo um lugar que este não pediu, nos hospitais e demais instituições terapêuticas, a relação assimétrica é permanente e os indivíduos vêm a ela com uma demanda, se apresentando espontaneamente no lugar de pacientes.

Nessas (...) a relação assimétrica é permanente e os indivíduos tratados jamais se tornarão membros ativos dessas instituições. Além do mais, esses últimos expressam todos, mais ou menos explicitamente, um pedido especial: um pedido de cura. São pacientes que se apresentam, para que lhes seja dada uma ajuda, uma assistência, um conselho. Chegam cheios de esperança e preparados para a submissão (quando não são os parentes que, enquanto porta-vozes, adotam esta atitude de espera), mas também com exigências desmedidas e com a possibilidade de revolta e violência. (Enriquez, 1989:80)

Aqui cabe um parêntese: essa “assimetria” permanente identificada por Enriquez na relação entre profissionais de saúde e paciente – estes nunca podendo vir a ser aqueles - parece ser um elemento importante para pensarmos as dificuldades de solidariedade que se verificam, muitas vezes de parte de alguns profissionais, se concebermos que os processos identificatórios estão na origem da produção de práticas/atitudes solidárias. A impossibilidade do sujeito reconhecer no outro algo de si e vice-versa, contribuiria, acredito, para as dificuldades de estabelecimento de vínculos solidários.

Assim, pensar os limites e possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado nas organizações pressupõe olhar não apenas os vínculos que os sujeitos estabelecem entre si, mas aqueles que os unem, que os ligam às organizações em que trabalham e/ou onde vão buscar a satisfação de necessidades e desejos.

A organização, na perspectiva da psicossociologia francesa (Azevedo *et al.*,2002) , é compreendida como uma “microsociedade” por excelência, atravessada, por isso, pelos mesmos problemas que caracterizam o vínculo social. Do mesmo modo que a vida em sociedade é geradora de angústias, a organização – a rigor seus indivíduos e grupos em seu interior – lutam contra várias angústias: medo do caos, da desordem, dos imprevistos e movimentos criadores, do desconhecido, da novidade, geralmente vividos como quebra,

fissura, lutam, enfim, contra as pulsões, que atravessam a vida psíquica e produzem efeitos na vida social e organizacional. (Enriquez, 1997a, 2000)

As organizações, como observa Enriquez (1997a) buscam canalizar a pulsão de vida (ou todos os impulsos criativos dos indivíduos) no sentido do trabalho produtivo e dos objetivos organizacionais. Paradoxalmente, ameaçadas pelo fantasma de uma invasão de “afetividade” ou de condutas “irracionais”, impedem a pulsão de vida de se desenvolver, refreando a “criatividade” tão reclamada. Além disso, as organizações são também o lugar da reprodução, por isso favorecedoras da expressão da pulsão de morte – compulsão à repetição, estereotipia, homogeneização, inércia, resistência à mudança ... Como observa Enriquez, “*a organização se instaura, funciona e se estabiliza no interior de um campo pulsional e passional*” (Enriquez, 2000:19).

O autor apresenta uma concepção de organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário (Enriquez, 1997a). Toda organização dispõe de uma estrutura de valores e de normas que condicionam seus membros a uma certa forma de apreensão do mundo e orientação de suas condutas. Tratam-se de representações sociais historicamente construídas, resultando na conformação de uma determinada cultura. Essas representações encontram uma correspondência, do ponto de vista psíquico, sobre os sujeitos que compartilham determinadas imagens sobre as organizações das quais fazem parte – um imaginário social que deve ser mais ou menos interiorizado pelos seus membros. (Enriquez, 2000).

Como observamos em outro trabalho (Azevedo *et al.* 2002), fica evidente, a partir da leitura que Enriquez faz das organizações, que os sujeitos se ligam às organizações por vínculos não apenas materiais, mas, sobretudo, afetivos e imaginários, e que as organizações, embora não criem uma estrutura psíquica, utilizam-se dela. Toda a organização é objeto de transferência, não só espontânea, mas também induzida, podendo propiciar a satisfação de necessidades narcísicas dos indivíduos. (Freitas, 1999)

Nesta perspectiva, Enriquez (1997 a) observa que a tão esperada adesão dos indivíduos aos objetivos ou projeto organizacional pode ser o resultado de dois tipos de processos, que na realidade coexistem nas organizações, e são decorrência de seu sistema imaginário. No primeiro, a organização se apresentaria ao indivíduo como instância capaz de responder a seus desejos narcísicos de reconhecimento e potência, assegurando proteção quanto à quebra de sua identidade e aprisionando-lhe, assim, em um “imaginário enganoso”; no segundo processo, a organização engendraria o que o autor denomina de “imaginário motor”, favorecendo a criatividade, a capacidade de questionamento e de convivência com

mudanças e rupturas, a autonomia dos indivíduos. Claro está que este tipo de imaginário estará quase sempre subordinado ou minimizado em relação ao outro, pois, no limite, pode levar à dissolução da própria organização. Assim, como observamos (Azevedo *et al.* 2002) toda a organização estará irremediavelmente imersa no dilema entre favorecer uma identidade coletiva entre seus membros – na qual se apóia - e também o exercício da singularidade e autonomia dos sujeitos, do que também não pode prescindir.

Tentando desenvolver melhor as idéias aqui sustentadas, aponto a seguir algumas concepções que julgo importantes para compreendermos a noção de sujeito nas organizações.

Busco, principalmente, as contribuições Enriquez (1994c), para quem a noção de sujeito deve ser pensada como se opondo a do indivíduo preso à massificação pelo apego às idealizações em geral. O sujeito é aquele que tenta sair tanto da clausura social como da clausura psíquica e da tranqüilização narcísica. É um ser criativo, que busca mudanças (pequenas, cotidianas), capaz de perceber a diversidade, e fazer de suas contradições, de seus conflitos e medos a própria condição de sua vida. O sujeito é alguém que quer criar coisas e reconhece a alteridade do outro e sua própria alteridade.

Um elemento fundamental desta noção de sujeito é a afetividade. Dejours (1999) observa que a afetividade está na base da noção de subjetividade. O sujeito é alguém que vivencia afetivamente uma situação. Birman (1995) destaca o corpo e o afeto como dimensões essenciais da subjetividade. A afetividade, então, podemos deduzir, está na base da possibilidade de projetos coletivos. Todo projeto comum, como assinala Enriquez (1997a), precisa estar apoiado em alguma representação coletiva, em um imaginário social comum. Tais representações, devem ser não apenas intelectualmente pensadas mas afetivamente sentidas para serem operantes. “*Não se trata unicamente de querer juntos, trata-se de sentir juntos (...).*” (Enriquez, 1997a:92).

Os riscos desta última perspectiva, acredito, residem no fato de serem muito tênues as fronteiras entre processos de idealização e doença do ideal, podendo-se incorrer num processo de negação dos sujeitos em troca de uma identificação absoluta ao grupo, à organização ou a um projeto monolítico, o que significaria a morte do pensamento e da criatividade.

Como contraponto à doença do ideal, Enriquez (1994c) nos acena com a noção psicanalítica de sublimação, enquanto capacidade dos sujeitos autônomos. A sublimação, segundo o autor, não impede o ideal, mas luta contra a doença do ideal. Implica o reconhecimento, por cada um, de sua própria estranheza e da estranheza dos outros, o que

permite aceitar o outro como menos estranho e mais semelhante e deixar de olhá-lo como “coisa a dominar”, mas alguém com quem manter relações de reciprocidade.

O foco que aqui concentro na possibilidade de autonomia dos sujeitos não significa, no entanto, qualquer tipo de idealização em torno de uma autonomia total. Ninguém é totalmente autônomo. Todos se inserem numa cultura que, em parte, determina seus comportamentos. Do mesmo modo, a noção de sujeito não é antagônica ao coletivo.

2.4 Os Processos Grupais como Instância de Análise dos Limites e Possibilidades da Cooperação, da Solidariedade e do Cuidado com a Vida, Individual e Coletiva

As questões até aqui apontadas destacam a necessidade de se priorizar a análise dos processos grupais como uma importante condição para uma melhor compreensão da dinâmica organizacional e dos limites e possibilidades para o estabelecimento da cooperação (e da construção de projetos coletivos) e da solidariedade.

Entendo que levantar essas questões é perguntar sobre os limites e possibilidades de se viver/conviver e trabalhar em grupo. A Psicanálise – ou as diferentes leituras psicanalíticas sobre a questão – sugere diferentes possibilidades de resposta, algumas mais, outras menos otimistas.

Uma perspectiva menos otimista estaria representada, a meu ver, pela afirmação freudiana de que o homem, longe de ser um animal gregário, é um animal de horda, uma criatura individual numa horda conduzida por um chefe [Freud, 1976 (1921)]. Assim, o grupo seria para Freud uma revivescência da horda primeva, destacando-se a necessidade de uma ilusão do amor do pai/líder igualmente distribuído entre os membros do grupo (o pai/líder tomado como ideal de ego do grupo) como mecanismo de unificação do grupo.

Freud nega a existência de um instinto gregário inato aos seres humanos e sustenta que o que está presente desde o início das relações das crianças com seus irmãos e com outras crianças é a inveja e o ciúme. O que possibilita a substituição do ciúme e da hostilidade por um sentimento grupal é exatamente a identificação entre as crianças por meio de um amor semelhante ao mesmo objeto (as figuras parentais) e a conseqüente exigência de tratamento igual para todos. [Freud, 1976 (1921)].

É interessante observar que a justiça ou o senso de justiça social seria, nesta

perspectiva, uma formação reativa ante a impossibilidade de manter uma atitude hostil para com os outros sem prejudicar-se a si próprio [Freud, 1976 (1921)]. Não deixa de ser uma outra forma de enunciar a problemática hobbesiana do homem como lobo do homem.

Mas os homens não vêem seus semelhantes apenas como fontes de perigos, ameaça ou possibilidade de morte. O outro também é um apoio, um auxiliar, fonte de conforto ou um modelo e esta perspectiva – talvez menos pessimista – também se encontra, obviamente, no texto freudiano. Assim, libido e identificação são os conceitos centrais explorados por Freud para elucidar os fenômenos grupais.

Compreendendo a libido como a energia daquelas pulsões que se relacionam com tudo que pode ser entendido sob a palavra “amor” – contêm um núcleo sexual mas também se expressam como “amor próprio”, amor fraternal, amor pelos pais e pelos filhos, amor pela humanidade, e até a devoção a objetos concretos e a idéias abstratas – Freud defende a tese de que as relações amorosas ou libidinais são o que mantém um grupo unido, que o constitui como tal. É por amor que um indivíduo se submete ao grupo. O grupo é para Freud o mecanismo que limita o narcisismo e a conseqüente hostilidade para com os outros através do desenvolvimento da libido objetual e também dos mecanismos de identificação. Assim, Freud chama a atenção para a importância do amor como fator civilizador, possibilitando a passagem do egoísmo ao altruísmo. Esta seria a leitura mais otimista da questão.

O que me parece fundamental destacar da perspectiva freudiana sobre os processos grupais – e que remete à pergunta inicial sobre as possibilidades e limites de se viver e trabalhar em grupo – é a ambivalência que os indivíduos encontram nas relações com o coletivo. Tal ambivalência, presente em todo o texto de *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, pode ser bem representada pela parábola dos porcos-espinhos, ali utilizada, e posteriormente muito bem trabalhada por Fornari (1989), para ilustrar como a vida em grupo mobiliza nas pessoas angústias muito profundas, a partir da representação do outro como, simultaneamente, portador do bem e do mal.

Neste conto, extraído de *Parerga und Paralipomena*, de Schopenhauer, é dito que em um dia de inverno, alguns porcos-espinhos, para se aquecerem, resolveram se apertar uns contra os outros, mas, com a aproximação, espetaram-se e aí tornaram a se afastar, voltando a sentir frio. Então, tornaram a se aproximar e novamente se espetaram e assim sucessivamente, até que encontraram uma distância adequada que lhes permitia se aquecer e não se espetar, isto é, defender-se ao mesmo tempo do frio e das espetadas.

Esta parábola ilustra a dinâmica das relações entre as pessoas, nos grupos e nas organizações em geral, onde “(...) *emergem dois tipos de angústias: umas são mobilizadas pelas espetadas recíprocas e estão ligadas com a possibilidade de sofrer algum dano (angústia persecutória); as outras são mobilizadas pela perda do calor e a possibilidade de perder um bem (angústia depressiva).*” (Fornari, 1989:106).

A partir desta parábola, Fornari observa que a instituição ideal – e, poderíamos dizer, a organização ideal – corresponde à distância escolhida pelos porcos-espinhos e que lhes permite, ao mesmo tempo, se esquentar e livrar-se das espetadas, isto é, controlar tanto as angústias persecutórias quanto as depressivas.

A perspectiva de Fornari – apoiada na concepção Kleiniana de psiquismo - nos fornece outros elementos importantes para a compreensão dos processos grupais e organizacionais. Acredito que a incapacidade de um grupo de lidar com estas angústias resulta na suspensão ou obstaculização de sua capacidade de trabalho, impossibilitando a cooperação, o trabalho coletivo. Na verdade, esta é a essência do que nos diz Bion (1969).

Bion se propõe a demonstrar que o contato com as complexidades da vida em um grupo gera no adulto uma regressão maciça, que o faz recorrer a mecanismos típicos das fases primitivas da vida mental. Os grupos estimulam e, ao mesmo tempo, frustam os indivíduos que os compõem, pois, se por um lado, os indivíduos vão buscar nos grupos a satisfação de suas necessidades, por outro lado, são inibidos neste objetivo pelos medos primitivos que o grupo suscita. Um desses medos ou angústias é, segundo Bion, derivado da fantasia sobre a perda de diferenciação individual.

Todos os grupos se reúnem para “fazer” alguma coisa. Bion (1969) denomina esta faceta da atividade mental de um grupo de “grupo de trabalho”. Sob o predomínio deste tipo de atividade mental, a cooperação entre os membros do grupo é voluntária, dependente da capacidade de cada um de seus membros, voltada para a execução de uma tarefa determinada e obedece ao princípio da realidade.

No entanto, em qualquer grupo, a atividade do grupo de trabalho é freqüentemente obstruída por poderosos impulsos emocionais e que funcionam como pressupostos básicos comuns a todo o grupo. O grupo age emocionalmente como se tivesse certos pressupostos básicos sobre seus objetivos. Estas espécies de “fantasia coletiva” sobre o grupo não permitem que os grupos enfrentem suas tarefas e entrem na realidade, do mesmo modo que os torna especialmente resistentes às mudanças (Bion, 1969).

Pagés (1974), buscando chamar a atenção para os fenômenos afetivos presentes nos grupos, nos fornece elementos descritivos da dinâmica dos grupos que poderiam muito bem ilustrar as angústias esquizo-paranóides e os fenômenos decorrentes da mentalidade de pressuposição básica reconhecidos por Bion nos grupos e que também estão presentes nas organizações, dificultando, principalmente, seus processos de mudança.

Uma reunião de trabalho não progride; os participantes, entretanto, dispõem da informação necessária para tratar o problema. (...) Mas (...) Cada um parece estar observando os outros, repugna-lhe entregar-se. Tudo se passa como se temores não formulados paralisassem os participantes, por exemplo, o temor de ser prejudicado ou explorado pelos outros, (...) de ser excluído (...) Teme-se o ridículo (...) receia-se mostrar fraqueza (...) (Pagés, 1974:263).

O autor ainda se refere a outras situações que são interessantes destacar por serem uma boa síntese do que freqüentemente ocorre nas organizações.

(...) ao lado da dispersão de uma multiplicidade de conflitos interindividuais, existe a polarização, que opõe dois subgrupos poderosos, imobilizados em suas posições e se combatendo com argumentos estereotipados; a apatia, a depressão, o culto de um chefe, de uma ideologia, de um método que, suprimindo aparentemente todos os conflitos, os deixa de fato nos bastidores; a euforia súbita, a falsa harmonia sentimental (...) os fenômenos do bode expiatório (...). (Pagés, 1974:264)

Esses sentimentos ambivalentes e de ansiedade que os indivíduos experimentam nos grupos também podem ser explicados como reações a uma ameaça de desintegração narcísica que o grupo suscita no indivíduo. Anzieu (1993) nos fala de uma angústia de fragmentação da pessoa, do psiquismo e, antes de tudo, do próprio corpo.

A situação de grupo na qual eu não sei quem ‘eles’ são e eles não sabem quem ‘eu’ sou é, como tal, fonte de angústia. (...) Quem sou eu? Eis o questionamento que a situação de grupo exerce sobre cada membro. E essa questão é para o homem a mais difícil de colocar e assumir. (...)(Anzieu, 1993:44).

Para o autor, isto explicaria a resistência a viver em grupo, a trabalhar em grupo e mesmo ao conceito de grupo.

A abordagem de Enriquez sobre os processos grupais é particularmente importante para as questões que venho investigando principalmente por duas razões: por um lado, porque este autor está especialmente interessado em estudar o grupo enquanto portador de um projeto coletivo; e por outro lado porque considera os grupos como uma importante instância de análise das organizações, ao lado de outras como a social-histórica, a institucional, a organizacional e a individual, por exemplo.

Para este autor, uma ação a cumprir, um projeto ou uma tarefa a executar é a condição de estabelecimento de um grupo. Um projeto comum significa a existência de um sistema de valores compartilhado e suficientemente interiorizado pelo grupo. Este sistema de valores deve estar apoiado num imaginário social comum, isto é, uma forma de representação coletiva sobre o que é o grupo, o que deseja ser, o que quer fazer, e em que tipo de sociedade ou organização deseja intervir.

Para o autor, todo grupo funciona, de maneira mais ou menos intensa, na base da idealização, da ilusão e da crença. (Enriquez, 1997a). A idealização (e não a doença do ideal), é o que dá consistência, vigor e “aura” excepcional tanto ao projeto como aos membros do grupo que o conduzem. Para que um projeto possa mobilizar é necessário que ele se apresente, pouco ou muito, sob um aspecto inatacável. O problema, como já observei, é saber até que ponto é possível se pensar em projetos coletivos que não sejam frutos de um processo de idealização maciça.

Todo grupo, segundo Enriquez (1997a), irá se defrontar continuamente com um conflito estrutural: o conflito entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento ou, poderíamos dizer, entre diferença e identidade.

Por um lado, cada pessoa tentará exprimir seus desejos, fazer com que sejam reconhecidos, fazer-se percebida pelos outros. Quer se fazer amar ou ser aceita pelo que julga ser, afirmando sua singularidade, e tentará então, segundo Enriquez (1997a), prender os outros na rede de seus próprios desejos, manifestando no real seus fantasmas de onipotência.

Mas o indivíduo, observa o autor, também quer ser reconhecido como um dos membros do grupo. Para que os diversos membros do grupo se reconheçam entre si, para que possam se amar, não devem ser muito diferentes uns dos outros. Eles devem se identificar uns com os outros, através da colocação de um mesmo objeto de amor no lugar de seu ideal de ego. A causa, o projeto comum ou o líder cumprem então esta função.

Segundo o autor, todo grupo terá uma tendência a resolver tal conflito escolhendo uma

das duas seguintes direções: a massificação ou a diferenciação.

Na primeira alternativa, é o desejo de reconhecimento que tem primazia. O grupo não tolera a diversidade de condutas e de pensamentos. Entre as possíveis conseqüências deste processo, destacam-se a degradação da reflexão e da inventividade; a progressiva autonomização do grupo; suspeita mútua, delação, sentimento de hostilidade, tentativas de destruição de outrem ou de autodestruição do grupo, crenças em boatos, prevalência de fenômenos afetivos na tomada de decisão; nenhum conflito intra-individual ou interindividual é aceito; abandono de toda a identidade pessoal e exclusão, como traidores, dos que não suportam esta situação de massificação.

No caminho oposto, Enriquez (1997a) observa que certos grupos admitem em seu seio uma diferenciação das pessoas e uma variedade de desejos expressados. Apresentam uma concepção não monolítica do projeto comum e acreditam que este terá tanto maior chance de ser pertinente, eficaz e de suscitar a adesão quanto mais seja o resultado de um processo de discussões e negociações.

Contudo, a aceitação do conflito como modo normal de regulação do grupo exige um grande amadurecimento de seus membros, pois pode acarretar uma maximização das contradições e há o risco de que a maior parte da energia do grupo seja orientada para a resolução desses conflitos, desviando-o de seu projeto. O grupo passará a maior parte do tempo tentando analisar e compreender o que ocorre, centrando-se sobre si mesmo. Neste caminho, terá a tentação de achar um bode expiatório para resolver seus problemas.

Neste processo, Enriquez (1997a) destaca a importância do líder. Para não chegar a um ponto de desagregação, os grupos que admitem a diferença e desejam ser geridos de forma democrática são levados a escolher entre seus membros um líder, deve ser reconhecido como capaz de encarnar as vontades e os desejos do grupo. A referência ao novo pai e a seus ideais permitirá a identificação e a coesão do conjunto. A partir daí, os riscos que o grupo enfrentará serão também representados pela emergência de fenômenos regressivos como a submissão, a repetição da palavra do mestre ou senhor e a crença cega na mesma, a rivalidade entre os discípulos para ocuparem o lugar de favorito do chefe, acompanhada de novos complôs - tentativas de derrubar o líder ou de ridicularizá-lo.

Assim, uma conclusão interessante realizada por Enriquez (1997a) diz respeito ao que ele considera ser a “tentação paranóica” sempre presente – como uma possibilidade, mas não como algo necessariamente inevitável – em todo o grupo. Quer os grupos insistam mais na

uniformidade ou na diferenciação, serão atravessados constantemente por processos paranóicos.

Todos esses processos são responsáveis, segundo Enriquez, pela ambivalência e inquietação não só dos indivíduos, mas das organizações e até mesmo de algumas disciplinas científicas com relação aos grupos.

O grupo permanece então uma instância inquietante para todo mundo. Ele pode pender sobre si mesmo, criar normas muito rígidas, processos identificatórios maciços. Pode ser pelo contrário o motor da mudança ou, como indicou K. Lewin, o lugar privilegiado da mudança. (Enriquez, 1997a:104)

No que diz respeito especificamente às organizações, o autor observa que sua atitude ambivalente diante dos grupos que existem em seu interior se revela, por exemplo, quando, simultaneamente, preconizam o espírito de equipe, como forma de melhorar o desempenho, mas sabem que se estes grupos conquistarem uma identidade muito assegurada poderão vir a questionar os ideais da organização, transgredir normas, querer transformar a organização e até mesmo abandonar a organização, formando uma outra organização concorrente.

E assim, acredito que por analogia à imagem referida por Freud [1976 (1921)] do grupo representando um poder imenso e um perigo insuperável, Enriquez observa: “*O grupo se apresenta então para todos (para a organização e para seus membros) como um lugar de refúgio (...) e como o sítio de todos os perigos.*” (Enriquez, 1997:105).

2.5 Algumas Questões Psicossociológicas sobre o Trabalho em Saúde e o Cuidado

Algumas hipóteses ou suposições vêm nos orientando, nos fazendo vislumbrar algumas possibilidades para a fraternidade no âmbito dos serviços de saúde. Tentando aplicar, por exemplo, a perspectiva desenvolvida por Dejours (1999), poderíamos dizer que a incapacidade de muitos profissionais de saúde de se solidarizarem com a dor e o sofrimento alheios, e até mesmo sua capacidade de causá-los, residiria na impossibilidade de lidarem com seu próprio sofrimento psíquico, resultante da forma como se dá seu processo de trabalho – cada vez mais segmentado e descontínuo - e das condições de funcionamento das organizações públicas de saúde, onde a insuficiência e a má distribuição de pessoal e de

recursos materiais e tecnológicos impõem, diariamente, aos profissionais, a necessidade de fazerem “escolhas de Sofia”, no sentido de terem que decidir quem vive e quem morre.

Independentemente das condições objetivas em que o trabalho se realiza, a própria natureza do trabalho em saúde – o ter que lidar com a dor, a morte, o sofrimento, os corpos dos outros – é extremamente ansiogênica e, conseqüentemente, produtora de defesas. Em um clássico estudo, Izabel Menzies discute a natureza desta ansiedade especificamente no que diz respeito ao trabalho da enfermagem, mas penso ser possível estender suas conclusões para os demais profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes.

As enfermeiras confrontam-se com a ameaça e a realidade do sofrimento e da morte como poucas pessoas leigas. Seu trabalho envolve a execução de tarefas que, pelos padrões comuns, são repulsivas, desgostantes e atemorizantes. O contato íntimo com pacientes mobiliza fortes desejos e impulsos libidinosos e eróticos que podem ser difíceis de controlar. A situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios na enfermeira: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes; inveja do cuidado oferecido ao paciente. (Menzies, 1970:6-7)

O que a autora demonstra é que as características do trabalho da enfermagem têm a especial capacidade de estimular a emergência de fantasias muito primárias, relativas ainda à primeira infância, e das emoções que as acompanham. Várias são, segundo Menzies, as técnicas de defesa desenvolvidas em conseqüência a esta situação. Para os fenômenos de desvalorização da vida e de banalização da dor e sofrimento alheios que venho buscando compreender, julgo interessante destacar: a fragmentação do relacionamento enfermeira-paciente (cada enfermeira realiza apenas algumas tarefas sobre o conjunto de pacientes, evitando entrar em contato com o paciente como ser integral); a despersonalização ou negação das diferenças individuais (por exemplo, referem-se aos pacientes não pelos nomes, mas pelos números dos leitos ou nomes das doenças ou órgãos doentes); a obscuridade intencional na distribuição de responsabilidades (a estrutura formal e o sistema de papéis na organização não definem de modo suficientemente claro quem é responsável pelo quê e por quem), o que se relaciona com o problema da obscuridade sobre a atribuição da responsabilidade psíquica que inevitavelmente emerge deste quadro; e por fim, a resistência à mudança.

Acredito que mesmo os profissionais de saúde que não lidam diretamente com os pacientes – como os que exercem algumas atividades de apoio diagnóstico, algumas atividades administrativas, e as funções gerenciais em geral – estão submetidos a angústias

muito intensas em função do próprio contexto em que se inserem as organizações públicas de saúde no Brasil. Losicer (1997), por exemplo, nos mostra que a ameaça mais grave que provoca hoje o “mal-estar organizacional” é a ameaça de morte, ante aos imperativos da qualidade total, da eficácia a qualquer preço, da necessidade de ser o melhor ou então morrer Embora o autor não esteja se referindo especificamente às organizações públicas, a relevância de sua perspectiva para a análise destas organizações se manifesta, particularmente, quando se considera o contexto político-institucional brasileiro, onde se observa um processo de desregulamentação e privatização crescentes, com uma imposição de modernização sobre as organizações e de adoção de modelos gerenciais eficientizadores. Neste contexto, como concluímos em outro trabalho,

(...), nossas organizações públicas vivem processos de angústia e sofrimento derivados da alta incerteza quanto às suas possibilidades de sobrevivência. Esses processos, longe de favorecerem a mudança, reforçam a resistência, a estereotipia, e as ansiedades paranóides e depressivas nas organizações, aumentando, assim, a complexidade e os desafios das intervenções organizacionais. (Azevedo et al., 2002:246).

Outras duas outras hipóteses, acredito, podem ser formuladas. A primeira é que a especificidade do objeto de trabalho em saúde pode ser tanto favorecedora da alienação, da apatia e da heteronomia - no sentido dado por Enriquez (1994c) a este último termo – como da autonomia, da criatividade e da capacidade de formulação de projetos solidários, flexibilizando, conseqüentemente, os sérios limites colocados atualmente à cooperação, à solidariedade e ao cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde

Acredito que o lidar com as questões da vida e da morte pode por em movimento, entre os profissionais de saúde, estratégias defensivas – como sugere Menzies (1970) - ante a impossibilidade de lidarem com seu próprio desamparo (sua dor e sofrimento próprios, suas angústias, a perspectiva de sua própria desintegração e morte e sua impotência face à dor, ao sofrimento e morte alheios). Assim, se desenvolveriam os processos de “banalização do mal” (Dejours, 1999) e também a exacerbação do individualismo e do conformismo (Enriquez, 1994c), impedindo o olhar do profissional para o outro (pacientes e colegas) e para sua própria alteridade - fontes de sofrimento – e favorecendo a reprodução de comportamentos perversos.

Por outro lado, também acredito que é exatamente o resgate, nos processos de discussão e organização do trabalho em saúde, dos diferentes sentidos, dos múltiplos

significados, da dor, do sofrimento, da vida e da morte, para os diferentes sujeitos, uma das condições mais importantes para o enfrentamento dessas questões, abrindo a possibilidade de desenvolvimento, entre os sujeitos, de percepção do outro enquanto diferente e ao mesmo tempo semelhante, portador de múltiplos sentidos da vida e da morte.

Tal olhar pressupõe o desenvolvimento do que Enriquez (1994a), a partir de Andre Green, se refere como um “narcisismo de vida” – entendido enquanto capacidade de confronto com o sofrimento, de interrogação do ser, de ligação com outros - em oposição a um “narcisismo de morte”, no qual cada um só consegue enxergar uma imagem idealizada de si mesmo e só é capaz de interações instrumentais com os outros.

Para isto, no entanto, é preciso que o sujeito possa ver no outro, espelhada, sua própria precariedade, sua própria insuficiência, como aponta Birman (2000). Neste sentido, penso que uma importante questão de investigação é saber se o trabalho em saúde e seu objeto, por lançarem o sujeito face a face com a dor, a morte, a fragilidade, o desamparo, possam ser especialmente favorecedores do desenvolvimento da fraternidade, a despeito de todos os mecanismos defensivos e dos processos sociais mais amplos de violência e banalização do sofrimento alheio.

3. ENTRANDO NO HOSPITAL: OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

3.1 Alguns pressupostos da abordagem clínica das organizações e da pesquisa em Psicossociologia: subsídios para o estudo dos processos intersubjetivos nos serviços de saúde

A Psicossociologia é uma vertente da Psicologia Social, tendo como campo de estudos os grupos, as organizações, as comunidades, considerados, como observa Machado (1994), conjuntos concretos que mediam a vida pessoal dos indivíduos e são por eles gerados, geridos e transformados. Segundo a autora, a “ênfase à concretude” foi o divisor de águas que estabeleceu a especificidade da Psicossociologia com relação à Psicologia Social, cujas pesquisas, freqüentemente através de uma abordagem experimental, dedicaram-se ao estudo de sujeitos abstratos, dissociados de seu papel social real. A Psicossociologia desde o início se interessou pela abordagem dos sujeitos em situações cotidianas, concretas, em seus grupos, organizações e comunidades, empregando inicialmente a metodologia de pesquisa-ação.

A partir dos anos 50, os psicossociólogos desenvolveram a “intervenção psicossociológica”, abandonando definitivamente algumas práticas de pesquisa-ação que estudavam grupos artificiais e também alguns métodos em que as decisões eram tomadas unilateralmente pelo pesquisador. A questão da mudança, nos grupos e organizações, e a problemática dos processos conscientes e inconscientes que aí atuavam, passam a ser centrais, nos anos 50, 60 e 70, e o psicossociólogo passa a ter o papel de um pesquisador-interventor, respondendo a uma demanda e adotando uma posição de analista.

Segundo Machado (1994), hoje a Psicossociologia passa por uma renovação, retirando sua originalidade sobretudo da construção teórica, voltada para a natureza do vínculo que liga os indivíduos entre si, aos grupos e organizações, sobre a dinâmica social, sobre os processos de criação institucional, onde a teoria psicanalítica, resgatando-se a obra social de Freud, é central.

Em outro trabalho (Machado, 2001), analisando a prática psicossociológica, seu desenvolvimento e transformações, a autora identifica, de modo quase caricaturado, como ela mesma o reconhece, três “cenários” da prática psicossociológica, conformados ao longo de

seu desenvolvimento, sem implicar, necessariamente, uma linearidade temporal entre as diversas propostas que integram tais cenários.

O primeiro, que a autora denomina “cenário experimental”, tem seus fundamentos nos trabalhos de Elton Mayo, publicados pela primeira vez em 1933, no contexto da Organização Científica do Trabalho, que demonstraram o poder das estruturas informais das organizações, que afetavam a produtividade. Com Mayo se inaugurava a nova teoria clássica das organizações, a teoria das relações humanas.

No entanto, no que diz respeito mais especificamente à prática da psicologia social, foi com Kurt Lewin que a prática experimental ganhou centralidade, destacando-se seu famoso experimento de mudança de hábitos alimentares, no qual foi demonstrada a superioridade da tomada de decisão em grupo sobre a mudança induzida por meio de exposições e informações. *“Lewin e sua equipe foram capazes de tornar precisa e inovadora a metodologia de pesquisa-ação, investigação com controle quase experimental e capacidade de realizar mudanças na realidade social.”* (Machado, 2001: 188). Seguiram-se então numerosas propostas de experimentos/intervenção em grupos, nos Estados Unidos e na Europa, como o *“T Grupo”*, “grupo de base”, “grupo base”, “grupo de diagnóstico”, “grupo de formação”, incluindo, na América Latina, a proposta de “grupo operativo.”

Essas práticas, todas com forte inspiração experimental, foram sobretudo pedagógicas: tinham como objetivo conhecer e ensinar a respeito do processo grupal com base em sua vivência. O grupo era formado artificialmente, seus membros vindos de diversas organizações. Vivenciavam suas várias formas de comunicação, observavam e discutiam a cooperação e a coesão grupal, as interações, a criatividade, as tomadas de decisão e a solução de problemas.

A mesma metodologia chegou às organizações, uma vez que era perfeitamente compatível com a teoria dominante nesse campo, a das relações humanas. (Machado, 2001:189)

Um segundo “cenário” identificado pela autora, que ela denomina “cenário institucional”, teve origem fora da psicologia, no campo do movimento anti-psiquiátrico – anti-institucional, por excelência - embora psicólogos como Moreno e Rogers já o tivessem anunciado (Moreno, com a constatação das diferenças entre o “organograma” e o “sociograma”, e a introdução do psicodrama, Rogers, pela formulação teórica da pedagogia não-diretiva). Ao levar em conta as determinações sociais, este segundo cenário da prática, que, ao contrário do primeiro, reconheceu a existência do conflito (entre grupos, entre

indivíduo e organização) e, “[...] a priori, *esperava encontrá-lo em qualquer grupo ou organização e utilizá-lo como revelador das diferentes filiações à estrutura social*” (Machado, 2001:193), deixou de interessar às organizações industriais. Os novos clientes da prática passaram a ser os sindicatos, as escolas, os hospitais.

A análise das estruturas informais tornou-se parte importante da prática, ao mesmo tempo em que se lançou mão dos vínculos informais existentes nos grupos e organizações, fermento de futuras mudanças. A crítica aos aspectos de rigidez e repetição da burocracia, aliada ao desejo de descobrir a criatividade e a espontaneidade, veio acompanhar as análises da hierarquia de poder, da posição contraditória dos atores sociais, das dominações, explorações e exclusões. (Machado, 2001:192)

Segundo a autora, a pesquisa-ação continuou como uma metodologia de trabalho importante, mas totalmente modificada, oposta, com relação a do primeiro cenário. Os problemas reais dos grupos e das organizações passaram a se sobrepor às questões do método, o que levou ao abandono de grupos formados artificialmente. A prática passou a ser desenvolvida em situações concretas, com equipes reais de trabalho, em organizações que tinham demandas específicas. A questão da mudança social era o horizonte desta prática, assim como sua medida de sucesso.

Machado (2001), embora ressaltando que a noção de intervenção psicossociológica criada neste cenário abranja muitos métodos, elege a Análise Institucional - modelo de inspiração freudo-marxista que propôs uma prática visando a mudança social radical – como paradigma deste segundo cenário.

A teoria de fundo foi proposta, principalmente, por Lourau, Lapassade e Guattari, que formularam uma definição dialética hegeliana de instituição [...] Assim, toda instituição é simultaneamente instituída (universal), instituinte (particular) e institucionalizada (singular). [...] A prática associada a este quadro teórico partia do pressuposto de que indivíduos e organizações estavam imersos no não-saber institucional, semelhante ao desconhecimento dos desejos inconscientes revelados na psicanálise dos sonhos. Analogamente, a socioanálise revelaria os meandros da instituição, com suas determinações ocultas e a inserção de indivíduos e grupos nela. Para tanto, eram apontadas as particularidades que atravessavam a instituição – a posição dos diversos membros, as diferenças salariais, os privilégios de raça, sexo e idade, entre outros, considerados analisadores que provocariam o aparecimento de processos instituintes. (Machado, 2001:193-194)

A autogestão é central nesta abordagem, seu objetivo final. Como observa a autora, o próprio trabalho socioanalítico devia ser autogerido, com os participantes decidindo horários, locais, número de sessões, honorários, etc, analisando constantemente a demanda por tal trabalho socioanalítico, as transferências e contratransferências etc.

Machado (2001) faz uma crítica bastante aguda (carregando inclusive nas tintas, me parece) deste “cenário institucional”, representado particularmente pela abordagem da análise institucional ou socioanálise.

O resultado sempre foi retumbante. [...] fatos e coisas podiam ser transformados pelo coletivo em analisadores passíveis de revelarem as diversas determinações sociais. [...] A análise institucional foi um sonho revolucionário. As mudanças radicais que chegava a realizar em grupos e organizações eram grandes e rápidas, mas efêmeras, facilmente recuperadas pelos grupos dominantes. (Machado, 2001:195)

Segundo autora, foram os psicossociólogos clínicos, do terceiro cenário, que apontaram os limites da análise institucional. Nesta abordagem, cujas origens já podem ser vislumbradas nos trabalhos de Eliot Jacques, no início da década de cinquenta do século passado, a análise e a interpretação passaram a ocupar posição central, deixando-se de lado a perspectiva da formação. A própria mudança, segundo a autora, deixou de ser o objetivo *sine qua non* da prática psicossociológica, ou, talvez possamos dizer, passou a ser vista mais modestamente, com mais humildade, admitindo-se o descontrole ou pouco controle sobre os processos organizacionais e a incerteza dos resultados da intervenção psicossociológica, deslocando-se também o foco da mudança dos grandes e “estruturais” processos sociais/organizacionais, para os micro-processos, para o cotidiano dos indivíduos e grupos nas organizações.

Desta forma, o consultor abandonou a “posição pedagógica”, “[...] deixou de ser um condutor de processos sociais a dirigir grupos e largou toda a pretensão de ensinar caminhos revolucionários, como o da autogestão. Sua postura, diferentemente, passou a ser a de ajudar a grupos, organizações e comunidades que demandavam seu auxílio.” (Machado, 2001:198)

Assim, passar a abordar os processos organizacionais a partir da perspectiva clínica significou trazer o sofrimento e a questão da produção de sentido para o centro da análise. Do mesmo modo, como lembra Machado (2001), assim como na clínica individual, esse trabalho não é apresentado como curativo ou paliativo para todas as dificuldades, apresentando-se

antecipadamente aos que o demandam, seus limites, e advertindo para as possibilidades de fracasso.

A perspectiva clínica para a prática psicossociológica não significou, obviamente, um rompimento absoluto com a perspectiva institucional. Como lembra a autora, a prática psicossociológica se transformou em análise clínica do discurso, mas a análise das determinações sociais, por exemplo, continua a ser feita, mas introduzindo-se a ênfase na história, relatada e real, dos grupos, organizações e coletividades, com a hipótese de que “[...] *o presente só é entendido e só tem uma significação com relação ao passado e que, ao compreenderem o passado, os indivíduos e grupos podem deixar de ser determinados por ele, evoluírem e, de maneira autônoma, construírem suas histórias pessoais e coletivas*” (Machado, 2001:198)

Destacando a importância do discurso na análise e intervenção realizada pela abordagem clínica, a autora recupera a posição de André Lévy¹, para quem o discurso é o material que desvela a realidade social com seus conflitos. É no nível do discurso, também, que ocorrem as mudanças, podendo ser detectadas pelo aparecimento de novas “modalidades discursivas”. A hipótese do autor é que os atos de linguagem, como interpretações e remodelações do discurso, interferem na realidade, construindo-a diferentemente, e o discurso emitido por um indivíduo, membro de uma organização, é uma produção simultaneamente individual e coletiva.

Assim, como observa a autora, a análise social na perspectiva clínica pode ser feita tanto “ao vivo”, no imediato da discussão - neste caso, se assemelhando ao processo terapêutico – quanto sobre documentos e entrevistas – neste caso, mais próxima a uma pesquisa.

As interpretações realizadas nos dois casos vêm abrir novos campos e palavra, apontar recalques e esquecimentos e, assim, produzir novos discursos e novas realidades.

A finalidade desta prática clínica social é ajudar os clientes, acompanhando-os em sua busca de sentido, aliviando seus sofrimentos ou, ao menos, auxiliando-os a compreendê-los. Mas seus resultados não são, necessariamente, prazerosos. Não há garantia de alívio do sofrimento, o abandono de representações anteriores pode ser difícil, o conflito entre a pessoa e o seu grupo ou organização pode ser acirrado. Além disso, novos obstáculos e sofrimentos podem surgir [...] (Machado, 2001:199)

¹ Conferência realizada no Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 22 de agosto de 1995. (apud Machado, 2001)

Esta prática psicossociológica tem ainda, como observa a autora, uma segunda finalidade, que é a produção de novos conhecimentos, a partir da elaboração teórica posterior à intervenção.

Concluindo sua exposição sobre esses “três cenários” em que pode se realizar a prática psicossociológica – ou três abordagens para esta prática – a autora reconhece que partem de concepções diferentes com relação à natureza humana e à sociedade.

No primeiro, o *experimental*, prevaleceria, segundo ela, uma concepção harmoniosa da sociedade, onde os conflitos seriam disfunções evitáveis, e o homem, “naturalmente bom”, seria capaz, se motivado e recompensado adequadamente, a fornecer respostas sociais mais adequadas.

No segundo, o *institucional*, a sociedade – como sociedade de classes – seria vista como permanentemente em conflito, mas aqui também prevaleceria uma visão do homem como bom “por natureza”, capaz de abrir mão de seus interesses em favor da coletividade caso se liberte da alienação e conheça suas determinações.

No terceiro, o cenário clínico, haveria o reconhecimento do antagonismo indivíduo-sociedade, as restrições impostas pela coletividade aos seres humanos, a oposição entre o desenvolvimento individual e cultural. A leitura freudiana da civilização é central, destacando a agressividade e a violência constitutivas do homem, sempre pronto para reivindicar sua liberdade contra as normas do grupo. “*Pulsões de morte, fantasias de devoração, sedes de poder e medos de liberdade interferem no caminho da mudança e da evolução sociais.*” (Machado, 2001:200).

Machado resume assim o que seriam, em sua visão, os objetivos da prática psicossociológica em cada um desses “cenários” ou abordagens:

Assim, no primeiro cenário, a prática propõe-se adaptar e ajustar indivíduos e grupos à sociedade harmoniosa. No segundo, ela pretende desaliená-los, a fim de que construam a sociedade ideal, sem classes, igualitária. No terceiro, quer ajudá-los a aliviar sofrimentos e infelicidades, gerados pelas excessivas restrições sociais, reimplicando a sociedade, cuja evolução será a dos seus indivíduos, grupos e organizações. (Machado, 2001:200)

Se os cenários pintados pela autora podem parecer, por vezes, um pouco “carregados nas tintas” e privados de comunicação entre si, o painel, todavia, me pareceu útil para demarcar, num conjunto bem variado de práticas de intervenção e de referenciais teórico-

metodológicos que podem ser agrupados sob a denominação de “psicossociológicos”, o lugar a partir do qual procurei desenvolver as estratégias de investigação do presente trabalho: a abordagem clínica, de base psicanalítica, do fenômeno organizacional.

A própria idéia de “clínica”, admite distintas perspectivas teórico-metodológicas. Como observa André Lévy (2001), “[...] *existem várias maneiras de ‘se inclinar’ sobre o leito de uma pessoa que sofre [...] A ajuda pode ser concebida de maneira muito diferente conforme se trate de trabalho social, de profissões paramédicas, de padres, de psicossociólogos, de psicanalistas [...]*” (Lévy, 2001:11, grifo do autor).

Segundo o autor, a clínica freudiana promoveu uma revolução na concepção clínica da medicina clássica, colocando o sujeito em posição de palavra, dirigindo-se a um analista que não permite, que recusa para si mesmo, qualquer posição de dominação, afastando-se do clássico “diagnóstico, prognóstico e prescrição”, colocando a análise das relações transferenciais e contra-transferenciais no centro do processo e tendo como meta desse trabalho a procura, pelo sujeito, do sentido de sua própria história, relativizando, assim, a idéia de cura.

Nesta perspectiva, a clínica freudiana se impôs não só aos psicólogos, como a muitos outros “profissionais da ajuda”, como observa Lévy (2001), como um modelo oposto ao herdado das ciências do comportamento.

Mas essa revolução concerne também à prática teórica e à natureza particular dos conceitos psicanalíticos, mais analógicos ou descritivos do que explicativos ou demonstrativos: apesar de terem uma meta universal e serem, pois, transmissíveis, os conhecimentos assim adquiridos são indissociáveis da experiência relacional da qual saíram. Não se prestam, pois, a uma utilização operatória, especialmente para fins de instrumentalização das pessoas. (Lévy, 2001:12, grifo meu)

O autor observa que a evolução da clínica, a partir da psicanálise foi considerável, recebendo contribuições inclusive de outras abordagens da psicologia que, mesmo que por sua inspiração fenomenológica tenham minimizado algumas premissas da psicanálise, contribuíram para reinserir o sujeito e a relação intersubjetiva no ato de conhecimento. De todo modo, a principal transformação do significado da clínica se deu a partir do momento em que outras disciplinas nas ciências humanas (como a sociologia e a antropologia) nela também se fundamentam, com preocupações e contextos diferentes.

A este respeito, Sévigny (2001) observa: “*E mesmo se certas teorias se mostram, às vezes, mais úteis que outras para a análise clínica, a noção de clínica não decorre de uma teoria particular, mas antes de um método, uma via de conhecimento e de ação, uma abordagem particular.*” (Sévigny, 2001, 17).

De todo modo, Lévy (2001) reconhece os desafios que marcam tal perspectiva:

[...] muito além das práticas que designa, ou das polêmicas e rivalidades de que é objeto, a perspectiva clínica representa, hoje, um desafio importante, ao mesmo tempo teórico e epistemológico, no que concerne à significação e ao devir das ciências humanas, bem como de seu lugar na sociedade. (Lévy, 2001:13)

Alguns desses desafios são comentados por Lévy (2001), por Sévigny (2001) e por Gaulejac (2001), que destacam, simultaneamente, algumas posições, posicionamentos ou pressupostos da abordagem clínica diante de tais desafios.

Entre os desafios e pressupostos discutidos por Sévigny (2001), destacamos, resumidamente:

- **A relação com a ação**

Segundo o autor, o pressuposto de que a abordagem clínica subentende uma prática das

ciências humanas a serviço da ação, não dá conta da complexidade da relação entre as ciências e a ação.

- **O controle da situação**

Diferentemente da pesquisa em laboratório ou apoiada em um modelo ideal que supõe o controle das variáveis, “*No campo, em interação constante com os atores sociais, nos damos conta rapidamente que não controlamos grandes coisas [...] A abordagem clínica implica, assim, uma certa constatação de impotência, de ausência de controle diante de seu objeto de estudo [...]*” (Sévigny, 2001:20)

- **Do estatuto dos dados ao processo de conhecimento**

Como observa o autor, os objetos de análise não são, propriamente dados, mas produtos, resultados do próprio processo de análise, numa produção que resulta em vários níveis de análise, sendo impossível fazer abstração de um determinado nível em detrimento de outro.

- **A relação entre indivíduo e sociedade**

Tratam-se não de duas realidades, mas de dois pontos de vista sobre a mesma realidade. O clínico irá privilegiar o ponto de vista dos atores individuais, mas procurará circunscrever o contexto social ou coletivo das representações individuais. *“Além do mais, a abordagem clínica se situa no quadro de uma teoria das relações entre diferentes níveis de ação social: o pessoal, o organizacional e o macrossocial.”* (Sévigny, 2001:23)

A esse respeito, mais especificamente com relação à velha problemática dos determinismos sociais e psíquicos, Gaulejac (2001) destaca a multideterminação do indivíduo,

[...]produto de uma história complexa que diz respeito, ao mesmo tempo, à sua existência singular, portanto, ao seu desenvolvimento psíquico inscrito numa dinâmica familiar, e à sua existência social, vista como a encarnação das relações sociais de uma época, de uma cultura, de uma classe social. Todas essas determinações não são equivalentes, embora sejam dificilmente dissociáveis. (Gaulejac, 2001:39)

O autor chama a atenção para a necessidade de distinguirmos entre os determinismos sócio-econômicos dos problemas e suas consequências psicológicas. O risco que se corre ao se querer responder, no plano psicológico, a problemas de gênese social seria, segundo ele, aprisionarmos os indivíduos na impotência e na culpabilidade. Inversamente, *“[...] ao esquecermos os efeitos psíquicos das situações sociais e econômicas, deixamos de compreender por que e como os indivíduos se mobilizam ou desmobilizam para produzir a sociedade.”* (Gaulejac, 2001:39)

O autor faz ainda uma advertência importante a respeito da consideração da questão do sujeito pelas ciências sociais e que reforça, acredito, a importância da opção pela perspectiva psicanalítica na abordagem clínica das organizações. Segundo Gaulejac (2001) a atual “reabilitação” do sujeito na sociologia contemporânea *“[...] continua dominada pelo projeto durkeimniano. Ela não consegue integrar em seus sistemas explicativos a dinâmica própria do sujeito.”* (Gaulejac, 2001:41). O desejo, nesta perspectiva, continua uma “caixa preta”. *“Não se pode responder a essas questões sem se integrar na análise a dimensão inconsciente. Não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação: social e psíquica.”* (Gaulejac, 2001:41)

Assim, trabalhar numa perspectiva clínica de investigação e intervenção nas organizações, pressupõe “[...] reconhecer, em toda a sua complexidade, as diversas dimensões do fenômeno organizacional.” (Lévy, 2001:13)

*Uma organização social se desenvolve, com efeito, em todos os planos, interconectados, da vida dos indivíduos e dos grupos. Ela diz respeito aos atos concretos, ao trabalho – elaboração de técnicas e de meios que transformam as relações do homem com a natureza, sua realização e sua coordenação; traduz-se nas interações que homens e mulheres fazem entre si., com seu corpo e seus sentidos, na alegria ou no sofrimento, sempre na angústia, e nos desejos que sentem nesta experiência compartilhada [...] Num plano mais geral, o ponto de vista clínico permite apreender o conjunto desses processos como o lugar onde se efetua a conjunção entre a história de grupos e coletividades e a dos indivíduos que os constituem [...] **a organização é assim, apreendida como uma realidade pluridimensional e paradoxal**, na qual o desejo de domínio está confrontado com seus limites e, pois à obrigação de reconhecer o que lhe escapa.” (Lévy, 2001:14, grifo meu)*

As considerações anteriores não esgotam obviamente a complexidade das questões teórico-metodológicas, e epistemológicas, aqui apresentadas, nem os riscos de reduções explicativas. A prática teórica e a intervenção psicossociológicas de base clínica, psicanalítica, sobre as organizações, não estão isentas do desejo de “domínio”, da pretensão totalizadora e de controle do real, identificados por Lévy (2001) no seu próprio objeto de estudo.

Acredito, no entanto, que, se admitimos a dimensão inconsciente dos processos organizacionais e, mais que isso, se admitimos que ela produz efeitos em outros registros da vida organizacional, esta talvez seja a melhor abordagem disponível no momento para tratar, teoricamente e do ponto de vista das intervenções, esses fenômenos. Isto, porém, se soubermos nos manter modestos quanto às nossas pretensões de compreensão e de mudança e desde que a psicossociologia contente-se em permanecer no lugar de um “entre-dois” e na condição de “disciplina bastarda” que Gaulejac lhe atribui, sem pretensões de domínio da verdade:

E, contudo, não creio que a psicossociologia possa se impor hoje totalmente como uma disciplina das ciências humanas, justamente porque ela é fundamentalmente bastarda e porque ela permanecerá assim. Ela só pode existir num entre-dois, num inter-dito, numa relação conflituosa entre duas lógicas causais irreduzíveis uma à

outra. Há algo de irreconciliável ente o “psíquico” e o “social”. Isso conduz não a escolher o seu terreno, como alguns preconizam, mas a se situar num campo e “conversar” com todos aqueles que sofrem do dogmatismo monodisciplinar. (Gaulejac, 2001:46)

3.2 O Hospital Estudado

3.2.1 Uma “Porta Aberta” no “Fim da Linha”

O hospital onde a pesquisa foi realizada é um hospital geral, da rede pública, de média complexidade, com emergência, tendo a capacidade instalada de 198² leitos (167 hospitalares e 31 não hospitalares). Situado em um subúrbio do Rio de Janeiro, é o único hospital geral com emergência na área de planejamento à qual pertence e que concentra cerca de 1.200.000 habitantes.

O serviço de emergência do hospital funciona 24 horas, realizando uma média de 9.000 atendimentos por mês, com as seguintes especialidades: traumato-ortopedia, cirurgia geral, clínica médica, pediatria, cirurgia buco-maxilo-facial, cardiologia, neurocirurgia (em implementação), odontologia, endoscopia, saúde mental e serviço social.

O hospital também dispõe de um serviço de pronto-atendimento, o SPA, localizado próximo ao serviço de emergência, com 3 consultórios de clínica médica e 3 de pediatria. O SPA funciona, diariamente, de 07:00 às 19:00 hs, em geral³, com uma média de 5000 atendimentos por mês.

As enfermarias do hospital se distribuem nas seguintes especialidades: cirurgia geral, traumato-ortopedia, clínica médica, pediatria, ginecologia, cirurgia plástica, cirurgia buco-maxilo-facial. Mensalmente, são realizadas, em média, 350 internações. As cirurgias são eletivas e de emergência.

O ambulatório do hospital tem as seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cardiologia, cirurgia geral, ortopedia (apenas para assistência pós-operatória), cirurgia plástica, odontologia, consulta de enfermagem para pacientes hipertensos, nutrição, serviço social, fisioterapia e saúde mental. A partir maio de 2004, inicia-se uma mudança no perfil da

² Os dados gerais relativos ao perfil, capacidade instalada e produção do hospital foram fornecidos pela Direção do hospital e atualizados em abril de 2004.

³ Na verdade, o que é um elemento importante para o estudo, este horário não é consensual. Varia em função do interesse e disponibilidade da equipe de plantão. As gerências/chefias parecem não ter muito controle sobre esta situação.

unidade, em parte por iniciativa da própria direção do hospital, para atender à demanda da área, em parte por iniciativa da instância central à qual o hospital está subordinado. Assim, o ambulatório passa a contar também com as especialidades de mastologia, dermatologia, pneumologia, endocrinologia e gastroenterologia, além de um núcleo de assistência geriátrica e um núcleo de atendimento à saúde do servidor.

Quanto aos recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, o hospital dispõe dos seguintes: um Centro de Tratamento Intensivo – CTI – com 6 leitos; 1 Centro Cirúrgico, com 6 salas cirúrgicas e 3 leitos de recuperação pós-anestésica; central de material e esterilização; um setor de diagnóstico por imagem (raio x, ultra-sonografia com Doppler, eco-doppler, mamografia e tomografia, estas últimas implantadas mais recentemente); eletrocardiografia, patologia clínica e anatomia patológica; unidade transfusional; e os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, saúde mental, nutrição, serviço social e farmácia.

Trata-se de um hospital de 67 anos, cuja maior parte de sua existência foi marcada pela fama de suas extremamente precárias condições de funcionamento. Tendo passado por uma importante reestruturação física há alguns anos, vem investindo em tecnologia e no aperfeiçoamento de seus mecanismos gerenciais, tendo recebido, inclusive, um prêmio por suas iniciativas voltadas para a qualidade da assistência. Desde julho de 1999, vem sendo campo para um projeto piloto de organização da “porta de entrada”/recepção dos pacientes, voltado para a humanização. Tal projeto, atualmente, é considerado como referência, pelo nível central ao qual o hospital está subordinado, que nele se baseou para elaborar um projeto de humanização das portas de entrada dos demais hospitais de emergência de sua rede.

A despeito da melhoria de suas condições tecnológicas e materiais de funcionamento e do investimento no aperfeiçoamento dos seus mecanismos gerenciais, com vistas à qualidade e à humanização da assistência, o hospital, como praticamente todos da rede pública de saúde no Rio de Janeiro, ainda sofre com imensas dificuldades, como a baixa autonomia gerencial, problemas recorrentes de desabastecimento e/ou não pagamento de fornecedores, prestadores e serviços terceirizados responsáveis por funções essenciais como limpeza, vigilância e alimentação, atrasos no pagamento de servidores, especialmente de 13º salários, inexistência ou inadequação de planos de cargos e salários, não realização de concursos públicos, levando à contratação, em bases precárias, de força de trabalho, entre outros problemas que, aliados à desarticulação/inexistência de mecanismos de coordenação e gestão integrada das unidades da rede e ao precário funcionamento da chamada rede básica, resulta nas invariáveis filas e aglomerações diárias, aparentemente irredutíveis, nas suas portas de entrada e em seus

corredores, numa situação geral em que o sofrimento e o desamparo ainda parecem ser a tônica.

É importante destacar que o hospital estudado, em virtude de sua localização e da precariedade e má distribuição da oferta de serviços públicos no Estado, se constituiu, historicamente, para parte da população que o procura, num “hospital fim-de-linha”, para usar uma expressão colhida entre alguns profissionais, isto é, grande parte da população que ali vem buscar atendimento já “peregrinou”, sem sucesso, por várias unidades da rede. Muitos vêm de outros municípios⁴.

É interessante observar os múltiplos sentidos que a expressão “fim-de-linha” comporta, indicando, por exemplo, tanto a localização geográfica do hospital (o último ao qual se chega), como sua localização numa ordem de preferência da população (o último ao qual se recorre, devido a algum tipo de “avaliação” de qualidade ou talvez até pela própria distância). Por outro lado, “fim-de-linha” também pode ser tomada como uma referência ao fim da busca, já que nos últimos anos, a despeito das dificuldades que o hospital ainda enfrenta para prestar uma boa assistência, vem se consolidando entre a população, segundo alguns profissionais, uma imagem (uma “fama”) de que deste hospital “ninguém sai sem ser atendido”, e “bem atendido”, no dizer de alguns. *“Porque o (nome do hospital) está atendendo todo mundo ... flui tudo pra cá ... fica difícil ...”* (de um enfermeiro da Porta de Entrada) ou *“A voz corre e nosso público aumenta ... temos cardio, temos endoscopia, temos material para trabalhar, a ortopedia está cheia ...”* (de um médico, chefe de plantão da emergência). Para outros profissionais, no entanto, ser “fim-de-linha” torna o atendimento compulsório, independentemente da existência de condições: *“Aqui é tipo final de linha: Você vai mandar pra onde? ... É muito isso ... colegas, outros serviços, os bombeiros ... querem se livrar do problema deles aqui.”* (de uma médica, chefe de plantão da emergência, queixando-se de outros serviços que trazem pacientes mesmo sabendo que o hospital não dispõe de determinados recursos para seu atendimento.)

A preocupação em atender a toda a demanda, em não deixar que ninguém saia “sem atendimento ou sem resposta”, incluindo aqui a referência para outra unidade da rede, tem sido, de fato, dominante nas duas últimas gestões do hospital e deu origem, em 1999 à estruturação do Serviço de Pronto-Atendimento (SPA), objetivando “desafogar” o Serviço de

⁴ Segundo dados de abril de 2004, fornecidos pela direção do hospital, 66% de sua demanda é composta por habitantes da área de planejamento a qual o hospital pertence, enquanto, 25% são de outras áreas do Município do Rio de Janeiro, e 9% de outros municípios do estado (7% da Baixada Fluminense e 2% de outras regiões).

Emergência - sobrecarregado com urgências e outras demandas que não se constituem em emergências propriamente ditas – bem como ao Projeto de Humanização da Porta de Entrada, que compreende não só o SPA e a Emergência, mas o Ambulatório e a recepção principal, que dá acesso às enfermarias e à administração do hospital.

O quanto suas portas estão de fato abertas e a que tipo de assistência elas dão acesso é o que se procurará investigar, com foco na problemática da cooperação, da solidariedade e do cuidado com a vida.

3.2.2 As Múltiplas Portas do Hospital

Quem entra e circula pela primeira vez no hospital encontra certa dificuldade para se orientar nos seus vários e, em alguns casos, circulares, corredores. Esta desorientação, pelo menos no meu caso, persistiu por algum tempo. Só depois de algumas semanas comecei a sentir que já havia “compreendido” e memorizado a planta do hospital, podendo circular com mais desenvoltura por seus corredores. Comentei com alguns profissionais esta dificuldade e soube que é comum, tendo acontecido com muitos deles, pois a planta física não facilita a circulação.

As características da planta (divisão e concepção geral do espaço físico), a localização de determinados serviços, o espaço físico insuficiente para a demanda e a deficiência da sinalização – são poucas as sinalizações e indicações de acessos e, em geral, com um “lay-out” inadequado - tornam confusos e, em alguns casos, problemáticos, os fluxos de pessoas e materiais, comprometendo, em certas situações, as condições de assepsia e, de todo modo, com prejuízo para o conforto e bem estar de usuários e trabalhadores. Apesar de algumas tentativas da direção no sentido de reordenar a localização de alguns serviços e reorientar a circulação pelo hospital, há limites estruturais da própria planta, em princípio impossíveis de serem modificados sem obras importantes, como a existência de cinco portas de acesso a seu bloco principal, que contribuem para a dificuldade de controle da circulação de pessoas e de garantia de segurança, e a dificuldade de comunicação física entre o SPA e os setores de diagnóstico, farmácia e ambulatório.

O hospital ocupa o espaço de um quarteirão, pequeno. É formado por um conjunto de prédios, sendo um bloco principal, que toma aproximadamente 2/3 do terreno e onde se localizam, no primeiro pavimento, a direção, principais setores administrativos, o ambulatório, a farmácia, os setores de diagnóstico por imagem, o laboratório, o refeitório dos

funcionários e o serviço de emergência e, no segundo pavimento, as enfermarias e respectivas salas de chefias das clínicas. Há ainda um terceiro nível, ao qual só se chega por escadas, onde se construiu um pequeno auditório, com uma saleta ao lado, hoje destinada à equipe de avaliação da qualidade. Atrás do bloco principal, encontra-se o bloco onde se localiza o SPA, no primeiro piso e, no segundo, a documentação médica, a sala da gerência do Projeto Porta de Entrada e a sala da associação dos funcionários. Em outros blocos atrás deste, se encontram uma pequena oficina, o almoxarifado, o necrotério, o “arquivo morto” e ainda uma creche para filhos de funcionários, construída há vários anos por uma das administrações anteriores⁵.

São quatro as entradas do hospital e cinco as portas de acesso ao bloco principal. De frente para a rua mais movimentada, encontra-se a entrada principal do hospital, que dá acesso, passando-se pelo balcão da recepção, à direção e aos principais setores administrativos, situados no primeiro piso, a um elevador e à escada que levam às enfermarias. Atravessando o saguão em frente ao gabinete da direção, há uma porta de comunicação com o final do corredor da emergência, onde se localizam, mais próximas a esta porta de acesso à direção, as salas de repouso médico e de enfermagem, e as de coordenação da emergência e supervisão de enfermagem, seguida da sala do Serviço de Estatística e Informação (SEI), responsável pelo registro geral de pacientes e pela emissão de atestados de óbito e outras documentações. Continuando-se por este corredor, encontram-se as salas de atendimento da emergência propriamente dita, às quais voltaremos mais adiante. Esta porta, ao final do corredor da emergência, costumava ficar apenas encostada, com o objetivo de facilitar a comunicação entre a direção e a emergência. No entanto, não só funcionários de diversos setores a utilizam, para “encurtar” o caminho, como acaba sendo usada por parentes de pacientes, estranhos ao serviço, ou pessoas que vêm buscar alguma documentação no SEI, que circulam livremente em meio às macas com pacientes da emergência alinhadas ao longo das paredes do corredor pela falta de vagas nas respectivas salas, já superlotadas – situação cotidiana. Assim, provavelmente buscando-se um maior controle sobre esta circulação de pessoas na emergência, percebi, nas últimas semanas da pesquisa de campo, que a porta passou a ser fechada à chave e apenas a direção, a coordenação da emergência, chefes de plantão, chefia de enfermagem e supervisores possuíam a chave.

⁵ Esta se constitui, até hoje, numa questão problemática, não só pela inadequação do espaço físico como pelas dificuldades de alocação de pessoal com perfil adequado para este trabalho.

Ao lado da entrada principal do hospital encontra-se a entrada para o ambulatório, que dá acesso a um saguão, com um balcão de recepção e um guichê, em frente, onde se faz o registro de pacientes e agendamentos para consultas. Deste saguão se tem acesso à um longo e sinuoso corredor que, à esquerda, leva à farmácia e à grande sala de espera do ambulatório, com cadeiras voltadas para as várias portas de consultórios. À direita, a partir do saguão da recepção do ambulatório, o corredor dá acesso, bem mais adiante e após uma curva, a um outro corredor, que lhe é transversal, onde se encontram o Raio X e demais equipamentos de diagnóstico por imagem, num extremo e, no outro, o laboratório, o refeitório dos funcionários, e uma salinha destinada ao plantão da polícia civil, obrigatório nos hospitais de emergência. Ao final do corredor do Raio X chega-se a uma porta que dá acesso ao elevador/escada e ao saguão da recepção principal. Fazendo fronteira com este corredor, há um pátio interno onde a gestão anterior construiu um solário para as crianças internadas, bem simples, com poucos recursos⁶. Prosseguindo pelo corredor que vem do ambulatório chega-se a uma outra entrada da emergência, no acesso dos pacientes que chegam de ambulância.

Contornando-se o hospital pela rua lateral à sua direita, encontra-se, logo após a esquina, a porta de entrada para a sala de curativos especiais (infectados), também antecedida de uma sala de espera e um guichê de recepção e agendamento. A sala de curativos especiais, no entanto, só tem uma entrada, cujo acesso é pelo mesmo corredor que leva aos consultórios do ambulatório.

A quarta entrada do hospital localiza-se na outra rua lateral, mais ao final. É a única entrada de veículos. Por ali entram os carros de funcionários (alguns, em geral os que estão de plantão por 24 ou 12 horas e os com funções de chefia, já que não há muito espaço para estacionamento), ambulâncias e todos os pacientes, a pé ou de carro, que buscam a emergência ou o SPA. Além disso, entram por ali também todos os veículos de fornecedores, manutenção etc. Esta entrada dá acesso a um pátio, na verdade, passagem de veículos. À direita fica o bloco do SPA, seguido de uma pequena cantina. À esquerda, em frente ao SPA, fica a entrada da emergência, localizada nos fundos do bloco principal: uma grande espera, com um balcão de recepção e o guichê de registro e várias cadeiras, dispostas numa espécie de varanda, coberta pelo segundo piso do prédio. Uma porta dupla separa esta recepção/espera dos corredores da emergência.

⁶ Durante todo o tempo em que frequentei o hospital, nunca vi este espaço ser ocupado por pacientes, ou mesmo por funcionários. Na verdade, a única vez que o vi ocupado foi na cerimônia de comemoração dos 67 anos do hospital.. Um dos profissionais ligados à direção me disse certa vez que há planos para utilizar este espaço para ampliar a emergência, cuja salas de trauma e do SEI dão fundos para o pátio.

O pátio que separa a emergência e o SPA se bifurca. Virando-se à esquerda, contornando a espera da emergência, chega-se no local onde as ambulâncias estacionam para embarcar ou desembarcar pacientes. Este é o acesso à emergência dos pacientes que chegam trazidos pelos bombeiros ou outras ambulâncias e também a saída de pacientes para transferência e/ou exames/procedimentos em outras unidades. Ali há uma porta dupla que dá acesso, à esquerda, aos corredores da emergência, antecidos por uma porta de vai-vem. À direita, o corredor segue em direção ao Raio X, laboratório, farmácia e ambulatório, como já observamos. Por isso, este acesso da emergência também é usado por pacientes que foram consultados no SPA e encaminhados para algum exame ou que precisam retirar algum medicamento prescrito na farmácia ou ainda que foram encaminhados para o ambulatório.

Em geral, observa-se uma disposição da direção no sentido de fazer os funcionários orientarem esses pacientes a “darem a volta”, saindo do hospital pela entrada do SPA/emergência, e se dirigirem à entrada do ambulatório, na rua principal. Mas o percurso é longo, especialmente para os pacientes debilitados ou idosos, mais complicado ainda nos dias de chuva, além de não ser muito fácil de explicar. Assim, os funcionários acabam “flexibilizando” as ordens da direção e permitindo esta passagem mais curta, o que, por outro lado, torna ainda mais confuso e descontrolado o fluxo no hospital. Essas duas portas de acesso à emergência - de pacientes andando ou em cadeiras de roda e de pacientes das ambulâncias – somadas à portaria principal do hospital e às entradas do ambulatório e da sala de curativos especiais, integram as cinco portas de acesso ao bloco principal, anteriormente referidas.

O outro lado da bifurcação do pátio dá acesso à passagem de veículos e pedestres para os fundos do hospital, onde se situam os demais blocos: o almoxarifado, o necrotério, a oficina e a creche, atrás do SPA. Descendo do segundo piso do bloco principal, onde se localizam as enfermarias, há uma rampa, externa, que termina no mesmo pátio, próximo à recepção da emergência. Esta rampa é uma das saídas possíveis para os cadáveres, em direção ao necrotério, transportados em macas e envoltos nos tradicionais “sacos” pretos de plástico. Neste caso, são corpos de pacientes das enfermarias. Os cadáveres de pacientes que falecem na emergência saem por uma de suas duas portas. Nos três casos, passam por entre os pacientes e familiares que aguardam na recepção da emergência, no pátio ou próximo ao SPA.

Conforme pude observar, pela porta de entrada da Emergência/SPA do hospital estudado entram e saem, diariamente, todos os tipos de pessoas, em situações as mais variadas. É a porta de entrada de adultos, velhos e crianças, com as mais diversas patologias e

graus de gravidade – de uma gripe ou diarreia a um acidente vascular cerebral, um ferimento por arma de fogo ou um traumatismo crânio-encefálico – de acompanhantes, visitantes, médicos, enfermeiros e funcionários em geral, moradores de rua - que vêm procurar abrigo nos bancos da varanda do SPA ou nas cadeiras da espera da emergência e utilizar seus banheiros – de bombeiros e policiais, trazendo feridos da violência urbana, de fornecedores/entregadores de materiais, equipamentos e suprimentos em geral, etc. É também a porta de saída de todos eles, juntamente com os mortos.

Assim, de todas as entradas do hospital, a entrada que dá acesso ao SPA e à Emergência é, pelas características da planta física, pela natureza dos problemas que ali chegam e pelas insuficiências do serviço para fazer face ao volume de demanda, a entrada mais problemática, marcada por um nível de tensão e sofrimento entre funcionários e usuários provavelmente bem superior às demais. Trata-se de um espaço onde são cotidianas as aglomerações, as filas, as macas com pacientes ao longo dos corredores da emergência superlotada, os movimentos bruscos e desorientados no pátio, as queixas, reclamações, lamúrias, choros e gritos. Um espaço invadido, dia a dia, pelo sofrimento e pela violência, em suas múltiplas formas.

3.2.3 Filas e Macas nos Corredores: o desamparo na porta de entrada do hospital e sua dinâmica (questões emergentes e perspectivas de análise)

O Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) do hospital foi estruturado em 1999 e ocupa a parte térrea de um bloco situado, como já observei, à direita da entrada de veículos, na rua lateral ao hospital. Antecedendo as salas do SPA, há uma espécie de varanda, protegida por uma cobertura e ladeada por uma mureta, ao longo da qual se alinham alguns bancos compridos. De frente para estes, se abrem as dependências do SPA: a sala de triagem da enfermagem, ao fundo da varanda, a sala de “hipodermia” – onde se aplicam medicações injetáveis, soros e nebulizações nos pacientes ali atendidos⁷ - o guichê do registro de pacientes e a porta dupla que dá acesso à sala de espera propriamente dita e aos consultórios de pediatria e clínica médica (três de cada especialidade).

A varanda é pequena. Entre dez e doze metros de comprimento, aproximadamente, e em torno de três de largura. Os bancos, onde a população senta, por ordem de chegada,

⁷ Há uma outra sala de hipodermia nas dependências da emergência, para os pacientes atendidos no Pronto-Socorro.

aguardando a triagem da enfermagem, raramente são suficientes e a fila se estende pelo pátio, com os pacientes no sol ou na chuva, às vezes ultrapassando os limites do portão do hospital. No pequeno espaço entre os bancos e as portas das salas de triagem, hipodermia e o guichê do registro, é comum haver muita aglomeração: são acompanhantes de pacientes ou pessoas que chegam ainda sem saber onde se dirigir e que se misturam à pequena fila de mães com crianças de colo, no meio da varanda, organizada geralmente pela enfermagem em paralelo à fila de adultos para facilitar a priorização das crianças (para a sala de triagem os enfermeiros costumam chamar, alternadamente, um adulto e uma criança). Às vezes é muito difícil a circulação no local. No verão, o calor é insuportável e contrasta com o ar condicionado da sala de espera, a qual os pacientes só tem acesso após passarem pela triagem da enfermagem, se seus casos forem considerados por esta como “casos de SPA”⁸.

A sensação que se tem, muitas vezes, é que a demanda “transborda”, ultrapassando em muito a capacidade de atendimento do SPA. Em uma das vezes em que eu observava a dinâmica da varanda do SPA, ao lado do vigilante que costuma ficar sempre na porta da sala da triagem, expliquei-lhe a razão de minha estada ali, dizendo que fazia uma pesquisa sobre a porta de entrada do hospital. Então ele virou-se para mim e, apontando para o aglomerado de pessoas que quase nos espremiavam contra a parede, perguntou: *“Então, qual a conclusão? Passa a régua?”*

Ao meu lado, encostada na parede e agachada, uma mulher, que aguardava sua vez na triagem com duas crianças pequenas, comia uma espécie de torta salgada e alimentava também os filhos. Usava as mãos para partir os pedaços da torta. Suas mãos e unhas eram sujas. Quando sorriu, vi que não tinha os dentes da frente. Esta cena me mobilizou muito - assim como a de uma mãe que pede à enfermagem para *“passar uma agüinha”* na chupeta de seu bebê que havia caído no chão imundo da varanda - e me fez pensar que, cotidianamente, os profissionais que trabalham no SPA se vêem frente a frente a uma demanda que dificilmente conseguem suportar, não apenas pelo volume, mas pela diferença de mundos a que cada uma das partes pertence, ou melhor, pelo não pertencimento de grande parte da população ao universo social e simbólico da maioria dos que ali trabalham.

A sala de triagem da enfermagem foi criada recentemente, no início de 2003, como uma estratégia de redesenho do Projeto de Humanização da Porta de Entrada, visando dar melhores condições para uma avaliação técnica pela enfermagem dos casos e seus graus de

⁸ Os critérios de definição de casos que necessitam pronto atendimento nem sempre são consensuais entre a equipe e nem sempre objetivos. Esta questão será retomada adiante, ao discutirmos o trabalho na porta de

urgência/prioridade. É também uma sala bem pequena, suficiente, a rigor, para apenas um profissional trabalhar, e assim havia sido planejado, inicialmente. No entanto, logo se percebeu que seria necessário mais um enfermeiro para dar conta da demanda e a pequena sala foi subdividida por um biombo que separa e resguarda apenas parcialmente duas pequenas mesas, onde se sentam os enfermeiros.

À frente de cada mesa, uma cadeira para o paciente. Na sala há ainda uma cadeira extra, utilizada, às vezes, por algum acompanhante de paciente - o que é raro, pois a enfermagem só costuma permitir a entrada de acompanhantes quando se tratam de crianças ou adolescentes - mas freqüentemente pela recepcionista de plantão que, diferentemente da recepção da emergência, onde existe um balcão, não tem no SPA um lugar fixo para trabalhar. Algumas recepcionistas sentam-se dentro da própria sala de triagem, já pequena e sem privacidade para os pacientes. Outras, levam a cadeira para a varanda ou ficam de pé mesmo, à porta da sala, ou circulando. Voltaremos a esta questão, bastante relevante, na análise do trabalho na Porta de Entrada, destacando desde já os prejuízos que a ausência da recepcionista na frente do SPA, na varanda, traz para a identificação mais rápida das urgências/emergências e sua conseqüente priorização.

No canto da sala de triagem há um pequeno lavatório. A ventilação é bastante prejudicada. A sala tem apenas um basculante, ao lado da porta, que se abre para a varanda do SPA. Durante o ano de 2003 havia apenas um ventilador. Em 2004 foi instalado um aparelho de ar-condicionado. O tamanho reduzido da sala, insuficiente para dois enfermeiros atenderem, e a ventilação inadequada, constitui, sem dúvida, uma situação insalubre, tanto para pacientes, quanto para os enfermeiros, e é reconhecida pela gerência. Mas a pressão da demanda e as restrições da planta física parecem não deixar muita escolha. A irregularidade do serviço de limpeza contribui para piorar a situação. Certa vez, num dia de muito movimento, um paciente vomitou dentro da sala de triagem. Uma das enfermeiras saiu e pediu que chamassem o funcionário da limpeza, que demorou a vir, enquanto os enfermeiros continuavam atendendo.

À porta da sala de triagem há sempre um vigilante, em pé ou sentado num banco precário, controlando o acesso dos pacientes e também, quando a recepcionista ali não se encontra, tentando organizar a fila e fornecendo informações à população sobre a dinâmica de funcionamento do SPA, a oferta e a localização de serviços no hospital - situação às vezes

problemática, a qual retomaremos adiante, considerando a falta de preparo desses profissionais para esta tarefa.

Antes da implantação da triagem de enfermagem em sala própria, a população se dirigia diretamente para o guichê do registro e pedia uma “ficha” para pediatria ou clínica médica, conforme o caso. Os funcionários tomavam os dados, anotando-os nos boletins de pronto atendimento e encaminhavam os pacientes diretamente para a sala de espera, que logo superlotava, deixando uma parte da população aguardando na varanda. Misturavam-se casos ditos de “ambulatório”, isto é, que pela avaliação técnica poderiam aguardar o agendamento de uma consulta ambulatorial, com casos de fato urgentes. Auxiliares de enfermagem e recepcionistas tentavam organizar a espera na sala superlotada, onde o ar condicionado e a TV não impediam os tumultos e brigas freqüentes. A enfermagem tentava fazer algum tipo de triagem ou priorização, na varanda mesmo, examinando os pacientes na própria fila e buscando identificar, em meio ao tumulto e sem os recursos mínimos de que passou a dispor na sala de triagem (esfigmomanômetro, glicosímetro, estetoscópio, termômetro e abaixador de língua), a gravidade e urgência dos casos.

Após a implantação da triagem de enfermagem, é esta que encaminha os pacientes ao guichê do registro do SPA ou da Emergência, conforme a urgência e gravidade do caso, para abertura do boletim e encaminhamento para o atendimento médico. Esta nova rotina ainda encontra certa resistência por parte dos funcionários do registro⁹ e também da população – alguns acham que aumenta o tempo de espera, que têm que “enfrentar duas filas”, uma para a triagem e outra para a consulta médica - e voltaremos a este ponto ao discutirmos o trabalho na Porta de Entrada.

O espaço destinado ao registro de pacientes, no SPA, constitui-se de um pequeno retângulo, separado do resto da sala de espera por divisórias, metade em fórmica, metade em vidro (um “aquário”). Neste espaço sentam-se dois funcionários, de costas para a sala e de frente para a varanda do SPA, da qual se encontram separados por um guichê, fechado na metade superior por placas de vidro. Através deste guichê atendem a população. Para a comunicação entre os funcionários e os pacientes só existem duas aberturas pequenas, circulares, no vidro, uma em frente a cada funcionário. Essas aberturas ficam, no entanto, muito acima de suas cabeças. Assim, nem sempre escutam bem o que dizem os pacientes, e

⁹ Diferentemente dos enfermeiros da triagem e das recepcionistas, contratados especialmente para o Projeto de Humanização da Porta de Entrada, os funcionários do Registro são funcionários públicos, estatutários, em geral muito antigos no hospital e não estão subordinado à Gerência da Porta de Entrada, apesar de atuarem na

vice-versa. Por sua vez, os pacientes mais baixos não alcançam a abertura circular e têm que se curvar sobre o guichê para falar através da fresta que existe entre o balcão e o vidro, por onde passam os boletins de atendimento e outros documentos.

A sala de espera do SPA comporta aproximadamente quarenta cadeiras, organizadas em dois blocos, voltados para as respectivas portas de acesso aos dois corredores onde se localizam os consultórios de pediatria e clínica médica. Há uma televisão, presa na parede, mas a única vez que a vi ligada foi à noite, em um dos plantões que observei. Por várias vezes, me chamou a atenção (e me incomodou também) o contraste entre a varanda do SPA, geralmente superlotada, com muitas pessoas em pé, muito quente no verão e exposta ao frio e vento do inverno, e a sala de espera do SPA, com apenas parte das cadeiras ocupadas por pacientes aguardando as consultas ou as revisões de consultas, na temperatura agradável do ar condicionado.

Algumas vezes percebi que o acesso à sala de espera não era necessariamente imediato após a triagem da enfermagem e ao preenchimento do boletim de pronto atendimento. A recepcionista ou a funcionária do registro admitiam as pessoas aos poucos, fazendo-as esperar, em pé, do lado de fora, na varanda do SPA, a despeito de haver lugares vagos na sala de espera. Uma das recepcionistas, questionada por mim sobre esta medida, alegou receio de que, com a sala cheia, houvesse confusão no fluxo dos pacientes e tumultos, inclusive com violência física, como ocorria com frequência antes da implantação da triagem da enfermagem. Posteriormente, esta situação da sala de espera vazia, contrastando com as filas e aglomerações na varanda do SPA, foi percebida pelo diretor do hospital que a considerou inaceitável e cobrou dos responsáveis mudanças na rotina de trabalho.

Entendo que esta questão se relacione não apenas à organização do processo de trabalho da enfermagem e das recepcionistas, mas ao próprio imaginário vigente entre os funcionários sobre a população usuária do hospital e à algumas estratégias defensivas - refletidas na própria forma de organização do processo de trabalho, no sentido dado por Menzies (1970) - para fazer face possivelmente às ansiedades que as aglomerações, tumultos e riscos de agressões físicas (de fato ocorridas) suscitam entre os profissionais. Assim, voltaremos a este ponto mais adiante, ao discutirmos o imaginário sobre o hospital e o trabalho na Porta de Entrada. De todo modo, é interessante registrar que, em algumas entrevistas ou conversas informais com diferentes profissionais, não só a violência ou

mesma. Esta situação, obviamente, é geradora de conflitos e problemas que serão melhor discutidos mais adiante.

agressividade da população são destacadas, como, particularmente com relação ao espaço físico da sala de espera e consultórios do SPA, aparece a preocupação com a falta de segurança do local, que conta apenas com uma porta de entrada e saída - a mesma porta da sala de espera - ficando os profissionais “*encurralados*”, como disse um enfermeiro, nos consultórios. Ouvi, ao longo da pesquisa, relatos de, pelo menos, duas ocasiões em que a polícia militar foi chamada para possibilitar que os médicos saíssem de lá. A vivência de confinamento talvez seja favorecida também pelo fato de que não há janelas na sala de espera. O ambiente é todo fechado. Apenas em alguns consultórios há basculantes altos. Eu mesma pude experimentar, em um dia de observação na sala de espera, certa ansiedade, uma vivência de risco, perigo, ao presenciar dois pacientes, homens, discutindo, em tom bastante agressivo e ameaçando-se de agressão física. Naquele momento, a recepcionista a quem eu havia questionado anteriormente sobre o rígido controle de acesso à sala de espera - e que também comandava “com mão de ferro”, me pareceu, a circulação de pessoas, incluindo os locais onde deveriam sentar - não se encontrava na sala, o que com certeza contribuiu para a minha sensação de insegurança.

Geralmente, os dias de muita chuva são os mais “calmos” na rotina do SPA. O movimento se reduz bastante. No entanto, de um modo geral, há sempre um grande movimento. Na época da pesquisa, alguns dias da semana se caracterizavam, para usar uma expressão dos próprios funcionários, como “*plantões mais problemáticos*”, nos quais havia a falta quase que rotineira de alguns médicos, especialmente clínicos. Além das faltas ou atrasos sistemáticos desses médicos, alguns plantões estavam de fato desfalcados. Como foi dito, o SPA comporta 3 clínicos e 3 pediatras por plantão. Por mais de uma vez ouvi queixas da direção do hospital a respeito da dificuldade de se conseguir contratar algumas especialidades para a emergência e SPA, especialmente clínicos. Algumas vezes cheguei ao hospital pela manhã e não havia nenhum clínico atendendo no SPA. As filas aumentavam em muito e os pacientes que demandavam atendimento clínico - e que haviam passado pela triagem “*mais rigorosa*” que a enfermagem realizava nessas ocasiões - esperavam um longo tempo, na sala de espera, pela vinda de um clínico geral da emergência, ou eram encaminhados para lá, para serem atendidos em um dos dois consultórios localizados logo no início do corredor da emergência - um de clínica médica e outro de pediatria - espaço ao qual os funcionários denominam “Pronto-Socorro”.

Relacionada a esta situação, uma das cenas que mais me causaram impacto, logo no início das observações participantes, foi a de um dia desses em que não havia nenhum

plantonista clínico geral atendendo no SPA. A fila era grande do lado de fora do SPA, chegando a ultrapassar o portão do hospital, com os pacientes aguardando no sol. Entrei com a gerente da Porta de Entrada na sala de espera do SPA, muito cheia, mas ainda com algumas cadeiras vazias. A maioria dos pacientes que aguardavam eram idosos. Um deles, ao ver a gerente, logo a interpelou, impaciente, perguntando quanto tempo mais teriam que ficar ali, pois já estavam esperando havia “horas”. A gerente então lhes informou, em meio a olhares incrédulos e irritados, que só havia um médico clínico atendendo e que esta médica se encontrava no Pronto-Socorro (emergência), onde eles seriam atendidos, mas que estavam aguardando ali por ser mais confortável, pois na emergência não havia onde sentar. Quase duas horas após este diálogo, quando eu observava o movimento de recepção e triagem na varanda do SPA, vi estes pacientes saírem da sala de espera, um após o outro, e serem conduzidos por uma funcionária, numa disciplinada fila indiana – talvez para não se confundirem com a aglomeração do lado de fora, mas provavelmente para não perderem seus lugares na ordem de atendimento – em direção à emergência.

Ao registrar esta cena, posteriormente, em meu diário de campo, me vieram à lembrança algumas situações do livro “Ensaio sobre a Cegueira”, de José Saramago (2001). Inicialmente, atribuí a associação às situações de caos, de descontrole e de desumanidade narradas no livro, mas concluí que há mais elementos para explicar a associação. Ela remete à angústia, à aflição que senti diante de algumas cenas que presenciei no hospital, diante das aglomerações e filas, onde as pessoas, assim como no romance de Saramago, estão imersas em situações de desinformação, de não saber, de estarem “no escuro” quanto a seus destinos, se perguntando se serão ou não atendidas, quando, por quem, se perguntando se alguém lhes enxerga e lhes ouve, se seu sofrimento e a urgência de seu caso poderão ser reconhecidos, em meio a tantos outros, ao tumulto e à indiferenciação das queixas e dores. Assim, esta cena da fila indiana de pacientes idosos sendo conduzidos do SPA para a emergência é, no meu entender, emblemática. Uma alegoria da situação de desamparo - e também de passividade - da população nos pátios e corredores dos hospitais de emergência.

Outras duas situações, bastante frequentes, e que contribuem para aumentar as filas, aglomerações e tumultos nas esperas do SPA e da Emergência, acontecem, utilizando expressões muito comuns entre os funcionários, quando “*a ortopedia pára* (ou “*sobe*”) *para operar*” e “*o ambulatório dá poucos números*”. No primeiro caso, o que ocorre é que os três ortopedistas lotados em cada plantão às vezes interrompem os atendimentos no Pronto Socorro para realizarem, juntos, alguma cirurgia de emergência. Este é um ponto bastante

polêmico entre médicos, a direção do hospital, enfermeiros e funcionários em geral. Os ortopedistas justificam a medida pela falta de pessoal de apoio, circulantes, e outras condições nas cirurgias. Alguns integrantes da equipe da direção e chefias de plantão médico, bem como alguns enfermeiros e recepcionistas questionam a necessidade de três ortopedistas numa mesma cirurgia. Entre os funcionários, já ouvi algumas observações que sugerem, sutilmente, que esta seria uma forma de os ortopedistas se ausentarem do trabalho pesado do Pronto-Socorro.

O fato é que não há ortopedistas no SPA. As urgências ortopédicas (os critérios de urgência e prioridade também são objeto de discussão, mas em geral são os traumas/lesões ocorridos nas últimas 24 horas) são encaminhadas pela triagem da enfermagem para o Pronto-Socorro. Quando os ortopedistas suspendem os atendimentos para realizar alguma cirurgia, não há previsão de quando retornarão. Depende da complexidade da cirurgia. Às vezes podem demorar muitas horas. Assim, os pacientes com algum trauma ou lesão ou outras situações dolorosas ficam aguardando, no hall de espera da emergência ou em alguma maca em seus corredores, conforme a gravidade do caso.

Há também uma demanda reprimida¹⁰ muito grande de outros casos considerados “ambulatoriais” de ortopedia, como os chamados, pela população, “problemas de coluna”, em geral também muito dolorosos, aos quais o hospital geralmente não atende, por não se caracterizarem como urgências ou emergências, encaminhando-os a outros serviços. Cabe lembrar que o ambulatório do hospital só atende em ortopedia as revisões (pós-operatórios). Esses casos “ambulatoriais” de ortopedia representam, de todo modo, uma parcela expressiva da demanda ao SPA e, especialmente nos casos de dor, às vezes são motivo de desentendimento entre os profissionais da Porta de Entrada (enfermeiros e recepcionistas, sobretudo) – mobilizados pela expressão da dor e do sofrimento dos pacientes – e os ortopedistas, geralmente mais rígidos nos critérios de atendimento.

A outra situação que contribui para o aumento das filas algumas vezes no SPA são os problemas de baixa produtividade do ambulatório, sintetizados na expressão de uma recepcionista: “*o ambulatório hoje deu poucos números*”, para explicar o maior movimento no SPA em determinado plantão. Fatores como absenteísmo ou não cumprimento da carga horária diária integral parecem estar entre as causas de tal situação, mas não cabe nenhuma conclusão pois o ambulatório não foi objeto desta pesquisa.

Do outro lado do pequeno pátio formado pela entrada de carros, em frente ao SPA, está a recepção da emergência. Localiza-se, como foi dito, nos fundos do bloco principal do hospital, numa espécie de varanda, coberta pelo segundo piso do prédio. Ali se encontram, antecedendo a porta dupla que dá acesso às dependências da emergência, no sentido longitudinal, o balcão da recepção propriamente dita e a seguir, mais próximo à porta, o guichê do registro de pacientes. Em frente a estes, várias fileiras de cadeiras destinadas à espera, cuja maioria quase sempre está ocupada (por familiares de pacientes “internados” na emergência, que aguardam uma chance de vê-los ou sua alta, pacientes medicados que aguardam a revisão do médico, pessoas aguardando para falar com determinado médico etc). Para entrar na emergência, pacientes e funcionários passam pelo corredor que se forma entre o balcão da recepção e o guichê do registro, de um lado, e as cadeiras de outro.

No guichê do registro de pacientes costumam ficar dois funcionários, do mesmo modo que no registro situado no SPA. Também ali, uma estrutura de vidros, iniciando-se no balcão até o teto, separa os funcionários do público e, da mesma forma que no SPA, as aberturas nos vidros são mal localizadas e insuficientes para permitir uma boa comunicação.

Diferentemente do registro, o balcão da recepção não tem os vidros separando os funcionários da população. Sua altura chega, em média, pouco acima da cintura das pessoas. Este balcão foi construído no início da implantação do Projeto Porta de Entrada. Ali ficam funcionários contratados pelo Projeto: 1 assistente social, 1 recepcionista e 1 recepcionista volante – esta última encarregada de fazer o trânsito, a comunicação, entre as pessoas que aguardam na recepção, em geral parentes de pacientes e os pacientes internados na emergência e médicos, levando e trazendo notícias, informações e também com frequência roupas e cobertores (em geral, a emergência é deficiente em termos de roupa de cama). As recepcionistas possuem um mapa, atualizado a cada plantão, com as informações sobre os pacientes que deram entrada na emergência e seus destinos.

A assistente social de plantão ali na recepção atende os casos vindos do SPA ou que chegam diretamente encaminhados pela equipe da emergência (com exceção dos pacientes já internados, que são responsabilidade do serviço social da emergência). Não há uma sala ou ambiente com privacidade para este tipo de atendimento – motivo de queixa das assistentes sociais que, muitas vezes, buscam usar a sala do serviço social da emergência (responsável pelos pacientes já “internados”/em observação ou repouso) ou algum consultório que esteja

¹⁰ A expressão “demanda reprimida” é largamente utilizada na área de Planejamento e Gestão em Saúde para designar os casos que chegam aos serviços e não são atendidos, ou deixam de procurar os serviços a despeito da

disponível no SPA. As recepcionistas passam o dia a encaminhar pacientes para a triagem do SPA, ou a dar informações sobre a disponibilidade de serviços em outras unidades da rede, com respectivos endereços e, principalmente, lidando com familiares ou amigos de pacientes internados na emergência, que vêm buscar notícias, saber se e quando podem visitá-los, solicitar que lhes sejam entregues roupas.

Há também muitos pacientes que chegam a procura de médicos específicos do plantão da emergência, a mando destes, porque os conhecem de fora ou foram recomendados por algum conhecido comum, e buscam atendimento mesmo não se caracterizando um caso de emergência (são os “jeitinhos”), ou porque são seus pacientes de consultórios ou de outros serviços, que são orientados a vir para alguma revisão. Pude observar ainda que os ortopedistas do hospital também costumam realizar, na emergência, revisões de pacientes ali operados, ao invés de encaminhá-los para o ambulatório de ortopedia. Estes atendimentos de pacientes que não constituem casos de urgência ou emergência contrariam, obviamente, as disposições e normas formais do hospital e contribuem, me parece, para sobrecarregar ainda mais o já tumultuado serviço de emergência. Não se trata de realidade muito diferente do que se observa nos demais hospitais públicos, mas constitui, a meu ver, em alguns casos, uma espécie de “privatização” de um serviço que é público. Por mais irrelevante que possa parecer, o tempo tomado por um médico da emergência com um paciente deste tipo é um tempo a mais de espera para outro paciente agudo e provavelmente com maior nível de sofrimento.

O papel das recepcionistas e assistentes sociais na recepção da emergência é, essencialmente, um papel de intermediação, de mediação, de trânsito, entre o “dentro” e o “fora” do hospital, entre os pacientes da emergência e seus familiares, entre estes e os médicos. Trata-se de uma função importante na dinâmica da emergência e pode ser compreendida, a meu ver, como um índice ou uma metonímia do próprio Projeto de Humanização da Porta de Entrada, em sua função de formação intermediária, no sentido dado por Kaës (1989), dentro do espaço hospitalar.

Cabe destacar, também, que o trabalho na recepção da emergência parece se tratar de um trabalho submetido a muita pressão e a muitas fontes de ansiedade. Em uma de minhas observações, um recepcionista de plantão me convidou a passar para o lado de dentro do balcão da recepção, comentando: *“Assim você fica fora do tiroteio ... Isto aqui está uma*

guerra civil”. Disse-me então que naquele dia havia 32 pacientes na GE¹¹, 14 na sala, que a rigor só poderia acomodar 6, e o restante no corredor.

Assim, além do contato cotidiano com pacientes que chegam muito graves e das queixas e pressões dos que chegam exigindo atendimento imediato e são encaminhados à triagem, os recepcionistas também têm que lidar com um fator que, durante minhas observações na recepção da emergência me deixou particularmente mobilizada: o sofrimento e a angústia dos que chegam buscando notícias de parentes internados, ou dos que aguardam, muitas horas até, pela chance de vê-los. Geralmente é permitida a visita de apenas um familiar com duração máxima de quinze minutos, às 15:00 h. Aos pacientes idosos passaram a ser permitidos, mais recentemente, cinco “acessos” – visitas de 5 minutos, na linguagem dos assistentes sociais e recepcionistas - ao longo do dia. No entanto, ambos os casos são o resultado de um acordo informal entre a equipe, principalmente por pressão das assistentes sociais e da direção, que facilmente é rompido, dependendo da equipe de plantão e das condições da emergência no dia, em termos de lotação. De todo modo, independentemente das condições objetivas, parece haver certa resistência de alguns médicos e parte da enfermagem em permitir as visitas. A presença de acompanhantes – com exceção das crianças cujas mães permanecem em tempo integral na emergência pediátrica - é vista como ameaçadora, uma “perturbação” à ordem do ambiente, um fator de questionamento sobre a assistência prestada. *“Emergência não é internação (...) a lei de acompanhantes é só para internação (...), mas aqui é a casa da mãe Joana.”* (De uma médica da emergência após conversar com a filha de um paciente idoso, dentro da emergência.)

Voltaremos a este ponto em outro momento, bastando registrar agora que o que prevalece, tanto entre as recepcionistas e assistentes sociais da recepção da emergência, como entre os familiares que aguardam nas muitas cadeiras da espera ou em pé, fazendo fila ou aglomerados na entrada utilizada pelos pacientes trazidos de ambulância – a mesma usada para permitir as pequenas visitas – é uma situação de incerteza e angústia. Chega a haver um certo receio, por parte das recepcionistas em garantir aos familiares que eles poderão ver os pacientes, que haverá a visita da tarde. Em uma das manhãs em que observei a recepção da emergência, a recepcionista volante voltou lá de dentro da emergência preocupada com superlotação e com a reduzida equipe do dia e avisou a outras duas recepcionistas que fossem

¹¹ GE é a abreviação de “grande emergência”, como são denominadas as emergências clínicas ou “emergência branca”, na linguagem dominante nos hospitais de emergência, diferenciando-as dos traumas ou “emergências vermelhas”.

muito “cautelosas” ao falarem com os familiares sobre a visita da tarde, pois não se podia “garantir nada”.

Assim como o acesso ao paciente é muito difícil na emergência, nem sempre é possível obter informações sobre eles com as recepcionistas, a despeito da significativa melhoria da comunicação obtida com a introdução da figura da recepcionista volante. Muitas vezes o mapa ainda não foi atualizado – pois é preciso esperar os médicos acabarem de “passar a visita” - ou há apenas uma recepcionista no balcão, que não pode se ausentar para buscar informações sobre o paciente, ou ainda, mesmo que haja duas pessoas na recepção, observei, em alguns casos, que foi preciso os familiares pressionarem a recepcionista para que esta se dispusesse a ir ver como estava o paciente. As recepcionistas têm orientação de não dar nenhuma informação sobre o estado de saúde do paciente, o que é de responsabilidade exclusiva dos médicos, mas em geral se propõem a verificar se o paciente está acordado e lúcido e então lhe perguntam como está se sentindo e voltam com a informação para o familiar.

Se durante o dia, o acesso ao paciente já é difícil e nem sempre é possível obter informações atualizadas sobre o mesmo, à noite as coisas são muito mais difíceis, até porque fica apenas uma única recepcionista de plantão e uma única assistente social para dar conta da emergência e de toda a porta de entrada. “*Queria tanto saber da minha filha! Isto é uma maldade ... sem nenhuma notícia!*” (De uma senhora para outra na recepção da emergência, à noite). Também à noite, uma mulher, síndica de um prédio, trouxe o zelador que passou mal. Reclamava que saiu da emergência para telefonar e não a deixaram entrar novamente. “*Eu só queria deixar a mochila dele. Ele vai sair e vai ficar aí fora, sem lenço e sem documento ... alguém tem que me ouvir!*”

Desde o final de 2003, a direção do hospital fez um acordo com parte dos enfermeiros contratados pelo Projeto Porta de Entrada, mudando o horário de seus plantões de modo que houvesse, junto à recepção da emergência, um enfermeiro, no horário diurno, até aproximadamente às 22:00 ou 23:00 horas – período considerado de maior movimento. Este enfermeiro daria um reforço ao trabalho de triagem realizado pelos dois enfermeiros no SPA. Este arranjo gerou bastante polêmica entre a enfermagem e não funcionou muito bem. Além disso, não há na recepção da emergência um local apropriado para a triagem, com privacidade e os instrumentos/equipamentos necessários. Assim, este terceiro enfermeiro ficava sentado dentro do guichê do registro de pacientes, ao lado do balcão da recepção, e ali examinava os

pacientes quando fosse o caso. Retornaremos a este ponto na análise do trabalho na Porta de Entrada.

À porta que separa a recepção da emergência do corredor que dá acesso às suas salas, há sempre um vigilante, 24 horas por dia. A porta é dupla, mas quase sempre se encontra com apenas uma das partes abertas, mas parcialmente bloqueada, de todo modo, pelo vigilante, que só permite o acesso de funcionários, pessoas autorizadas pela recepção e, obviamente, de pacientes feridos ou aparentando um quadro grave e que por isso chegam carregados, amparados ou em cadeiras de rodas. Nestes casos, as duas metades da porta são abertas¹².

Ultrapassando esta porta, nos encontramos num hall, largo, que tem, à frente, a sala do plantão do serviço social da emergência, à direita, um banheiro e a seguir a porta da sala de “hipodermia” da emergência. Maior que a sala de hipodermia do SPA, nela também são feitas as medicações injetáveis, soros e nebulizações prescritas pelos médicos no atendimento do Pronto-Socorro. À esquerda da porta de entrada da emergência há uma parede, onde quase sempre se encontra encostada uma ou duas macas com pacientes tomando soro ou alguma medicação ou ainda aguardando avaliação para liberação. É importante observar que estes pacientes não estão “internados” na emergência, isto é, não são de responsabilidade das equipes médica e de enfermagem que se distribuem pelas salas de emergência clínica e trauma. Foram atendidos pelos médicos que ficam de plantão em dois consultórios localizados logo a seguir – espaço denominado Pronto-Socorro – e encaminhados para medicação.

De todo modo, trata-se de um espaço inadequado para a permanência dessas macas ou cadeiras de roda, pois sendo a entrada da emergência, é passagem de um fluxo muito grande de pessoas - pacientes, acompanhantes que se dirigem ao serviço social, funcionários. Neste espaço, encostadas na parede, também já observei, por umas duas vezes, macas com pacientes chamados, pelas equipes em geral, de “casos sociais” (população de rua, desnutridos, desidratados, alcoólatras etc) que não chegam a ser internados, mas o hospital parece manter uma conduta ambivalente com eles, porque não se caracterizam como casos agudos, de emergência de fato, mas demandam algum tipo de cuidado. Como geralmente é difícil – por várias razões - a transferência desses casos para outras instituições, muitas vezes, em parte por pressão do serviço social, acabam ficando alguns dias na emergência. Alguns desses

¹² Os pacientes que chegam de ambulância, quase sempre em macas, entram, como já observado, por uma outra porta, que se abre diretamente para os fundos do pátio e dá acesso ao corredor central da emergência, à esquerda, e ao setores de diagnóstico por imagem, laboratório e ambulatório, à direita.

casos chegam a “dar entrada” na emergência e, juntamente com pacientes idosos, pobres, com alguma doença crônica e para os quais também é difícil conseguir transferência para outras unidades, contribuem para a quase rotineira superlotação dos corredores da emergência.

Outro tipo de caso freqüente e tratado muitas vezes pela equipe como “casos sociais” são os pacientes tuberculosos, também pobres, que dão entrada na emergência por uma descompensação ou deficiência geral de seu quadro clínico e que o hospital, após as intervenções pertinentes, não consegue transferi-los para os serviços especializados, que em geral obedecem a protocolos rígidos e/ou também se encontram superlotados. Em um desses casos, relatado pelo próprio diretor, o paciente acabou permanecendo várias semanas na emergência porque se recusava a fazer o exame de escarro – uma das exigências do serviço especializado que o receberia – pois tinha medo, segundo o diretor, de sair do hospital e perder a cama e a comida. Agravando ainda mais a situação e tornando o cenário quase que dantesco, a emergência do hospital possui apenas 1 leito de isolamento e por mais de uma vez ouvi queixas de profissionais a respeito da permanência, nos corredores da emergência e na sala de repouso, de pacientes tuberculosos “multi-droga-resistentes”. Na sala de repouso, as únicas medidas possíveis para prevenir a transmissão – e de eficácia obviamente bastante duvidosa – é a colocação de um biombo separando o leito desse tipo de paciente dos demais, e a abertura das janelas basculantes que estão voltadas para o pátio de entrada da emergência/SPA, retirando também a privacidade dos pacientes.

Ao final do hall onde se localizam a hipodermia e o serviço social, existe, à esquerda, uma porta larga, de vai-vem, que dá acesso a um pequeno corredor onde se localizam, à direita, dois consultórios: um de pediatria, com duas mesas para médicos e um de clínica geral. Em geral há sempre uma fila de pacientes, em torno de cinco ou seis, em média, na porta do consultório de clínica médica. São pacientes considerados pela triagem como mais urgentes e que não poderiam esperar pela consulta no SPA. Não há, no entanto, nenhum banco ou cadeira onde possam se sentar. Os mais graves ou debilitados aguardam em cadeiras de rodas, ou até sentados no chão, quando as cadeiras são insuficientes para a demanda.

Este pequeno corredor termina no longo corredor principal da emergência que tem, na extrema esquerda, a porta de acesso ao “repouso”, isto é, uma espécie de enfermaria de curta permanência, precedida por um posto de enfermagem, onde ficam os pacientes transferidos da GE (grande emergência – clínica) ou da sala de trauma, que carecem ainda de alguma observação ou cuidado antes da alta. Na prática, no entanto, o repouso acaba se transformando

numa enfermaria de fato, ocupado por pacientes que, atendidos na emergência, demandam internação e não podem “subir”, isto é, ser transferidos para as enfermarias, no segundo andar, pela superlotação destas e as inúmeras dificuldades – algumas internas ao hospital, outras relativas a deficiências da rede - de se conseguir um maior “giro” dos leitos.

Antes da entrada do repouso, à esquerda, está a sala de atendimento da ortopedia. Ali ficam os médicos plantonistas e também os gesseiros. A porta da ortopedia também é um local onde se costumam observar pacientes aguardando, em pé, o atendimento.

Na outra extremidade do corredor principal da emergência fica, como já observado, a porta dupla que dá acesso ao saguão da entrada principal do hospital, onde estão as salas da direção e principais setores administrativos. Da sala da ortopedia até lá o caminho é longo e difícil, passando-se pelas principais dependências da emergência e suas macas pelos corredores.

Assim, caminhando no sentido da porta de acesso à direção do hospital temos, à direita: a sala de emergência pediátrica, seguida pela sala da chamada GE. Após esta, o corredor é interceptado pelo corredor de acesso dos pacientes que chegam de ambulância. Continuando, temos a sala de trauma. Essas são as principais salas da emergência. Cada uma delas comportaria, com razoáveis condições de trabalho, em torno de seis a oito leitos. No entanto, com exceção da emergência pediátrica, estão invariavelmente superlotadas, especialmente a sala da GE, com macas colocadas entre os leitos e na parede oposta, chegando a obstruir o espaço de circulação, e “transbordando” para fora da sala, acumulando-se ao longo de todo o corredor.

Continuando por este corredor, após a sala de “politrauma”, está a sala do serviço responsável pelo registro e emissão de documentação sobre pacientes, como atestados de óbito, declarações, etc, e pela estatística de atendimentos. A localização deste serviço nos corredores da emergência contribui para tornar ainda mais confuso e inadequado o fluxo de pessoas em seus corredores. Pacientes egressos da internação ou familiares de pacientes, entre outros, afluem cotidianamente ao serviço, passando por toda a extensão do corredor, em meio às macas com pacientes, funcionários, médicos e enfermeiros que muitas vezes precisam correr para intervir em casos graves de trauma que acabam de chegar ou complicações e paradas cardíacas na GE.

Após a sala do serviço de documentação e registro, há duas salas de repouso médico (masculino e feminino).

Do outro lado esquerdo do corredor principal da emergência, a partir da extremidade onde se localiza o repouso ou enfermaria de curta permanência, encontram-se: a sala de cirurgia buco-maxilo-facial; uma sala de material da enfermagem; a sala destinada à supervisão administrativa do hospital, onde se realiza, entre outros, o controle das saídas das ambulâncias próprias do hospital e comunicação telefônica externa, com outras unidades da rede - nesta sala também são guardadas as chaves de todas as dependências do hospital, portanto é uma sala muito freqüentada pelo pessoal da limpeza e outros funcionários que acabam, assim, por incrementar o fluxo de pessoas pelos corredores da emergência. A seguir, há um elevador, de acesso de pacientes para o centro cirúrgico e enfermarias, e logo o posto de enfermagem, localizado a meio caminho e de frente para o outro corredor que vem do acesso das ambulâncias e é perpendicular ao corredor principal. Do posto de enfermagem se chega rapidamente às salas da GE e do Trauma, que ficam, respectivamente, à direita e à esquerda, do outro lado do corredor principal e separadas pelo corredor das ambulâncias. Depois do posto de enfermagem, está a sala de sutura, seguida das salas de coordenação da emergência e de supervisão e repouso da enfermagem e de uma sala de estar de médicos, com dois sofás e um aparelho de televisão.

O corredor da emergência foi meu caminho rotineiro durante todo o tempo da pesquisa, mesmo quando não estava observando a emergência. Utilizava-o, assim como todos os funcionários, para me deslocar entre o SPA e a direção do hospital. Era o caminho mais curto. Apesar de conhecê-lo bem, passar por ali sempre me causava mal estar. Nunca consegui caminhar muito devagar por entre tantas macas com pacientes gemendo ou parecendo padecer de falta de cuidado, alguns às vezes sem um lençol que lhes cobrisse, ou um cobertor nos dias de frio, alguns de fralda, idosos, com cheiro de urina. Segundo um médico, que há muitos anos chefia de um dos plantões da emergência, a população ali atendida é “(...) *uma clientela de baixo nível cultural, social e completamente maltratada, socialmente e aqui no hospital ... (onde) são jogados numa maca sem coberta ... comem sem talher, como bichos, tendo que cortar a carne com os dentes ...*”¹³ Segundo este médico, a situação da população é tão adversa que aceitam aquela comida e buscam abrigo no hospital. “*Vão ficando por aqui ...*”

¹³ Na época em que esta entrevista foi realizada, a empresa que fornece a alimentação havia suspenso o fornecimento por falta de pagamento e o hospital estava recebendo a alimentação de outro órgão público, com problemas. De todo modo, o fornecimento normal de refeições na emergência é feito em embalagens de alumínio – “quentinhas” – e com apenas uma colher, para os pacientes que podem se alimentar sozinhos.

A carência generalizada da população vem, assim, “desembocar” na emergência do hospital e, associando-se às insuficiências do próprio serviço e da rede pública em geral, produz, nas salas e corredores da emergência, um cenário bastante duro de se ver. Em dias de superlotação muito acima da média (porque a superlotação é uma constante na emergência, variando apenas o número de macas com pacientes pelos corredores), cheguei a contar mais de vinte macas ao longo dos corredores, além das que ficavam espremidas entre os leitos das salas de “politrauma” e grande emergência, onde pacientes graves assistem a outros, mais graves, serem submetidos a manobras invasivas ou virem a falecer e depois serem “empacotados” pela enfermagem, responsável por “fazer o corpo”, como se diz na linguagem dos hospitais.

Num desses dias, eu estava no balcão da recepção e a recepcionista volante me perguntou se eu já havia visto a emergência naquele dia e me convidou a acompanhá-la, comentando que estava tão lotada que havia “*corredor A, corredor B e corredor C*”. Referia-se à forma como a enfermagem havia “organizado” o espaço dos corredores onde estavam as macas – à direita, à esquerda e a frente do posto de enfermagem - facilitando sua localização e a organização de seu processo de trabalho. Segundo esta recepcionista – o que foi confirmado posteriormente num depoimento de uma supervisora de enfermagem - o critério de distribuição das macas era o da gravidade do caso: quanto mais grave, mais próximo do posto de enfermagem.

Nesses dias de superlotação, também as macas escasseiam. Uma mulher veio saber notícias de um primo, que havia sido internado na grande emergência na véspera, às 10:00 hs, e “ (...) *até às oito da noite ainda estava numa cadeira*” porque não havia macas. Em outra ocasião, presenciei o seguinte diálogo entre duas acompanhantes de pacientes que se encontraram nos corredores da emergência: “*Quer a maca do meu pai?* (presumi que estava de alta) *Não, obrigada, acho que agora a gente já está indo embora, graças a Deus!*”

Em outra oportunidade pude também acompanhar uma paciente que deu entrada na emergência trazida pelos bombeiros com um deslocamento de rótula. Não havia macas disponíveis no hospital e a moça estava imobilizada, na maca dos bombeiros, com muita dor. Não suportava o mínimo movimento. Os bombeiros tiveram que levá-la até a fila para o RX, após o atendimento com o ortopedista, e ficaram aguardando na fila. Um dos bombeiros teve que sair a procura de uma maca, pelos corredores do hospital, e conseguiu uma, sem colchão e ainda com um algodão sujo sobre ela. Transferiram a moça para a maca e só então puderam ir embora.

Em outro dia de emergência lotada, pude observar a seguinte cena: um paciente aguardava na cadeira de rodas. Uma das macas do corredor foi liberada e logo o paciente foi chamado para ocupá-la. Não foi feita nenhuma limpeza/desinfecção do colchão sobre a maca (que tinha apenas o colchão, sem lençol). O maqueiro, provavelmente preocupado com isto, virou o colchão para o outro lado, que, no entanto, estava mais sujo ainda. O paciente desocupou a cadeira e veio para a maca, mas não se deitou. Permaneceu sentado e também não reclamou. Talvez porque estar numa maca, do ponto de vista do imaginário sobre a gravidade do caso e o tipo de cuidado necessário, signifique uma situação “melhor” do que a cadeira: a possibilidade de receber mais cuidados ou atenção.

O corredor é estreito, para o fluxo de um serviço de emergência, e, com o intenso movimento, as pessoas passam bem próximas às macas. Fico imaginando o efeito que passar diariamente pelo corredor da emergência, durante anos seguidos, pode produzir no psiquismo de um funcionário do hospital. As pessoas passam aparentemente indiferentes aos gritos dos pacientes mais agitados, ecoando nos corredores, às lamúrias, gemidos e acenos dos pacientes nas macas encostadas nas paredes dos corredores. É como se os pacientes adquirissem certa invisibilidade.

Esse negócio de solidariedade é difícil ... Você já viu esse pessoal aí largado nas macas no corredor? Ninguém olha para a sua cara! Você chama e ninguém atende ... São tratados como lixo humano. Hoje passei por ali e fiquei imaginando: e se fosse eu, largada ali, sem ninguém para socorrer? (depoimento de uma médica, pediatra, plantonista da emergência, ao ser informada dos objetivos da minha pesquisa).

Situações como esta, de identificação do profissional com o paciente, ocorrem, mas não parecem ser dominantes.

É preciso reconhecer também o quanto a insuficiência de pessoal e as deficiências materiais do serviço frente à sobrecarga da demanda contribuem para a “invisibilidade” e o desamparo dos pacientes. Em um dos plantões com grande superlotação, uma moça veio reclamar, muito indignada, com um dos médicos da emergência - e mais tarde comentou com outra senhora na recepção – porque seu pai, que estava na GE, havia caído no banheiro sem que ninguém visse. Antes, segundo ela, havia chamado muito por ajuda para ir ao banheiro, sem sucesso. *“Chamou muito e ninguém ... se levantou sozinho, andou pelo corredor ... um monte de gente no balcão da emergência (posto de enfermagem) e ninguém viu!”*

Pelas características da planta física do hospital e da localização de seus serviços, os corredores da emergência são, como já observado, locais de fluxo intenso de pessoas e, muitas vezes, inadequadamente. Há uma sensação entre os profissionais de um permanente descontrole, de uma invasão. O barulho também é intenso. *“Isto aqui está tudo errado! (...) Passa tudo pela GE!”* (de uma médica plantonista da emergência) *“Esta m ...! Isto é a casa da mãe Joana! (...) pista de corrida!”* (de uma enfermeira, reclamando da aglomeração de pessoas no corredor).

De todo o cenário da emergência e do SPA, como principais portas de entrada do hospital, sobressai a aflição e angústia dos que esperam por atendimento - sem a certeza de que vão obtê-lo ou de quando vão obtê-lo - a angústia dos que esperam por notícias de seus parentes ou amigos atendidos, a angústia e sofrimento dos profissionais, impotentes, na maioria das vezes, para dar conta de uma demanda muito além da capacidade do hospital - uma demanda de uma população carente em extremo, que busca no hospital muito mais do que a prestação de um serviço de saúde, uma população cuja precariedade das vidas e desamparo muitas vezes têm a forma de sujeira, mau cheiro, maus tratos, fome, feiúra, tristeza, passividade e, também, agressividade.

Até que ponto este cenário é capaz de mobilizar, entre os profissionais, atitudes de cooperação, de solidariedade e de cuidado para com os pacientes? Até que ponto, neste cenário, são possíveis processos identificatórios que permitam, por parte dos profissionais, o reconhecimento, na precariedade dos pacientes, de sua própria precariedade, favorecendo, como observaria Birman (2000), o laço fraterno? Que mecanismos defensivos são gerados para fazer face ao sofrimento que o trabalho na emergência e no SPA provoca e que conseqüências apresentam para as possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado com o outro? O que liga os profissionais ao hospital e a este trabalho na emergência/SPA, em particular, mantendo-os, como alguns médicos e enfermeiros que conheci, por 10, 15, 20 anos ou mais no serviço, a despeito da reconhecida alta rotatividade das equipes da emergência e dos pedidos freqüentes de transferência para outros setores?

Essas são algumas das perguntas que a observação da dinâmica de funcionamento da Porta de Entrada do hospital me suscitaram. Explorar tais questões pressupõe, acredito, entre outras coisas, examinar a conformação do imaginário, no sentido dado por Enriquez (1997a) e outros psicossociólogos (Giust-Desprairies, 2002), compartilhado pelos profissionais, sobre o hospital, seu trabalho e a população ali atendida, bem como perguntar, com relação ao trabalho no hospital, pelos destinos da idealização, da ilusão e da crença (até que ponto ainda

são possíveis em meio a tanta adversidade?) - mecanismos sem os quais, como também observa aquele autor (Enriquez, 1997a;2001), o laço social e a vida nas instituições seria impossível.

Numa linha de argumentação próxima, a perspectiva trazida por Kaës (1989) nos convida ao exame das questões acima destacadas a partir do exame, na organização hospitalar, de formações intermediárias e espaços comuns da realidade psíquica “(...) *fomentados, produzidos e gerenciados pela instituição a partir das contribuições e dos investimentos que ela exige de seus sujeitos (...)* (e, igualmente) *os interesses e benefícios que aí encontram, o prazer e o sofrimento que aí experimentam (...)*” (Kaës, 1989:32). Tais formações intermediárias se constituem entre o espaço psíquico do sujeito singular e o espaço psíquico constituído pelo seu agrupamento na instituição. Não pertencem propriamente nem ao sujeito, nem ao agrupamento, mas à sua relação. Uma característica marcante dessas formações é a reciprocidade que induzem entre os elementos que ligam, a comunidade que selam através de pactos, contratos, consensos inconscientes. Kaës chama a atenção para a importância de mecanismos como a ilusão, os pactos denegatórios, os contratos narcísicos, assim como o mito, a ideologia, a utopia – ao mesmo tempo, formações intermediárias estruturantes e defensivas, cujo excesso tanto quanto a falta são fontes de intenso sofrimento psíquico. “*Sofremos com o excesso da instituição, sofremos também com sua falha, com seu fracasso para garantir os termos dos contratos e dos pactos, para tornar possível a realização da tarefa primária que motiva o lugar dos sujeitos no seu seio.*” (Kaës, 1989:51)

Um outro eixo importante de análise do material empírico é, assim, como já havíamos pontuado, a relação entre trabalho, prazer e sofrimento psíquico e suas conseqüências para as possibilidades de cooperação, de solidariedade e de cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde. Aqui, a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, de Christophe Dejours, é central e da qual destaco as discussões que o autor realiza sobre a problemática do reconhecimento e da transgressão no trabalho (Dejours, 1999), processos intersubjetivos que estão na base, a meu ver, juntamente com a identificação, a idealização, a ilusão e a crença, das possibilidades da cooperação, da solidariedade e da produção do cuidado em saúde.

3.3 Estratégias de Investigação: escolhendo caminhos para entrar no hospital

Ao escolher o hospital estudado como campo de investigação, ainda não tinha claro o recorte que daria no objeto ou problemática do estudo nem ao próprio desenho metodológico, isto é, os caminhos ou estratégias de investigação.

Entre os serviços, sabia que queria investigar a realidade hospitalar – de preferência a de um hospital geral, com emergência - e não a de um centro de saúde ou outro tipo de unidade, por estar convencida que nos hospitais, dada a adversidade do contexto em que estão inseridos e os dramas cotidianos que batem em suas portas, os desafios do coletivo e da solidariedade me pareciam bem maiores. A experiência, de duração de aproximadamente dois anos, que havia recentemente terminado de coordenar, juntamente com mais dois colegas da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz¹⁴, de um grupo formado por diretores de hospitais públicos, centrado na análise das relações entre os processos intersubjetivos e as práticas gerenciais (Sá;Azevedo, 2002), com certeza ainda me influenciava bastante, pela intensidade das imagens e metáforas trazidas pelos diretores sobre os hospitais e seus trabalhos, e principalmente pelo sofrimento psíquico que manifestavam, diante de uma realidade tão dramática e de sua baixa governabilidade sobre ela.

Fora a certeza de que queria estudar um hospital, não tinha ainda clareza sobre que aspectos da realidade ou dinâmica hospitalar deveria concentrar meu estudo. Esta situação me levou a decidir começar a pesquisa pela realização de um estudo exploratório, que me auxiliasse no melhor recorte da problemática e no desenho do estudo. Assim, a escolha do hospital estudado teve como preocupação inicial sua adequação como campo de um estudo exploratório, que poderia dar origem, por exemplo, a uma pesquisa comparativa ou a um estudo de caso. Entre os critérios para sua escolha, alguns mais “objetivos” ou pragmáticos, outros mais subjetivos ou pessoais.

Entre os primeiros, destaco o critério de buscar hospitais cujas experiências de gestão demonstrassem maior preocupação com a modernização/democratização dos mecanismos e processos gerenciais e melhoria da qualidade da assistência, pois isto facilitaria o diálogo e a receptividade para a pesquisa, eu supunha. Neste aspecto gerencial, o próprio grupo de diretores, com os quais havíamos convivido por 2 anos na experiência do “laboratório”, era uma boa amostra – e uma porta já aberta. Entre os segundos critérios, devo confessar que minha pouca intimidade com a realidade hospitalar na época¹⁵ me fez concentrar a escolha

¹⁴ Creuza da Silva Azevedo e Francisco Campos Braga Neto, sob a supervisão de Jorge de Campos Valadares, psicanalista, também da ENSP/Fiocruz.

¹⁵ Grande parte da minha experiência na área de planejamento e gestão de serviços de saúde se deu no nível central das instituições onde trabalhei antes de ingressar na vida acadêmica.

entre os hospitais de média complexidade e porte, imaginando que, com isto, poderia tornar um pouco menos pesado o desafio de explorar esta realidade já tão complexa e adversa.

Iniciei então a pesquisa, em maio de 2002, com os primeiros contatos com a direção do hospital escolhido: um hospital geral, público, com emergência, num subúrbio do Rio de Janeiro, cuja ex-diretora havia participado do grupo de diretores de hospitais, acima referido, e o atual diretor (ex-diretor médico do hospital), na época em início de gestão, também já nos conhecia, por sua participação como aluno de um dos cursos oferecidos pela ENSP/Fiocruz.

A primeira reunião que tive no hospital foi com toda a equipe de direção e chefias médicas e de serviço, quando me apresentei e também a proposta de pesquisa, ainda estudo exploratório. De um modo geral, nesta reunião e nos contatos posteriores com a equipe, pude perceber que a temática da pesquisa, apresentada na época como a questão dos limites e possibilidades do trabalho coletivo e da solidariedade nos serviços públicos de saúde, gerava uma certa mobilização nas pessoas, que se reconheciam nas avaliações preliminares que eu trazia sobre os processos de individualismo e de banalização do sofrimento alheio na sociedade e, particularmente, nos serviços de saúde. A dificuldade maior, no entanto, era apresentar, com clareza, de forma acessível e apenas o suficiente para que compreendessem melhor a pesquisa, a perspectiva teórico-metodológica da psicossociologia e sua interface com o campo da gestão, este último referência mais conhecida para a maioria e com a qual me identificavam, enquanto professora da ENSP.

Percebi também, de modo mais intenso no início, mas ao longo de toda a pesquisa, uma certa expectativa de que a mesma pudesse “ajudar a melhorar” o hospital, trazer contribuições. Também aprendi, ao longo da pesquisa, que colocar os sujeitos ali no hospital em situação de pesquisa, isto é, me apresentando a eles como pesquisadora, falando dos objetivos da pesquisa, entrevistando-os ou simplesmente observando-os em situações de trabalho e convivência no hospital, também produzia ou “reativava” nesses sujeitos demandas de escuta e fantasias com relação ao outro que eu representava e que se constituíram em importante material de análise.

O **estudo exploratório** foi realizado então entre final de **maio e novembro de 2002** e consistiu das seguintes atividades:

- Participação em **6 reuniões com a equipe de direção** (1 com a equipe de direção ampliada; 1 com o Coordenador da Emergência e a Gerente da Porta de Entrada; 1 reunião com o Diretor; 1 reunião com a Diretora de Divisão Médica; 1 reunião mensal

ordinária das chefias médicas; 1 reunião quinzenal ordinária da Gerência/Colegiado de Direção)

Essas reuniões tiveram por objetivo obter dados e informações gerais sobre o hospital, seu perfil, capacidade instalada, quadro de pessoal, principais projetos em andamento, principais problemas, dados sobre a demanda, dinâmica geral de funcionamento dos vários setores, organograma, principais mecanismos e processos gerenciais. Também nestes contatos, defini, junto com a equipe de direção, a sequência dos setores do hospital que percorreria no estudo exploratório, tendo decidido iniciar, por sugestão de alguns da equipe (sugestão que, posteriormente, com ajuda da orientação, pude perceber se tratar de uma demanda implícita de intervenção) pela “*principal porta de entrada do hospital*”: a emergência, incluindo a equipe do projeto Porta de Entrada que atua naquela entrada (emergência/SPA).

- Realização de **13 entrevistas com profissionais da Emergência e do Projeto Porta de Entrada** (6 médicos, 3 enfermeiros, 2 assistentes sociais; 2 recepcionistas)

A escolha dos entrevistados seguiu um caminho aleatório. Inicialmente pedi ao Coordenador da Emergência e à Gerente da Porta de Entrada que me indicassem alguns profissionais das várias categorias. Depois, pedi ao próprios entrevistados que me indicassem outros.¹⁶

Com essas entrevistas, objetivei obter uma primeira aproximação do imaginário hospitalar, a partir da visão dos profissionais. Foram entrevistas abertas, seguindo um desenho semi-estruturado, nas quais o entrevistado era convidado a falar, o mais livremente possível, sobre a temática organizada nos seguintes eixos: sua visão sobre o hospital; o seu trabalho no hospital; e a população atendida.

Estas entrevistas não foram gravadas, porque achei que, no início do estudo, isto pudesse trazer certa inibição aos entrevistados, mas foram registradas com bom nível de detalhamento, incluindo a reprodução de muitas falas.

- Realização de **18 entrevistas com profissionais das enfermarias** (pediatria, clínica médica e ortopedia), sendo 8 médicos, 4 enfermeiras e 6 auxiliares de enfermagem.

Essas entrevistas seguiram o mesmo desenho e estratégia das anteriores. A diferença é que foram gravadas, mas não foram transcritas na íntegra. Trata-se de material parcialmente

¹⁶ As entrevistas, nesta fase e nas posteriores, seguiram as orientações do Conselho Nacional de Saúde sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil/CNS, 1996) e foram obtidos termos de consentimento informado dos entrevistados e dos pacientes observados, cujos modelos se encontram no Anexo C.

trabalhado. Ocorreu que, paralelamente a essas entrevistas, fui iniciando uma avaliação preliminar do material já levantado (registros de reuniões e entrevistas com o pessoal da emergência e Porta de Entrada). Esta avaliação me levou a concluir sobre o caráter estratégico da Porta de Entrada, (particularmente a entrada do SPA e da emergência), para o hospital e também para as questões que me guiavam a pesquisa.

A importância da Porta de Entrada do Hospital revela-se quando se considera, por exemplo, que é neste espaço em que se dá a primeira leitura, a primeira interpretação e a validação (ou negação), pelo serviço, do que a população traz como problemas de saúde, com importantes consequências não apenas sobre o primeiro atendimento, mas para toda circulação do paciente no sistema. Como observa Teixeira (2003), a recepção do usuário nos serviços constitui-se em espaço primordial de investigação, elaboração e negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

No hospital estudado, a Porta de Entrada apresenta uma dupla condição que, a partir do estudo exploratório, pude constatar. Por um lado, é na Porta de Entrada que se manifestam as principais características das condições materiais e da dinâmica de funcionamento e de gestão do hospital como um todo, com seus limites e contradições. Por outro lado, a forma de funcionamento e a qualidade do trabalho realizado na Porta de Entrada impacta sensivelmente, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, a capacidade e as características da assistência prestada pelos demais setores do hospital, com reflexos também em outras unidades da rede.

Desde o estudo exploratório, me pareceu que a Porta de Entrada, enquanto “projeto”, constitui-se simultaneamente em um *vir a ser*, algo em construção, estruturante, e também em um *entre, ligação e ruptura, entre o fora e o dentro* do hospital (definição de quem entra/é aceito e para que tipo de atendimento e quem deve ser encaminhado para outro serviço, distinção entre profissionais “lá de dentro e aqui de fora”, “do quadro” e “contratados”¹⁷, etc.). Neste sentido, a categoria de “intermediário” em Kaës é particularmente útil para análise. Outras questões importantes que se destacaram logo a partir do estudo exploratório foram as problemáticas do reconhecimento, da identificação, do sofrimento psíquico (Dejours) e do sofrimento ético-político (Sawaia).

¹⁷ Como discutiremos adiante, os profissionais que trabalham na Porta de Entrada não são funcionários públicos, estatutários, mas prestadores de serviços – situação que parece gerar uma certa cisão tanto do ponto de vista material, em termos de direitos trabalhistas diferenciados, quanto do ponto de vista psíquico, com demandas de reconhecimento não atendidas.

Assim, no final de 2002, tomamos a decisão (tendo-a submetido também à direção do hospital, que se manifestou bastante favorável) de recortar o projeto de investigação na Porta de Entrada do Hospital, especificamente nas portas do Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) e Emergência. As entrevistas nas enfermarias foram encerradas e desisti de percorrer outros setores do hospital, como ambulatório e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Deste modo, o material levantado nas enfermarias só foi parcialmente trabalhando, procurando-se extrair apenas as questões relativas à Porta de Entrada e ao imaginário organizacional.

A pesquisa na Porta de Entrada se iniciou então em 2003, tendo sofrido muitos atrasos em virtude, principalmente, de uma greve que paralisou os hospitais da rede pública a qual o hospital pertence e que durou quase 5 meses (janeiro a maio de 2003) e de duas crises político-gerenciais importantes no hospital. No início de 2003, todos os diretores de hospitais públicos da rede a qual pertence o hospital estudado foram exonerados e posteriormente confirmados nos cargos cerca de 3 meses depois. O diretor do hospital estudado ficou respondendo informalmente pelo hospital e só depois foi reconduzido ao cargo, junto com os demais, situação que gerou grande insegurança em toda a equipe a respeito da continuidade dos projetos.

Em janeiro de 2003, o diretor do hospital havia substituído a gerente da Porta de Entrada, que por sua vez estava havia apenas 1 ano no cargo. Um ano depois, em janeiro de 2004, nova crise na Porta de Entrada leva à saída da terceira gerente, nomeação de outra que, no entanto, não se sustenta por mais de 3 meses, tendo sido reconduzida ao cargo a gerente anterior. No início de 2004 o hospital também mudou o seu Coordenador de Emergência e a Diretora da Divisão Médica/Vice-Diretora. Estas questões serão melhor discutidas na análise do Projeto de Humanização da Porta de Entrada, sua dinâmica de funcionamento e seu lugar no hospital, particularmente no imaginário organizacional. No momento cabe destacar que tais crises e reorientações no hospital e no Projeto Porta de Entrada também tiveram, obviamente, implicações sobre a velocidade da pesquisa.

Assim, a pesquisa propriamente dita foi realizada de **março de 2003 a março de 2004**, tendo consistido das seguintes estratégias de investigação:

- **Reuniões com equipe de direção** (Diretor, Diretora Médica, Coordenadora da Emergência, Gerente de qualidade, Gerente da Porta de Entrada), totalizando **17 reuniões**,
- **observações participantes** na recepção do SPA e da Emergência, na triagem da enfermagem, no registro de pacientes, na espera (filas e sala de espera), nas

dependências do SPA e da Emergência e na dinâmica geral de funcionamento desses setores, totalizando **18 observações**, com duração média de 4 horas cada.

- Observações dos atendimentos prestados aos pacientes através de uma estratégia de observação que denominei “**observação longitudinal de pacientes**” e que consistia em acompanhar um paciente, com seu consentimento informado¹⁸ e com permissão dos médicos diretamente envolvidos, desde sua chegada no SPA/emergência até sua saída.). Foram observados longitudinalmente **9 pacientes**; e
- realização de **4 entrevistas em grupo**, envolvendo **7 profissionais** da Porta de Entrada e Emergência. Nessas entrevistas, gravadas, com tempo pré-definido de aproximadamente 1 hora, solicitava-se aos profissionais que falassem o mais livremente possível sobre a Porta de Entrada (e o Projeto de Humanização da Porta de Entrada); sobre seu trabalho na Porta de Entrada e sobre a população atendida. Algumas questões mais específicas surgiram a partir do movimento dos próprios entrevistados, me levando a retomar suas falas e retorná-las, por exemplo, sob forma de perguntas, como: “O que seria a Porta de Entrada ideal para você, então?” ou ainda, resumindo e retornando para os entrevistados, ao final da entrevista, as principais questões e/ou impressões que dali emergiram e buscando escutar suas reações sobre este material devolvido. Foram previstas 5 entrevistas, mas realizadas apenas 4, sendo: a primeira, da qual participaram 1 enfermeiro e 2 enfermeiras; a segunda, da qual participou apenas 1 médica da emergência; a terceira, da qual participaram 1 médica da emergência e 1 assistente social da Porta de Entrada; e última, da qual participou apenas 1 enfermeira. As demais categorias (recepcionistas, maqueiros, funcionários do registro) foram exaustivamente convidados, mas não compareceram. Cabe lembrar que estas entrevistas se deram durante a última crise político-gerencial do Projeto, quando a gerente que havia saído no final de 2003 reassume em março de 2004 a gerência.

De modo mais detalhado, assim se distribuíram as atividades de pesquisa e respectivos quantitativos:

¹⁸ Modelo também em anexo (Anexo C). Também obtive, para toda a pesquisa, autorização formal do hospital e do nível central de governo, na área de saúde, ao qual está subordinado. O modelo (sem a identificação da instituição) também se encontra em anexo e nele foram explicitados os objetivos, procedimentos metodológicos e condições gerais de realização da pesquisa.

a) De dezembro/2002 a junho de 2003:

- **1 reunião com o diretor**, (ainda em dezembro de 2002), para expor a proposta de recorte do projeto de investigação na Porta de Entrada
- (greve nos hospitais da rede: de janeiro a maio de 2003)
- **6 reuniões com a gerente de Qualidade e a Gerente da Porta de Entrada** (obtenção de dados sobre o projeto, histórico, documentos, conhecimento da proposta de reestruturação e discussão das estratégias de investigação) (18/03 a 06/06/2003)
- **1 observação/participação** na festa de aniversário do hospital

b) De junho a agosto de 2003:

(observações das rotinas, processos de trabalho e dinâmica de funcionamento da recepção do SPA e da emergência e da triagem de enfermagem)

- **5 observações¹⁹ da recepção do SPA;**
- **3 observações da triagem da enfermagem no SPA e**
- **3 observações da recepção da emergência**

c) De setembro a novembro/dezembro de 2003:

- **1 reunião com diretor** e encontro informal com gerentes de Qualidade e da Porta de Entrada
- **1 reunião com diretor** e gerente de qualidade (estratégias da investigação/questões éticas) e uma conversa informal com chefe do Registro Geral
- **1 observação participante no setor de registro da emergência**
- (Mudança da gerente da Porta de Entrada - dezembro 2003)
- (Mudança do Coordenador de Emergência)

d) De janeiro a março de 2004:

- (Nomeação de novo Diretor de Divisão Médica)
- **2 reuniões com a nova gerente** da Porta de Entrada (atrasos/adiamentos) e encontros posteriores durante as observações participantes
- **1 reunião com a Gerente de Qualidade** (para discutir a crise na Porta de Entrada)

¹⁹ As observações participantes realizadas ao longo de toda a pesquisa tiveram a duração média de 4 horas (1 turno). Em duas ou três ocasiões cheguei a ficar um turno e meio no hospital, em geral para participar de alguma reunião após as observações da rotina. No dia em que observei o plantão noturno fiquei mais tempo.

- **1 observação participante no setor de registro de pacientes do SPA**
- (Demissão da nova gerente da Porta e recondução da anterior)
- **3 turnos de observações participantes no SPA** (incluindo observações “longitudinais” de pacientes)
- **3 turnos de observações da dinâmica de funcionamento da emergência** (grande emergência e trauma), incluindo uma observação “longitudinal” de paciente.
- **1 observação participante na emergência/SPA em parte do plantão noturno**
- **1 participação em reunião de direção com chefias** (sobre a crise na emergência/Porta de Entrada)
- **1 breve entrevista com o novo Diretor da Divisão Médica**
- **1 reunião com a nova Coordenadora da Emergência** (ex-diretora da divisão médica)
- encontros informais com a gerente de qualidade e a(s) gerente(s) da Porta.
- **Realização de 4 entrevistas**, previstas para serem em grupo, (gravadas) **com profissionais da Porta de Entrada/emergência.**
- **1 entrevista** (não gravada) **com a assessora do nível central de saúde**, responsável pelo Projeto de Humanização da Porta de Entrada dos Hospitais de Emergência daquela rede e que vem acompanhando o Projeto do hospital (piloto), desde 2001.
- **1 reunião final com o diretor** (para comunicar o encerramento do trabalho de campo e fazer uma primeira devolução informal de algumas questões, acertando o retorno ao hospital após conclusão da análise)

Além das entrevistas gravadas que foram transcritas, todo o material relativo às observações participantes, reuniões, entrevistas, etc, encontra-se registrado em um diário de campo (no início da pesquisa, manuscrito, e posteriormente passou a ser digitalizado, utilizando-se o caderno de campo apenas para registros pontuais e pequenas observações, no próprio campo, que posteriormente ajudavam a reconstituição do registro, em detalhes, em base digital).

Este material contém ainda observações sobre a minha “entrada” no hospital, estratégias de contatos com os vários atores/sujeitos da pesquisa, impressões, dúvidas, algumas eventuais dificuldades ou questões sobre as minhas implicações e relações com as situações vividas e com os sujeitos da pesquisa. Tais registros, que trazem a perspectiva

“contra-transferencial” da pesquisadora, foram igualmente importantes para jogar alguma luz, acredito, sobre a problemática central da pesquisa e como esta se manifesta nas diversas falas e cenas.

Assim, para a **análise do material empírico**, procurei empreender um esforço de “escuta” do material, buscando observar o que dele se destacava como principais **emergentes** que permitissem ir tecendo a análise – costura sempre frágil e interminável dos fragmentos recolhidos/recortados do real – de modo que algumas costuras ou laços entre empiria e teoria pudessem ser feitos, trazendo talvez novos sentidos para ambas. Dificílima tarefa. Em primeiro lugar, do ponto de vista epistemológico, porque se trata sempre de produzir um discurso sobre **singularidades**, às quais os conceitos abstratos não se deixam reduzir e nem, ao contrário, poderão ser capturadas e diluídas em sistemas apriorísticos de interpretação – sendo esta, a rigor, do ponto de vista da psicanálise, algo próprio/exclusivo do dispositivo analítico e do encontro intersubjetivo que ali se dá (Birman, 1991). Em segundo lugar porque, em se tratando de uma pesquisa psicossociológica sobre uma organização de saúde, não só o que está em jogo é a busca de **um sentido** (Levy, 2001) - outros possíveis, não necessariamente “ocultos” ou mascarados, mas seguramente inconscientes (Enriquez, 1997a) – mas o fato de que este se constrói sobre diferentes instâncias de análise das organizações (Enriquez, 1997a) onde estão em movimento não só processos primários, mas os secundários, igualmente importantes para a análise do fenômeno organizacional.

Como observa o autor,

Todo o comportamento implica pelo menos duas significações (pelo menos porque é sempre superdeterminado): a que a realidade histórica lhe dá e a que a realidade psíquica lhe fornece. Minha intenção se define: o objetivo não é encontrar o sentido oculto das instituições e das condutas, mas sim achar um outro sentido, (nem mais nem menos válido que o primeiro), assim como a outra cena na qual elas existem e o outro registro em relação ao qual elas se exprimem. (Enriquez, 1997a:28-29).

Assim, fazendo referência a Elliot Jacques, Enriquez observa, como exemplo, que se as estruturas das organizações são modalidades de defesa contra a ansiedade, elas também são a forma como a organização visa uma certa eficácia no trabalho, podendo favorecer também certo modelo de controle social. “Levar em consideração apenas um desses sentidos seria desfigurar os fenômenos estudados” (Enriquez, 1997a:28-29).

Trata-se, portanto, de projeto ambicioso o da Psicossociologia, e o próprio Enriquez (1997a) o reconhece. Do mesmo modo, André Lévy (2001) reconhece os desafios teóricos e epistemológicos que a perspectiva clínica apresenta, especialmente considerando as diversas dimensões do fenômeno organizacional e nos alerta para os riscos que o projeto “interdisciplinar” contém, enquanto ilusão de compreensão global do mundo, pretensão totalizadora do real.

Estas questões, todavia, se inserem numa discussão bastante difícil, interminada e interminável, e que nem de longe nossa pesquisa pretende dar conta, quando muito espero que os resultados da investigação contribuam para a continuidade do debate.

Deste modo, o que procurei fazer foi buscar definir não “categorias analíticas”, mas “argumentos de leitura”, como sugere Schraiber (1997), ou melhor, numa perspectiva clínica, de “escuta”, do material empírico produzido. Assim, tomando por referências as questões centrais da pesquisa – os desafios da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços de saúde – e alguns processos/formações psíquicos e sociais que, a meu ver, como pontuei nos capítulos teóricos, definem os limites e possibilidades daquelas (como as modalidades contemporâneas de subjetivação, os processos de identificação, de idealização e ilusão, a questão do sofrimento psíquico e a problemática do reconhecimento nos serviços de saúde), optei por iniciar a análise do material a partir da identificação, nas falas, diálogos e cenas cotidianas observadas, do “imaginário” (visões, representações psíquicas, metáforas, significações, fantasias, “mitos” e “histórias”) **sobre o hospital, o trabalho no hospital, sobre o Projeto de Humanização da Porta de Entrada**, particularmente sobre o **trabalho na Porta de Entrada** e também **sobre a população atendida**.

Estes foram inicialmente meus “argumentos de leitura” ou de “escuta” do material. A rigor, foram meus “argumentos” de recorte/produção do próprio material empírico, desde a organização das entrevistas, guiando também meu olhar e meus ouvidos o tempo todo em que participei da vida do hospital, porque acreditei que pudessem facilitar o encontro, ou “deslocamento”, em imagens próprias da singularidade daquela realidade hospitalar, entre as questões teóricas e minha problemática de pesquisa. A partir dessas imagens, produzidas por esses argumentos de leitura sobre o material empírico, outras imagens ou outros argumentos surgiram, emergentes já de uma certa análise do material, expressando o trânsito entre empiria e teoria, como o **desamparo**, aqui destacado, ou a “**carência**”, como será visto posteriormente, esta já como uma “categoria”, uma produção dos sujeitos da pesquisa que se destaca do conjunto de imagens e representações, cumprindo funções psíquicas – ou

evidenciando certos processos psíquicos - extremamente importantes para aquele conjunto intersubjetivo representado pelos trabalhadores do hospital, bem como para a compreensão da problemática aqui investigada.

Por fim, algumas observações mais pontuais. Para garantir a não identificação do hospital estudado, procurei omitir as referências ao nível de governo ao qual pertence o hospital. Além disso, visando tornar as reproduções das falas de funcionários sobre o hospital mais próximas ao coloquial, escolhi um nome para o hospital estudado, que passou a se chamar **Hospital João Silva**. Escolhi este nome, um nome simples, popular, em contraposição aos nomes de hospitais no Rio de Janeiro, em geral batizados com os nomes de políticos famosos ou médicos ilustres.

A outra observação diz respeito ao modo como me refiro à população atendida no hospital. Procurei sempre que possível utilizar a palavra **paciente**, usando o termo “usuário” em geral para quando não se tratassem de pacientes, mas de acompanhantes ou outros. Fiz esta opção pois acredito que é preciso (inclusive considerando a questão do cuidado) reabilitar o sentido atribuído ao termo “paciente” que, a meu ver, não necessariamente terá o sentido de passividade, de redução do outro a um objeto. Nas minhas leituras, aprendi que o termo paciente vem do latim “patior”, que significa “aquele que sofre” (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002). É assim, como um paciente, um sujeito que sofre e com uma demanda de alívio para seu sofrimento, que a população que bate à porta dos serviços públicos de saúde precisa ser vista. Retomar esta forma de olhar o outro que busca atendimento, acredito, pouparia muitos sofrimentos produzidos.

4. O IMAGINÁRIO ORGANIZACIONAL E O PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA

4.1 Uma Aproximação do Imaginário Organizacional: imagens, metáforas e significações sobre o hospital estudado

4.1.1 *Hospital do Passado e Hospital do Presente*

A despeito das dificuldades que o hospital enfrenta e das ainda muito precárias condições de atendimento, há praticamente um consenso entre os funcionários, pelo menos entre os mais antigos, quanto à melhoria significativa que o hospital teve, nos últimos dez anos, em suas condições materiais (instalações físicas, abastecimento, equipamentos), tecnológicas e do quadro de pessoal. Como já observado, o hospital, com quase sete décadas de existência, foi conhecido, durante muito tempo, pela fama de suas péssimas condições de atendimento. Tendo sofrido, na década de 90, uma importante reforma em suas instalações físicas, vem recebendo investimentos em equipamentos, como o mamógrafo e o tomógrafo adquiridos recentemente, incorporando outras especialidades em seu quadro de profissionais, e tem sido abastecido, de medicamentos e outros insumos, com maior regularidade.

Estas mudanças, embora não signifiquem uma transformação radical no quadro de extrema carência e precariedade que hoje ainda se verifica, cotidianamente, na Porta de Entrada do hospital – e que não se diferencia da realidade do restante da rede pública - têm possibilitado, sem dúvida alguma, um aumento da resolutividade e uma melhoria na qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital e contrastam, sensivelmente, com as imagens dramáticas do seu passado recente. No entanto, o que mais chama a atenção, em grande parte dos depoimentos colhidos, é a força da polarização das imagens que contrastam a extrema precariedade e caos do que poderíamos chamar um “hospital do passado” com um “hospital do presente”, considerado muito bom – “modelo”, até, para alguns, por referência à rede a qual pertence, com um prêmio de qualidade ganho recentemente - imagem que quase não “deixa” emergir, ou não deixa emergir com toda a sua intensidade, na fala de muitos

entrevistados, a insuficiência técnica, material e humana, o desamparo e o sofrimento que ainda habitam, de fato, o hospital do presente, dominando cotidianamente o SPA e o Serviço de Emergência.

Um dos médicos entrevistados, da Emergência, conta que quando começou a trabalhar no hospital era tudo muito difícil. *“Peguei o João Silva num momento muito ruim. Faltava material, faltava medicamentos ... durante dois anos eu era o único cirurgião na equipe no meu plantão.”*

Uma médica, pediatra, na época da pesquisa com 18 anos de hospital, lotada na enfermaria, mas dizendo já ter passado por todos os setores, incluindo Emergência e SPA, observa imediatamente, assim que lhe peço para falar do hospital:

Eu acho que o João Silva melhorou muito desde a época que eu estava aqui até agora ... eu acho que melhorou muito e vejo que está cada vez melhorando mais (...) em outras épocas a gente era mais limitado nesta questão de medicação, agora até tem, quando pede ... e alguns exames mais específicos que a gente é meio limitado ... mas tá melhorando, já está melhorando, a gente não tinha tomografia, tá chegando tomografia, a ultra a gente já tem ultra ...

Compara o hospital com outro hospital em que trabalha (privado) e diz que gosta muito mais do hospital estudado, pois não fica limitada aos convênios, pode internar quem precisa, não tem restrições de medicação e exames e também acha o pessoal do hospital, enfermagem especialmente, muito mais preparado. *“Eu gosto muito mais mesmo. Trabalho há dez anos no particular e aqui dá de dez a zero lá, no geral, com todas as precariedades que a gente tem, aqui é melhor ... a parte profissional, sabe?”*

Uma auxiliar de enfermagem, que na época da entrevista tinha 23 anos de trabalho na enfermaria de clínica médica, inicia sua entrevista dizendo que adora o hospital e destacando a dramaticidade da situação do passado com metáforas que remetem à morte e à deterioração: *“Porque eu trabalho aqui desde que isto aqui era um mausoléu! Isso aqui caía aos pedaços! Era luz sim luz não! Tinha que acender uma vela para dar medicação para os doentes! Entrei em 78 pra cá. Era horrível!”*

Um dos médicos da enfermaria de clínica médica masculina, com 20 anos de trabalho no hospital, conta que antes da reforma as enfermarias eram enormes. Havia enfermarias com mais de 20 leitos. Hoje as enfermarias têm de 3 a 6 leitos.

O hospital teve alguns períodos ... o período que nós chegamos aqui, tinha muita gente trabalhando, mas você não tinha remédio, quando eu cheguei aqui, acabava os remédios, ... você tinha que correr (...) tinha muita gente internada fora (fora de clínica¹), tinha gente internada em corredor², os extras ficavam no corredor da ortopedia, da clínica médica, era um caos total. Depois houve um período que isso acabou. Começou a ter mais medicamento ... mais organizado e tal. Agora o que aconteceu foi o seguinte: o hospital, o espaço físico é o mesmo e a população que procura ela foi aumentando de uma tal forma ... seja porque a população cresceu seja porque ela empobreceu também, não tem dinheiro para pagar um plano (...) Depois veio a privatização³, que aí foi um período de alguns meses também foi um caos total aqui.

Concluindo seu relato sobre a retomada da gestão do hospital após a experiência malograda de terceirização e das dificuldades que enfrentaram para recompor as equipes e reorganizar a rotina, observa:

(...) apesar dessa confusão toda que teve (...) não faltou medicamento (...) a ordem que nós recebemos é: ‘Não peçam à família para comprar nada, nem cotonete! Faz uma requisição, a Farmácia compra ...’ (...) os problemas foram aparecendo e foram sendo resolvidos, ... hemodiálise, que nós não tínhamos, conseguimos fazer um convênio (...) quando é de urgência a firma vem e faz aqui e depois então a gente faz contato com a Secretaria e eles vão encaixando ... ‘vai na clínica tal.’ (...) endoscopia que a gente não tinha, quer dizer, tinha mas vivia quebrado, tá funcionando (...) ultrassom nós não tínhamos, agora já sei que chegou um tomógrafo aí ... então você tá sentindo que há um envolvimento das pessoas no sentido de melhorar (...)

Para um hospital que no passado só contava, em termos de recursos diagnósticos, com um aparelho de raio X, não possuindo nem laboratório, poder fazer exames complementares é algo realmente diferencial, do ponto de vista concreto, na qualidade da assistência e por isso

¹ Internação “fora de clínica” é a expressão usada pelos profissionais da área hospitalar para designar a internação de um paciente em uma enfermaria diversa daquela adequada ao seu quadro clínico, o que ocorre em virtude da falta de leitos.

² Atualmente não há mais leitos/macass nos corredores das enfermarias, ainda que nos corredores da emergência esta seja uma situação cotidiana, como observamos.

³ Refere-se a uma iniciativa de terceirização da gestão/prestação de serviços de parte dos hospitais da rede pública no Rio de Janeiro, na segunda metade da década de noventa, que durou pouco tempo, mas que parece ter afetado profundamente os funcionários deste hospital, que se sentiram, e parece terem sido de fato, segundo depoimento de alguns médicos - “expropriados” de suas funções, de seu poder (a possibilidade de controle sobre os processos de trabalho e os destinos do hospital), de suas salas, e, em alguns casos, até de suas memórias (documentos que desapareceram juntamente com retratos de antigas chefias que ficavam nas paredes das salas de médicos).

digno de destaque no depoimento de alguns médicos, além, obviamente, do tomógrafo recém adquirido – ícone ou metonímia tecnológica, condensando, em várias falas, a melhor face do hospital:

O atendimento, vamos dizer assim, a gente faz assim o máximo que pode dentro dos nossos recursos. Tem melhorado bastante esses recursos que a gente vem recebendo. Já foi bem mais precário, ainda está aquém do que a gente gostaria, mas já melhorou bastante! Hoje a gente pode pedir assim ... exames complementares. Já temos até o nosso tomógrafo!” (de uma médica clínica geral, da enfermaria, com 26 anos de trabalho no hospital).

Uma enfermeira, da enfermaria de pediatria, na época da pesquisa com 18 anos de trabalho no hospital, faz o seguinte balanço das mudanças ocorridas nesse período:

Acho que o hospital melhorou muito nesses dezoito anos, acho que tem atendido ao que as pessoas procuram ... tem umas deficiências, acho que podia ser maior ... porque a população é demais ... a demanda é muita e o hospital não comporta, mas dentro do que a gente se propõe eu acho que é uma assistência boa, poderia ser melhor se tivesse melhores aparelhagens (...) mas já foi pior! Nesses dezoito anos melhorou muito em nível de assistência (...)

Mais adiante, referindo-se à reforma das instalações físicas, realizada na década de noventa, utiliza a expressão “nova roupagem”, reconhecendo, ao lado da melhoria “estética” do ambiente hospitalar, a manutenção de insuficiências tecnológicas e de recursos humanos, as obras incompletas e mal feitas, as coisas por fazer:

Realmente esta reforma que teve na época do (...) deu uma nova roupagem ao hospital, que o hospital era horrível, era sombrio, era cinzento era ... feio! Então eles fizeram esta cromoterapia, a parte de cromoterapia ... melhorou né, mas ficou esta deficiência ... de profissionais. Fizeram a UI, mas até hoje não tem médico para botar a UI para funcionar. Agora neste último concurso chamaram uns médicos ... (...) E aí que viu-se que fizeram a UI mas não fizeram banheiro nem expurgo para a UI. A obra na época do (menciona o nome do então chefe do Executivo no nível de governo ao qual o hospital pertence) foi feita correndo e aí fizeram a UI assim. Agora estão fazendo um reparo (...) um quarto para os residentes, vai ter um quartinho (...) Pode ser que melhore. A gente tá cheio de esperança que as coisas melhorem (...) porque o povo tá muito doente, muito, muito. Aquela emergência você passou lá embaixo, você viu

constantemente aquilo ali cheio, cheio, cheio. Aquela Porta de Entrada ajudou bastante, mas tem dias que não tá servindo de nada porque as pessoas estão muito doentes (...) pessoas de longe, que vêm pra cá (...) e aí sobrecarrega este aqui (...)

Perguntada sobre as prioridades ou desafios para o hospital, fala de mais conforto, espaço e alguns insumos para os pacientes e queixa-se de alguns profissionais, “(...) *especialmente médicos, a enfermagem não, que estão deixando muito a desejar (...) não estão se colocando no lugar do paciente*”. Exemplifica então com o caso de um menino com fratura de braço internado no sábado e que só foi operar na quarta-feira. Queixa-se da falta de um médico permanente na enfermaria, um plantonista, para dar suporte no caso de uma intercorrência com algum paciente, especialmente no caso de uma parada cardíaca. Contam apenas com os plantonistas da emergência, aos quais devem acionar via telefone – nem sempre livre - ou pessoalmente, utilizando-se de elevadores antigos. Diz que quer ter condições de fazer seu trabalho corretamente, como aprendeu na faculdade, mas imediatamente parece compensar ou minimizar, em seu discurso, as deficiências do presente com a dramaticidade do passado do hospital, quando sacos de lixo substituíam fraldas descartáveis e o antibiótico ministrado aos pacientes era o antibiótico disponível no dia, independentemente da patologia:

Mas por enquanto o hospital tem dado condições (de trabalho), melhorou muito! Eu cheguei aqui numa época em que não existia nem fralda descartável para as crianças. Eu cheguei numa época aqui em que a gente pegava o saco de lixo e cortava como fralda e botava ... pra não molhar o lençol, como se fosse fralda descartável ... Cheguei numa época aqui em que os médicos perguntavam: ‘(menciona seu nome), qual o antibiótico do dia?’ ‘Ah, nós só temos penicilina e garamicina.’ E eles tinham que se restringir ... ou esse ou esse ... não tinha outro. Então isso aí melhorou vamos dizer 92%. Melhorou muito! O antibiótico que eles querem tem. Então é isso aí: a gente se sente assim mais confortável, né, pôxa: ‘Eu to aqui trabalhando, mas eu sei que eu to dando a medicação e essa criança tem tudo pra melhorar ..’. É claro que numa parada [cardíaca] a gente ainda tem esse buraco (...) nunca aconteceu até hoje a gente perder uma criança assim, mas é um desgaste só ... é um estresse na hora, a equipe toda fica baratinada ...

Uma auxiliar de enfermagem, também da enfermaria pediátrica, com 29 anos de hospital, ou “*de casa*”, como ela própria se refere, reconhece algumas deficiências e precariedades mas as trata como uma realidade que, embora insatisfatória, é praticamente

inevitável, faz parte da rotina ou da “normalidade” dos serviços públicos, e compara não só o hospital de hoje com o do passado, mas com os demais da rede pública, para destacar a qualidade da assistência. Para ela, que diz já ter passado por muitas dificuldades na área da saúde,

A área da saúde é sempre precária. Por mais que haja melhoras sempre há precariedade (...) mas eu acho que é um hospital que dá um atendimento bom, pra população, dentro do possível, apesar da população achar que sempre quer mais, quer mais, mais cobranças, mas eu acho que é um hospital que atende bem à população. Nós pegamos pessoal da Baixada, pessoal até de outro ... outras cidades bem do interior, nós temos recebido aqui ... eu acho que o atendimento aqui é muito bom, dentro do possível, do que se vê aí, na área pública, o atendimento é muito bom. Claro que sempre tem necessidade de melhorar alguma coisa, como a parte neurológica, um tomógrafo e tal, mas eu acho que o atendimento aqui é muito bom, com o suporte que se tem, né, de outros hospitais que têm neurologia ... eu acho o hospital muito bom.

Em outro momento da entrevista, falando mais especificamente das condições materiais de trabalho, parece compensar, com imagens semelhantes às fornecidas pela outra enfermeira, a precariedade do presente com a dramaticidade da carência absoluta do passado e com a idéia de precariedade como “norma” dos serviços públicos, usando inclusive o substantivo *precariedade* no diminutivo:

Sempre tem uma precariedadezinha, falta material e você tem muitas vezes que estar improvisando, mas realmente é o que acontece no hospital público, né? Nem sempre você tem tudo à mão. (...) mas já foi muito pior. Hoje nós temos a fralda descartável, antigamente você tinha que pegar pedaços de pano, camisinhas das crianças e formar uma fralda, improvisar pedaços de plástico e botar entre os paninhos para não molhar o lençol, que eram poucos. Agora tá maravilhoso trabalhar agora! Antigamente isso aqui era barra! Mas isso a gente já leva como normal. Sempre tem, sempre vai ter ... quando não é no material é na medicação, quando não é isso é o profissional que está faltando, então isso já é uma rotina no hospital público, né? A gente já leva aquilo como normal, entre aspas ...

Um médico ortopedista, com 21 anos de trabalho no hospital, também usa a idéia de da precariedade ou carência sem fim do serviço público – expressa na metáfora da “panela velha”, com furos irremediáveis - para contrastar com a situação atual do hospital:

Te confesso que às vezes a gente chegou a desanimar ... a gente achava que no (nível de governo ao qual pertence o hospital), a saúde (...) é igual a uma panela velha: você conserta um furo e vem outro. Nunca ia ter uma solução. Mas de um tempo pra cá a mentalidade mudou muito, mudou muito. Eu hoje estou dando um serviço, eu acho até um serviço ... pode-se dizer até de ponta, que hoje (...) em termos de material ortopédico hoje não falta nada. Tem três firmas que fornecem material, do bom e do melhor, ao nosso paciente. Então eu hoje me orgulho de ter uma ortopedia que já chega a ... de bom nível. É lógico que tem muita dificuldade, porque num hospital de urgência é muito difícil você conseguir implantar um serviço adequado (...) por exemplo, às vezes eu tenho uma cirurgia marcada e tenho que desmarcar porque faltou o sangue, porque o sangue foi usado na noite anterior num politraumatizado, num acidentado (...)

Para este médico, a relativa suficiência de recursos materiais e tecnológicos, comparada ao passado, bem como a qualificação dos profissionais, supera a imagem do caos cotidiano da emergência superlotada do hospital que, diz o médico com certo orgulho, não recusa doente:

Porque nosso hospital talvez seja um dos poucos do Rio de Janeiro que não recusam doente”. (Refere-se a um amigo, chefe do serviço de ortopedia de outro hospital público no Rio, que se vangloria de ter um serviço bonito e bem organizado.) “Mas tem um porém: ele tem um hospital que não aceita paciente se não tiver leito. Até fratura exposta! Já eu não concordo. Eu não! Se eu não tenho leito, chega um caso de fratura, eu não encaminho. Eu interno, tem vaga na pediatria, tem vaga na ... cirurgia ... (...) fica um serviço meio desorganizado, mas é que nós achamos melhor para dar um atendimento melhor à população. Porque este paciente é encaminhado pra onde? Aí vai fazer peregrinação (cita o nome de vários hospitais) e acaba voltando. Isso é ruim, mas eu ainda não encontrei outra solução. Esse colega meu chega ao ponto até de recusar uma fratura exposta se não tem vaga. Já não entendo, acho que fratura exposta nem que eu tenha que internar no corredor. Ele tem que ser operado no ato. Então por isso que o hospital às vezes dá esse aspecto, na realidade por causa disso, porque eu não recuso paciente em hipótese alguma. Eu interno onde tem vaga. A não ser que esteja tudo lotado. Até no Repouso! Até você encaminhar para outro hospital ... os hospitais provavelmente também não vão ter vaga. Porque aumentou a população do Rio de Janeiro. O atendimento é muito, a violência é muita (...) às vezes aqui se faz quatro, cinco cirurgias de urgência só num dia! (refere-se a um plantonista de sexta-feira) ele saiu do centro de cirurgia quatro horas da manhã! Chegava um, depois chegava outro. Não dava nem tempo! Uma Kombi virou, chegou quatro, cinco ... baleado ... Mas mesmo assim, o hospital hoje, eu considero o Hospital João Silva hoje um dos

melhores hospitais do Rio de Janeiro, eu considero, em todos os sentidos, apesar de todas as dificuldades, o atendimento, o grupo de médicos, não só da ortopedia, da cirurgia, da ortopedia, excelente, cirurgia buco-maxilo-facial, traumatismo de face ... tem dois cirurgiões excelentes ...

Quando peço para falar de seu trabalho, diz que às vezes fica chateado porque não consegue dar ao paciente o atendimento adequado em função do número pequeno de médicos e de leitos, mas logo destaca a qualidade do serviço e sua realização com o trabalho:

(...) então eu gosto muito. Me identifico muito com o serviço, que é um serviço que ... são pessoas que dependem de nós, e isso é uma vitória você ter várias cirurgias ortopédicas, né, sem seqüelas, sem muita infecção, até pequena, já que este é um hospital de urgência. Não temos ... é ... pessoas se queixando, entrando na justiça, apesar de ser um hospital que está muito exposto, né, como diz um colega meu: 'Isso aqui é um barril de pólvora! Nós estamos sentados em cima!.

No depoimento deste ortopedista, embora se desenhe a imagem de um hospital de emergência, portas abertas 24 horas para a violência e a miséria do Rio de Janeiro e invadido cotidianamente por uma demanda que parece ser muito maior do que sua capacidade de atendimento, tal imagem já emerge secundarizada ou enfraquecida pela imagem de potência de um hospital que atende todo mundo, *não recusa* paciente, que é *um dos melhores hospitais do Rio de Janeiro*, conta com uma equipe *excelente* de médicos, com uma taxa de infecção e de seqüelas de cirurgias *até pequena* para um hospital de emergência. Apesar de potente, tal imagem, todavia, parece apenas superficialmente cumprir uma função de tranquilização perante as angústias de desintegração e o desamparo que a primeira imagem – a da precariedade, descontrole e caos de um hospital público de emergência – provavelmente produz no psiquismo dos que ali trabalham, insinuando-se em meio aos discursos de potência desses sujeitos e revelando-os *muito expostos, sentados sobre um barril de pólvora*, impotentes, enfim.

Um outro cirurgião geral, chefe de um dos plantões da emergência, há 12 anos no hospital, observa:

(...) quando cheguei, era tudo muito precário, faltava material, até fio de sutura ... as dependências eram muito ruins. Hoje melhorou muito. Trabalho com certa satisfação, porque tem material, CTI de apoio ... a gente tem mais segurança ... um laboratório que é básico, mas que

dá segurança” (Para este médico, a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo hospital é responsável pelo aumento da demanda) “(...) *as pessoas sabem que aqui serão atendidas, bem atendidas, e cada vez mais procuram o hospital ... vem gente de toda parte. A voz corre e nosso público aumenta. Temos cardio, temos endoscopia, temos material para trabalhar ... a ortopedia está cheia ...*” Da mesma forma pensa outro cirurgião da emergência, para quem a melhoria nas condições gerais de trabalho “ (...) *acabou gerando um aumento da demanda ... em serviço público, melhora um pouquinho, dá credibilidade ... o número de atendimentos explode.*

Uma enfermeira, há 13 anos no hospital, na época da entrevista acumulando a função de supervisora da enfermagem e enfermeira da Porta de Entrada, retrata assim a dramática e caótica situação do hospital no passado: “*Antes da reforma, as baratas passavam por cima dos pacientes! Quando caía um curativo no chão ... se a luz apagassem, quando acendia era um monte de barata em cima!*” Fala também do problema do descontrole quanto ao acesso ao hospital, naquela época ainda maior. Menciona as grades instaladas nas janelas das enfermarias: “*Antes, cachaça e tóxico passavam lá para cima ... por fora, pela janela*”. Conta que também “(...) *houve caso de paciente se jogar pela janela.*” Fala da época em que o hospital tinha custódia de pacientes presos e dos problemas que já tiveram com bandidos, invadindo armados o hospital, em tentativas de resgate de presos. “*Hoje temos mais segurança ... agora está voltando certa insegurança ...*”. Na época desta entrevista, o hospital enfrentava uma greve da empresa prestadora de serviços de vigilância, por interrupção do pagamento.

É interessante, de todo modo, observar a associação, tanto por esta enfermeira, quanto no depoimento do médico cirurgião, entre, por um lado, as melhorias das condições físicas, materiais e tecnológicas do hospital e, por outro, um maior nível de *segurança*, termo usado por ambos. No primeiro caso, do cirurgião, a questão da segurança se concentra nas condições mínimas – como o CTI e laboratório, conquistados com a reforma do hospital – para a garantia da realização de sua tarefa com um mínimo de êxito, aceitável, reduzindo as perdas de pacientes por motivos alheios à sua competência como cirurgião e, assim, minimizando talvez o sentimento de impotência, de estar *sentado num barril de pólvora*, como seu colega ortopedista, anteriormente apresentado. No caso da enfermeira, a segurança obtida com a melhoria das condições do hospital diz respeito à garantia de sua integridade física, conferindo-lhe certa tranquilização psíquica perante a angústia que o contato cotidiano e “corpo a corpo” com os pacientes, numa realidade tão adversa e propícia à violência, provoca.

Em ambos os casos, assim como no do ortopedista anteriormente apresentado, parece que a melhoria significativa das condições físicas, materiais e tecnológicas do hospital veio atender, do ponto de vista psíquico, ao desejo de potência dos profissionais, de afirmação narcísica de suas capacidades e identidades e defesa contra o desamparo e as angústias de desintegração ou de “despedaçamento” (Enriquez, 1989) que a vida e o trabalho naquela organização produzem (no caso específico do hospital estudado, ameaças com um fundamento não só no registro imaginário, mas real).

O aumento real da potência do hospital com a melhora de suas condições materiais e tecnológicas, produz um certo sentimento de orgulho nos profissionais, que se vêem igualmente investidos da potência do hospital. A mesma enfermeira cuja fala foi destacada acima, reconhecendo as melhoras na situação de equipamentos e abastecimento do hospital, afirma, em tom de satisfação e esperança:

Será instalado um mamógrafo ... ultra-sonografia de alta resolução ... e tomógrafo, que é o nosso maior desejo ... dizem que vem ... não sei quando (estes equipamentos foram instalados posteriormente) isso para mim seria uma vitória, porque quem sai ganhando é o paciente ... porque é triste você ver paciente morrendo de hemorragia digestiva e não ter uma sonda para cauterizar ... é triste você ouvir bombeiro dizendo que para o João Silva traz bêbado, paciente de rua e paciente que ninguém quer!

Uma médica, lotada na enfermaria de clínica médica, na época da pesquisa recém concursada, com cerca de 1 ano de trabalho no hospital, fala assim de seu orgulho por trabalhar num hospital que considera prestar bom atendimento e do poder de que se sente investida:

Não sei o que os pacientes acham, mas eu acho que o nosso tamanho, comparado com os outros hospitais da rede, a gente consegue ter uma resolutividade boa (...) e quando eu era da emergência não tinha ainda algumas coisas, porque o endoscópio estava quebrado, o ultrassom não era este, que é mais potente, então a gente tinha uma limitação mas conseguia ter uma resolutividade. As pessoas vêm aqui porque acreditam nesse poder que a gente tem, eu sinto isso. Tem gente que vem de vários locais, que tem até outro hospital, passaram até por outros hospitais, mas vem aqui porque confia mais no atendimento daqui. Eu sentia isso. Eu achava até interessante isso, entendeu? E foi uma coisa que quando as pessoas me falavam aí eu me sentia um pouco orgulhosa de ter escolhido aqui. (...)

Este orgulho por trabalhar no hospital em alguns casos se confunde com amor pelo hospital, contribuindo, igualmente, para que as ainda inúmeras deficiências da assistência e o drama cotidiano de suas portas de entrada, não sejam tão valorizados nas falas de alguns profissionais, como se evidencia na entrevista de uma auxiliar de enfermagem, há 4 anos trabalhando no hospital como prestadora de serviços, lotada na sala de Repouso do Serviço de Emergência. Inicia assim sua entrevista: *“O que eu posso falar do hospital? Porque eu gosto muito do hospital! ... tanto que em 2001 o hospital ganhou até um prêmio com o pessoal da dengue vindo para cá, né?”* Em outro momento da entrevista, quando lhe pergunto sobre desafios ou problemas que o hospital teria, volta a falar do prêmio e a elogiar os serviços prestados pelo hospital, deixando aparecer apenas como problema – e ainda de forma minimizada – a questão do espaço físico/capacidade instalada insuficiente para o volume da demanda:

Olha, (...) este hospital, em 2001 ele ganhou prêmio, por serviço ... serviços prestados, né? E ele é pequeno, né? Geralmente, você vê pessoas que vêm de longe pra cá! Pessoas que podem ir para ... para outros hospitais e eles escolhem, né, aqui. (reproduz então o que seria, para ela, a visão da população) ‘Não, vou para o João Silva porque o João Silva é bom!’; ‘Ortopedia? Vou lá que é bom.’. Mas ele é um pouco pequeno, né? Às vezes assim pra conter esse povo assim, muita gente ... porque geralmente é dividido, né? (refere-se às áreas de responsabilidade de cobertura populacional de cada unidade) aí as pessoas sempre vão procurar onde é mais onde é bem mais tratado. Tanto que eu vejo lá perto de casa que as pessoas só querem vir para o João Silva. ‘Poxa, tem outro hospital mais perto!’; ‘João Silva!’ ...; ‘Não! Gosto do atendimento do João Silva! É rápido ... você faz os exames ... emergência ...’. João Silva eu acho que, como hospital (refere-se ao nível de governo ao qual o hospital pertence), eu acho que ele tá ... subindo e ... tomara Deus que melhore mais ainda.

O conjunto de falas aqui apresentado sobre o “hospital do passado” e o “hospital do presente” sugerem que o caos e a miséria absoluta do passado se mantêm vivos na memória, “iluminando” o olhar sobre o presente, não permitindo reconhecer ou enxergar muito nitidamente os problemas, funcionando, assim, como uma “heterotopia” (Santos, 1999) às avessas – um olhar sobre o presente tendo o passado como perspectiva, e não o futuro.

Neste sentido, e embora esta seja uma característica relativamente comum nos serviços públicos de saúde – e um traço da sociedade contemporânea, como foi visto no primeiro

capítulo – chama a atenção, nos depoimentos, o déficit de imagens sobre o futuro para o hospital. Os funcionários, quando perguntados sobre os desafios ou perspectivas para o hospital, costumam, no máximo, acenar com expectativas de mais equipamentos, melhorias tecnológicas, como o tão falado tomógrafo, e de recursos humanos, ampliando as especialidades, como os necessários neurocirurgiões, cirurgiões vasculares, de tórax, otorrinolaringologistas, etc. Não há propriamente o desenho de um projeto para o futuro. Este dificilmente se apresenta espontaneamente nas falas e, quando o faz, surge numa perspectiva incremental do presente.

4.1.2 Potência, Segurança e Proteção: um imaginário através dos tempos do hospital

O imaginário de potência, proteção e segurança observado não está, no entanto, associado apenas à melhoria mais recente das condições físicas, materiais e tecnológicas do hospital. Ao contrário, tratam-se de imagens que pré-existem a estas condições, em paralelo ao cenário de caos e miséria do passado, e sua força igualmente parece guiar o olhar dos funcionários sobre o presente (ou, talvez mais apropriadamente falando, **desviar**, o olhar do presente ou de determinados aspectos deste). Tais imagens se fundam e/ou se apresentam, acredito, sob três perspectivas.

a) O hospital dos feitos heróicos

Em parte, tal imaginário parece se fundar em uma história de heróis e feitos heróicos que este hospital, como outras organizações (Enriquez, 1997a), também parece ter⁴. Em se tratando de um hospital público, num contexto de desvalorização/descaso do poder público e insuficiência “crônica” de recursos que marcam a história do setor saúde no Brasil, o mais apropriado, no entanto, seria falar, ao contrário do que trata Enriquez, de pequenos e, na maioria das vezes, anônimos heróis, com seus cotidianos feitos heróicos que se fizeram, no caso do hospital João Silva, mais provavelmente, por causa da realidade extremamente

⁴ Cabe reconhecer que os hospitais públicos – especialmente os de emergência – diferentemente de outras organizações, são, pelas condições de extrema carência/precariedade com que até hoje funcionam, palco de inúmeros e pequenos atos cotidianos de heroísmo de muitos de seus funcionários, anônimos, sem os quais, provavelmente, esses hospitais já teriam tido suas portas fechadas.

adversa/precária, dramática, do seu passado. Tempos em que salvar vidas, sem praticamente nenhum recurso tecnológico de diagnóstico e terapia, era algo que dependia quase que exclusivamente não só da competência, mas da dedicação, obstinação, abnegação até, e - por que não dizer? – da intuição e sorte dos médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Um médico clínico geral, com 20 anos de trabalho no hospital, fala assim daqueles tempos:

(...) agora a gente tem mais meios de fazer um diagnóstico, antigamente não tinha! Antigamente a gente queria fazer um ultrassom, não tinha e não fazia! Ou então ficava pedindo pelo amor de Deus ... (...) e mesmo assim você conseguia fazer muita coisa, você desenvolve raciocínio clínico, que também é uma coisa importante ... não trabalhava muito com laboratório ... agora mudou, mas durante esse período a gente não trabalhava com laboratório, com imagem, a única coisa que a gente tinha de imagem aqui era um Raio X! (...) Tinha que se virar e muita coisa era resolvida e bem resolvida (...)

Uma auxiliar de enfermagem, com mais de vinte anos de trabalho na enfermaria de clínica médica, conta com orgulho dos inúmeros pacientes que ajudou a curar quando era a única auxiliar de enfermagem, em toda a enfermaria, que fazia curativos, lançando mão muitas vezes da improvisação e do que, na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1999b) se denomina “quebra-galhos” e que se produzem como infrações ou transgressões às prescrições, em função da distância (ou da impossibilidade de identidade) entre o trabalho prescrito e o real do trabalho, e da necessidade, ou melhor, do desejo, de enfrentar este último ⁵:

Mas antes, aí eu já curei muita ferida abaixo de Deus! Fechei muita ferida! Muita, muita, muita. Era eu sozinha, fazendo curativo. Às vezes dava 1 hora da tarde eu ainda tava com o carro de curativo, fazendo curativo ... aí quando foi em 89, que entrou um monte de pessoas concursadas, aí eu me despedi do carrinho de curativo porque eu não ia ter mais controle sobre ele, porque ... ferida é igual doce: tem que um só mexer. Se o outro mexer desanda. É igualzinho

⁵ O real do trabalho é, assim, “ (...) o que resiste ao controle da situação, através de habilidade, conhecimento, experiência ou aplicação de um procedimento (...) Não há trabalho sem fracasso. O fracasso é consubstancial ao trabalho real e surge neste espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Enfrentar o real, definido dessa forma, envolve quase sempre uma infração às prescrições. Para vencer as dificuldades é preciso infringir ou transgredir. O prazer ou a satisfação resultam numa vitória sobre a resistência do real e não sobre o próprio quebra-galho.” (Dejours, 1999b: 56)

doce! Igual! Não tem diferença ... Eu vi entrando aquele montão de funcionário, eu já ia perder o controle do meu carrinho. Eu deixei pra lá, para dar oportunidade para eles também trabalharem e fiquei aqui mais no serviço burocrático, fazendo medicação ... também já tava cansada... eu não ia poder controlar! Antes era eu sozinha. Então ...” (Pergunto se ela era a única a fazer os curativos.) “De curativo era. Porque eram só duas plantonistas. Agora é que tem muito funcionário! Antigamente eram 3 pessoas para 30 pacientes! Agora melhorou bastante ... (...) mas era só eu! Nem os médicos mexiam. Quando eles queriam ver pediam pra mim: ‘(menciona seu nome), abre o curativo de fulano, que eu quero ver como é que está.’ Entendeu? Eu é que inventava, fazia papa de Povidine com Rifocina ... com pomada Iruxol, açúcar ... quando era pra botar açúcar – eles prescreviam, claro! - conforme prescrição! Muita ferida que eu curei! ...

Conta com orgulho sobre uma velhinha, cujo braço, que iria ser amputado, foi curado por ela, a pedido da própria médica assistente da paciente.

Uma enfermeira supervisora, ao se referir às dificuldades atuais que o hospital enfrenta, resgata sua “saga” e, com ela, os pequenos, cotidianos e reais “feitos heróicos”, os “quebra-galhos”, de muitos de seus trabalhadores:

Isso é um período que estamos passando. Não é a realidade do João Silva . A realidade é um hospital que briga, que tirou a Cooperativa⁶, que vai para a rua, que junta no final de semana para o futebol ... é a direção toda junta ...” Em outro momento da entrevista, alude assim à “bravura/heroísmo” dos funcionários: “Gostaria que isto aqui melhorasse por que a turma daqui é a turma que agüenta.

Esta saga, repleta de feitos heróicos, é lembrada por ela, mais de um ano após a entrevista. Encontrei-a na emergência e veio me contar sobre seu último plantão, quando chegaram ao mesmo tempo 12 policiais que haviam sido baleados numa emboscada e as vítimas de um acidente de ônibus. Para ela, o esforço para salvar aquelas vidas, a improvisação e os “quebra-galhos” que a gravidade e urgência da situação exigiram, entre a sala de trauma superlotada e o centro cirúrgico do hospital, foi como reviver “(...) o João Silva dos velhos tempos”, quando faziam quase o impossível, sob condições muito piores de trabalho.

⁶ Referência à experiência de terceirização da administração do hospital e da prestação de serviços, mal sucedida e vivida pela maioria dos profissionais como uma intervenção, uma violência.

Um testemunho particularmente importante desses tempos e feitos heróicos e que remete bem diretamente ao imaginário de proteção e potência – especialmente condensados na figura de um desses “heróis” - é a entrevista concedida por uma das médicas, também cirurgiã e, na época da pesquisa, com 20 anos de trabalho no hospital, acumulando a chefia de um dos plantões da emergência com a rotina da internação. Esta médica, que fez no hospital sua Residência em cirurgia, começa sua entrevista se dizendo “*uma velha*” no hospital: “*Já peguei várias fases do hospital ... de luta pelo serviço, contra a privatização, a terceirização*⁷... *Aqui antigamente era uma verdadeira Escola!*” Refere-se então a um antigo cirurgião, chefe por muitos anos do serviço de cirurgia do hospital, a qual todos no hospital se referem como “Professor ...”. Este médico faleceu há poucos anos e é hoje o patrono do Centro de Estudos do hospital.

Ao longo da entrevista, a médica irá se referir várias vezes a este médico como um pai, um professor, um líder. Segundo ela,

Pode-se dividir a rotina da cirurgia do hospital em duas fases: antes e depois da morte do Dr. Antes, sabíamos que tínhamos aquele chefe que supervisionava tudo ... ele questionava, acompanhava cada caso, todas as cirurgias ... era benevolente, mas sabia chamar a atenção, cobrar ...

A médica fala durante muito tempo, com admiração e saudade de seu ex-chefe e professor:

Depois que ele se foi a cirurgia está totalmente desorganizada, não há mais rotina ... o chefe está só para constar (a entrevistada faz questão de ressaltar que se trata de uma boa pessoa e bom profissional, mas não tem perfil para o cargo e está na chefia “porque ninguém quis”). Na época do Dr. ..., a gente sabia que tinha uma pessoa com quem contar, até para resolver problemas técnicos, na própria cirurgia! Ele vinha até de madrugada para atender o colega que estava em apuros e precisava de uma mão, uma mente a mais! ... Depois da morte dele a gente se viu desamparado, órfão ... Não sei os novos, porque o cirurgião novo tem aquilo que a gente chama de ‘furor cirúrgico’ ... acham que podem fazer tudo, até cirurgia experimental!

Este ex-chefe da cirurgia, antiga liderança do hospital, e ex-professor de muitos dos médicos que ali trabalham é, até hoje, reconhecido pelo hospital como uma referência, não

⁷ Ver nota 6.

apenas por seus padrões de conduta técnico-científica, mas por seus princípios e valores morais. Além de ser patrono do Centro de Estudos do hospital, costuma ser homenageado em suas cerimônias, como na festa de comemoração dos 67 anos do hospital, a qual tive oportunidade de observar, quando recebeu uma homenagem póstuma, antecedida por um discurso, feito pela mesma cirurgiã acima citada, que lembrou o “lema”, de idealismo para com o hospital e para com a profissão médica, freqüentemente repetido pelo professor: *“Uma vida por um ideal e tudo por uma vida!”*

A atuação deste ex-chefe da cirurgia parece ser interpretada por ela como fator de coesão grupal, de articulação e colaboração entre os membros da equipe, que se identificavam à figura do mestre. Assim, esta médica se queixa hoje da falta de uma rotina, de uma conduta comum entre os médicos, particularmente com relação à cirurgia. Exemplifica com as cirurgias de apendicectomia, nas quais as localizações/direções das incisões variam: *“Todos antes operavam igual. Agora, como acabou o controle do chefe que era duro – benevolente, mas que cobrava – são os cirurgiões cada um fazendo o que apreenderam ... não tem rotina ... há médicos que precisam aprender a ser mais agressivos na cirurgia ... ou menos agressivos, quando é preciso ...”*

A figura, ao mesmo tempo onipotente/castradora e benevolente/amorosa deste chefe, à qual todos se subordinavam, por amor ou medo, parece ter sido um dos operadores (interessante o jogo de palavras com a função do cirurgião), nos tempos antigos do hospital, da coesão grupal, da colaboração e solidariedade entre os membros da equipe, forjadas, poder-se-ia dizer, no reconhecimento da fragilidade/impotência/não saber dos irmãos, como talvez interpretasse Birman (2000), perante a “onipotência” e “onisciência” do médico-pai. *“Hoje esses novos médicos se sentem poderosos ... Você sente uma certa arrogância ... Falta humildade (...) não há solidariedade e trabalho em equipe ... é uma equipe noite e dia, mas não existe equipe, não existe.”*

A intensidade das imagens – e dos afetos a elas relacionados – vislumbradas no depoimento dessa médica sobre o antigo chefe, assim como nas homenagens a ele prestadas, permitem não só pensar que a médica entrevistada estaria assumindo um papel de “porta-voz” (Pichon-Rivière, 1983)⁸ das fantasias inconscientes, ansiedades e necessidades do grupo ao

⁸ Na teoria dos Grupos Operativos, desenvolvida por Pichon-Rivière, os grupos se estruturam sobre a base de um interjogo de papéis, dos quais se destacam três: o de porta-voz; o de bode-expiatório e o de líder. O primeiro seria um membro do grupo que, num determinado momento, denunciaria o acontecer grupal, seu emergente: as fantasias que movem o grupo, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo. Mas o porta-voz não fala só pelo grupo, mas por si mesmo também. Nele se conjugam o que Pichón-Rivière denomina *verticalidade* e *horizontalidade* grupal, isto é, aquilo que se refere à história pessoal do sujeito e o que acontece, no aqui e

qual pertence (ansiedades e fantasias no caso provavelmente relacionadas ao medo da perda do vínculo com a figura idealizada do cirurgião) ou, na perspectiva de Kaës (1997), a função fórica - o que porta e transporta o sujeito no grupo - de um “porta-ideal” ou guardião do ideal de ego do grupo, representado pelo ex-chefe e professor, como também, ainda com Kaës, pensar que aquele chefe exercia no hospital uma função bem próxima a de uma “formação intermediária”, como uma função do articular, o processo de vinculação, ligação e ao mesmo tempo o resultado desse processo - formação esta que, talvez hoje, no “hospital do presente”, se manifeste ou se deixe vislumbrar apenas como falha, quebra ou crise. Kaës (1994, 1994) se refere aqui aos trabalhos de Freud sobre o papel da identificação na conformação dos conjuntos sociais, pondo em evidência a função de mediador psicossocial do chefe (a exemplo da parábola recuperada por Freud em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, sobre o exército que perde a cabeça quando seu general é decapitado).⁹

Para aquela médica, imersa atualmente numa vivência de solidão e desamparo, a possibilidade de obter cooperação e solidariedade no trabalho é vista como algo a cada dia mais difícil no hospital, quase impossível, e ainda restrita aos colegas mais antigos, aqueles que, me parece, compartilharam dos ensinamentos do saudoso professor, alunos da mesma “Escola” que o hospital foi um dia.

Não sei se é a sobrecarga que aumentou muito ou mesmo a formação profissional, que não valoriza a relação, a responsabilidade ... aqui, quando você precisa de uma ajuda você conta mais com o pessoal mais antigo. São mais lúcidos, mais humanos ...” Em outro momento, ela desabafa: *“Eu sinto falta das reuniões de ciência do Serviço de Cirurgia ... todo sábado fazíamos discussão de condutas, de rotinas, reuniões científicas ... a gente aprendia muito. Agora, às vezes a gente tá com um caso que precisa discutir com um colega e tá sozinho ... a não ser que vá atrás dele ...*

É realmente algo surpreendente descobrir que, num hospital público como aquele, considerado “fim de linha”, e numa época em que o caos e a precariedade da assistência ainda eram muito piores, se faziam reuniões científicas, discussão de casos e de condutas, aos

agora, na totalidade dos membros do grupo. “O porta-voz pode desempenhar seu papel porque nele se dá uma articulação entre sua fantasia inconsciente - fantasia que segue um modelo primário - e o acontecer do grupo em que se insere.” (Pichon-Rivière, 1983:129)

⁹ “A falha nas formações intermediárias produz uma desintegração no articulado coletivamente pelo mito ou pelo conto, pela crença ou pelo rito, e esta desintegração afeta tanto a capacidade singular de formar pensamentos, que se apóia sobre a cultura e a socialização, como a capacidade comum de erigir obras coletivas para assegurar o domínio e a proteção, a organização e a ordem diferenciadora, que se baseia neste apoio sobre o pensamento, a palavra e a ação individuais.” (Kaës, 1994:138)

sábados! E aqui, na imagem do hospital como “escola”, parece residir um segundo fundamento ou apoio para o imaginário de proteção, segurança e potência, forjado ainda nos tempos muito mais duros do “hospital do passado”, antes da reforma e das melhorias materiais e tecnológicas que recentemente vem recebendo.

b) O hospital-escola

De fato, vários são os médicos – e até alguns enfermeiros – que foram residentes, acadêmicos ou estagiários do hospital. Como já foi dito, o hospital já foi campo para uma Residência Médica. Já foi assim, não só no sentido figurado, mas realmente, uma escola. Um dos médicos da enfermaria de clínica masculina, há 20 anos no hospital, não só faz alusão a este período, como também parece continuar se sentindo, ao contrário de sua colega cirurgiã, em uma escola. Ainda se sente aprendendo e crescendo tecnicamente com o trabalho no hospital:

Gosto da enfermaria. Acho que a enfermaria me recicla ... discute os casos ... nós tínhamos aqui, há muito tempo atrás, discussão de casos, porque a clínica tinha muita gente, tinha Residente, você tinha mais tempo pra fazer as coisas ... mas mesmo assim a gente fica ali naquela sala e chega: ‘gente me ajuda aqui, vamos ver esse caso ...’ (...) você acompanha, faz a evolução, ‘o remédio fez efeito?’ então isso aí te dá um retorno bom, em termos de conhecimento, até para perder o medo de usar determinado remédio (...) e a minha formação é toda (ênfatisa) daqui, toda daqui. Eu me formei, entrei aqui no hospital e estou aqui até hoje (...)

Este médico faz questão de destacar o quanto se realiza com seu trabalho no hospital – apesar da má fama que ainda corre sobre o João Silva – e do tempo de trabalho que dedica ao hospital, apesar de ter outro emprego:

(...) quer dizer, eu gosto de fazer (enfermaria), me gratifica bastante, apesar de a gente ouvir coisas aí fora: ‘Ah, açougue! É ... não sei mas o quê!’ Porque a gente ouve muito isso, né? ‘Você trabalha lá naquele ...?’ Na verdade, as pessoas só vêem as desgraças que acontecem aqui, elas não vêem que muita gente entra muito mal aqui e sai muito bem ... e continua e tem uma sobrevida muito grande (...) Até hoje eu falo com as pessoas: eu venho aqui segunda, terça, quarta e sexta, a gente faz às vezes um rodízio de fim de semana,

feriado, quando eu falo isso lá (refere-se a outro local onde trabalha, também uma instituição pública) a turma fala assim: 'Ah, ... que é isso, rapaz! Você vai lá uma vez por semana, fica duas, três horinhas' ... Não acreditam! Como não acreditam que eu vá pra lá trabalhar também, porque lá é o palácio dos marajás, onde só tem fantasmas e tal ... e quando eu digo que trabalho lá, quem não trabalha lá não acredita. (...) mas as pessoas não acreditam que eu vá trabalhar lá, cumprir horário! Falam assim: 'Que é isso?! Você, pô?!' E lá o pessoal fala assim: 'Puxa, mas você vai quatro vezes por semana lá?! Que é isso?! Aquilo é um fim de mundo! Qual?! Não sei o quê e tal!' Mas você acaba acostumando! Eu venho tranquilo. Venho tranquilo! Quando eu vejo já estou chegando! ... E a maioria das pessoas que eu conheço aqui são assim também.

Para outros médicos, no entanto, o “hospital-escola do passado” não parece mais iluminar ou irrigar o imaginário sobre o “hospital do presente”, não contribuindo para manter o vínculo com o hospital. É o caso de um dos chefes de plantão da emergência entrevistados, com 23 anos de hospital, cirurgião, que, assim como sua colega “guardiã” do ideal representado pelo ex-chefe e professor de cirurgia, embora por razões diferentes das dela, não vê mais o hospital como “uma verdadeira escola”.

Solicitado a falar de seu trabalho, observa:

Estímulo? Nenhum. O meu trabalho é burocrático ... não tem mais tesão. Há uns anos atrás eu falava para minha mulher: 'se eu ganhasse na loteria eu largava os outros empregos e ficava só no João Silva ...'. Hoje já não faria mais isto ... Aqui não tem mais o que tirar, o que aprender."

Assim, o hospital, que também já foi para este médico cirurgião fonte de aprendizado e objeto de investimento, de certo modo idealizado – único trabalho ao qual se dedicaria se ganhasse na loteria e não precisasse mais trabalhar para ganhar a vida - “local de vida”, de realização, portanto e não só de sobrevivência - não parece mais ocupar este lugar em seu imaginário.

É interessante notar que pelo menos parte da desilusão deste médico com relação ao hospital parece remeter aos destinos de sua própria relação com o antigo chefe da cirurgia. Conta que há uns anos atrás ficou muito frustrado quando propôs trazer seu videolaparoscópio particular para o hospital e o antigo chefe da clínica cirúrgica não permitiu, porque, segundo ele, o chefe da cirurgia dizia que não gostava dessa tecnologia e que sairia no dia em que entrasse um videolaparoscópio no hospital. O velho mestre resistia, assim, à introdução do

novo e ao que ele representava: o crescimento e autonomia dos “alunos” e, conseqüentemente, a perda de seu poder.

Interpretando este episódio como um *“obstáculo ao crescimento profissional”*, o médico entrevistado parece apostar numa relação mais horizontal entre os membros da equipe. Diz que fica feliz quando vê que seus alunos/residentes estão se aperfeiçoando, quando os encontra, por exemplo, participando de Congressos, *“no mesmo nível”* que ele. Conta que seu atual sócio em um videolaparoscópio é um ex-residente seu e conclui: *“As pessoas têm que crescer...”*

De todo modo, o “hospital do passado”, mais do que mero lugar de trabalho, de se ganhar a vida, era vivido, por aquela geração de médicos e outros profissionais – e, para uma parte deles, ainda parece ser assim vivido o “hospital do presente” - como lugar de aprendizado, de formação, “uma verdadeira Escola”, igualmente associada a uma imagem de potência e proteção, comunidade onde se tem acesso ao saber/experiência dos mais velhos e se compartilha a responsabilidade por decisões de casos difíceis ante a carência de recursos tecnológicos e humanos, e também a responsabilidade (e o silêncio) pelos “quebra-galhos” que a realidade tão adversa do trabalho acaba impondo: espaço onde construíram suas próprias identidades profissionais.

Neste sentido, a auxiliar de enfermagem que durante muitos anos foi a única responsável pelos curativos em uma das enfermarias declara, logo no início de sua entrevista (e logo após reconhecer que, quando começou a trabalhar no hospital, aquilo era um “mausoléu”) : *“Eu adoro este hospital aqui! Eu adoro! Meu primeiro hospital ...”*

Contribuindo para esta imagem de proteção e segurança – e também para o amor que muitos funcionários espontaneamente declaram ao hospital - parece estar o fato de que, além de “escola”, espaço de formação profissional, o hospital é, para alguns, referência importante em suas histórias de vida privada. Para alguns profissionais o João Silva é o hospital onde nasceram, ou onde algum parente nasceu, ou onde já se curaram de alguma doença, às vezes importante, ou já tiveram parentes curados.

“Eu tenho alguma identidade aqui ... só uma observação: eu tenho uma identidade aqui porque eu nasci aqui. Então eu tenho uma identidade maior talvez com isso aqui. O meu filho também nasceu aqui¹⁰. Eu morava aqui perto (...)” (Declaração de um médico pediatra, há 19 anos no hospital, ao iniciar sua entrevista).

Uma médica, recém concursada, quando perguntada sobre o porquê de ter escolhido o hospital no concurso, diz que foi porque tem uma amiga que trabalha ali e também porque ela, a entrevistada, mora perto do hospital. Fala também que o noivo, várias vezes, já foi atendido no hospital e “fala bem” do hospital, assim como sua sogra, que é auxiliar de enfermagem, “fala bem do hospital.

Uma auxiliar de enfermagem justifica assim o seu amor pelo hospital: *“Eu gosto muito do hospital, (...) eu tenho duas filhas adultas (...) quando elas eram pequenas eu as trazia muito aqui. Elas passavam mal, né, doentes, então eu trazia. Então eu gostava, falava sempre: ‘um dia eu ainda vou trabalhar neste hospital, um dia ainda vou trabalhar neste hospital!’”*

Uma das enfermeiras entrevistadas, ressaltando a competência da equipe, conta que já precisou fazer uma cirurgia muito delicada e a fez no hospital, tendo sido muito bem sucedida.

Na festa de aniversário de 67 anos do hospital, uma exposição foi montada, com alguns depoimentos e fotos colhidos de antigos funcionários. Um dos depoimentos era de um médico anestesista que declarava que, ainda bebê, aos oito meses de idade, teve poliomielite, ficou internado no hospital e se recuperou. A emoção em seu depoimento se destaca: *“O hospital é a minha casa, meu castelo.”*

c) O hospital-casa/família

Assim, chegamos então à terceira perspectiva sob a qual se funda e se apresenta o imaginário organizacional de potência, proteção e segurança, compartilhado por grande parte dos funcionários. São muito frequentes, entre os profissionais alusões ao hospital como *“a nossa casa”*, *“casão”*, ou como *“uma família”*, ou ainda a referência às figuras parentais: *“O João Silva é o pai de todos” ... “é uma mãe”*.

Tais imagens parecem ser reforçadas pelo fato de que, na precariedade da situação social e de saúde da grande maioria dos funcionários (tanto os funcionários públicos, estatutários, com os salários aviltados e sem um plano de carreira adequado, quanto os chamados “prestadores”, que mantêm com o hospital um vínculo precário, irregular, sem

¹⁰ O hospital já teve, há muitos anos, uma maternidade.

quaisquer direitos trabalhistas – segmento cada vez mais numeroso¹¹), o hospital tem sido, para muitos, a despeito da insuficiência de suas condições físicas, materiais e tecnológicas, fonte de proteção e amparo, tanto do ponto de vista material, quanto psíquico. É no hospital que muitos funcionários se tratam e a seus parentes também. É o hospital, para muitos deles, a única possibilidade de acesso à assistência médica. Do mesmo modo, no contexto social de desvalorização do trabalho, de individualismo e competição crescentes e, particularmente nos serviços públicos de saúde, de corporativismo, que segrega os trabalhadores em suas respectivas categorias, disputando por vantagens, privilégios, “esquemas” e pelo direito ao “mínimo de trabalho”, é o hospital o espaço imaginário – “família”, “casa”, “colo materno” - onde ainda julgam encontrar o amparo, a solidariedade e a cooperação que a crescente precarização dos vínculos sociais e de trabalho lhes nega, cotidianamente.

Esta terceira perspectiva fica bem representada na fala de uma das enfermeiras da emergência/porta de entrada, a respeito da situação de desamparo dos funcionários: “*A gente chora às vezes com os colegas! (...) Nós, funcionários, não temos plano de saúde. Temos o Silva D’or!*”¹². Diz que é para o hospital que todos vêm quando precisam de ajuda, de assistência à saúde. Conta o caso de um colega, que ligou para ela, num dia em que ela estava de plantão na emergência e disse: “*Não estou bem. Estou chegando.*” A enfermeira, então, recebeu o colega ali, na sala da supervisão de enfermagem, que também tem uma cama beliche para o repouso da equipe. Deitou-o na cama. O médico o examinou e logo ele já estava na sala da grande emergência, onde faleceu.

No mesmo sentido, se destaca o depoimento de uma das médicas da emergência, ao comentar a situação de pobreza dos pacientes e também dos funcionários e o amparo que ainda encontram no hospital:

Aqui todo mundo é carente, até o funcionário. Às vezes saímos no corredor para resolver um problema e no caminho somos abordados várias vezes para resolver problemas de parentes, que chegamos até a esquecer o que íamos fazer! ‘Atende este aqui, que o convênio dele é bom: é o convênio Pafúncio - parente de funcionário’. É o Pafúncio e o Amifúncio – amigo de funcionário!’” A médica complementa seu diagnóstico: “O funcionário mal tem dinheiro para comer. Não pode pagar planos de saúde e, com a situação do sistema de saúde, que

¹¹ Em virtude da não realização de concursos públicos e/ou da ineficiente administração do pessoal concursado, onde o clientelismo político e o fisiologismo “arranjam” transferências à revelia da necessidade dos serviços.

¹² Fazendo uma alusão irônica, com o nome do hospital, a uma famosa e cara rede de hospitais privados do Rio de Janeiro – a rede D’Or.

está falido, vai buscar assistência onde acha que tem direito ... no João Silva.

A precariedade da situação dos funcionários se funde e se confunde, assim, à precariedade da situação do hospital e à precariedade/pobreza da população ali atendida. A mesma enfermeira que relatou a morte de um colega em um de seus dias de plantão, conta que até pouco tempo atrás, os funcionários estatutários que tirassem licença para tratamento de saúde perdiam um percentual de seu salário, relativo a uma “gratificação emergencial”. *“Então muitos vinham trabalhar doentes, sem poder. Eu já vi colega morrendo em serviço. Hoje pode tirar o BIM¹³ sem perder o emergencial!”* Além disso, muitos funcionários já têm tempo e idade para se aposentar e não o fazem porque perderão algumas gratificações/adicionais, sofrendo redução real nos seus vencimentos.

A metáfora da casa e da família é utilizada por uma enfermeira da enfermaria de clínica médica, que trabalha há três anos no hospital, para destacar a cooperação entre os funcionários e o apoio mútuo, inclusive na assistência a saúde de seus familiares. Esta característica do hospital e das equipes foi, segundo ela, uma das principais razões que a fizeram optar pelo hospital quando fez o concurso (antes do concurso havia feito estágio curricular no serviço de emergência do hospital):

Vim para cá não só pela questão do acesso, que é perto da minha residência, mas porque é um hospital que sempre eu gostei da maneira como as pessoas trabalham aqui, é ... as equipes têm um relacionamento muito bom, eu sinto isso até por parte de uma equipe multidisciplinar, a gente tem um bom relacionamento com o serviço social, com o pessoal da nutrição, com os médicos em si ... (...) e estou muito satisfeita (...)

Buscando responder a quê atribui este bom entrosamento da equipe, a enfermeira observa:

Olha, eu sempre achei que o João Silva tinha muito isso assim ... meio que família, sabe ... Eu não sei ... Eu trabalho também em outro hospital, há seis anos ... público também ... e eu não me sinto tão em casa como eu me sinto aqui. É como se fosse a extensão da minha casa é o João Silva. Eu me relaciono bem não só com as outras pessoas, com os outros serviços, como eu vejo a facilidade entre as pessoas de se ajudarem, assim, mutuamente, entendeu? Se você

¹³ Documento relativo ao pedido de licença médica do servidor.

necessita de um laboratório não só para o paciente como até para um familiar seu, você tem muito mais acesso ... o hospital te dá esse acesso melhor do que eu sinto no outro hospital, que eu já trabalho há seis anos, conhecendo talvez até um quantitativo maior de pessoas. Mas lá as coisas são mais assim ... emperradas, entendeu, muito mais difíceis de você ter assim até esse entrosamento, entendeu, e aqui eu já não sinto assim, eu sinto este hospital assim meio como uma extensão da sua casa mesmo, do seu lar ... eu sempre senti isso aqui no João Silva.

Pergunto se esta era também a sua visão quando fazia estágio na emergência.

Exatamente. Este foi um dos motivos que me fez pedir pra ...escolher ... optar por aqui, pelo João Silva. Foi esse. Eu conheço pessoas aqui no João Silva, assim, de muitos anos no João Silva, já estão até ... já deveriam até ter se aposentado pelo tempo e que permanecem aqui e falam: 'Eu não saio daqui, porque o dia em que eu sair daqui eu morro.' 'Isso aqui é a minha casa, isso aqui é tudo pra mim.' Pode ser até que a gente vá encontrar pessoas que não gostam, que estão insatisfeitas, mas no geral, as pessoas que eu convivo, que eu falo, têm assim muitos mais pontos positivos do que ao contrário.

Uma das auxiliares de enfermagem entrevistadas, com muitos anos no hospital, demonstra, em seu depoimento, o quanto se sente acolhida/protegida pelo hospital e revela seu amor quase que “filial”/incondicional pela organização:

Ah, é um hospital muito bom! É, é ... casão! Ele tem o apelido de casão, porque ele é aconchegante, entendeu? Aqui a gente nunca teve aborrecimento, tudo que a gente quer a gente consegue, entendeu, aqui dentro, com a chefia, com os diretores ... Não tenho queixa de diretor nenhum, todos os que passaram, não tenho queixa de nenhum. É uma mãe, este hospital aqui é uma mãe! E eu tinha medo de ir para outro hospital, sei lá ... e não me adaptar ... é uma mãe, esse hospital aqui é uma mãe. Acolhedor ... eu acho que ele recebe muito bem as pessoas de fora. E a população é grande! A população é enorme! Todo dia esse hospital está lotado! Todo dia! E não tem condição que aqui falta neuro, né, (neurocirurgião¹⁴) (...) muita gente bate com a cabeça, é aneurisma ... aí perde tempo vindo pra cá, até que seja transferido, aí às vezes vem a óbito (...) não e nem por culpa do hospital. O hospital até quer socorrer, mas não tem! Parece que agora chegou um aparelho de tomografia, tão fazendo obra para instalar, aí se vier neuro vai melhorar ... é o que falta aqui neste hospital, eu acho ... (...) Não gosto que falem mal do

¹⁴ Esta entrevista foi realizada logo no início da pesquisa, na época do estudo exploratório, quando o hospital ainda estava para receber o tomógrafo e os neurocirurgiões.

João Silva! Odeio! Se quiser me aborrecer é falar que o João Silva é feio! (risos) Não gosto, não!

Uma auxiliar de enfermagem da emergência, que já trabalhou antes na enfermaria, também utiliza, como a funcionária acima, o termo “aconchegante” para se referir ao hospital, juntamente com a imagem de “mãe”, talvez tão aconchegante quanto colo de mãe.

E ... por ele ser assim pequeno, ele é aconchegante! E ... você tem assim umas facilidades, né? E eu gosto demais! Nele você vai pra ali, daqui a pouco você tá aqui ... é rápido! E você consegue estar em comunicação com as pessoas, as pessoas lá de baixo¹⁵ também e ... eu gosto mesmo dele. Eu acho esse hospital assim uma mãe! Gosto, gosto bastante! Eu já tive no (cita o nome de um outro hospital) ... é um hospital enorme! Mas, apesar ... o (hospital referido) é perto da minha casa, mas aqui, mesmo o João Silva sendo um pouquinho distante, é mais aconchegante! Só dois andares, você dá uma rodada ... você tá ... clínica médica de homens, ortopedia, mulheres ... você tá assim um mais perto do outro, se precisar de alguma coisa, vai ali na ortopedia, se eu precisar vou na pediatria, e por aí vai, o pessoal ajudando, dando a maior força ... muito bom ... gosto desse hospital!

Mais adiante, a funcionária fala de sua satisfação em poder receber assistência médica no próprio hospital. Diz que naquele dia está “muito feliz” porque o “pessoal da saúde” (suponho que se refira à equipe de saúde do trabalhador) estabeleceu um dia específico para os funcionários e prestadores “se tratarem”, fazerem suas consultas médicas, exames, no próprio hospital.

Tem um dia específico ... neste dia atende-se o funcionário e prestador (...) isto pra gente é muito gratificante, né? Porque muitas vezes você tá trabalhando: ‘ah, eu preciso disso e aí corre pra cá, corre pra lá ... agora não, a gente já sabe o dia, tudo direitinho, por exemplo, eu vou fazer um preventivo, então eu já marco para o dia que eu to aqui ...

Para esta funcionária, que é prestadora de serviços e não tem qualquer direito trabalhista, ter “um dia específico” para poder fazer suas consultas e exames parece significar mais do que a garantia de acesso a assistência médica. Trata-se do reconhecimento

¹⁵ Refere-se às equipes que trabalham no serviço de Emergência e no SPA.

de um direito à “cidadania” dentro do hospital, um direito à “visibilidade” como funcionária, o reconhecimento de sua existência.

É interessante também observar no depoimento desta auxiliar de enfermagem que a planta física do hospital – pequeno e circular: “(...) *you dá uma rodada e ...* (...)” – se destaca como fator de coesão grupal, facilitando a comunicação e a cooperação entre a equipe. Tal percepção também está presente na entrevista de uma enfermeira, lotada na enfermaria de pediatria. Falando do seu relacionamento com outros setores e/ou profissionais, chama a atenção para a facilidade de contato com as equipes de enfermagem das outras enfermarias, em grande parte propiciada pela planta física. Frequentemente trocam ou pegam emprestado algum material. Destaca a facilidade possibilitada pela planta física, circular, ligando todas as enfermarias no mesmo andar:

Agora a parte de enfermagem a gente está sempre em contato, porque às vezes a gente precisa de um material que não tem aqui, lá tem e a gente faz uma troca (...) o CTI, a clínica médica, é tudo aqui, né, um andar só, né? Essa planta também ajuda muito, essa planta física do hospital, né? E assim, o relacionamento é muito bom, com as enfermeiras todas, todas, a gente se sente uma família mesmo aqui, é porque a gente vive os mesmos problemas, as mesmas carências então a gente se segura uma na outra, né?

Irmanadas em suas carências, que se “comunicam”, se “transmitem” e se “misturam”, de uma enfermaria para outra, através da planta circular e sem barreiras do hospital, essas funcionárias parecem idealizar os vínculos existentes entre as equipes, vivendo uma certa ilusão de comunidade onde a solidariedade e a cooperação seriam hegemônicas e, paradoxalmente, resultantes daquilo que – reconhecidamente, inclusive pela própria direção do hospital e por outros profissionais - está na origem de uma das piores faces do hospital: a insuficiência de seu espaço físico para o volume de demanda que atende e a inadequação de sua planta, com sérios problemas de fluxo de pacientes/usuários, materiais e profissionais, configurando o cenário de superlotação, caos e descontrole apresentado anteriormente. Ainda que se considere que parte do depoimento dessas funcionárias se apóia em suas vivências nos espaços das enfermarias, certamente mais organizados e bem mais “tranquilos” que os corredores da emergência, não deixa de ser surpreendente a ênfase que dão ao aconchego e acolhimento que vivem no hospital, pois todas conhecem o espaço da emergência e uma delas inclusive trabalha lá. Portanto, parece que a força do imaginário de proteção e segurança, presente na metáfora da mãe, da família ou da casa, é capaz de operar uma “ressignificação” importante na forma como vivenciam o espaço hospitalar, tornando-o não só suportável, mas

desejável, preferível a outros hospitais. Um espaço onde o que é pequeno/precário vira aconchegante/acolhedor; onde o que é indiscriminado/indiferenciado e confuso torna-se comunicação/comunhão/facilidade de cooperação.

Para outra auxiliar de enfermagem, a imagem do hospital como “mãe” não está associada apenas ao bem-estar e sentimento de acolhimento que, como funcionária, tem ao trabalhar no hospital, mas também ao cuidado, à grande dedicação, que os funcionários, em sua opinião, prestam aos pacientes. *“Mas eu gosto muito daqui. Eu acho que isso aqui, como as colegas falam, é uma mãe, entendeu? Os pacientes chegam aqui, a gente se arrebenta, faz o que pode!”*

Uma outra auxiliar de enfermagem, trabalhando há 10 anos na enfermaria de clínica médica, solicitada a falar do hospital, mistura, em seu depoimento, sua satisfação em trabalhar num hospital onde encontra amizade e solidariedade dos colegas, definidos como uma família – que a acolheu num momento difícil - e o bom atendimento prestado aos pacientes, pela “boa vontade” das pessoas que ali trabalham:

Eu gosto do trabalho aqui, acho que as pessoas aqui trabalham com muito boa vontade, tá, embora às vezes até com ... não vamos dizer falta de material, mas diminuição de material, mas eles trabalham com muito boa vontade. Vejo que a alimentação dos pacientes é sempre muito abundante ... e as colegas de trabalho também é um pessoal que procura sempre ser amigos (...) Conta que ficou afastada um tempo, devido a um acidente, e que retornou recentemente “até com um pouco de receio (...) sem saber como é que você vai enfrentar a vida de novo, né? Mas eu vi que continua aquela família ... as pessoas umas procurando ajudar as outras ... eu acho um bom trabalho, um bom trabalho mesmo! E esse negócio de falar que o funcionário público ele ... não faz isso, não faz aquilo, eu acho que não é bem assim não. Você trabalha em entidades que são particulares, você vê que a diferença é pouca. (...) Não sei se é porque eu gosto muito de trabalhar aqui, eu só tenho elogios a fazer. Eu acho ... os pacientes são muito bem atendidos. (Ressalva) Agora eu nunca trabalhei na emergência, lá embaixo, entendeu? E eu gosto do trabalho que se vê aqui (...) boa vontade para com os pacientes, os pacientes são sempre bem tratados ... O pessoal às vezes fala: ‘Ah, hospital público! Morreu porque tava no hospital público!’ Não é bem assim. Quem tá de fora sempre tem a mania de falar isso, né? (...) Tá certo que não é hospital particular! Você de repente vai achar alguma coisa de diferente, também eles têm que diferenciar em alguma coisa, né, mas de repente você vê e não tem nada de diferente mesmo! Eu gosto. Eu trabalho em outro hospital público e trabalho em hospital particular e acho que a diferença é mínima. (...)

No mesmo sentido, destaca-se o depoimento de uma das recepcionistas volantes, contratadas pelo Projeto de Humanização da Porta de Entrada. “(...) *porque aqui, com toda a dificuldade, nós conseguimos dar atendimento com dignidade ... temos médicos excelentes ... é claro que tem sempre alguns ... mas 90% é bom.*” Embora reconheça as dificuldades materiais do hospital e o desamparo, especialmente na emergência, faz questão de ressaltar a dedicação e o cuidado com que a maioria dos profissionais atende a população:

Hoje, mais do que nunca, o Hospital está lotado, não tem a rotatividade necessária ... outra questão: nossos idosos. Há muita gente desamparada, idosos caquéticos, desnutridos, desamparados ... mal-amados ... Idoso e criança são duas situações que doem muito. A senhora chega na GE (grande emergência) e vê aqueles pacientes cheios de escara, com os ossos apontando ... Mais adiante, destaca: “*A equipe médica atende com carinho, com dignidade ... o SPA também. Eu tenho bons olhos para o hospital ... não sei se é porque gosto do meu trabalho e tenho bom relacionamento com a equipe ... O que eu vejo por aí fora, nosso hospital dá de dez a zero ... a equipe de Sábado é maravilhosa ... Segunda-feira a equipe é dez ... o pessoal da odontologia ...*” [Conta o caso de uma criança que chegou com um corpo estranho no nariz e outra criança com um corpo estranho no ouvido e que os pediatras, mesmo sem existir a especialidade de otorrinolaringologia no hospital, conseguiram retirar, com todo o cuidado. Diz que os médicos], “*... sempre que podem tentam resolver ... (às vezes mesmo sem ter o equipamento adequado) ... dão atenção, conversam ... Já rodei todos os dias, noite e dia (todos os plantões): o pessoal geralmente faz tudo dentro da possibilidade deles. ... o pessoal da ortopedia ... gente humana ...*

“*Você vê, a gente está tão lotado! ... porque não tem cadeira, não tem maca que chegue ... às vezes tem que atender no chão!* (ainda assim, segundo ela, no hospital vêm parar os pacientes que não conseguiram atendimento em lugar nenhum). “*Paciente que ganha até um salário mínimo ... rodam três, quatro, cinco hospitais e vêm bater aqui.*” A recepcionista compara o atendimento prestado pelo hospital público próximo à sua casa com o que é prestado pelo hospital estudado. Segundo ela, lá os pacientes recebem apenas um soro ou outro paliativo.

Aqui, não! Aqui pede exames, interna ... O pessoal fala: ‘Pôxa! Mas o João Silva é o Pai de Todos!’ Como que um médico, em sua consciência, vai liberar paciente que precisa ser atendido? Paciente

sai daqui com exames, com sua receitinha, pega remédio ... às vezes, vem aqui só para pegar remédio ...

Para esta recepcionista, me parece, a população vem buscar no hospital muito mais do que assistência à saúde, vem buscar carinho e cuidado. *“Acho que a população busca o João Silva até pela atenção que recebe aqui (...) A população tá com o emocional em desequilíbrio (a recepcionista fala do empobrecimento da população, do desemprego, do agravamento dos problemas sociais) ... De repente, ele vem na busca de um pouco de atenção também, um pouco de atendimento com dignidade ... de forma humanizada”*. Observa que, em parte, a população procura o hospital pela forma como é atendida, pela disponibilidade dos profissionais para ouvir o paciente:

(...) o carinho deles ... quantas vezes na GE o médico chega, passa a mão no cabelo da vovó ... ‘Como vai, vovó?’ ... Você sabe que ela está parando, está indo embora ... eu só fico vendo. Eu sou macaca de auditório deles ... eles pegam no paciente ... põem a mão ... quantas pessoas vêm dizer obrigado, por um momento ... um segundo ...

A imagem do hospital que protege, acolhe e cuida de seus funcionários, como um pai, uma mãe, uma família, parece se projetar, assim, sobre o olhar de alguns deles a respeito da assistência prestada à população, tornando-os capazes de enxergar e valorizar, na precariedade, na insuficiência e no drama cotidiano da Porta de Entrada, a atenção e o cuidado que ainda são possíveis.

Um dos enfermeiros da Porta de Entrada, ao ser perguntado sobre o que espera do hospital, responde: *“Esse hospital aqui é excelente, as pessoas ... é tipo uma família (...) então falta mais recursos, pessoal, salário pra gente trabalhar com mais tranquilidade.”* Assim, antes de reconhecer o que falta, destaca a “excelência” do hospital, qualidade advinda de ser como “uma família”.

O depoimento da supervisora de enfermagem, que destacou os feitos heróicos do hospital, também é marcante na utilização que faz da metáfora da família e da casa: *“O que eu encontrei no João Silva foi uma grande família ... Tem fofoca, mas toda família briga. (...) Tem médico ruim? Tem. Como toda família, tem gente ruim e tem gente boa ... No final do ano todos estão juntos (na festa de confraternização), agora temos a festa junina.”* A enfermeira fala então da confiança que os profissionais do hospital têm nos colegas para

atendimento médico, da facilidade de acesso à direção¹⁶ e aos colegas. *“Isso é uma família, para mim é uma família!”* Em outro momento da entrevista observa: *“Isto é a minha casa e, como o elefante, que tem um lugar para morrer, se eu pudesse escolher um lugar para morrer, quero morrer aqui!”* Esta alegoria foi usada por ela em dois momentos da entrevista.

Uma auxiliar de enfermagem da enfermaria de clínica médica, encerra um depoimento sobre os sentimentos contraditórios com relação aos pacientes – oscilando do apego ao nojo – utilizando-se também da metáfora do hospital como lugar onde quer morrer (ou onde quer morrer trabalhando ali), a despeito de todas as dificuldades: *“Mas eu adoro este hospital aqui! Quero terminar os meus dias aqui ...”*

A imagem do hospital como casa, lugar onde se vive (ou onde “se esquece da vida”) e onde se quer morrer, surge logo no início da entrevista desta funcionária:

Até minhas filhas hoje em dia elas falam: ‘Ah! Minha mãe trabalha onde ela quer, ela sempre quis e ela gosta. Minha mãe quando está lá dentro esquece da vida!’ Eu esqueço até de ir pra casa às vezes! Eu adoro isso aqui! (...) Não tenho pressa de chegar em casa. Tenho pressa de manhã de chegar aqui, sabe? (...) Quando eu chego atrasada parece que eu errei demais (...) mas eu adoro esse hospital aqui.

No mesmo sentido, uma auxiliar de enfermagem, com 23 anos de trabalho no hospital, declara: *“Nem sei se eu vou conseguir me aposentar. Nem sei! Pretendo, né, mas não sei se vou conseguir, não. É uma vida aqui dentro!”*

Uma outra auxiliar de enfermagem, da enfermaria pediátrica, declara, ao final da entrevista e diante da perspectiva de completar, no ano seguinte, 30 anos de trabalho no hospital: *Pra mim tá tudo tranquilo, foi uma vida, né, aqui dentro ... então acho tranquilo. E nem sei se saio, né? Acho que ainda dá pra ficar mais um pouco (...) Ficar em casa, na ociosidade (...) então eu acho que eu fico mais um pouco (...)*

Creio que a utilização da metáfora da família produz um deslocamento, na forma de representação da dinâmica grupal, de uma situação de cooperação - na qual, me parece, predominariam os processos secundários para a realização da tarefa, no sentido dado por Bion (1969) – para uma situação de solidariedade ou de um tipo de solidariedade (campo

¹⁶ De fato, as duas últimas gestões do hospital têm sido marcadas pela valorização de práticas democráticas. Uma outra médica entrevistada conta que o acesso ao diretor nunca foi tão fácil como tem sido nessas duas últimas gestões. Conta que antes era recebida, no máximo, pelo Diretor da Divisão Médica. Ao longo da pesquisa pude pessoalmente testemunhar esta abertura, simbolizada na própria porta de acesso a seu gabinete, só fechada quando havia alguma reunião ou conversa mais reservada com algum funcionário.

privilegiado dos processos primários?), na qual haveria uma ligação “natural” ou compulsória, produzida pelos “laços de sangue” que uniriam os irmãos ou membros de uma mesma família.

Perguntando-me a serviço de quê estaria sendo produzido este deslocamento - ou seja, qual a função que a utilização da metáfora da família, tão recorrentemente utilizada pelos profissionais do hospital estudado, estaria cumprindo na economia psíquica desses indivíduos, em sua relação com a organização e com os colegas - me ocorreu que talvez se trate de um mecanismo de defesa não só contra o desamparo, contra a vivência de fragmentação/despedaçamento, que a vida nas organizações também provoca, mas também uma defesa contra o sofrimento que a constatação cotidiana da quase impossibilidade da cooperação – e da assimetria das relações de poder entre os funcionários - provoca. Sofrimento este tanto maior, a meu ver, quanto mais idealizada e reclamada é a cooperação nos serviços de saúde, condição alegada para o cumprimento de sua missão, especialmente para o alcance da tão almejada “integralidade da assistência”.

A este respeito, é interessante a análise de Enriquez (1989) sobre a ideologia igualitária que atravessa as instituições terapêuticas, e educacionais, (cada um dos “operadores” - profissionais, técnicos ... - exerce, no seu campo, um papel terapêutico) onde ao mesmo tempo se demanda e se nega a possibilidade de cooperação.

Trata-se de cuidar da criança, do adolescente, do adulto em estado de desamparo, e cada membro deve concorrer para este trabalho comum.

A ‘cooperação dos iguais’ é pois apresentada como uma ‘necessidade’. Mas assim que é colocada, imediatamente é desmentida. (...) Ciúme e rivalidade vão se manifestar no que diz respeito às técnicas e no que diz respeito à questão seguinte: quem é o ‘proprietário’ do doente?

As instituições tendem a resolver esta questão criando sessões de trabalho em comum sobre os casos-problema e sessões de regulação de equipe, tendo por objetivo a resolução dos conflitos que poderiam surgir. É fazer pouco caso dos diferentes poderes exercidos pelos diversos intervenientes: a palavra de alguns (...) pode ter mais peso institucional do que a de outros (no nosso caso, por exemplo, a palavra de médicos sobre a dos enfermeiros ou destes sobre a dos recepcionistas); a palavra dos antigos (dos fundadores) sobre a dos novos. (...) Essas reuniões, que visam ‘falar dos problemas’, caem no ritual vazio. Os membros da instituição estão ali para falar e falam. Mas as verdadeiras questões raramente são abordadas, pois se o fossem, poderiam surgir

conflitos que questionariam a segurança e identidade de cada um.” (Enriquez, 1989:91)

Nesta situação, a metáfora da família alimenta a ilusão da doçura comunitária. Cabe lembrar o quanto são frágeis nas organizações - especialmente nos serviços públicos, onde a baixa governabilidade dos dirigentes parece ser a regra – os dispositivos gerenciais voltados para o planejamento, para a construção de acordos e projetos coletivos e coordenação dos trabalhos em equipe. Dejours, ao discutir a problemática da cooperação, observa: “*A dificuldade é que é impossível prescrever a cooperação. Sabemos dividir, mas não sabemos reunir. Ordenar a cooperação é como ordenar o amor, numa ordem do tipo: ‘amai-vos uns aos outros’, ‘cooperai uns com os outros’*”. (Dejours, 1999:29).

Para o autor, a cooperação pressupõe a confiança, que por sua vez pressupõe a transparência – sobre o real do trabalho, as transgressões ou “quebra-galhos” e sobre o que chama de atividade “deodôntica”, isto é, a atividade de construção de acordos, normas, valores etc. (no nosso caso, por exemplo, as atividades de planejamento e organização do processo de trabalho em saúde) Tal atividade passa por discussões, deliberações, conflitos, sendo muito custosa, no plano pessoal, apresentando efeitos desastrosos sobre a mobilização subjetiva no trabalho. Assim, segundo Dejours, as pessoas somente se engajam neste tipo de atividade, com um comprometimento mais durável, se puderem esperar alguma retribuição. Tal retribuição se apresenta, para ele, sob a forma específica do reconhecimento, em duplo sentido: no sentido de se admitir a contribuição da pessoa para a organização real do trabalho e no sentido de gratidão. Assim, destacam-se o reconhecimento esperado pelo trabalhador por parte de seus próprios colegas, em princípio os mais indicados para apreciar a natureza e a boa qualidade dessa contribuição, bem como o julgamento dos superiores hierárquicos (no nosso caso, do serviço público, do próprio Estado) sobre a utilidade econômica, social ou técnica da contribuição específica daquele trabalhador.

A organização potente, protetora e envolvente como uma família parece preencher todos os espaços da vida de muitos funcionários, que sentem dificuldade de se separar do hospital. A mesma enfermeira que usou a alegoria do elefante que volta à “casa” para morrer, fala do quanto é difícil para ela se “desligar” do hospital. Conta que quando está de férias “liga” para o hospital com frequência ou recebe telefonemas de colegas, ou mesmo vem ao hospital para “saber as novidades.” Representa esta “fusão” com a organização contando que no hospital costuma-se dizer: “*Nós pegamos o vírus do João Silva*”, ou ainda com uma

metáfora usada também por outros funcionários: *“Isso é uma cachaça ... a gente reclama, mas vicia ...”*

Este imaginário de potência, segurança e proteção/amparo compartilhado por uma grande parte dos funcionários sobre o hospital, que os “contamina”, como um “vírus”, ou os faz “aderir” ao hospital, como “uma cachaça”, parece ter sua força retirada de, pelo menos, dois processos.

De um lado, é este imaginário que possibilita o trânsito, a passagem, entre o hospital do passado e o hospital do presente - realidades tão díspares, tão contrastantes, do ponto de vista das condições materiais e tecnológicas, mas identificadas, tornadas próximas, como vimos, no hospital dos pequenos “feitos heróicos” de ontem e de hoje, no hospital que foi e ainda é “escola/local de formação” e no hospital “casa/família/colo materno”. **Unindo o hospital do passado ao hospital do presente, estas imagens, quase “atemporais”, como mitos, se repetindo nas falas de antigos e novos funcionários, parecem garantir, a cada um, sua identidade/integridade profissional e seu “lugar” no hospital** (sua própria imagem, como profissionais, derivada da imagem de potência do hospital e seu sentimento de pertença/filiação àquela organização, àquela comunidade).

De outra parte, como consequência do anterior, **a força destas imagens de potência, proteção e segurança parece residir no fato de serem elas o que sustenta, o que fia ou avalia,** (e ao mesmo tempo serem sustentadas por) **um pacto denegativo e um contrato narcísico**¹⁷ **entre os funcionários** que, ao negarem a precariedade/as faltas/falhas do hospital, talvez se defendam do desamparo, da angústia de desmembramento/vivência de estarem sentados sobre um “barril de pólvora” que as condições de trabalho no hospital produzem e,

¹⁷ No sentido dado por Kaës (1997) de alianças inconscientes – processos de trabalho psíquico que estão na base dos processos associativos no grupo. *“Para se associar em grupo, mas também para associar representações e pensamentos, os humanos não somente identificam-se com um objeto comum e daí, igualmente entre eles, selando também um acordo inconsciente segundo o qual, para manter seu vínculo e o grupo que o contém, não se dará atenção a um certo número de coisas: elas devem ser recalçadas, rejeitadas, abolidas, depositadas ou apagadas.”* (Kaës, 1997:257). Segundo o autor, a análise dos grupos instituídos põe em evidência uma conjugação constante entre os pactos denegativos e o que Piera Aulagnier denominou de contrato narcísico. Esse contrato designa a cada um certo lugar que lhe é oferecido pelo grupo e que lhe é significado pelo conjunto de vozes que, antes de cada sujeito, manteve um certo discurso (ideais, valores, a cultura e a palavra da certeza) conforme ao mito fundador do grupo. Cada sujeito deve retomar este discurso por sua conta – por ele o sujeito fica ligado ao ancestral fundador. Kaës chama a atenção para duas “polaridades” do pacto denegativo: uma seria organizadora do vínculo e do conjunto transubjetivo. A outra seria defensiva. *“De fato, cada conjunto particular organiza-se positivamente sobre investimentos mútuos, sobre uma comunidade de ideais e crenças, sobre um contrato narcísico, sobre modalidades toleráveis de realizações de desejos ... Cada conjunto organiza-se também negativamente sobre uma comunidade de renúncias e de sacrifícios, sobre extinções, rejeições e recalcamientos, sobre um ‘deixado de lado’ e sobre restos.”* (Kaës, 1997:265)

ao mesmo tempo, negam sua própria precariedade, suas próprias faltas, imersos numa certa ilusão de auto-suficiência narcísica, que o imaginário de potência do hospital lhes “empresta”.

Haveria algo de mortífero e ao mesmo tempo de vital neste imaginário que, se por um lado, como um vírus ou uma cachaça, pode “contaminar” e “adoecer” o olhar, turvando a visão e anestesiando/ “inebriando” as percepções sobre a realidade dramática do cotidiano do hospital, por outro lado, também como um vírus ou uma cachaça, “contagiaria” os sujeitos de entusiasmo, mantendo “aquecidos” (“febris”?) os corpos para as tarefas mais desgastantes e “aceso” o desejo para com o trabalho numa realidade tão adversa?

De todo modo, a despeito de sua força, como vimos, tais imagens parecem apenas em parte cumprir uma função de tranquilização psíquica perante as angústias de desintegração e o desamparo que a realidade de um hospital público de emergência provavelmente produz no psiquismo dos que ali trabalham. Alguns demonstram seus temores com relação a uma população potencialmente agressiva (o que será visto adiante), sua sensação de estarem “sentados em um barril de pólvora”. Outros falam claramente da desilusão para com o hospital, onde não mais encontram o amparo da coesão grupal ou de um chefe, ou não mais se sentem “nutridos” pelo hospital - de onde não se tem “nada mais para tirar”. Outros, como veremos a seguir, tentam fazer um “diagnóstico” mais crítico da realidade do hospital, apontando mais limites e problemas, e uns poucos chegam a apresentar uma visão totalmente cética, desiludida (ressentida até) com relação a possibilidades de mudança.

Assim, a despeito de sua força e dominância, o imaginário de potência, proteção e segurança do hospital não é um imaginário “monolítico”. O reconhecimento de alguns problemas considerados “estruturais”, como a insuficiência e inadequação do espaço físico para o volume de demanda atendido, a falta de pessoal e a falta de determinados recursos tecnológicos, está presente em grande parte das falas. Este “hospital das insuficiências” ou “carências” é mais facilmente visível (e pronunciável) nos vários depoimentos, situando-se, muitas vezes, lado a lado, num mesmo discurso, do hospital potente e acolhedor. No entanto, aquilo que realmente parece ser o que é negado (o hospital do descuido e do descaso), apenas às vezes insinua-se em meio aos discursos de potência (ou de resignação) dos funcionários, ou, mais raramente ainda, irrompe, de forma mais abrupta, produzindo um corte, no conjunto das falas, mostrando-se à análise sob a forma de um outro imaginário, quase que polar, com relação ao primeiro.

4.1.3 Carência crônica e incerteza cíclica: do hospital das insuficiências e do que é possível ao hospital da precariedade, da impotência, do descuido e do descaso

De todos os problemas ou deficiências do hospital, o mais facilmente identificado - e o mais recorrente - diz respeito à sua pequena área física e sua inadequada divisão, face ao volume crescente de pacientes atendidos diariamente.

Um antigo pediatra do hospital dá o seguinte depoimento sobre seu funcionamento:

Olha, o hospital funciona ... ele teria que ter ... é ... teria que ser maior, as instalações físicas já estão pequenas, pelo aumento da população, pelo aumento do número de atendimentos, o hospital já está pequeno. Aumentou o número de profissionais atendendo mas, ainda é ... ainda poderia ser maior, mas as instalações físicas mesmo já estão pequenas ... o pronto-socorro, ele teria que ser ... teria que ser aumentado (...) melhorou com relação ao que era antigamente, mas mesmo assim ainda está deficiente. A localização, por exemplo, do SPA não é boa, porque fica no meio do pátio onde entram os carros, onde entra a ambulância ... mas não tem outro local prá você botar o SPA ... teria que ser, teria que ser feito obras ... o ideal seria que toda a administração do hospital estivesse no segundo andar, ou num terceiro andar e ... e o pronto-socorro todo na parte de baixo ou, como é no (cita o nome de outro hospital de emergência do Rio de Janeiro) - o pronto-Socorro todo no primeiro andar, sem ser no térreo, pra dificultar a entrada dos acompanhantes, porque é ... é uma coisa difícil, às vezes, chega uma pessoa passando mal e vem três, quatro acompanhantes e que às vezes tumultuam quando é um caso grave realmente. Mas o hospital ainda consegue funcionar razoavelmente bem, mas a demanda, o número de atendimentos tá aumentando, o número de profissionais não aumentou, não aumentou proporcionalmente, e as instalações físicas ficaram estáveis, não aumentaram, há cerca de quinze anos atrás, vinte anos atrás são as mesmas instalações. Apenas mudou de nome, mas as instalações são as mesmas de vinte anos atrás, vinte e cinco anos atrás. Desde 7,7 quando eu entrei aqui, o Pronto-Socorro é isto aí, não aumentou absolutamente ... quer dizer, houve uma pequena obra, mas não aumentou consideravelmente o espaço físico do atendimento.

Um dos médicos da enfermagem de clínica médica menciona um projeto antigo de construção de mais um andar, porque o “hospital não tem mais para onde crescer ...”

Um cirurgião, plantonista do Serviço de Emergência, destaca como um dos principais problemas do hospital o volume muito grande de atendimentos, acima da capacidade do hospital, sobrecarga gerada não apenas pelo aumento da população mas pela deficiência da rede pública: “O hospital estruturalmente, fisicamente, não acompanhou este aumento ... até

que a direção se esforça, coloca mais médicos ... mas não tem acomodação ... os problemas do hospital são mais espaço físico e demanda maior do que a gente pode suportar ...

A superlotação da emergência é uma queixa comum. Um dos enfermeiros da Porta de Entrada queixa-se da falta de estrutura física do SPA e da Emergência. *“Não tem lugar pra colocar o soro ... pendura nas janelas, nas grades. O corredor fica lotado ...”* Mais adiante queixa-se também do descontrole com relação ao acesso e à circulação de pessoas: (...) *tem os que entram aqui pelo lado* (refere-se à entrada de pacientes que vêm trazidos pelas ambulâncias) ... *população de rua, alcoólatras, politraumatizados ...*

A insuficiência de alguns recursos de diagnóstico e terapia e também a inexistência de algumas especialidades médicas é também recorrente nas falas, como já vem sendo observado. Assim, no início da pesquisa, vários entrevistados se referiam à falta de um tomógrafo e de neurocirurgiões – recursos que, mais de um ano depois, chegaram ao hospital. A falta de otorrinolaringologistas, oftalmologistas, cirurgiões vasculares e de tórax também costuma ser apontada. Uma enfermeira, referindo-se especialmente à falta de neurocirurgiões e de cirurgiões vasculares, observa: *“De um modo geral o hospital funciona bem e atende bem à população. O hospital só não funciona do pescoço para cima e da cintura para baixo.”*

A comparação com outros hospitais, especialmente da rede privada (com melhores condições materiais e tecnológicas) é inevitável e também está presente em várias falas. Um cardiologista, plantonista da emergência, fala assim sobre seu trabalho: *“É um trabalho que envolve muito jogo de cintura. Eu costumo dizer: ‘eu trabalho no Barra D’or e no Silva D’or. No básico, dá para fazer ...’*. Ainda numa perspectiva de comparação, queixa-se da falta de atualização dos clínicos que, em sua opinião, muitas vezes adotam condutas terapêuticas ultrapassadas e também destaca o excesso de demanda, face ao número limitado de profissionais e de leitos: *“Meu problema é a sobrecarga. Os pacientes ficam muito tempo internados, tanto no CTI quanto na enfermaria.”* Resumindo sua visão sobre o hospital, conclui: *“Foi acima das expectativas e abaixo do que eu queria. Cheguei depois das reformas e encontrei um hospital bem mais estruturado.”* Mas logo observa, provavelmente tendo a rede D’or como referência: *“Eu queria uma unidade coronariana.”*

Outro médico, cirurgião, também conta que trabalha em outro hospital da rede D’or, de segunda à quinta-feira e, na sexta-feira, no hospital estudado. Fala dos contrastes. Acha que consegue suportar trabalhar ali na emergência, há tantos anos, porque é cirurgião. Em sua explicação, o cirurgião suporta mais que o clínico o trabalho em condições tão adversas porque seu trabalho depende menos dos outros e do Estado. É, segundo ele, *“um trabalho*

mais pontual” – garantidos o material mínimo necessário para a realização das cirurgias. “*O clínico sofre mais com a pressão da demanda, por causa de uma rede que não funciona ...*”. Refere-se aqui aos casos de doentes crônicos que chegam na emergência descompensados (hipertensos, diabéticos), por não serem atendidos pela rede básica.

O hospital do “*básico*” que “*dá para fazer*”, como o definiu o cardiologista anteriormente citado, ou o hospital do “*apesar de tudo, dá para fazer alguma coisa*”, como avalia o cirurgião acima, é o “hospital do possível”, do que é possível em meio às insuficiências e adversidades. “*Tem-se trabalhado, dentro do possível, o melhor que se pode, né?*”, observa uma antiga médica, clínica geral, da enfermaria. Em algumas falas, esta imagem de reconhecimento do trabalho relativamente bem feito aparece junto com o reconhecimento do quanto ainda se tem a fazer, do quanto ainda é preciso melhorar, por referência, por exemplo, à rede privada: “*Silva D’or é a nossa meta!*”, como disse uma das autoridades do nível central da administração à qual está subordinado o hospital, em discurso proferido na cerimônia de aniversário do hospital. Ou, como a mesma médica clínica acima citada complementa: “*O desafio que a gente vê é sempre tentar melhorar, né, quer dizer, se a gente olha para trás a gente vê que já melhorou bastante, mas a gente sempre quer mais, a gente sempre acha que tá pouco.*”. Menciona então o tomógrafo, que o hospital ainda iria receber, e a necessidade de plantonistas para a enfermaria.

Em outras falas, no entanto, a imagem do “hospital do possível” parece ganhar os tons de uma resignação ou acomodação, uma incapacidade de crítica do presente e de formulação de um projeto para o hospital (ou incapacidade de desejar), como se pode perceber na fala de uma pediatra, também antiga funcionária, ao ser perguntada sobre os desafios para o hospital:

Acho que aqui não tem muito desafio não. Acho que o básico a gente faz direitinho, ... o que o povão aqui precisa é disso que a gente dá, é o atendimento. Muita gente vem aqui ... às vezes a gente dá alta e eles não querem ter alta até porque comem aqui direitinho ... Acho que aqui não tem desafio não. O que o hospital se propõe a gente faz direitinho.

Para esta médica, as insuficiências, precariedades, impossibilidades do hospital, parecem perder importância face à situação de extrema carência do “povão” ali atendido, para quem, a seu ver, o atendimento “básico”, “feito direitinho”, e a comida, regularmente oferecida, é o que basta.

É interessante observar, no entanto, que os discursos de “minimização” ou negação das insuficiências são facilmente minados por uma situação de carência que parece crônica, que se “desloca” ou “deslisa” de determinados componentes da assistência hospitalar para outros - como disse uma das auxiliares de enfermagem anteriormente citadas, *“sempre tem uma precariedadezinha (...) quando não é no material é na medicação, quando não é isso é o profissional que está faltando (...)”* – e que se acumula, irremediavelmente. A fala de uma outra auxiliar de enfermagem, com 12 anos de trabalho no hospital, é exemplar deste processo: *“Aqui não é muito incompleto, não. Faltam pouquinhos coisas. São poucas coisas, mas aí vai se tornando grande, grande, grande ...”*

O depoimento desta funcionária também permite identificar, em meio às imagens de carência, outro elemento bastante freqüente no cenário cotidiano dos serviços públicos de saúde e que parece ser, igualmente, fonte de sofrimento para os funcionários, mais um componente de seu desamparo. Trata-se da **incerteza quanto às condições de trabalho, quanto à continuidade de projetos e à continuidade do próprio funcionamento do serviço e também quanto à situação funcional/salarial**. Mazelas publicamente conhecidas da administração pública (como a morosidade dos processos, a ineficiência e incompetência gerencial, a utilização da máquina pública para fins políticos/eleitorais e até mesmo o desvio de recursos, entre outras) associadas à não priorização histórica do setor saúde na alocação dos recursos públicos, são responsáveis, com freqüência, pela interrupção na prestação de serviços, pela descontinuidade do abastecimento, pela não reposição de estoques, pela interrupção ou atraso no pagamento de contratos de prestação de serviços básicos, como manutenção de equipamentos, alimentação, limpeza, segurança, e até mesmo contratos de obras, e também por atrasos no pagamento de servidores e prestadores de serviços de um modo geral.

Neste sentido, em sua entrevista, a auxiliar de enfermagem faz a seguinte observação sobre o CTI infantil que seria construído:

*Vão fazer agora essa U.I. aqui, também. Não sei se vai funcionar, mas que já teve um projeto¹⁸ (...) o CTI era aqui. O projeto foi pra isso, mas não fizeram! Pára, né? **Sempre tem alguma coisa que pára.**” Do mesmo modo, observa um antigo pediatra do hospital: *“(...) eu espero que esta inauguração do CTI não seja uma bomba de efeito**

¹⁸ Refere-se a uma obra realizada às pressas, por uma das administrações anteriores. O CTI não chegou a funcionar porque, segundo depoimento de outra enfermeira aqui já registrado, “esqueceram-se” de construir uma área para expurgo, banheiro e sala para médicos.

retardado, no sentido de você ter o CTI e não ter profissional ... porque ... nós até ... a direção do hospital sabe disso, e eles também ... nós não temos nenhuma condição técnica de assumir um CTI infantil, a gente não faz isto. Eu não sou “ceteista” é ... é ... ninguém aqui trabalha em CTI (...)” Observa que espera que seja garantido o pessoal, os intensivistas, e na quantidade adequada, levando em conta férias, “afastamentos”, “(...) pois uma vez montado o CTI, a assistência não pode ser interrompida.

Assim, à carência crônica dos serviços públicos de saúde soma-se a incerteza cíclica (“*sempre tem alguma coisa que pára ...*”), **que igualmente assombra esses serviços**, compondo o quadro de precariedade e desamparo do hospital estudado. Ao longo da pesquisa, pude presenciar pelo menos dois períodos intercalados em que o pagamento dos salários dos chamados prestadores de serviço sofreu um atraso de cerca de três meses, em cada vez. Logo no início da pesquisa, o hospital sofria, quase simultaneamente, com a interrupção do fornecimento de alimentação para pacientes e funcionários, dos serviços de vigilância e também de limpeza. Em todos os casos, por atraso, pelo nível central da administração, no pagamento dos fornecedores/prestadores. O endoscópio estava quebrado havia mais de dois meses, na dependência do nível central da administração providenciar o conserto. O tomógrafo, tão ansiosamente aguardado pelo hospital, havia sido adquirido pelo nível central ainda no primeiro semestre de 2002. Levou vários meses para ser entregue e, depois de entregue, outros muitos meses para ser instalado, na dependência de obras para adequação das instalações conforme especificações técnicas. Só começou a funcionar, de fato, no início de 2004.

Uma supervisora de enfermagem destaca o problema dos contratos: “*Estamos sem Vigilância há quase um mês. A faxina que hoje trabalha aí foi pega no tapa ...*”(refere-se a pessoas sem treinamento para as tarefas de limpeza hospitalar, recrutadas às pressas). Em outro momento de sua entrevista, volta a falar do problema da suspensão do contrato com a firma de vigilância: “*Hoje temos maqueiros como vigilantes. A última vez que chamamos a “patamo” (polícia militar) disseram que tem mais bandidos na rua!*”. Na mesma época, uma assistente social da Porta de Entrada, prestadora de serviço, queixa-se de que os salários dos prestadores já estavam atrasados havia mais de dois meses, “*indo para três ...*”. Uma outra assistente social comenta assim a suspensão do fornecimento de alimentação para funcionários e pacientes, por falta de pagamento: “*É um desrespeito ao teu paciente, ao profissional (...) ele não é obrigado a comer lavagem!*” (Esclarece que em função da

suspensão do fornecimento pela empresa contratada, a comida estava sendo fornecida através do sistema penitenciário). Um enfermeiro da Porta de Entrada, na mesma época, demonstra sua ansiedade decorrente da incerteza sobre a situação da alimentação e as condições de segurança: *“Estamos na pressão hoje: será que vai ter almoço? (...) Entra e sai qualquer um a qualquer hora. Você sai para trabalhar e não sabe se volta ...”* Naquela semana, uma médica pediatra do SPA havia sido agredida fisicamente pelos responsáveis de uma criança. O assunto foi comentado por mais de um dos entrevistados.

Mesmo em épocas de prestação regular dos serviços de vigilância, a sensação de insegurança no hospital não é desprezível. A pressão da demanda, a superlotação, e até a inadequação da planta física, que não permite uma organização adequada do fluxo de usuários e profissionais como já foi observado, são ingredientes do cotidiano do hospital presentes nas situações de ameaças e mesmo de agressões físicas a que estão expostos os profissionais. Um outro enfermeiro da Porta de Entrada queixa-se do risco representado pela *“falta de estrutura”* do SPA: *“(...) só tem uma porta. Se alguém invadir não tem segurança (...) uma vez as doutoras ficaram presas lá dentro ... só com o celular para falar com a direção do hospital ...”* Uma assistente social também se queixa da inadequação da planta física do SPA e da inexistência de um telefone em suas dependências, comprometendo a segurança dos profissionais que ali *“ficam ilhados”*. Diz que a população *“não entende”* quando o médico tem que ir embora, quando encerra seu plantão. Conta que já quiseram linchar um médico.

Uma médica, recentemente concursada, trabalhando há pouco mais de um ano no hospital, fala com alívio de ter conseguido sair da emergência, onde se achava mais exposta à agressividade da população, e estar trabalhando na enfermaria. A imagem que utiliza para expressar seu medo é bastante forte: *“Se um dia chegar, sei lá, um maluco e der tiro em todo mundo ... acho isso totalmente plausível de acontecer! Em hospitais acontece ... infelizmente o perigo está em todos os lugares.”* Na enfermaria, apesar de relativamente mais protegida, diz que também se sente insegura. Refere-se à recente interrupção dos serviços de vigilância, por cerca de dois meses e diz que, mesmo com o serviço normalizado, *“(...) de vez em quando aparecem pessoas estranhas na enfermaria, fora do horário de visitas ...”* Conta um caso, que lhe foi contado por uma outra médica, de uma falsa auxiliar de enfermagem que ficou trabalhando por bastante tempo na enfermaria. Queixa-se também do controle precário dos crachás feito pelos vigilantes, que também às vezes não estão nos seus postos. Por outro lado, reconhece o quanto esses vigilantes são frágeis ou impotentes ante o poder dos bandidos, do crime organizado, do narcotráfico. Menciona o caso de um vigilante que havia sido

assassinado, fazia pouco tempo, em outro hospital no Rio de Janeiro, baleado por bandidos que invadiram o hospital para resgatar outro bandido que estava internado.

Assim, à sensação de incerteza “cíclica” com relação ao fornecimento de insumos, à prestação de serviços e ao pagamento de salários, soma-se não apenas a insegurança cotidiana que o contato com uma população excluída, maltratada, desassistida e, portanto, potencialmente agressiva, suscita, como a inevitável exposição (para um serviço “portas abertas 24 horas”) à extrema e aparentemente incontrolável violência que assola a cidade. Trata-se de uma situação que põe a prova, diariamente, o imaginário de potência, proteção e segurança que paradoxalmente se construiu sobre o hospital, com toda sua história de precariedades, e também paradoxalmente parece resistir, paralelamente às imagens de incerteza, insegurança e descontrole do presente.

A imagem de descontrole também surge associada, embora em poucas falas, à depredação/espoliação a que o hospital, como tantos outros serviços públicos, é constantemente submetido. Uma médica da emergência queixa-se dos furtos constantes de material e equipamentos e cita especificamente o furto de aparelhos de pressão, que não podem mais ser deixados nos consultórios. Uma enfermeira supervisora queixa-se da empresa encarregada da lavagem de roupas. Gostaria que o hospital tivesse sua própria lavanderia. Conta que “cansam” de comprar lençóis novos que vão para a lavanderia e não voltam. Voltam lençóis velhos, às vezes de outros hospitais. Diz que os novos só voltarão quando estiverem esfarrapados, após usados, segundo ela, pelas casas de saúde particulares.

Em poucos depoimentos, as imagens das insuficiências e da precariedade - que em alguns discursos parecem conviver, lado a lado e pacificamente, com as imagens de potência do hospital - cedem lugar, todavia, a um conjunto mais consistente de representações, metáforas e outras figuras que remetem à impotência, ao imobilismo, ao “nada a fazer”, à impossibilidade de mudança ante os muitos problemas sofridos pelo hospital.

Um antigo pediatra, a despeito de seu investimento no hospital - que o faz concretamente dedicar muitas horas de trabalho não apenas assistencial, mas com funções não remuneradas de coordenação e assessoria à direção - utiliza-se repetidamente da imagem de uma “*estrutura arcaica e viciada*” para se referir à impossibilidade de mudar a realidade do hospital.

Agora, o hospital, eu gosto muito de trabalhar, mas eu acho que é uma estrutura totalmente arcaica, viciada, não reciclada. Não se adaptou aos tempos, entendeu? É um hospital que sofre (ênfase), com

o tamanho dele, porque a população quintuplicou nos últimos quarenta anos e o espaço físico é o mesmo. Então eu acho que a gente sofre em função dessas coisas todas.

Logo adiante, complementa, utilizando-se da imagem de modernidade e eficiência administrativa que o senso comum atribui aos hospitais privados, em contraste com a morosidade, ineficiência e obsolescência da estrutura e dos processos gerenciais atribuídas aos hospitais públicos:

Eu falo que ele é viciado porque eu acho que a estrutura pública dele tem que ser mudada. Isso hoje em dia é uma empresa, eu vejo o hospital como uma empresa ... e que vende um serviço e que recebe por isso. Então ele recebe recursos em função do que você faz aqui dentro, do que você consegue ... administrar aqui dentro. E eu acho que a gente tem uma dissociação muito grande com relação ao que acontece lá fora, nos hospitais privados. Uma outra estrutura, um pouco mais cruel que a nossa, a nossa é um pouco mais paternalista ... mas a gente sucumbe um pouco porque a gente não tem o dinheiro para manter isto ...

Fala da necessidade de gerar mais recursos através de uma melhor administração, melhor utilização dos recursos disponíveis – giro de leito, medicação, ações de promoção/prevenção. “Então você tem um SPA que tá tendo 200 pessoas e eu não consigo fixar ele em lugar nenhum ... quer dizer: este doente vem e volta pra cá o tempo todinho ...” (Refere-se à necessidade de garantir a vinculação ou adscrição da clientela à rede básica)

Queixa-se de que o nível central só quer números em detrimento da qualidade. Fala do excessivo número de atendimentos no SPA e no ambulatório, sem condições de atendimento. Queixa-se da estrutura arcaica, que dificulta o encaminhamento de soluções, e do imobilismo, da incapacidade de reação dos profissionais, da incapacidade de mudança:

Vejo também que a gente fica inerte, porque você tem, como eu falei, a estrutura, para mim ela é arcaica, que você tem que dar tantos passos para você conseguir chegar a uma coisa ... que o processo se dilui ou se perde ou você simplesmente se desinteressa no meio do caminho.” (...) “Gosto do trabalho, não faço corpo mole aqui, assumo um monte de coisa aqui dentro, quero ver melhorar, mas é muito difícil você melhorar com uma estrutura que já está viciada. Eu achei que na época da terceirização a gente tivesse aprendido alguma coisa e fosse modificar, mas não aprendemos exatamente nada (...) eu acho que a gente não consegue aprender nada, eu achei que (quando) a gente perdeu o hospital e recuperou de novo a gente fosse pensar

diferente, mas aí as mesmas vaidades, aquele mesma coisa, tudo continua do mesmo jeito ... tá melhor em algumas coisas, eu sei que a antiga diretora (...) (cita seu nome) e o (cita o nome do atual diretor) ... o pessoal tenta às vezes modificar alguma coisa, algumas coisas melhoraram, houve alguma integração, mas basicamente não conseguiu mudar exatamente nada (...) porque tem coisas que não dependem daqui, dependem do (...) (refere-se ao nível central da instituição à qual o hospital está vinculado) mas tem muita vaidade nisso tudo e pouco interesse.

A impotência em seu discurso se remete à falência de um sistema de saúde que não consegue garantir o acesso a uma rede básica, ambulatorial, com ações de prevenção e promoção à saúde, tratando “paliativamente” uma população cujos problemas de saúde têm origem em carências e problemas sociais muito mais amplos:

Eu vejo uma população sendo tratada sintomaticamente. Só. Você sabe também que não é só problema médico. Tem todo um problema social aí. Não adianta eu tratar, ele volta para o mesmo lugar (...) (fala da falta de alimentação, da desnutrição das crianças) Eu acho que é um pouco brincadeira de saúde aqui o que a gente faz (...) fica a população toda flutuando aqui em volta, vem aqui e sai, vem aqui e sai (...).

À imagem do hospital que acolhe e ampara seus funcionários, este médico opõe a de um hospital – mais ainda, a de toda uma administração pública – que não enxerga seus funcionários, não conhece seu estado de saúde e nem suas necessidades de cuidado. Dá o exemplo de um antigo funcionário do registro que morreu fazia pouco tempo. Conta que passavam diariamente por ele e viam que, a cada dia, ele estava lendo com o papel mais próximo da vista e nunca ninguém parou para perguntar porquê. “A gente passava todo dia por ele e ele estava lendo assim (imita o gesto de trazer o papel bem próximo aos olhos). Nunca parou: Por que? O que é que ele tem ? O que é que não tem? Tem recursos? Se o processo já é progressivo, por que ele ainda está trabalhando? Será que ali na recepção era o melhor local para ele? (...)” Diz que recentemente é que veio saber que o funcionário era diabético. Conta também o caso de uma outra funcionária que vinha trabalhar com seqüela de um AVC (acidente vascular cerebral) e que, sempre que podia, “fugia” do serviço.

Funcionário entra no (refere-se ao nível de governo ao qual pertence a administração do hospital), faz 1 exame admissional. Fica 35 anos ... nunca mais ... o (refere-se novamente ao respectivo nível de governo) não sabe qual o nível de saúde dele (...) morre 35 anos depois e não

*querem nem saber. A gente não consegue saber nem os nossos funcionários que estão na biometria por que estão na biometria!*¹⁹

*Você vê de tudo: você vê gente que está na biometria porque tem incapacidade, você vê gente sem incapacidade, você vê gente que não estava na biometria e, no dia em que a gratificação foi liberada, foi para a biometria*²⁰, *você vê gente trabalhando sem condições, você vê gente precisando ser readaptada. Só que a gente circula por isso tudo e a gente olha, aquele “olha” e não enxerga nada. A gente olha e não enxerga exatamente nada! Coisas simples, assim, você vai ver uma maca passando com uma caixinha desse tamanho (o médico faz o gesto com a mão para indicar o tamanho bem pequeno da caixa). Aquela maca tá carregando aquela caixa. Então você olha ... todo dia aquilo, mas a gente não se preocupa em comprar um carrinho pequeno, alguma coisa, para carregar aquela caixa. (...) É mais fácil não ver.*

O depoimento deste pediatra parece mostrar não só a impotência, a imagem da impossibilidade de mudança que uma “estrutura arcaica e viciada” traduz, mas a cegueira, a apatia - na linguagem de Campos (1994), a “apatia burocrática” – que impede que os funcionários e suas necessidades, assim como outros problemas do hospital, sejam vistos, reconhecidos e enfrentados.

Especialmente marcante, todavia, é a entrevista de uma médica, uma ortopedista, que parece estar totalmente tomada pelo imaginário da precariedade, da impotência, do descuido e do caos, incapaz de reconhecer qualquer aspecto positivo no funcionamento do hospital. Na época da entrevista, trabalhava havia pouco mais de um ano no hospital como funcionária concursada, mas antes do concurso já havia trabalhado ali como prestadora de serviço.

Começa falando de si. Diz que embora seja médica tem a visão gerencial. Diz que fez cursos na área de gestão e queixa-se de que esta formação não é valorizada, não é reconhecida no serviço público. Acha que o grande problema da maioria dos hospitais é gerencial.

Por exemplo, amanhã eu passo visita aqui sozinha em 50 pacientes. Você acha que dá? Já falei com a direção, já falei com o CRM, já falei com o sindicato ... Sabe o que é que foi feito? Nada. Absolutamente nada. E que motivação eu vou ter, para um paciente que eu sei que vai ficar mal visto? Eu não fiz medicina pra isso! Então

¹⁹ No jargão do funcionalismo, “estar na biometria” é estar licenciado para tratamento de saúde.

²⁰ O médico se refere aqui a uma situação bastante comum, e perversa, a que eram submetidos os funcionários até pouco tempo atrás. Quando precisavam se licenciar para tratamento de saúde, deixavam de receber as gratificações que não eram incorporadas aos salários. Com isto, tentando evitar uma drástica redução nos seus vencimentos, muitos funcionários iam trabalhar doentes e até “morriam em serviço”. Depois que a “gratificação foi liberada”, isto é, continuou sendo paga durante a licença para tratamento de saúde, muitos foram os pedidos de licença.

tem alguma coisa errada nesse link aí, entendeu? Não dá pra ter palestra aqui sobre qualidade de vida, quando você não fala em valorização pessoal. Isso é hipocrisia! As pessoas vêm aqui de costas! Não têm nenhuma vontade de vir! Eu já estou com vontade de abandonar! Porque eu acho que o que eu estou fazendo aqui não é medicina. O que eu estou fazendo aqui é uma palhaçada! Eu estou enganando o paciente.

Queixa-se que logo após ter sido admitida, após o concurso, ficou dois meses sem receber e até aquele momento não haviam lhe pago.

Isso é um desrespeito com o profissional. Que motivação você vai ter? (...) Antes de eu ser médica daqui eu já fui prestadora de serviço aqui. E já ouvi uma série de desaforos (...) ‘prestador que não serve pra trabalhar a gente manda embora’ (...) o dia em que eu fui embora, como prestadora, foi porque eu ouvi desaforo ... da direção. Falei: ‘Olha, só volto aqui depois que eu tiver concursada.’ Fiz concurso e passei. Isso mudou alguma coisa?

É surpreendente o vínculo mantido por esta médica com o hospital, onde se sente tão maltratada e para onde volta, após o concurso. Quando perguntada sobre o porquê de ter escolhido o hospital no concurso responde:

Porque é um dos menos longe, né? Porque é tudo tão longe, né? E porque eu falei que voltaria. Eu não sou de correr dos desafios. Só que é malhar em ferro frio. Infelizmente é malhar em ferro frio! Você quer fazer as coisas, você não tem como! Você não vê esquema de parceria, você não vê um comprometimento real. Ninguém escuta o cliente interno aqui! Ninguém nunca me perguntou se eu estou feliz no meu trabalho! Todo mundo escuta o mendigo que passa na rua e que precisa de atendimento. Mas o cliente interno ninguém escuta! Que gestão é essa? Que gerência é essa? Que prêmio de qualidade é esse que ele recebeu? Pra mim, isso é hipocrisia!

A demanda por escuta/cuidado e o ressentimento pelo não reconhecimento de seu trabalho são centrais em seu depoimento e parecem guiar seu olhar sobre o hospital.

A médica reconhece que os problemas que aponta não são exclusivos do hospital estudado, mas dos serviços públicos de um modo geral, mas é veemente no modo como denuncia os problemas, especialmente quando se refere à precarização do trabalho, à desvalorização dos servidores e ao descaso com que são tratados pelo poder público.

*Você não pode chegar para uma pessoa que ganha duzentos reais ou quatrocentos reais e dizer que ela não tem direito a ter umas férias, como são os prestadores de serviço (...) ! Isso é um absurdo! Um maqueiro, um gesseiro, você fica dois meses sem pagar. Como essa pessoa vem trabalhar? (...) um auxiliar de enfermagem, que trabalha aqui, que nem um cachorro, trinta e seis horas por semana. Ganha quinhentos reais. Em compensação, um lixeiro ganha oitocentos! (...) Um médico ganha mil e duzentos reais. Um lixeiro, no próximo concurso, vai ganhar mil e **trezentos** ... (...) as pessoas só dizem o que você tem que fazer: eu tenho que fazer ambulatório, eu tenho que operar, eu tenho que ver a enfermaria ... ainda queriam que eu participasse da Comissão de Prontuário com vinte e quatro horas semanais! ... Isso é impossível! (...) Os deveres são sempre bem explícitos. Mas ninguém te escuta! Ninguém te diz qual seu direito!*

Diz que está muito desmotivada e com grande tendência a pedir demissão do serviço público. Quando observo que ela não se sente reconhecida, valorizada, ouvida, me responde: *“Você não sente vontade de levantar para trabalhar! A maioria das pessoas aqui reza pra acontecer alguma coisa pequena, tipo: torcer um dedo, quebrar um dedinho, pra ficar afastado! Todo mundo gosta mais de ficar afastado do que trabalhar. Isso é valorização de pessoal? (...)”*

É interessante observar que a imagem de não sentir vontade de levantar para trabalhar já havia sido usada por uma assistente social da Porta de Entrada, ao comentar as dificuldades cotidianas do hospital. No entanto, o depoimento desta médica parece conter um grau extremamente elevado de sofrimento e adoecimento pelas condições adversas do trabalho. É como se condensasse, nesta entrevista, todas as queixas dispersas nos discursos de outros funcionários. Queixa-se de ter que cancelar cirurgias por falta de lençol, queixa da qualidade da comida servida aos funcionários e, novamente, do atraso dos salários dos prestadores. Fala da sobrecarga de trabalho, especialmente porque outros colegas não cumprem horário. *“(...) Eu cumpro o meu! Não é justo eu ficar sobrecarregada por um problema do sistema! E quem perde com isso não sou eu, não! É o paciente! (...) Tem gente hoje sendo operada com 2 meses de fratura! É desumano! Você tá criando uma fábrica de monstrinhos aleijados!”* Queixa-se de que atendem pessoas de tudo quanto é parte e acima da capacidade do hospital. Queixa-se do clientelismo político, das indicações de pacientes a pedido de políticos. *“Pra mim, pode ser filho do Fernando Henrique. Eu vou tratar exatamente da mesma forma. Eu não vou passar uma pessoa que é conhecida de alguém na frente de uma velhinha, que tem 80 anos e que pode morrer se demorara a operar.*

Sua demanda por escuta e por cuidado se destaca em seu depoimento.

A população, ela ... como ... como eu estou te dizendo, existe um 'Fala Cidadão', uma 'Ouvidoria' para eles, eles às vezes eles são até agressivos! Porque eles se sentem cheios de razão, mas eles não sabem o que a gente está passando aqui. Eu já ouvi muito desaforo naquele ambulatório! (...) ter que ficar respondendo denúncia do Fala Cidadão, mas ninguém me pergunta se eu estou feliz ou infeliz aqui! (...) eu não consigo entender isso: querer fazer palestra de gestão e qualidade de vida quando você não tem nem uma ouvidoria interna! É um absurdo! (...)

Parece se sentir totalmente só, sem ter a quem se queixar ou recorrer: “*E quando você se dirige a alguém: 'Ah! Isso não pé responsabilidade minha, isso é do seu chefe!'. 'Ah, não! Isso é responsabilidade do Estado!'* Nunca é responsabilidade de ninguém!”

Queixa-se de que a administração pública a qual o hospital pertence é a única que não fornece vale transporte aos funcionários, diferentemente dos demais níveis de governo e reclama da passividade das pessoas com relação ao não cumprimento da lei.

Mas a gente malha em ferro frio! Pra mim, faz diferença, é lógico, mas paras as pessoas que ganham pouco, é o único local onde você não tem direito a vale transporte! E todos os hospitais são longe! (...) e ninguém fala nada! (...) E alguém se move? Não! Então o coitadinho que fica 2 meses sem receber e que ganha 200 reais não tem nem como vir ... Não tem alguma coisa errada? Que Secretaria de RH é essa, filha? Que RH é esse? Tem que mudar muito! (...)

Seu discurso é extremamente cético, negativo com relação à qualquer possibilidade de mudança e muito ressentido pela falta de reconhecimento e valorização no trabalho. Ressente-se, sobretudo, da falta de amparo. Diz estar infeliz com o trabalho no serviço público.

Se não mudar, eu vou acabar indo embora. Se a curto prazo não mudar eu não vou conseguir, entendeu? Porque eu estou infeliz (ênfase na palavra) e a pessoa que trabalha infeliz, produz mal, trata mal ao paciente que não tem a mínima culpa! E não é isso que eu quero. Não foi pra isso que eu fiz medicina.

Fala de seu sonho de sair da faculdade e poder se dedicar a um hospital só e ao consultório. Na realidade trabalha em quatro lugares para poder se sustentar financeiramente e acha que não dá para fazer nada bem. Queixa-se de estar sem férias há vários anos. “*A quantidade de médicos, de pessoas de saúde tomando antidepressivo, tomando ansiolítico, isso é um*

absurdo! (...) Você fazer parte de um serviço de saúde e não conseguir zelar pela sua saúde!” Volta a falar dos meses em que seu salário não foi pago. Diz que já tomou antidepressivo por três meses e repete o discurso de que as pessoas que trabalham no hospital “(...) rezam para que aconteça algum probleminha, tipo quebrar um dedinho (...)”, para não irem trabalhar.

O discurso desta médica, para além de seu sofrimento singular e intenso, parece ser o discurso de um porta-voz. Porta-voz do sofrimento e do mal-estar de outros funcionários que, embora possam não ter contato com tal sofrimento, lançando mão talvez de algumas estratégias defensivas, provavelmente também se encontram, assim como ela, presos a uma situação da qual se sentem impotentes para sair ou para mudar.

Assim, o imaginário de potência do hospital (o hospital que melhorou muito, que ganhou um prêmio, que é casa, que atende bem e que ampara seus funcionários) que atravessa e a maior parte das falas, se transforma, no discurso desta médica, em sua antítese:

Então eles fizeram esta maquiagem²¹ aqui. Bonita, né? Pintaram parede ... pra isso pelo menos serviu. Aí entregaram pra terceirizar, o que já era institucional. Mas aí o governo era conivente. E ninguém fazia nada. Nem o Ministério Público. Aí não conseguiram levar isso a frente, porque não é fácil você levar um grande hospital a frente, muito menos terceirizar um serviço desse. Aí retornaram os médicos do (refere-se ao nível de governo ao qual pertence o hospital). Com um salário de 400 reais. Irreal! Então você não vai ter ninguém de qualidade (...) então não ficaram as melhores pessoas. Você não tenha a ilusão de que ficaram as pérolas aqui! As pérolas foram embora! Ficou quem já estava há muito tempo, no serviço público, e está esperando a sua aposentadoria. (...) Aí teve o último concurso. As pessoas passaram no concurso. Vieram. Quantos já foram embora? Será que está tão melhor? Quase todo mundo já desistiu! Por que será ...? Então eu acho que é uma maquiagem. Viu? Porque normalmente você escuta a casta, né? É lógico que eu vou dizer que minha casa é bonita! Não interessa que a minha empregada não esteja nem almoçando. Mas a minha casa é a melhor que tem. Porque é a minha casa, entendeu? Então para as castas tudo está ótimo! Mas não tá tão ótimo assim, não! (...) tem pessoas bem intencionadas dentro da (refere-se ao nível central da administração), mas tem pessoas que não estão tanto assim não, que gostam desse esquema de maquiagem porque é mais fácil de manipular. A quantidade de prestadores de serviço que existe no Rio de Janeiro é muito grande. Aí, a panaca aqui, para variar, a panaca aqui vai no sindicato e fornece todos os documentos para entrar com uma denúncia pública

²¹ O termo “maquiagem” já havia sido utilizado por um enfermeiro da Porta de Entrada para se referir às obras de reforma do hospital.

... no ... Ministério Público! Pra acabar com prestação de serviço! Porque isso tem que acabar! Isso daqui é um trabalho de escravo! Aí sabe o que é que eu escutei das pessoas aqui? ‘Pô, você não devia ter feito isso! Porque são mais fáceis de manipular com essas pessoas!’ É brincadeira, né? Se eu não quero isso pra mim, não quero isso pra você que trabalha comigo. Então, existe uma maquiagem muito grande, mas aqui não funciona tão bem quanto dizem lá que é hospital modelo, não. Aí o que é que acontece? Você faz essa maquiagem e diz que é um hospital modelo. Que é que acontece? O paciente não sabe o que é que é, o que é que não é. Ele é leigo! Aí o aumento da demanda é desse tamanho e a sua capacidade é desse tamanho (faz o gesto indicando a desproporção) (...) Eu acho que o sistema de informação da população e conscientização da população tinha que ser melhor. Não é só dizer: Olha, você pode ser bem atendido aqui. Não! É dizer, reconhecer: olha, a gente tá com pouco pessoal, a gente ... não tem como internar, não tem como fazer, a gente quer atender vocês, mas se vocês não entrarem em parceria com a gente, a gente não vai resolver o problema ... Ninguém faz isso! Ninguém põe o peito lá e diz que não vai fazer! ‘Ah, arranja uma vaguinha ali! Põe um extra na sua enfermaria!’ Isso é hipocrisia! Você não tá tratando ninguém! E é isso que acontece. Não só aqui como nos outros hospitais!

Para esta médica, cujo sofrimento agudo não permite reconhecer os dilemas, contradições, ambivalências ou paradoxos que marcam a vida nas organizações e na sociedade em geral, as pessoas não enfrentam a pressão da demanda - ou a precariedade da situação material dos hospitais e sua perversa política de pessoal - simplesmente por medo, covardia ou omissão: “*Mas ninguém põe a cara a tapa lá e vai fazer!*” Tomada quase que absolutamente por um imaginário de impotência, desamparo e caos sobre o hospital, esta médica não é capaz de reconhecer o quanto é grande a pressão da demanda num hospital público de emergência no Rio de Janeiro, que não pode simplesmente “fechar suas portas” sem um elevado custo social, ético e político. **Hospitais que vivem, como observou uma recepcionista volante da emergência, cotidianamente, o dilema entre atender sem condições e não atender por falta de condições: “Se atender é risco, se não atender, também.”**

De todo modo, o corte abrupto e intenso que sua fala produz no conjunto de depoimentos coletados - confrontando-os com imagens tão radicalmente opostas, “hipérboles” de uma impotência e de um desamparo quase absolutos - sugere que possa ser tomada, esta fala, como um ícone, uma condensação daquilo que nas várias outras falas é o que é, de fato, negado e que, acredito, seja mais do que a impotência, o não poder, mais do que o

desamparo ou o caos cotidiano da realidade hospitalar: trata-se do **descuido, da indiferença perante a dor, do agravamento (ou mesmo produção) do sofrimento, enfim, da produção do mal em um serviço de saúde.**

4.2 O Projeto de Humanização da Porta de Entrada: histórico/desenvolvimento, características, inserção na estrutura organizacional e dinâmica de funcionamento

O Projeto de Humanização da Porta de Entrada do Hospital teve início em 1999, ainda como um Projeto de Recepção, e restrito às portas de entrada do Serviço de Pronto Atendimento e da Emergência.

Naquele momento, a direção do hospital já vinha desenvolvendo um conjunto de iniciativas voltadas para o aperfeiçoamento de seus mecanismos gerenciais e para a melhoria da qualidade da assistência – preocupações que têm sido centrais na gestão do hospital desde aquela época. Assim, ainda em 1998, três integrantes da equipe de direção²² foram encaminhados para fazer um curso de planejamento estratégico oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e apresentaram, como trabalho de conclusão de curso (Escola Nacional de Saúde Pública, 1998)²³, um plano estratégico de intervenção no problema “sobrecarga do serviço de emergência do hospital”, que priorizaram entre outros problemas enfrentados pelo hospital.

Entre os “descritores” ou sintomas/manifestações do problema e que o caracterizam enquanto uma realidade insatisfatória e evitável²⁴ para o ator em questão, isto é, a direção do hospital, estes profissionais já destacavam: o elevado tempo de espera para as consultas de emergência (3 a 5 horas); uma taxa de ocupação de 60% acima da capacidade instalada da emergência; um percentual de 70% dos casos atendidos na emergência “sem perfil de emergência”, isto é, não se constituindo em emergências de fato; e a baixa qualidade e resolutividade do atendimento da emergência.

²² O diretor médico (que atualmente é o diretor do hospital, tendo sucedido a então diretora, por indicação desta), a chefe do serviço de psicologia e a chefe do serviço social.

²³ Mimeo, gentilmente cedido por Francisco Javier Uribe Rivera, coordenador do curso.

²⁴ Alguns conceitos aqui utilizados referem-se à metodologia de Planejamento Estratégico-Situacional, desenvolvida pelo chileno Carlos Matus, e largamente utilizada, com adaptações, nos processos de planejamento estratégico no setor saúde no Brasil. (Matus, 1993; Rivera, 1989; Cecílio, 1997 Sá&Artmann, 1994)

Entre as principais causas identificadas para o problema, os profissionais destacavam o inadequado funcionamento das Portas de Entrada, destacando-se a falta de uma “recepção técnica na porta de entrada da emergência”, entendendo por “recepção técnica” a que seria realizada por médicos e enfermeiros. Propuseram então a criação desta recepção, com a nomeação específica de enfermeiros e médicos, treinamento desses profissionais e adequação de um espaço (onde, posteriormente, veio a ser construído o balcão da recepção da emergência), junto ao guichê do registro dos pacientes da emergência (onde são feitos os boletins de atendimento). Com isto, esperavam: “diminuir o percentual de pacientes sem perfil para a emergência”, encaminhando-os para o ambulatório ou outras unidades da rede, quando fosse o caso; obter a “organização do fluxo da porta de entrada”; obter a “diminuição do tempo de espera para consulta médica”; obter o “aumento do número de pacientes atendidos no ambulatório” e a “implementação da referência e contra-referência”.

Alguns dos resultados esperados, dependiam, obviamente, da intervenção em outros nós-críticos do problema, sobre os quais a direção do hospital tinha pouca ou nenhuma governabilidade, como a articulação com outras unidades da rede e com as instâncias superiores de governo, e mesmo a necessidade de contratação/renovação do quadro de profissionais visando melhor adequação de seu perfil. Assim, por insuficiência de recursos financeiros, o projeto só começou a ser implementado no ano seguinte e, ainda assim, centrado nas ações de recepção (realizada por pessoal de nível médio, prestadores de serviços) em articulação com os médicos e enfermeiros que já atuavam no setor (do quadro), uma psicóloga e duas assistentes sociais (prestadores de serviço).

Apenas em 2001, a partir de uma parceria entre a direção do hospital e o nível central da instituição de saúde ao qual está subordinado, o projeto passou a compreender as demais portas de entrada do hospital (não só o Serviço de Emergência e o Serviço de Pronto Atendimento/SPA, mas o Ambulatório, a Sala de Curativos Especiais e Recepção Principal) e ganhou o *status* de “projeto piloto”, com o nome de “Projeto de Humanização da Porta de Entrada do Hospital *João Silva*”, com vistas à implantação posterior nos demais hospitais de emergência da rede de saúde daquele nível de governo. Em março de 2004, o nível central divulgou o Projeto de Humanização da Porta de Entrada dos Hospitais de Emergência de sua rede, com recursos previstos no Plano Plurianual, e que se baseia, essencialmente, na experiência adquirida e no desenho do projeto piloto desenvolvido pelo hospital aqui estudado.

Em um olhar panorâmico sobre o conjunto de depoimentos e documentos que informam esses seis anos de existência do Projeto Porta de Entrada, é possível, por um lado, identificar problemas que ainda persistem, como, por exemplo, a fragilidade dos mecanismos de articulação com as demais unidades da rede pública, tornando praticamente inócuas as referências e contra-referências realizadas, mas, por outro lado, é visível o processo de estruturação/institucionalização de um projeto que *“começou com uma mesinha na porta da emergência”*, nas palavras de uma das assistentes sociais à frente do projeto desde seus primórdios. Hoje, a despeito das dificuldades de pactuação e consolidação de uma rotina entre as diversas categorias profissionais e as diferentes equipes de plantões (*“a cada dia a Porta de Entrada é diferente”*, é uma das queixas mais frequentes, tanto de funcionários quanto da gerência do projeto), o projeto já assume, nas falas de diversos profissionais, o significado quase que de um *“setor”*: “A Porta de Entrada”, instituindo uma certa “função”, já vista como “inerente” ao do modo de operar (modo de funcionamento) do serviço - a de realizar a recepção, triagem, encaminhamento e orientação do fluxo de pacientes, visitantes e usuários em geral do hospital. *“Hoje não é mais um projeto. Na minha cabeça, hoje a Porta de Entrada é um setor. É parte do hospital.”*, é a declaração de uma das assistentes sociais contratadas pelo projeto.

O impacto positivo do Projeto sobre a dinâmica de funcionamento dos diversos setores do hospital é inegável, melhorando o fluxo e agilizando o encaminhamento de pacientes e usuários em geral, bem como a comunicação entre médicos da emergência e familiares de pacientes. Como observou uma das médicas da emergência que se mostrou, na observação participante e na entrevista, mais crítica com relação ao funcionamento do hospital:

Olha, na Porta de Entrada, eu acho que até melhorou, já foi pior, sabe? Acho que melhorou. Hoje em dia tem ... tem uma interação entre a Porta de Entrada, propriamente dita, e a gente que fica na Grande Emergência... porque hoje em dia já tem um rapaz lá... uma moça com uma prancheta: ‘Doutora, um paciente assim, assim, tem um... um parente lá fora que quer saber notícia... tá de alta, não tá... qual a perspectiva de alta, e tá perguntando se pode vir aqui dar uma olhada, para ver se está precisando de alguma coisa ...’ Entendeu? Então, tem uma ponte, uma comunicação, coisa que não tinha anteriormente ... era só na hora da visita e acabou! Não é? Então, eu acho que isso é uma coisa que partiu da Porta de Entrada, e que melhorou muito.

Contudo, a despeito das muitas mudanças, positivas, no cenário de “selva” e caos absoluto que reinava nas portas do hospital, especialmente na emergência, os problemas que o projeto Porta de Entrada enfrenta hoje são ainda, sem dúvida, muito importantes, dramáticos até.

A análise dos documentos disponíveis sobre o projeto²⁵ também revela sua evolução em termos de filosofia e concepção geral, objetivos e rotinas. A preocupação com a “resolutividade e qualidade no atendimento” já estava presente desde o início, sendo acrescida posteriormente do adjetivo “humanizado” para a palavra atendimento. Esses termos permanecem, no entanto, sem um desenvolvimento conceitual que possa resultar, inclusive, em melhores parâmetros para a avaliação das ações desenvolvidas. Os objetivos, nos documentos iniciais, confundem-se mais com as atribuições dos profissionais envolvidos e/ou ações desenvolvidas, como “informar-se (...) quanto ao número de profissionais de plantão (...)”, “organizar o setor de espera externo (...)”; “explicar aos usuários que aguardam atendimento (...) o porquê de determinadas prioridades” etc. Os documentos mais recentes já apresentam uma maior distinção entre objetivos/resultados esperados, por um lado, e atribuições/rotinas, por outro.

Entre os principais objetivos específicos atualmente esperados encontram-se:

- Atender 100% da clientela que busca a Unidade, referenciando-a para o atendimento interno e/ou externo, de acordo com os sinais, sintomas e patologias apresentadas;
- Diminuir o tempo de espera do usuário para o atendimento;
- Garantir em 70% a referência e contra-referência, através de criação de protocolos com unidades da área de planejamento e circunvizinhas, para exames complementares e/ou atendimentos;
- Trabalhar mudanças de hábitos e atitudes frente às doenças e acidentes preveníveis, doenças crônicas e divulgar informes sobre as ofertas de serviços da rede Pública, da própria Unidade e do Projeto;
- Melhorar as condições de trabalho e qualidade de vida dos usuários internos e externos, através da reorganização da Unidade;
- Mediar conflitos gerados pelo acesso de acompanhantes e visitantes, facilitando, inclusive a entrevista com o médico assistente para esclarecimento sobre o estado de saúde do usuário internado;

²⁵ Listagem em anexo.

- Resgate da credibilidade do serviço público.

Outros objetivos referem-se à democratização de informações sobre o funcionamento do serviço; sinalização das áreas internas do hospital para facilitar o acesso e a circulação; garantia de informações aos familiares sobre os pacientes; pesquisas de opinião, levantamentos, estudos e pesquisas para subsidiar as ações do projeto etc.

Observam-se, assim, de um modo geral, dois grandes conjuntos de objetivos de naturezas distintas: os primeiros, relacionados a uma função mais normativa, disciplinadora, voltam-se para a mudança de rotinas e implantação de procedimentos concretos/objetivos de priorização, de orientação, informação e referência da clientela; o segundo grupo reúne objetivos talvez menos “operacionais”, menos “concretos” ou tangíveis, que se referem a uma expectativa vaga de mudança de “atitudes” e/ou de “cultura”, tanto por parte da população - que, segundo alguns, “por ignorância” não tem uma atitude preventiva ou profilática com relação à sua saúde, “só procurando” os serviços de saúde quando as doenças se manifestam de forma aguda, contribuindo então para a sobrecarga do SPA/emergência - quanto por parte de alguns profissionais, especialmente alguns médicos que, na interpretação de outros profissionais e também de outros médicos, “resistem” a algumas rotinas, voltadas para a garantia de certos direitos dos pacientes e de seus acompanhantes, que ameaçariam seu poder ou autonomia.

Nesta segunda perspectiva, os objetivos sugerem haver certa expectativa de que o Projeto de Humanização da Porta de Entrada, através da atuação de seus profissionais, possa cumprir, junto à população e aos trabalhadores do hospital, uma função *pedagógica, formadora*, mais do que informativa – expectativa que, aliás, encontra-se presente, como será visto adiante, no discurso dos enfermeiros a respeito de seu trabalho na Porta de Entrada - bem como uma função de *mediação*, esta última explicitada nos documentos, entre os diversos interesses, desejos, demandas, necessidades, visões etc, que, vindos de dentro (por parte dos trabalhadores, da administração, da política institucional) e de fora (pacientes e usuários) se encontram, e em geral se confrontam, na Porta de Entrada do Hospital.

Esses dois grandes grupos de objetivos não são, todavia, independentes. Acredito, inclusive, que as dificuldades de se definir, ou melhor, de se institucionalizar, rotinas e critérios de operação relativos ao primeiro grupo, têm parte de suas origens nos diversos entendimentos possíveis sobre os objetivos do segundo grupo, bem como nos pressupostos e “pré-conceitos” que os informam. Por outro lado, diante das dificuldades - infinitamente

maiores – de se exercer as funções de “formação” e de “mediação” contidas no segundo grupo de objetivos, é bastante comum observarmos os profissionais voltarem-se para o primeiro grupo, demandando soluções mais normativas e “esquecendo-se” que estas, no entanto, não se implementam sem que a segunda função acima seja exercida.

Do ponto de vista da composição do pessoal que integra a “equipe da Porta de Entrada” e da organização de seus processos de trabalho, algumas mudanças foram implementadas ao longo dos anos. Na verdade, a composição da equipe e a definição de suas atribuições freqüentemente está sofrendo mudanças, em “redesenhos” cíclicos do projeto. Uma das mudanças mais importantes, com impactos tanto concretos como simbólicos e que serão analisados posteriormente, ocorreu no início de 2003, com o fortalecimento das ações de triagem da enfermagem, que passaram a ser realizadas dentro de uma sala, como já foi aqui mencionado, dotada de alguns equipamentos e materiais mínimos necessários a uma avaliação do estado geral dos pacientes – esfigmomanômetro (aparelho para verificação da pressão arterial), glicosímetro, termômetro, estetoscópio e abaixadores de língua.

Quando terminei o trabalho de campo, a composição diária da equipe do Projeto no SPA e na Emergência era a seguinte:

SPA (funcionamento diário, todos os dias da semana, de 07:00 às 19:00hs):

- 1 recepcionista (plantão de 12 por 60 horas), com função de recepcionar os usuários, fornecer informações sobre o funcionamento da unidade, encaminhar ao profissional competente, solicitar serviço de limpeza e de maqueiro, organizar a fila e a entrada de pacientes para a triagem e atendimento, ajudando a enfermagem na tarefa de identificar prioridades (idosos, crianças, deficientes e também os casos mais graves/urgentes).
- 2 enfermeiros (plantão de 12 por 60 horas), encarregados da triagem técnica, através da realização de uma consulta de enfermagem.

Emergência (funcionamento 24 horas, todos os dias da semana):

- 1 recepcionista (plantão de 12 por 60 horas), no horário diurno, com funções de orientação, informação e encaminhamento de pacientes, acompanhantes e usuários em geral, além do registro e fornecimento de informações sobre a evolução de pacientes internados/em observação na emergência.

- 2 recepcionistas volantes (12 por 60 horas), uma para o horário diurno (07:00-19:00) outra para o horário noturno, com funções, sobretudo, de coordenar o fluxo de pacientes e o acesso de familiares aos pacientes internados na emergência, o contato dos familiares com os médicos, o encaminhamento de pertences, etc.
- 1 enfermeiro (6 dias na semana, no horário “maluco” como se referiu uma das próprias gerentes responsáveis por sua criação, de 09:00 às 22:00) Este enfermeiro foi remanejado do plantão noturno e foi a solução - bastante polêmica - encontrada pela equipe para cobrir a necessidade de mais um enfermeiro no horário diurno, enquanto o nível central não atendia às solicitações de contratação de mais pessoal.
- 1 assistente social – 2 plantões de 12 horas semanais. O assistente social cobre o SPA e a Emergência, atendendo os casos encaminhados pelas equipes de enfermagem e de médicos, fazendo contatos com as famílias e com outros serviços externos.
- 2 maqueiros no horário diurno e 1 no horário noturno, também em regime de plantão de 12 por 60 horas, servindo tanto ao SPA como à emergência.

Ao final da pesquisa, em março de 2004, o Projeto estava sendo mais uma vez “redesenhado”. O hospital buscava conseguir, do nível central, a contratação de auxiliares de enfermagem e de médicos, que atuariam, respectivamente, na recepção e triagem de pacientes. No caso dos médicos, havia certa expectativa, ainda não muito claramente discutida entre a gerência do Projeto e a direção do hospital, que realizassem já, junto com a triagem e consulta de enfermagem, uma primeira consulta, visando maior resolutividade da própria triagem e contribuindo para absorver mais rapidamente a demanda para o SPA.

A tensão entre os “tempos longos” da consulta de enfermagem e a necessidade de “tempos rápidos” para a triagem, identificação e encaminhamento das urgências/emergências, assim como a composição e qualificação da equipe da recepção são pontos críticos para o funcionamento do projeto e serão melhor discutidos mais adiante. Do mesmo modo, são os diferentes regimes de plantão entre as várias categorias profissionais, o que dificulta a formação de equipes mais integradas e também sua gerência.

Outra questão importante para a dinâmica de funcionamento do Projeto se refere à situação dos trabalhadores com relação ao seu vínculo com o hospital. Todos os enfermeiros, assistentes sociais, recepcionistas e maqueiros que trabalham na Porta de Entrada são contratados especificamente para o Projeto, sem qualquer vínculo formal com o nível central da administração pública ao qual o hospital pertence. São os chamados “prestadores”, que,

assim como quase 50% dos médicos que trabalham na emergência e no SPA, não têm qualquer vínculo empregatício com o hospital, nem quaisquer garantias trabalhistas. Esta situação apresenta repercussões muito negativas não só sobre as condições materiais de vida e trabalho desses trabalhadores, como sobre sua mobilização subjetiva para o trabalho, gerando sentimentos de não pertencimento, de desvalorização e não reconhecimento. É interessante observar que uma das últimas entrevistas que fiz na pesquisa foi com uma técnica do nível central ao qual o hospital está subordinado, que me disse, quando falávamos da precariedade e irregularidade deste tipo de “contratação”- existente também em outras unidades da rede – que esta era a única alternativa possível para contornar os obstáculos ao aumento do quadro de pessoal e, em tom de brincadeira, acrescentou que se costuma olhar o crachá das pessoas para ver se são estatutários, chamados “cara-crachá”, ou “prestadores”, dos quais se diz, em tom jocoso: *“só prestam para aquilo”*.

Esta cisão concreta, entre tratamentos e status diferentes para trabalhadores da mesma categoria produz seu eco, do ponto de vista simbólico e imaginário, nas representações sobre o trabalho, sobre a função de cada um e o lugar ocupado na “comunidade” do hospital. Há inúmeras referências, nas falas dos profissionais entrevistados, aos “de dentro” – os que trabalham na rotina do hospital e no interior da emergência, os estatutários – e “os de fora”, os que trabalham na Porta de Entrada, os “prestadores”. Aqui, o termo “de fora” adquire dupla conotação: de fora do quadro de funcionários, de fora do espaço interno do hospital – na Porta – ou em suas fronteiras, como poderiam ser caracterizados os territórios da emergência e do SPA.

O projeto também tem uma gerência. Ao longo de sua existência, esta gerência – não remunerada, assim como todas as funções de chefia ou coordenação do hospital - já foi exercida por duas psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social, esta última tendo exercido por duas vezes intercaladas a gerência. Trata-se de uma função bastante delicada, pois tem sob seu controle profissionais de diversas categorias, submetidos, por sua vez, a diferentes – e com frequência conflitantes – linhas de mando (chefia de plantão médico, coordenação da emergência, coordenação do ambulatório, coordenação da enfermagem, chefia do serviço social, supervisão administrativa ...).

No que se refere à sua inserção na estrutura organizacional do hospital, o Projeto Porta de Entrada esteve subordinado, desde seu início até janeiro de 2004, à Gerência de Qualidade do hospital, instância de assessoria direta ao Diretor do Hospital. A partir de janeiro de 2004, e como saída para mais uma das crises político-gerenciais que o projeto enfrentava, passou a

ser subordinado diretamente às coordenações da Emergência e do Ambulatório, por sua vez subordinadas ao Diretor Médico. Essas mudanças apresentam sentidos importantes, tanto do ponto de vista gerencial, em termos do grau de governabilidade, de controle, sobre os processos de trabalho na Porta de Entrada, como, me parece, do ponto de vista das concepções sobre o projeto e do lugar do projeto no imaginário organizacional.

4.3 As Concepções sobre o Projeto e o Lugar do Projeto no Imaginário Organizacional

O exame das diversas falas sobre o Projeto de Humanização da Porta de Entrada revela um conjunto muito variado de funções a ele atribuídas, não necessariamente inclusivas, e muitas vezes opostas ou contraditórias. Assim, observam-se referências ao projeto como tendo, principalmente, as funções de “triar”, “priorizar”, “orientar”, “encaminhar”, “resolver”, “dar respostas”, “garantir a comunicação” ou “mediação” entre famílias/pacientes e médicos, “garantir direitos” ou “garantir o acesso” do usuário, “humanizar”, “agilizar o atendimento”, “absorver” rapidamente a demanda, “desafogar” a emergência e o ambulatório.

4.3.1 A Porta de Entrada como Filtro/Contenção ou Barreira ao Acesso

Um médico, da enfermaria de clínica geral, conta sobre a época em que trabalhou no ambulatório e sobre seu processo de reestruturação após a experiência fracassada de terceirização da administração do hospital: “(...) *foi criada lá aquela Porta de Entrada, o SPA que não tinha, que desafogou o ambulatório porque ... eu acho até que foi a* (refere-se a uma ex-diretora do hospital), *... e aí então ela começou a incrementar isso aí (...) ‘Tá muito sobrecarregado o ambulatório? Então vamos fazer o SPA aqui.’ Porque muita gente que procura o SPA/Emergência não tem necessidade de ser atendido na emergência (...)*” (grifo meu)

Uma auxiliar de enfermagem da enfermaria de pediatria, já tendo trabalhado por onze anos na emergência, refere-se à “criação” da Porta de Entrada como uma das coisas boas do hospital, contribuindo para diminuir a demanda da emergência, com o encaminhamento para o SPA: “*Aquela Porta de Entrada ali foi bom, né? Acho que até eles dividiram mais ... claro que tem dias é ... é que é muita gente, muita, mas dividiram bem ali embaixo (...)*”

No mesmo sentido, parecendo destacar certa função de contenção da demanda ou de filtro que a Porta de Entrada estaria cumprindo, fala uma enfermeira da enfermaria de pediatria: *Aquela Porta de Entrada ajudou bastante, mas tem dias que não está servindo de nada porque as pessoas estão muito doentes (...) pessoas de longe, que vêm pra cá (...) e aí sobrecarrega este aqui (...)*”

Uma enfermeira, contratada pelo projeto, destaca, em seu depoimento, as funções de priorização, de identificação de casos mais urgentes/graves e, também, indiretamente, de contenção da demanda que o projeto estaria cumprindo:

O projeto para mim, ele é muito importante. Por quê? Porque ele vai diferenciar as emergências, de ambulatório, e de intermediário, que é o SPA, tá? Por quê? Às vezes o paciente chega com uma pressão alta, que você vai aferir, né, se ele tá com dor na nuca, você vai aferir, a pressão tá alta, então você não pode passar no meio daquele povo todo de ambulatório, aquele povo todo que tem no SPA. Então, (...) vai para a emergência, para poder dar um socorro mais rápido. Uma pessoa que fez uma convulsão ... também é prioridade ... uma febre também é uma prioridade ... uma dor no peito é uma prioridade ... agora, um resfriado comum, não, resfriado comum, mesmo que seja acompanhado de febre, que ... em criança, não, porque em criança, a gente sempre prioriza, porque tem crianças que não agüentam. Então, isso é muito importante (...) E tem muitas pessoas, também, que elas não entendem ... qual é a ... discernir a emergência, quer ser todo mundo atendido, ao mesmo tempo, e a gente com a boa vontade, a gente conversa, e começa a encaminhar, a encaminhar, não, a orientar (ênfase) para que se procure um ambulatório ... (...)

Em outro trecho de sua entrevista, esta enfermeira parece demonstrar certo orgulho por poder identificar e “resolver”, na própria consulta de enfermagem, certos casos que não necessitariam, a seu ver, atendimento médico, como os quadros psicossomáticos, evitando sobrecarregar o SPA.

Às vezes tem paciente aqui que chega doente! Você chega com uma conversa, uma papoterapia, você consegue mandar o paciente embora pra casa, conversando, sem medicação, sem nada, só aferindo uma pressão, verificando uma glicose, vendo uma temperatura ... aí você consegue. Por quê? Porque às vezes ele estava pensando que era aquilo, e chegou aqui, não era, era só ansiedade. Entendeu? Infelizmente, a gente... o que adianta você passar um paciente (para a consulta médica no SPA), e o paciente chegar lá dentro, e o paciente passar na frente de um monte de gente, e que não tem nada? Então,

não adianta. Entendeu? Ele só está doente naquela hora, está doente de mente, ... de alma.

É importante observar que, embora a preocupação com a necessidade de contenção/seleção da demanda para o Serviço de Emergência, através da triagem dos casos em função de sua urgência, já estivesse presente desde os antecedentes do projeto, como demonstra a discussão do problema da “sobrecarga do serviço de emergência”, feita em 1998, por integrantes da equipe de direção do hospital²⁶, somente a partir do início de 2003, com a criação da sala para a triagem/consulta de enfermagem, é que o Projeto de Humanização da Porta de Entrada passou a contar, efetivamente, tanto na visão de dirigentes do hospital como na visão da gerência do projeto e de grande parte de seus funcionários, com uma “triagem técnica”, cuja inexistência, até então, sempre foi vista como uma das causas de sobrecarga da emergência.

4.3.2 A Institucionalização do Projeto

O marco de implantação desta “triagem técnica” foi a criação da pequena sala de triagem/consulta de enfermagem, no SPA, que acabou sendo subdividida por um biombo, passando a acomodar dois enfermeiros, para os quais passaram a ser encaminhados todos os pacientes antes mesmo de terem seus boletins de atendimento abertos pelo setor de registro – que antes desta nova rotina os abria indiscriminadamente, independentemente da necessidade do paciente, do grau de urgência do caso e da existência de especialidade/recursos no hospital para atendê-lo. Tal mudança na rotina da Porta de Entrada se deu num contexto de mudanças mais amplas no projeto, para fazer face a importantes problemas. Segundo integrantes da direção do hospital, naquele momento “*a Porta de Entrada estava largada*”.

Os problemas então relatados me pareceram ser, essencialmente, de natureza gerencial, sugerindo uma **baixa capacidade de regulação das relações de trabalho, de**

²⁶ Durante curso de planejamento estratégico, aqui já referido, quando foram destacados os seguintes pontos: elevado tempo de espera para as consultas de emergência (3 a 5 horas); uma taxa de ocupação de 60% acima da capacidade instalada da emergência; um percentual de 70% dos casos atendidos na emergência “sem perfil de emergência”, isto é, não se constituindo em urgências e emergências de fato, além da baixa qualidade e resolutividade do atendimento da emergência.

coordenação e de uso de autoridade para enfrentar, por exemplo, “esquemas”²⁷ e privilégios mantidos pelo corporativismo e até mesmo pelo fisiologismo e clientelismo político na indicação de alguns contratados pelo projeto²⁸. Os desafios da gerência da Porta de Entrada serão objeto de discussão específica mais adiante. Por enquanto, basta destacar que, naquele contexto, o projeto passou a contar, entre o final de 2002 e o início de 2003, com uma nova gerente. Além disso, não só os enfermeiros como também os recepcionistas tiveram suas atribuições e rotinas revistas, em função da implantação da chamada “triagem técnica”. Segundo a gerente de qualidade do hospital, a qual se subordinava, na época, a gerente da Porta, as enfermeiras estavam sendo treinadas para que, “*de fato*” fizessem a “*triagem porque (até então) o Projeto nunca teve uma triagem técnica.*” O projeto também recebeu outros recursos, que supostamente fortaleceriam a capacidade de gestão, como uma secretária e uma sala para a gerência – com este “*apoio administrativo*”, a gerente esperava, conforme me declarou, conseguir “... *fazer a estatística do setor*” para avaliar melhor a produção e a demanda, além de realizar levantamento e manter atualizada a relação de serviços e respectivas especialidades/equipamentos existentes na área onde se situa o hospital e próximas, para facilitar a referência/contra-referência de pacientes. Além disso, novos uniformes também foram confeccionados, “*mais funcionais e receptivos*”, segundo a nova gerente, com predomínio do algodão, da malha e da cor verde para recepcionistas e maqueiros. Uma maior “institucionalização” do projeto ganhava materialidade e visibilidade, assim, nas salas de triagem e da gerência, na estrutura administrativa e nos uniformes da equipe.

A declaração de uma das assistentes sociais da Porta de Entrada é um indicador importante deste processo de institucionalização do projeto. Apesar de reconhecer as muitas dificuldades ainda existentes, especialmente para a garantia de acesso da população ao serviço, observa:

É... mas eu acredito no projeto, é... eu acho que teve uma mudança, eu acredito que não é mais nem um projeto, hoje é um trabalho, realmente, né, projeto era no início... apesar de continuar com o nome

²⁷ O termo “esquema” costuma ser utilizado pelos funcionários da área de saúde para designar práticas em que profissionais de uma mesma categoria costumam encobrir mutuamente suas faltas ou saídas do serviço durante o plantão ou turno de trabalho, revezando-se na tarefa de fazer o trabalho do colega ausente.

²⁸ Ouvi com frequência queixas da equipe de direção e gerência do projeto a respeito da dificuldade de se selecionar profissionais com base exclusivamente em critérios técnicos, pois era comum a pressão para a contratação de parentes de funcionários e “protegidos” ou “afilhados” políticos de autoridades do nível central. Esta situação obviamente comprometia a governabilidade da direção do hospital sobre esses trabalhadores.

Projeto (ênfatisa) *Porta de Entrada*, eu acredito que hoje é realidade, hoje faz parte. Eu não consigo ver o hospital sem a *Porta de Entrada*, entendeu? Hoje não é mais um projeto, na minha cabeça, hoje a *Porta de Entrada* é um setor, é parte do hospital!

Assim, naquele contexto, **o conjunto de mudanças implementadas para e com a criação da “triagem técnica” parece ter vindo atender a uma necessidade de controle não apenas do que entrava no hospital**, dos tipos de problemas de saúde que ali poderiam ser atendidos (poderiam passar pela porta), **mas também daquilo que emergia da dinâmica organizacional como algo da ordem do “ingovernável”** – como os “esquemas”, a insubordinação da equipe e a baixa produção - que a *Porta de Entrada*, naquele momento “*largada*”, não conseguia conter. A idéia da *Porta de Entrada* como “setor” associa-se, portanto, a imagens do instituído, da estabilidade e permanência que um “projeto” não teria, de rotinas estabelecidas – enquadre supostamente necessário à intervenção nos processos organizacionais que resistem ao controle.

O depoimento de uma enfermeira da *Porta de Entrada* é ilustrativo deste descontrole sobre os casos que entravam para atendimento (passavam pela “porta”) e sobre os processos e relações de trabalho. Em sua entrevista, conta como se sentia, antes da criação da sala de triagem, quando tinha que “triar” na própria fila, sem nenhum recurso para a avaliação dos pacientes e, o que me pareceu implícito em seu depoimento, sem “recursos” para argumentar “tecnicamente” com o médico sobre a necessidade de encaminhamento dos pacientes para consulta:

Antes da gente ter a nossa sala (...) eles falavam que ia ser ‘... cento e vinte atendimentos, e acabou’ (refere-se aos médicos do SPA que, segundo ela, estabelecem “cotas” ou um número máximo de atendimentos que farão em um dia). *Porque antigamente nós fazíamos a triagem na fila. Eu me sentia uma enfermeira de nível superior... como se fosse uma recepcionista, porque a minha função ali era nula, né. Então, lá no SPA...* (a enfermeira reproduz a fala dos médicos) *‘Eu só vou atender oitenta!’* (esclarece, indignada: *Clínica médica, em doze horas!*) ... *‘Eu só vou atender cento e vinte’* ... *Se tivessem três médicos... vamos botar... sessenta mais sessenta: cento e vinte... cento e oitenta!... Enfim, eles preconizavam que mais de sessenta pacientes, eles não atenderiam! E aí, como nós não tínhamos a sala, e como nós ficávamos lá na frente, lá na fila, os pacientes falavam: ‘Ah, eu estou com pressão alta ... eu tenho pressão alta.’ E a gente tinha que direcionar* (encaminhar para o atendimento médico), *e aí, você direcionar, sem realmente tá ... ‘Ah, eu sou hipertenso!’* ... *Porque a primeira coisa que eles fazem quando eles vêem a fila, eles falam: ah,*

mas eu sou hipertenso! Sou hipertenso, sou hipertenso... aí ele tenta entrar na frente para poder ser visto. (...) Porque ele está falando uma coisa pra ti, mas de repente a pressão dele não está aaalta (ênfatiza) ... ‘ah, eu estou assim, assim, assado...’ e a gente tinha que acreditar, porque a gente não podia examinar, a gente não podia fazer nada!

Ainda no estudo exploratório, antes, portanto, da estruturação da triagem de enfermagem, destaca-se o depoimento de um dos enfermeiros do projeto que, como os demais, tinha que avaliar/triar os pacientes na própria fila. Refere-se ao estresse, à pressão pela qual “ (...) *passam as pessoas ali na frente. Eu mesmo fiquei num estresse danado por enfrentar a população ...*” Queixa-se das deficiências do projeto. Menciona a falta de médicos e, especialmente, de auxiliares de enfermagem, para ajudar na tarefa de triagem, cuja contratação o nível central havia prometido e não cumpriu. Critica o nível central, que apenas faz propaganda do projeto, mas não investe os recursos necessários: “*É um projeto capenga. A (...) (refere-se ao órgão do nível central) anuncia: Projeto Porta de Entrada! ... É como comercial de refrigerante, que não vale nada mas vicia ...*” Queixa-se dos “esquemas dos médicos” : “*Se os médicos fazem esquema, se onde deveria ter dois atendendo, tem um só, este um tem que respirar e atender pelos dois, ... mas isso não acontece!*” Conta que, diante de tantas dificuldades e pressões, costumam dizer que estão trabalhando no “*Projeto Tapa na Cara: o povo não quer saber. Quer ser atendido. Vêm e agridem ...*”

Espremida entre a pressão dos pacientes e o poder dos médicos, a enfermagem veio a adquirir, sem dúvida, com a criação da sala de triagem/consulta de enfermagem e o auxílio de uns poucos recursos de apoio diagnóstico - como o aparelho para aferição da pressão arterial e o reagente para avaliação instantânea do nível de glicose no sangue (glicosímetro) - maior autonomia decisória sobre os casos e, conseqüentemente, maior capacidade de influência sobre o funcionamento do serviço.

Testemunhando o poder que a enfermagem e, por extensão, o Projeto Porta de Entrada passou a ter na dinâmica organizacional com a introdução da “triagem técnica” e sua **função de “filtro” qualificado da demanda**, destaca-se outro trecho da entrevista da mesma enfermeira citada anteriormente. A entrevista se realizou quase um ano após as mudanças assinaladas e a enfermeira se queixa da perda de sua autonomia, por não estarem “*podendo triar como antes*”²⁹ e ressalta o quanto já puderam reduzir a pressão da demanda (“*enxugar*” o número de atendimentos) através não só da triagem e encaminhamento para outras unidades, mas também através de uma atividade que considera de “orientação/educação” da população, direcionando-a para a rede básica.

A Porta de Entrada, enfim, aqui no João Silva, (...) é ... já foi melhor, mas estão querendo aperfeiçoar, né? Ela, hoje em dia, ela se encontra uma coisa muito deficitária, principalmente em relação à nossa triagem. Nós tínhamos livre arbítrio de algumas coisas, no início, em relação à nossa triagem, a nossa pré-consulta, nós fechávamos mais aonde a gente ia direcionar aquele paciente, a gente fazia as nossas... é... guias de referências, para os locais, e era uma coisa mais coesa, nós tínhamos o respeito tanto de profissionais, tanto dos médicos, enfim, como um todo, e... pelo visto, hoje em dia a gente tem visto que nada disso está acontecendo mais, né, porque até os próprios colegas médicos questionaram, bateram de frente, junto com o protesto da ética, enfim, deles, falando que nós não teríamos direito a isto ... (...) a referenciar, porque quem fechava diagnóstico eram os médicos. Só que nós não fechávamos diagnóstico! Nós deixávamos uma coisa em aberto, nós botávamos... nós fazíamos a anamnese do paciente, e deixávamos para que o profissional especializado visse aquilo, e chegasse a uma conclusão (...) ... enfim, hoje em dia, em relação a isso, a Porta está ... meio que de contra a maré, né, em relação a isso que eu acabei de falar. Mas... aos pacientes, chegou a uma determinada, é...há um determinado tempo atrás, que era esse início, que a gente conseguiu enxugar ao máximo, o nível, né? O nível de atendimentos. Nós atendíamos, de início, uns quatrocentos pacientes, trezentos pacientes, só na nossa sala, que tinha dois enfermeiros, não tinha o terceiro enfermeiro, que ele (referindo-se a outro enfermeiro presente na entrevista realizada em grupo) é o terceiro enfermeiro que fica no PS (Pronto-Socorro), ... então nós fazíamos tudo lá, tudo passava por lá. Só coisas que não podiam esperar que já entravam

²⁹ Especialmente porque os enfermeiros haviam perdido recentemente a autonomia para preencher guias de referência de pacientes para outras unidades, sem precisar encaminhá-los ao médico do SPA, se considerassem que seu caso não poderia ser resolvido no hospital, em função das especialidades ali ofertadas. Segundo informações da Direção do Hospital, alguns hospitais e outras unidades de saúde começaram a questionar a emissão de guias de referência por enfermeiros, só aceitando tais encaminhamentos se feitos por médicos. A questão, polêmica, ainda estava em discussão nas instâncias competentes no momento em que encerrei a pesquisa de campo, mas, de todo modo, interferia na autonomia da enfermagem, na velocidade dos encaminhamentos externos e no volume da demanda para consultas médicas no SPA.

direto. E a gente conseguiu enxugar bastante isso, fazendo uma educação em relação à saúde com essa população. Uma educação em saúde com a população alvo, né, e a gente vê muito a demanda, não é só dessa nossa localização, (...) vem muito, muita demanda de Baixada Fluminense, de Realengo, (...) Bangu, Senador Camará, mais lá pra cima, Campo Grande, vem tudo pra gente, então, o que acontece? A gente tentava informar sobre as referências, em relação a esses hospitais, e eles... e a gente referenciava esses pacientes para a atenção primária, porque a maioria deles eram atenção primária... e a nível ambulatorial. Então, nós reduzimos bastante o contingente de pacientes que entravam aqui. Só que agora está voltando tudo ao contrário de novo. Hoje foi uma coisa estúpida! Eu atendi particularmente acho que uns cento e cinquenta pacientes, o colega também, e ela idem (refere-se aos demais participantes da entrevista). Então, está voltando todo o caos de novo.

4.3.3 A Porta como Enquadre ou Continente

Apesar da perda de autonomia que a proibição de emissão de guias de referência pelos enfermeiros acarretou para esta categoria, sem dúvida alguma a introdução da “triagem técnica”/consulta de enfermagem implicou uma mudança importante não só no processo de trabalho dos enfermeiros e de seu lugar, do ponto de vista simbólico, nas relações de poder entre as categorias profissionais, como também parece ter representado uma mudança mais ampla, uma mudança no próprio lugar que o Projeto Porta de Entrada – representado aqui não só pela enfermagem, mas também pelas assistentes sociais e recepcionistas, equipes que atuam na “linha de frente”, na porta propriamente dita do hospital - ocupava no imaginário organizacional.

A partir daquele momento, o projeto parece deixar de ser apenas uma barreira ao acesso ou exercer meramente uma função de contenção da demanda para aliviar ou “descongestionar” a emergência (lugar onde se leva “tapa na cara”), e passa, mais claramente, a exercer a função (ou a cumprir imaginariamente a função) de controle qualificado – porque, supostamente, tecnicamente respaldado - e por isso de “continente”, mais do que de contenção, do que entra no hospital, como entra e quando entra, portanto de seleção/filtro e orientação da demanda e, por extensão, impactando, forçando mudanças nos (e com isso “controlando” os) demais processos de trabalho na Emergência e no SPA, como é o caso, especialmente, do trabalho médico.

Esta mudança de “lugar” ou de função que o Projeto Porta de Entrada adquire no imaginário organizacional, veio atender, é importante frisar, a **uma necessidade não só gerencial mas psíquica, do conjunto intersubjetivo**. Progressivamente, o Projeto Porta de Entrada se institui como A Porta de Entrada, assumindo, quase como um “setor”, as características e funções de um enquadre ou de um continente para os processos “ingovernáveis” e violentos que batem cotidianamente à porta do hospital e/ou que emergem de sua dinâmica organizacional, tornando assim o hospital e os sujeitos que nele trabalham supostamente mais capazes para lidar com tais processos.

Em consonância com esta função se coloca, por exemplo, a idéia, compartilhada quase que consensualmente pelos funcionários da Porta de Entrada, de que ela é o que “segura” o hospital, a despeito de todas as precariedades e fragilidades do projeto. Uma das assistentes sociais que estão à frente do projeto desde seu início, queixando-se das injustas e irregulares condições de trabalho e de remuneração dos prestadores de serviço que, assim como ela, compõem a equipe da Porta de Entrada, parece denunciar, em sua fala, alguns paradoxos importantes do projeto, mas que não diminuem, a meu ver, a força de sua imagem de enquadre/continente.

Nós temos um pagamento de ‘caixa 2’, um pagamento que sai de ‘recursos de material’³⁰: a mão-de-obra é ‘material’ (...) Como ter um projeto de humanização se a gente não é tratado com humanidade? (...) Essa Porta de Entrada é o que segura o hospital e nós somos os mais desrespeitados (...) desvalorizados (...) Os estatutários se arvoram todos os direitos: ‘Porque eu (exagera na entonação) sou estatutário, eu posso ... faltar ... etc’. Nós não podemos nada e temos que segurar tudo. (grifo meu)

Um médico cirurgião da emergência parece destacar, de forma curiosa, mas perspicaz, essa função de enquadre ou continente que a Porta de Entrada desempenha, através da imagem da “válvula de escape” para caracterizar o que julga ser a função que o Serviço de Emergência assume para a população - local onde pode extravasar/manifestar sua agressividade, “explodir”, sem maiores consequências para si própria:

A questão social explode no hospital ... a emergência é uma válvula de escape deles ...” Diz que chegam à emergência muitos “... problemas não médicos ... de contato ... de relacionamento ... A

³⁰ Refere-se à rubrica orçamentária onde são alocados os recursos para pagamento dos prestadores de serviço.

emergência é o único local onde a população pode explodir ... ela não pode ter um contato direto com políticos ... de igual para igual ... com o delegado de polícia. Já para os médicos, eles falam: 'sou eu que pago o seu salário'. A gente vem observando que quanto maior a crise social, maior a agressividade para com o médico, no serviço ... o médico é a autoridade que ele tem acesso ...” Acha que ultimamente tem aumentado muito a agressividade da população nos serviços de saúde e atribui isto à crise social. “Já conversei com outros colegas de outros hospitais. O período pior político e econômico do país ... aumenta a violência nas emergências ... onde a população se sente segura em explodir ... (grifo meu)

De um diálogo entre uma médica, clínica geral, da Emergência e uma assistente social da Porta de Entrada, durante uma entrevista em grupo, destacam-se duas imagens que revelam, respectivamente, a importância/a visibilidade da Porta de Entrada na dinâmica organizacional e a função que lhe é atribuída de enquadre/continente para os processos, demandas e problemas que para ela afluem, de fora e de dentro do hospital, sendo a “Porta” o local onde “tudo bate e rebate”:

Médica (comentando sobre a preocupação do hospital em evitar “tumultos” na Porta de Entrada):

‘Não tenha briga, não tenha tumulto, pelo amor de Deus! Olha, os pacientes estão gritando, lá... os parentes... não pode ter tumulto, porque senão, vem televisão, vem rádio, vem as coisas’. Agora, lá dentro, os pacientes graves, que estão deitados, e que não falam, que não gritam, que não tem parente pra gritar também, então tudo bem!... Se morreu, se parou, se olhou exame, se não olhou, isso não importa muito. Não faz marola! Não tem barulho! ... não tem imprensa, não tem nada ..., entendeu? (...). acho muito mais importante o paciente grave, que está ali na emergência, do que o paciente da triagem, o paciente do SPA, que é um paciente menos grave! Mas, de certa maneira, ele é mais valorizado, e ele é atendido mais atento, porque é ele quem grita, é ele quem faz barulho! O de lá de dentro não faz.

Assistente Social - *“Olha só, e por outro lado, também, tudo rebate na Porta de Entrada! Se uma coisa não funciona lá dentro, se uma coisa não funciona no SPA, tudo (ênfatisa) cai como responsabilidade da Porta de Entrada! Eles ... às vezes não é da Porta de Entrada! Não passou pela Porta de Entrada! Não foi a Porta de Entrada... mas ... (reproduzindo as queixas contra a Porta de Entrada) ‘Por quê? ... Cadê a coordenação da porta?’”*

Médica - *“Por quê? ... Não tem ninguém pra responder! Lá dentro (na Emergência) ninguém informa! ‘Quem é o chefe da enfermagem?’ Ninguém vai dizer que é o chefe da enfermagem! ‘Quem é o chefe da equipe?’ Ninguém vai dizer quem é o chefe da equipe!”*

Assistente Social - *“Quem é o assistente social que está na porta?” Às vezes não foi o caso que passou pela assistência social na porta, é um caso da emergência, ... mas vai bater lá na Porta, porque tudo bate na Porta!”*

O diálogo acima nos mostra, por um lado, **a Porta de Entrada como a dimensão ou a face mais visível (e “barulhenta”) do hospital, em contraposição aos corredores superlotados da Emergência, lado mais obscuro, “silencioso” ou “silenciado”,** onde os pacientes, como já observei, a despeito de seus gritos e lamúrias, parecem adquirir certa invisibilidade.

É interessante também notar que esta **invisibilidade** dos/nos corredores da Emergência parece não se restringir aos pacientes, mas **se estende sobre os profissionais**, contribuindo para diminuir a capacidade organizacional de responsabilização. Como observou a médica, *“(...) não tem ninguém para responder! Lá dentro ninguém informa! (...) Ninguém vai dizer quem é o chefe da equipe!”* Esta “invisibilidade” dos profissionais da emergência também foi, de certa forma, apontada por uma das gerentes da Porta de Entrada³¹ que, por mais de uma vez comentou comigo sobre os “esquemas” dos médicos da emergência e os comparou aos do SPA onde, ao contrário, não ficam, segundo ela, os médicos que não querem trabalhar. Pelo que pude entender da forma truncada como falou sobre o assunto – o que, aliás, parece ser coerente com a invisibilidade do assunto “esquemas” – na emergência, os esquemas são mais fáceis porque o fluxo, a movimentação dos médicos é mais intensa e confusa. Médicos e enfermeiros não ficam parados em lugares fixos. Com exceção dos que se revezam nas salas de consulta de clínica médica e de pediatria situadas logo na entrada do Pronto-Socorro, os demais circulam mais pelos corredores e demais salas da Emergência, incluindo as salas de

³¹ Desde o início da pesquisa, com o estudo exploratório, até a conclusão do trabalho de campo, 1 ano e 10 meses depois, a Porta de Entrada teve 3 mudanças de gerente.

repouso médico e de enfermagem, o que provavelmente tornaria menos visíveis as saídas e faltas.

Neste mesmo sentido, a médica do diálogo acima observa, em outro momento da entrevista:

Outra coisa que eu gostaria de ressaltar, nessa coisa da Porta de Entrada, ... os médicos da porta de entrada, são os mesmos que atendem a grande emergência. A gente trabalha numa... num sistema mais ou menos de rodízio. Tá entendendo? E uma coisa que eu acho cruel, é justamente isso, é, por exemplo: na madrugada, a gente fica lá na frente, na porta de entrada, na triagem (Refere ao rodízio que fazem para atender nos consultórios da frente do Pronto-Socorro, durante a madrugada) porque tem essa cobrança, de familiares, que chegam, aquela coisa toda. Mas, na grande emergência, na unidade de pacientes críticos, não ficam médicos de plantão na madrugada! Entendeu? Por quê? Justamente isso que eu falei: pacientes lá de dentro, eles não ...

O outro aspecto da dinâmica organizacional que o diálogo entre a médica e a assistente social ilumina é, como foi dito, a função de enquadre ou continente que a Porta de Entrada parece exercer sobre uma grande variedade de processos, demandas e problemas que chegam tanto de fora quanto de dentro do hospital. **Tudo bate e rebate na Porta de Entrada**, que parece ser mais facilmente responsabilizada (porque mais visível?) que outros setores do hospital.

Até aqui, foram apresentadas concepções e imagens sobre a Porta de Entrada que destacam suas funções de filtro, contenção, controle, enquadre/continente da demanda que chega ao hospital. De certo modo, pode-se dizer que este conjunto de funções atribuídas ao projeto faz parte de seu componente - ou de um de seus “**braços**” – que poderíamos chamar de “racionalizador” ou “ordenador”, voltado essencialmente para a eficiência e efetividade dos processos e procedimentos organizacionais.

4.3.4 A Porta como Humanização, Acolhimento e Garantia de Acesso

Um outro conjunto de funções, que também se revelam nas falas sobre a Porta de Entrada e que caracterizam outro de seus componentes (ou seu outro braço), poderia ser

definido como “humanitário” ou “acolhedor” e remete a princípios e valores como a humanização do atendimento, o acolhimento, a garantia de acesso, a garantia de informações (que, especialmente no caso da enfermagem, costuma vir associada ao papel que ressaltam exercer de educação em saúde), o respeito aos direitos do paciente/acompanhante, etc.

Tal componente “humanitário”, não só está, como o primeiro, igualmente presente no ideário sobre o projeto desde seu início, mas é aquilo que o qualifica, o diferencia, o tornou “piloto” ou “modelo” aos olhos do nível central e do próprio hospital, marcando o discurso da maior parte dos enfermeiros, assistentes sociais e recepcionistas a respeito de sua prática:

As pessoas estão vindo aqui das adjacências, como eu falei, continuam vindo, já tinha diminuído, né?... Eles continuam vindo, alegando que não têm assistência nenhuma lá naquelas redondezas. Eles falam que aqui eles são bem medicados, são bem vistos, enfim, essas são a maioria das alegações. Até porque nós conseguimos passar isso, né? Então têm certas pessoas, óbvio, pacientes já crônicos, que têm algumas crises, enfim, eles acabam batendo aqui; eles vão pra assistência básica, e vêm pra cá; tipo os asmáticos, os hipertensos, os diabéticos... eles têm que vir pra uma emergência, eles vêm pra cá. Por quê? Porque eles próprios... têm certos pacientes que a gente já até conhece, né? Eles próprios se sentem humanizados, principalmente na nossa sala. A gente faz esse trabalho tanto em saúde, a educação em saúde, quanto na parte de humanização a esse paciente que está chegando porque ... (...) a primeira pessoa que ele passa somos nós! Então nós recebemos, nós acolhemos esse paciente, como ele não é acolhido em nenhum outro lugar! No início, que eu estava aqui, eles sempre falavam “muito obrigada!”, beijavam a mão, abraçavam, traziam coisas e mais coisas pra gente, porque eles sentem isso, principalmente com a gente, porque nós somos humanitários, ... nós damos aquela atenção, muitos deles ... como até nós estávamos conversando hoje: pacientes idosos, que não têm ninguém, que estão excluídos da sociedade... eles vêm aqui porque é o lazer deles! Vir conversar com a gente! E a gente tem essa característica, que é a característica da Porta, ... que é uma preconização quando se criou a Porta de Entrada, que é a humanização (...)” (de uma enfermeira da Porta de Entrada)

Uma assistente social que participa do projeto desde seus antecedentes, tendo ajudado a desenvolver uma recepção para a entrada da emergência – “Levamos uma mesinha lá para fora ... para a porta da emergência ...” – destaca em seu depoimento a preocupação com a

“resolutividade”³², com a garantia de acesso de pacientes e familiares ao serviço e à equipe e, particularmente, de comunicação entre médicos e familiares de pacientes internados na emergência. *“Nosso objetivo na porta de entrada era resolutividade. Você podia perguntar uma abobrinha. Não ficava sem resposta.”* Falando dos avanços, das mudanças que conseguiram implementar, apesar das dificuldades ainda existentes, refere-se ao estabelecimento de um horário para que os médicos recebessem um familiar de cada paciente internado na emergência para dar informações sobre seu estado e evolução: *“Colocamos uma rotina para o médico falar com a família ... começamos pela curta permanência, depois trauma e depois G.E.”*³³ Fala das dificuldades para convencer os médicos a aderir a esta rotina. *“Hoje, a grande maioria já começou a abraçar isto, mas ainda é uma dificuldade ... cada plantão é uma rotina ... depende dos chefes de plantão, do compromisso dos médicos ...”*

Da mesma forma, fala de sua prática de buscar possibilitar que os parentes de pacientes na emergência possam visitá-los³⁴ em momentos mais calmos do plantão, o que nem sempre é fácil, especialmente pela resistência dos médicos. *“O projeto está bom, mas ainda deixando muito a desejar ... A rotina ... tudo ... depende do médico ... É uma coisa que sufoca ... eles simplesmente dizem: ‘Eu não quero ... eu não faço’ ...”* Observa que os novos médicos já apresentam outra postura, mas as dificuldades persistem, principalmente com os antigos. *“Houve uma mudança grande de comportamento entre os médicos novos ... os concursados ... mas os antigos são difíceis, onipotentes ...”* Cita, como exemplo, a atitude de alguns médicos que recusam-se a dar informações ou esclarecimentos sobre pacientes às

³² Entendida por ela não só como capacidade de o serviço responder, com efetividade, aos problemas de saúde ou queixas trazidas pelos usuários - compreensão usual entre os profissionais de saúde - mas também de dar respostas a suas perguntas.

³³ Refere-se, respectivamente, às seguintes dependências do Serviço de Emergência: sala de repouso ou enfermaria de curta permanência; sala de atendimento de politraumatizados; sala de atendimento de emergências clínicas, mais conhecida como “grande emergência” – GE.

³⁴ Na época desta entrevista, realizada ainda durante o estudo exploratório, o hospital ainda não tinha uma rotina bem estabelecida de visitas/acessos de familiares a pacientes da emergência. Havia um esforço por parte da equipe do projeto, especialmente as assistentes sociais, para garantir pelo menos uma curta visita à tarde, com duração de quinze minutos, no máximo. Na época em que encerrei a pesquisa de campo, aproximadamente dezoito meses depois, já havia uma certa regularidade na permissão para as visitas, na parte da tarde – uma das médicas da emergência se referiu a esta pequena visita, diária, às 15:00 horas, como “protocolar”. No entanto, a possibilidade de sua suspensão pela equipe de médicos e enfermeiros de plantão era uma constante, especialmente quando o movimento da emergência era considerado alto e/ou a equipe estava deficitária. Esta incerteza quase que permanente com relação a autorização para visitas fazia com que as recepcionistas e assistentes sociais da recepção da emergência evitassem dar qualquer garantia aos familiares de que poderiam ver os pacientes. De todo modo, cabe reconhecer que algum avanço na questão das visitas vinha ocorrendo, não apenas pela maior regularidade da visita “protocolar” da tarde, mas também porque já começavam a instituir,

recepcionistas (para que estas possam informar os familiares), só se propondo a falar com outros profissionais de nível superior, “... *do mesmo nível* ...”.

Princípios como a garantia de acesso dos usuários ao serviço, a informações e “aos seus direitos” em geral, também orientadores do Projeto, ficam assim representados na entrevista desta assistente social e sintetizados nas seguintes declarações que faz sobre seu trabalho na Porta de Entrada: “*O Trabalho de porta de entrada é sempre estar dando retorno ... orientar a população ... dar os seus direitos ... e também os deveres, o que é muito importante ...*” (...) “*O que a gente quer é que a pessoa tenha uma resposta ... resolutividade é a palavra-chave ... são duas: resolutividade e humanização ...*”

A necessidade de garantir o acesso e uma resposta ao paciente é muito enfatizada na entrevista aqui já citada da qual participaram uma médica da emergência e uma assistente social da Porta de Entrada, quando falaram longamente sobre as dificuldades para se garantir os cinco acessos diários, estabelecidos pela direção, de familiares a pacientes idosos internados na emergência. É curioso observar que enquanto a assistente social defende os acessos por uma questão de respeito ao direito do paciente

“... por direito, (...) a questão do idoso, desse acesso ao idoso, ... foi decidido que seriam cinco acessos, ... até cinco acessos, foi decidido em reunião, pelas chefias, e tudo mais. E não acontece! Não dá para acontecer esses cinco acessos! (reproduz as justificativas dadas pela enfermagem ou pelos médicos para não permitir as visitas) É que estava em higiene, ou tava na medicação ... só que o familiar, quando ele é orientado, ele recebe esse acesso, ele é orientado que vai ter cinco acessos!...”

A médica os defende, como também defende a permanência de acompanhantes porque, em sua opinião, resolveriam o problema da insuficiência ou da falta de assistência ou de cuidado, o desamparo, a que são muitas vezes submetidos os que ficam na emergência:

“Alem de ser lei, eu acho... crueldade deixar um paciente, acima de 60 anos, sozinho, ali na grande emergência! Eu vejo assim: uma crueldade, uma injustiça ... um crime. Por quê? Você vê: uma sala que está ali para atender cinco, seis pacientes, a GE, né, digamos, 10 pacientes. E que, normalmente, tem mais de 20, que ficam pelos corredores ... aqueles pacientes não são assistidos! É feita a medicação, na maioria das vezes, e acabou! Agora, a assistência ... não é feita! Então, se tivesse um acompanhante desses pacientes, o que ia acontecer? O acompanhante troca a fralda, dá alimentação!”

para os pacientes idosos, cinco acessos de um familiar ao longo do dia – medida ainda de mais difícil aceitação por parte de médicos e enfermeiros, mas em implementação.

(...) Então eu acho da maior importância essa abertura (ênfatisa) da Porta de Entrada para deixar, sabe, os pacientes, os familiares irem lá ... a qualquer hora.”

Sugere que enfermeiros e médicos costumam ser muito resistentes à presença de acompanhantes na emergência porque se sentem ameaçados:

“Será que eles se sentem ameaçados, na condução da assistência deles, do serviço deles? Eles se sentem ameaçados com a presença de familiares que possam estar vendo como as coisas estão se conduzindo? Será que seria isso? Não estou acusando, mas estou interrogando. ... (...) Eu acho que o médico que quer conduzir bem o trabalho, ele dá uma abertura nesse sentido!... Ele vai se sentir bem de ter um colaborador ... o parente, ele tá ali para colaborar! Tá entendendo? Ele não está ali para acusar, né, para ficar botando defeito... ainda mais no serviço público, (...) ele sabe que amanhã ele volta! Ele está hoje com um parente, amanhã ele vem com outro! Então, raramente ele contesta...”

Tanto a médica quanto a assistente social acham que problemas geralmente alegados pelos profissionais para não permitir as visitas ou a presença de acompanhantes, como o reduzido espaço físico ou a dificuldade de realização de determinados procedimentos mais delicados ou invasivos na presença de familiares podem ser perfeitamente contornados. Como observa a assistente social: *“O que eu acho que é complicado é ficar adiando: “Olha, agora eu não posso, porque está fazendo higiene... ah, agora eu não posso porque vou dar medicamento... ah, agora eu não posso porque a menina da limpeza não passou o pano no chão...!”*

Idéias como garantia de acesso ao serviço, respeito aos direitos dos usuários, garantia de respostas/resolubilidade e acolhimento, centrais ao componente “humanitário” do Projeto Porta de Entrada encontram-se assim sintetizadas na declaração da assistente social: *“Eu já falei pra você, ... que a porta de entrada... eu não vejo mais o hospital, nesse período que eu estou aqui, sem a porta de entrada ... E do trabalho que a porta de entrada desenvolve! Eu acho que é necessária e (...) tanto pelo serviço social, pela parte de humanização, e pela parte do acesso, pela parte de respeitar os direitos. (...) Se você tem mais de sessenta, se você tem menos de dezoito anos, pelo menos a gente tentar fazer cumprir, e pela parte da acolhida, mesmo, né! De você... e do... o que é o principal desse projeto, é o paciente chegar, e não sair sem resposta, tá? Ele não pode sair sem uma resposta!”*

Uma função também muito importante no componente “humanitário”/acolhedor do Projeto é o de possibilitar a comunicação (ou a ligação, através de uma “intermediação”) entre médicos – ou profissionais de saúde, em geral – e os pacientes e suas famílias. Tal função também pode ser compreendida como a de comunicação ou articulação entre o dentro e o fora do hospital – função nuclear da Porta - e destaca-se, juntamente com a função de acolher/amparar/apoiar, no depoimento de uma recepcionista volante, que fala com entusiasmo e idealização sobre seu trabalho e o da equipe da Porta de Entrada:

Eu gosto muito do que eu faço. (...) Nós fazemos um trâmite entre a família, o médico e o paciente. A gente leva no Serviço Social as coisas, as informações que têm que ser passadas ... a gente direciona, orienta, diminui o fluxo de pessoas dentro da emergência. A família chega ... tão desencontrada na emergência! Pergunta a gato e cachorro ... a gente aborda e orienta ... leva até ao balcão, pega informações, passa as informações do hospital.” Fala também dos horários de acesso da família ao paciente na emergência. “Nós tranquilizamos a família. Neste momento a gente dá o colo ... se é que podemos chamar de colo ... a gente ajuda, ampara ... o Serviço Social, a Psicologia ... toda a equipe ... dá um calmante Todo nosso trabalho de resume nisso, de dar um suporte para a nossa emergência, tentar minimizar ...

4.3.5 A Tensão entre os Componentes Racionalizador e Humanitário da Porta

A opção por apresentar o conjunto de concepções sobre o Projeto Porta de Entrada e funções a ele atribuídas em dois grandes grupos – que chamei “**componente racionalizador/ordenador**” e “**componente humanitário/acolhedor**” - permitiu evidenciar menos uma oposição ou contradição entre esses dois componentes ou “braços” do Projeto, e mais uma espécie de tensão permanente entre eles, que parece atravessar o dia-a-dia da Porta de Entrada, condicionando as decisões ali tomadas, em termos do que deve ou não “passar pela porta”, e os próprios processos de trabalho.

Assim, por exemplo, uma assistente social sintetiza a tensão entre os processos de filtrar, triar, conter a demanda e os de buscar garantir o acesso/acolher, representados, respectivamente, pelas expressões “mandar para fora” e “abarcар”. “*É muito difícil ter de mandar pessoas para fora. (...)*” Queixa-se da ortopedia, cujo ambulatório, pela capacidade do hospital, só funciona para revisão de cirurgia. “*Abarcар pessoas é mais fácil que mandar pessoas para fora A população não entende!*”

Em outro trecho de sua entrevista, desabafa:

Não basta eu e um recepcionista sermos educados com a população (...) a gente não tem médico ... o SPA não funciona ... o ambulatório não dá vazão ... Você acaba sendo um mediador ... um tapa-buracos! Isso não é humanização! (...) Muitas vezes a população fala: 'Aqui é melhor. Aqui as pessoas me tratam com respeito' ... mas a gente sabe que não é bem assim.

Uma outra assistente social também expressa bem esta tensão entre os dois componentes ou braços do projeto e demonstra igualmente seu sofrimento e desconforto com situações cotidianas em que os trabalhadores da Porta de Entrada são confrontados, por um lado, pela necessidade absoluta, inegável, de triar e ordenar o atendimento, para garantir pelo menos o acesso ao serviço dos casos mais graves e urgentes (que chegam ao hospital junto com outros, agudos mas não graves, que a rede básica não absorveu) e, por outro lado, pelo imperativo ético de acolher e aliviar o sofrimento humano – irredutível a critérios objetivos de diagnóstico e mensuração : “Colocaram lá os direitos da população ... e eles querem prioridade ...” (refere-se a um cartaz, colocado na recepção, que destaca os direitos da população quanto ao atendimento, com prioridade para os idosos, as crianças). “Mas se tem 60 crianças, como priorizar? Terá que ser de acordo com a gravidade do caso, mas todos os pais querem que seu filho seja atendido logo ...”

Assim, a situação de **tensão permanente e irredutível entre esses dois componentes ou “braços” da Porta de Entrada – um braço que tria, classifica, prioriza, ordena e contém a demanda e outro braço que acolhe, apóia, ampara, garante o acesso, os direitos e encaminha** – parece não apenas condicionar diferentes visões sobre o que deva passar pela Porta, isto é, diferentes critérios de urgência/emergência – diferentes entendimentos do que seja “um caso de SPA/Emergência” ou um “caso de ambulatório” - como também contribuir para a imprecisão desses critérios³⁵.

³⁵ Do ponto de vista normativo-legal, não há critérios ou protocolos técnicos definidos a partir de sinais e sintomas que permitam uma hierarquização dos casos segundo seu grau de urgência/emergência ou grau de risco, apenas uma definição bastante ampla dos conceitos de urgência e emergência, estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, na resolução 145/95, artigo 1º, Parágrafo Primeiro: “Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.” e Parágrafo 2º: “define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.” (Brasil, Conselho federal de Medicina, 1995) O Ministério da Saúde, através do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela Portaria nº 2048/GM de 05/11/2002, tampouco aborda tal conceituação ou estabelece protocolos para avaliação de risco, mas apresenta uma grade curricular, com conteúdos e habilidades mínimas para a capacitação dos profissionais

Um dos exemplos que talvez represente mais radicalmente o resultado da tensão entre o “componente racionalizador/ordenador” da Porta de Entrada e o componente “humanitário/acolhedor” na definição do que deva ou não “passar pela porta”, isto é, ser atendido na Emergência, acontece com os casos de ortopedia. Um dos poucos critérios de emergência bem definidos no hospital estudado, ainda que não por escrito, e também bastante difundido/conhecido pela equipe, é o que estabelece um intervalo máximo de 48 horas entre a ocorrência da lesão ou trauma e a busca de atendimento. Os ortopedistas costumam ser categóricos ao se negarem a atender na emergência casos que não se enquadrem neste critério de urgência/emergência e esta situação é geradora de conflitos constantes com outros profissionais, especialmente enfermeiros, assistentes sociais e recepcionistas, especialmente quando as queixas dos pacientes envolvem situações de dor.

A este respeito, uma assistente social da Porta de Entrada observa:

*Acho que seria ideal se tivesse um ortopedista no SPA, para... a gente não tem, porque nosso atendimento é de emergência, a gente dá o atendimento, e encaminha para fora. Mas tem casos que você vê que a pessoa tá com... dor! ... Tá sofrendo! É coluna! Coluna é horrível! Dor horrível .. é ... nervo ciático... são dores! E, às vezes, é caso de ambulatório! Não é caso de emergência! **Então, aquele paciente é liberado com dor!** Hoje mesmo eu comentei... porque tinha uma paciente... **dor, gente, eu acho que Emergência é para aliviar!** É uma coisa... tudo bem, é de momento? Então você alivia a dor, e libera! E esse paciente, não repassava, ele era barrado na triagem porque o caso dele é de ambulatório! Entendeu? Eu acho que a Emergência devia dar esse tipo de atendimento.*

O alívio do sofrimento não é um critério consensual na tomada de decisão sobre os casos que devem “passar”, isto é, que devem ser atendidos na Emergência ou no SPA. Este parece ser um critério que parece pesar mais nas decisões das categorias que estão “cara a cara” com a demanda, como recepcionistas, assistentes sociais e enfermeiros. Em uma reunião da equipe de direção, convocada extraordinariamente pelo Diretor para se discutir um momento bastante crítico que a Porta de Entrada estava passando, com queixas da população

nas várias unidades dos sistemas estaduais de urgência e emergência, onde menciona que tais protocolos deverão ser estabelecidos previamente, pelos Estados ou em cada unidade. Assim, entre as habilidades previstas para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, estabelece que o profissional deverá “*Estar sensibilizado e habilitado para acolher os pacientes com quadros agudos que se apresentem à unidade sem consulta previamente agendada, avaliar preliminarmente o risco mediante protocolos previamente estabelecidos, e comunicar o médico assistente ou priorizar o atendimento, conforme pacto assistencial de cada unidade.*” (grifo meu) O hospital estudado não possuía nenhum protocolo, escrito, para avaliação do grau de urgência ou de risco dos casos.

chegando ao nível central, presenciei a seguinte discussão que revela as divergências quanto aos critérios de urgência/emergência, bem como a imprecisão e a insuficiente discussão sobre os mesmos:

- “*Escabiose não é para SPA. É caso de ambulatório.*”

- “*SPA é urgência: tem que dar jeito na coceira! Não vai deixar a pessoa esperando 1 mês pela consulta no ambulatório ... tem que chegar cedo, pegar número ...*”

Uma enfermeira da Porta também aborda as dificuldades para se garantir o alívio da dor e do sofrimento de pacientes cujos casos não se enquadram tipicamente como “de urgência”. Destaca especialmente as barreiras ao acesso geradas não apenas pela rigidez na aplicação de alguns critérios de classificação de urgências, mas por fatores externos ao serviço de saúde, como a violência urbana e a crise econômica e social:

Aqui, é outro problema muito sério com a gente: os médicos não querem ver! (Procura reproduzir as falas dos médicos) ‘Porque isso não é pronto atendimento! Tem que mandar pro Posto!’ (...) ainda dá esporro se você entra com o paciente ... pode ser um paciente assim, ou um paciente assado. Se não for de 48 horas pra menos, eles não entram mais no Pronto-Atendimento, nem na Emergência, muito ao contrário! Pacientes idosos, que não têm como se remover de ... da casa para o hospital, que conseguem uma vaguinha no vizinho, que vem, que caiu semana passada, e vem porque arranjou uma carona ... ou senão até os próprios morros, que estão super violentos (...) o morro tá perigoso... eles não estão vindo pro hospital de madrugada! Ninguém está mais saindo como se saía antigamente! Principalmente o cara que está lá no morro! Que está comendo solto o tiro! Eles próprios falam: ‘Pô, eu não consegui vir ontem aqui, porque ... onde eu moro estava tendo tiroteio’, ou fecham, tem toque de recolher, enfim... é o que mais está acontecendo! E aí eles (os médicos) não querem ver! Principalmente a parte ortopédica!... Dor! Dor! Por mais que o paciente minta, se ele está falando que ele tá com dor, ele tá com dor!... Se é uma dor de coluna, é uma coisa que você não visualiza! Mas só sente quem tem! Entendeu? Então, eles não querem ver! ‘Coluna?! Não entra! Isso é ambulatório!’ E as pessoas... pôxa, é aquele negócio de novo, da humanização... as pessoas estão com seus empregos, que estão com problema, que o desemprego está caótico, você recebe um emprego... tudo bem, tem aqueles que só querem pegar o dia mesmo³⁶, que são... mas a maioria não tem tempo de vir pra um hospital, não tem tempo de se tratar. Final de semana não tem ambulatório? Eles vêm final de semana! Eles vêm depois de uma semana!... Hoje, eu atendi uma paciente que está há quinze dias com esse problema, há uma semana com febre, e hoje, ela falou: ‘Hoje eu

³⁶ Refere-se a pacientes que, na opinião de alguns profissionais, só vêm ao hospital para pegar um atestado que justifique sua falta ao trabalho.

tirei a minha folga, eu pedi a minha folga pra eu poder me cuidar! Porque eu estava sem folga no meu emprego'. Entendeu? Então, a gente também tem que parar e pensar!...

Do depoimento desta enfermeira, destaca-se sua indignação com as barreiras ao acesso ao atendimento representadas pela aplicação rígida de critérios de urgência/emergência - o componente racionalizador da Porta de Entrada aparentemente levado ao extremo. Nestas situações, no entanto, vários elementos estão imbricados, dificultando sua análise e a identificação de suas causas. Impossível não reconhecer, tendo-se vivido o cotidiano da Porta de Entrada de um hospital como o estudado, a indiferença, por parte de alguns médicos, pelo sofrimento da população, e sua falta de solidariedade para com ela. Por outro lado, é igualmente impossível não admitir que a falência da rede básica de serviços de saúde despeja cotidianamente nos hospitais de emergência uma demanda absolutamente impossível de ser atendida, diante da qual muitos profissionais – médicos ou não – se sentem com frequência impotentes, sendo “engolidos”, “submergindo”. Como observou uma das médicas da emergência, quando perguntada como se sentia sobre o trabalho na Porta de Entrada: “(...) *Eu me vejo ... eu me sinto assim: nadando, nadando em altas ondas, lutando ali, mas não consigo chegar na margem! Tem muita coisa pra gente lutar! Tem pedaço de toco indo pelo meio das ondas, tem tudo! A gente sai dando braçada ..., mas não consegue chegar!*” Uma assistente social da Porta, falando sobre seu trabalho, também destaca a sobrecarga da demanda que lhe chega da população e da direção do hospital: “*É a assistente social que tem que escutar (reclamações do público), dar informações ... mil ou mais atendimentos por dia (...) acho que, na verdade, a gente é meio sobrevivente desse naufrágio ...*” Na tentativa de impedir que este “mar” de descontrole e caos da rede pública invada o hospital e os “afogue” a todos, alguns profissionais talvez se agarrem (como “náufragos” a troncos) rigidamente aos critérios de triagem, apostando talvez de modo muito elevado no poder que a “porta fechada” do hospital tenha de forçar a “abertura de outras portas” da rede pública.

De todo modo, a necessidade de relativizar alguns critérios de triagem - de modo a garantir o acesso à assistência a pacientes que já encontram, cotidianamente, nas precárias condições sociais/urbanas em que vivem, muitas barreiras aos serviços de saúde - é levantada por vários profissionais, como esta outra enfermeira da Porta:

As suas áreas³⁷ tivessem como absorver, entendeu? Porque não adianta ... (...) Hoje, uma senhora chegou com uma glicose de 396. (reproduz o diálogo que estabeleceu com a paciente) ‘A senhora se trata?’ (Se trata! Realmente se trata!) ‘Mas eu fui pegar o remédio, não tinha o remédio.’ Eu falei assim: ‘Mas aonde a senhora mora?’ ‘Ah, minha filha, eu moro no Chapadão’. Eu falei assim: “E por que a senhora não ...?” (Refere-se a um posto de saúde que existe na localidade onde a paciente mora) ‘No chapadão tem, mas é do outro lado! Eu não posso passar pro outro lado, porque se eu passar pro outro lado, todo mundo me conhece, que eu moro aqui, que aqui é Comando ... não sei quê (refere-se a uma facção do narcotráfico), e se eu passar pro outro lado, é outro comando, aí eu morro, aí me matam, quer dizer, então eu não posso fazer isso. Eu já tô há uma semana, ou há quinze dias sem a medicação!’ Quer dizer, tem como você não deixar de passar (para a consulta médica) essa senhora? Não, não tem! Entendeu? Tem como você pegar, chegar perto do médico, e explicar: ‘Isso, isso, isso aconteceu. A senhora vai fazer questão?’ Se não fizer, a gente vai, procura recurso, vai na direção, qualquer coisa, para poder prescrever! Entendeu? Porque essa senhora não pode sair sem a medicação. Você não pode deixar de atender! Entendeu? Então o problema é esse! Então, eu me sinto assim muito incapaz ... não incapaz assim profissionalmente, incapaz como ser humano! Porque profissionalmente, não, senão nós não estaríamos lá onde nós estamos, né! Então, como profissional, não, porque a gente tenta resolver da melhor maneira possível, e sempre consegue resolver, agora, como ser humano, a gente fica assim muito triste, muito triste mesmo...!’

O depoimento acima aponta também o sofrimento e o sentimento de impotência desta enfermeira, comum a muitos outros profissionais da Porta de Entrada, por nem sempre poderem garantir o atendimento de um tipo de demanda extremamente freqüente ao SPA, contribuindo para aumentar suas filas: a busca por medicamentos. Esta é outra situação típica onde se manifesta claramente a tensão entre os “braços” “racionalizador” e “humanitário” do Projeto e foi sintetizada na metáfora, simultaneamente pejorativa e crítica da miséria humana, utilizada por uma enfermeira na sala de triagem: “*Povo é igual a pombo: onde tem comida vem. Aqui é o medicamento.*”

Os casos que chegam ao SPA nesta situação geralmente são de pacientes crônicos, que se tratam ou, na maioria dos casos, apenas eventualmente se consultam em alguma outra unidade da rede, dentro ou fora da área de abrangência do hospital, que, por alguma razão, não dispõe do medicamento prescrito pelo médico assistente ou que atendeu o paciente. Nesses casos, o paciente vem ao hospital na esperança de poder “trocar a receita” (isto é,

³⁷ Refere-se à regionalização dos serviços.

obter uma prescrição de um médico do hospital e retirar ali seu medicamento). A determinação da Direção do hospital é não permitir a prática da “troca de receita”. Vários argumentos são levantados para justificar tal medida, como a necessidade de controlar os estoques de medicamento do hospital e garantir o fornecimento à sua clientela, face ao “descontrole” de outras unidades, ou razões de ordem técnica/ética, como a responsabilidade do hospital pelas receitas emitidas, o que só poderia ser garantido com a realização da consulta médica no próprio hospital, entre outros argumentos. O problema, no entanto, é que para serem atendidos por um médico do SPA, esses pacientes necessitam se “enquadrar” nos critérios de urgência usualmente seguidos. No caso de pacientes crônicos, como hipertensos ou diabéticos, por exemplo – que muitas vezes já estão há muitos dias sem o medicamento – só serão atendidos se estiverem apresentando, no momento, alguma alteração em seu quadro clínico, como a elevação da pressão arterial ou do nível de glicose. Caso contrário, serão encaminhados para o ambulatório do hospital – onde dificilmente conseguirão agendar consulta para o mesmo dia – ou referidos para outra unidade da rede básica.

Uma enfermeira da Porta de Entrada conta como costuma “relativizar” – ou transgredir, em nome do zelo (Dejours, 1994; 1999b) - esta regra de não deixar “passar” (para consulta) os casos de “troca de receita”:

É muito duro, isso! Que às vezes você vai falar: ‘Ah, eu não vou priorizar, porque ...’. De repente você não prioriza, e a pessoa tá falando a verdade! Tem muita gente que mente pra você, pra poder chegar lá dentro, e trocar a receita! Entendeu? Mas eu... eu passo, sim... eu passo, sim, quando é para trocar a receita, eu passo! Mas eu verifico primeiro a pressão, porque geralmente, as pessoas quando vêm para trocar a receita, principalmente hipertensos, já é hipertenso, tem que ver a pressão, já está lá ..., o que acontece? Você vai verificar a pressão, a pressão tá alta! Porque ele já deve estar há dois, três dias sem tomar a medicação! Então, a gente vai, e a gente tem que passar aquilo, não pode deixar!

Uma assistente social também aborda o problema dos medicamentos como uma “barreira” ao acesso da população ao serviço, assim como as dificuldades de acesso a exames solicitados por outras unidades da rede. Estes problemas, para ela, representam barreiras ao acesso, “barreiras na Porta”, confrontando esta realidade com um projeto “ideal”, onde o acesso ao serviço deveria ser plenamente garantido:

(...) quando nós fizemos o treinamento, tudo era ideal, e hoje é uma realidade que a gente não tem aqui, é... por exemplo: vem o paciente

... com um caso de ... uma coisa prática: uma receita! Ele vem com uma receita de fora ... do SUS, não é sistema único? Então, porque que a gente não pode ... (fornecer o medicamento) Entendeu? Se ele vem, tá precisando, a gente trocar realmente (“trocar a receita”), se a gente tem como oferecer? Por outro lado, nós... cada hospital trabalha com uma regra. Então ele tem que atender a sua comunidade, tem que atender aos pacientes, então, há uma barreira, então, você... vem o paciente, você vê a necessidade, você encaminha pra triagem, aí, de repente, o médico não pode fazer, porque não é emergência! Não pode fazer uma troca: ‘Não é esse o papel!’ E no nosso treinamento, não, ‘É parte da Porta de Entrada fazer esse tipo de trabalho’. Um exame ... por exemplo: o paciente precisa de um exame, um usuário, às vezes ele é da comunidade mesmo! Mas ele foi atendido numa outra unidade! E ele encontra essa barreira! Entendeu? Não pode fazer o exame, porque de repente ele não é... se ele vem encaminhado pelo (refere-se a um determinado ambulatório da rede pública em uma localidade próxima) que tem um acordo com essa unidade, é realizado o exame, se não ... depende muito de quem está na equipe para poder autorizar, ou o médico... se o paciente estiver presente, ele avaliando, ele pode até achar que precisa daquele exame, e autorizar! Então, eu não estou dizendo que isso é só o João Silva, não, eu acredito que seja realidade, entendeu, geral aí, que não possa... Então, essas coisas, às vezes, impedem...

Assim, entre divergências de critérios e critérios imprecisos sobre o que deva passar pela Porta, a tensão entre os componentes racionalizador/ordenador e humanitário/acolhedor do projeto acaba sendo atualizada/renovada e administrada, de diferentes maneiras, a cada dia e diante de cada caso, pelos profissionais da Porta de Entrada, não sem um custo relativamente elevado em suas economias psíquicas.

Uma outra consequência importante da tensão existente entre o conjunto de funções que integram cada um dos dois “braços” do Projeto Porta de Entrada – de um lado as funções de triar, priorizar, ordenar e conter a demanda, de outro, acolher, apoiar, orientar, informar, garantir o acesso e os direitos ...- se manifesta também sob a forma de **uma tensão no modo de organização dos processos de trabalho, especialmente sobre o trabalho da enfermagem, que vive o conflito entre a necessidade de “tempos rápidos” para a tarefa de triar e encaminhar pacientes – não só para evitar a formação de filas, mas sobretudo para evitar a demora no atendimento de casos de maior gravidade ou risco - e os “tempos longos”, igualmente necessários, para a tarefa de acolher, ouvir, informar, orientar ...** Tal conflito se polariza na imagem da triagem *versus* a consulta de enfermagem, e será melhor discutido no próximo capítulo.

4.3.6 *As Fronteiras e os Limites da Porta*

Outro ponto importante que se destaca da análise sobre as concepções em torno da Porta de Entrada é que não há, entre os profissionais e na própria direção do hospital uma discussão sobre as “fronteiras” ou “limites” da Porta, ou melhor, uma preocupação com a discussão desses limites. Onde começa a Porta de Entrada (no caso da Emergência e SPA, que foram as portas estudadas) do Hospital João Silva? No balcão da recepção da Emergência? Na varanda do SPA? No portão que dá acesso aos carros, ambulâncias e pedestres? No pátio onde param os carros e ambulâncias para o desembarque de pacientes? Até onde vai, ou onde “termina” a Porta? Imediatamente antes dos consultórios e salas de atendimento do SPA e da Emergência? Na sala de espera do SPA e nos corredores da Emergência? Ou a Porta de entrada se estende (se abre) para dentro dos consultórios e salas de atendimento?

A julgar pela composição da equipe que integra o Projeto – maqueiros, recepcionistas, enfermeiros e assistentes sociais, e suas principais atribuições, os limites da Porta - pelo menos no que se refere ao acesso ao SPA e Emergência - começam no pátio, onde param os carros e ambulâncias e onde circulam os pacientes e usuários em geral, e terminam nos corredores da Emergência e na sala de espera do SPA, imediatamente antes, portanto, dos consultórios e salas de atendimento. O portão propriamente dito – onde em geral fica um vigilante, além dos que se situam nas portas da emergência e da triagem, no SPA – não chega a ser objeto de trabalho do projeto, nem tampouco os vigilantes, embora acabem exercendo, como será visto no próximo capítulo, funções que não se restringem ao vigiar, guardar ou garantir a segurança. O acesso de pedestres fica permanentemente aberto (não há nenhum trabalho de orientação com a população naquele ponto) e o vigilante apenas abre e fecha os portões de acesso a ambulâncias e carros. Da mesma forma, o que ocorre com o paciente a partir do momento em que entra no consultório médico ou sala de atendimento na emergência não é mais “problema” da Porta, assim como o que ocorre com o paciente quando sai do atendimento médico e se dirige à farmácia, ao setor de diagnóstico por imagem, ao laboratório ou à sala de hipodermia, por exemplo, também não é “problema” da Porta, limitando-se a equipe a orientar o paciente sobre como chegar a este locais ou transportá-lo até eles, caso não possa se locomover. Nesta perspectiva, **deixa-se de problematizar a extensão do processo de recepção e acolhimento** (restringe-se ao momento da chegada do paciente?) e **deixa-se, sobretudo, de problematizar o primeiro**

atendimento médico na emergência ou no SPA, e seus encaminhamentos, como “porta de entrada”, que efetivamente é, do hospital e da própria rede de serviços de saúde.

Poucas foram as vezes, ao longo da pesquisa de campo, em que observei preocupação com estas questões. Nessas ocasiões, os comentários a respeito da necessidade de que a Porta de Entrada não se limitasse à entrada *stricto sensu* do paciente, avançavam, em geral, apenas até as funções de orientação/localização do paciente dentro do hospital e organização do fluxo de usuários. Uma concepção mais “integral” da Porta de Entrada foi trazida por uma de suas gerentes, pouco antes de sair da função, numa conversa comigo, na qual se queixava de sua baixa governabilidade como gerente e da falta de compromisso/responsabilidade dos funcionários, tanto os do projeto quanto os médicos. Naquele momento me disse que, em sua opinião, a Porta de Entrada deveria também ser “*Porta de Saída*”, para poder se “(...) *acompanhar o que ocorre com o paciente depois que ele entra e até o momento que sai.*”

Esta mesma gerente, no entanto, em outra ocasião - alguns dias após ter se desentendido com uma das chefias médicas por conta do comportamento de um dos médicos da emergência, e quando já havia sido decidida, embora ainda não divulgada, sua saída da gerência - trouxe uma visão já bastante restrita da extensão da Porta de Entrada. Estávamos nos dirigindo ao SPA quando fomos abordadas, ainda no pátio, por uma recepcionista que havia saído de lá. Veio queixar-se com a gerente sobre a falta da auxiliar de enfermagem no SPA e o prejuízo para o funcionamento do serviço: faltava lençol nas camas utilizadas para exame, aparelho de pressão, e até os formulários de uso dos médicos. Queixou-se especificamente de um médico, clínico geral, que estava “*fazendo guerrinha*”, dizendo que não iria atender naquelas condições. A gerente respondeu-lhe, então, que não se incomodasse com aquilo, que se limitasse a fazer o que lhe cabia, como recepcionista: “*Faça sua parte. Isto não é Porta de Entrada.*”

Este diálogo e o contexto em que ocorreu ilustram o quanto as **concepções dominantes sobre os limites (ou a extensão) da Porta de Entrada são atravessadas pelas disputas de “territórios”/poder entre as diversas categorias profissionais e também entre os setores do hospital.** Outro elemento importante na definição desses limites/das fronteiras da Porta e igualmente associado à distribuição de poder / de “territórios” no hospital parece ser também a inserção formal da Gerência da Porta de Entrada no organograma organizacional que, desde seu início até janeiro de 2004, esteve subordinada à Gerência de Qualidade, por sua vez ligada ao Diretor. Cabe perguntar até que ponto esta situação contribuía para manter a Porta de Entrada como algo “à parte”, “não fazendo parte” da

Emergência e do SPA porque não subordinada à Coordenação da Emergência - onde predominam os “tempos rápidos” dos diagnósticos, das prioridades e das intervenções de emergência - mas, ao contrário, dominada pelos “tempos longos” do acolhimento, da avaliação da demanda, da qualidade, da orientação que predominam na Gerência de Qualidade. A cisão se refletiria no modo de operar desses dois “setores”.

Esta **dissociação entre Emergência e Porta de Entrada** costuma ser representada na fala de muitos profissionais pelas expressões “os de dentro” e “os de fora”, para se referirem, respectivamente, aos que nestes setores trabalham. Tal dissociação tem várias origens, mas principalmente parece se explicar pela situação funcional diferenciada entre estatutários e prestadores de serviços, estes últimos, como foi dito, compondo majoritariamente a equipe da Porta. Esta cisão, no entanto, parece se potencializar com a imagem predominante do acolhimento/humanização como algo que estaria restrito aos limites do balcão da recepção e da salas do serviço social e de triagem da enfermagem.

E a gente observa muito isso em coisas... de vaidade, né, de estrelismo por parte de colegas que participam da equipe, numa guerra do pessoal que tá dentro, e nós que estamos fora, ou seja, o pessoal que está na emergência, e nós que estamos fora. Não existe uma articulação entre essas duas equipes, existe uma disputa de quem faz menos, né, infelizmente. Mas ... e não uma disputa no favorecimento do atendimento ao cliente. Isso em nenhum momento é visto, é ignorado totalmente. E nós, em contrapartida, ficamos lá fora tentando dar todo um calor, todo um suporte humanista na relação do atendimento, e que de alguma forma fica um pouco prejudicada quando se sai dali. (de um enfermeiro da Porta de Entrada, falando sobre as dificuldades no dia-a-dia de trabalho).

No início de 2004, a Gerência da Porta passou a ser subordinada, como foi dito, à Coordenação da Emergência (a qual também está ligado o SPA) e à Coordenação do Ambulatório – ambas, por sua vez, subordinadas à Divisão Médica. Como a pesquisa de campo se encerrou em março daquele ano, não foi possível averiguar até que ponto esta mudança da “localização” da Porta no organograma/estrutura de distribuição de poder no hospital interferiu nas percepções acerca de seus limites e fronteiras, isto é, até que ponto passaram a ser vistos como “fazendo parte” da Porta de Entrada os processos/problemas que ocorrem no interior da Emergência/SPA, como também, por sua vez, até que ponto a preocupação com algumas funções atribuídas aos profissionais da Porta, mas absolutamente não exclusivas deles, como o acolhimento, a orientação, a garantia ao paciente/acompanhante

de acesso ao serviço e a informações, entre outras, passaram a fazer parte igualmente do universo de preocupações dos profissionais “de dentro” da Emergência/SPA, especialmente dos médicos. Ou, ao contrário, caberia ainda perguntar, considerando a pressão pela agilização do atendimento e produtividade a que estão submetidas as coordenações médicas no cotidiano dos hospitais públicos, até que ponto a mudança da inserção organizacional do projeto, saindo da Gerência de Qualidade e indo para a Divisão Médica, pode representar um ponto de inflexão do pólo mais “humanitário/acolhedor” para o pólo mais “racionalizador/ordenador” do projeto.

4.3.7 *Porta de Entrada Ideal e Real*

Finalmente, um último ponto a destacar sobre as concepções em torno da Porta de Entrada e de seu lugar no imaginário organizacional diz respeito à relação entre Projeto Porta de Entrada (ou simplesmente Porta de Entrada) *real* e *ideal*. São freqüentes entre os profissionais referências espontâneas a estas duas situações, confrontando o duro cenário cotidiano do descontrole, das restrições ao acesso, da falta de recursos e do desamparo com o ideário ordenador e humanitário do projeto, ou com algum “tempo primordial” ou originário em que o projeto ou o trabalho na Porta, visto de forma idealizada, funcionava.

Uma assistente social, solicitada a falar livremente sobre o Projeto Porta de Entrada observa:

É... mudou muito, assim, em relação ao início, né. Quando o projeto começou, você... tá muito naquela parte ideal, sabe, tudo é maravilha, e você... acreditando: Chega o usuário, e você consegue trabalhar, você não vai ter barreiras, e... ele vai ser atendido, vai ser encaminhado, é ... tem a questão da guia de referência, você faz o retorno... e depois esse projeto teria um outro momento, que seria ter a porta de entrada, a acolhida, no caso do paciente ficando internado ... e depois a devolução do paciente para a unidade de atenção primária, que seria o ... Posto de Saúde, para acompanhamento. É... quando você começa a trabalhar, é que você depara com a realidade, os problemas, ... e eu acredito que teve uma mudança, sim, ... humanização? Você ... a gente procura fazer, mas não é fácil! Não é fácil humanizar, principalmente pelas barreiras que você enfrenta! Você enfrenta barreiras, às vezes com colegas de trabalho, se você quer, é ... às vezes manter ... o serviço social principalmente, porque você trabalha com direitos, não é, você tem que trabalhar com acesso

do paciente, do usuário, aos bens e aos serviços oferecidos pela instituição. Então, muitas vezes a gente tem barreiras, que dificultam um pouco ...

Para esta funcionária, a Porta de Entrada ideal

seria assim: respeitando os direitos dos idosos, que é o que a gente tenta fazer... mas ... ter médico na triagem ... Não só a triagem feita pela enfermagem, tá, porque ela tem os limites dela... porque tem um médico ali... é... por exemplo: principalmente SPA... não precisaria, às vezes, o paciente ficar o tempo que fica esperando no SPA, para fazer a triagem (...) depois passar... Se tivesse um médico na triagem, poderia ter uma resposta mais imediata, (...). a questão de priorizar realmente todos os pacientes idosos, e crianças, no atendimento de ortopedia, é... porque se é criança, tem que priorizar! Se é idoso, tem que priorizar! Entendeu? E às vezes não é priorizado, porque às vezes não fica na mão da Porta! É o gesso que chama (...) A gente tinha muito problema com relação à ortopedia fechar pra cirurgia. Fecha por necessidade! Tá ? Porque precisa ... é um ... hospital de emergência! Tá? E... fechava, e aí os pacientes estão ali, e... aí, parava... aqueles que já estavam esperando não atendia ... fechou de repente ..., aí ficava aquela angústia... e tudo... Em relação à angústia, sobra pra gente também, de Porta, né? (...) Seria ideal se a gente tivesse também um ortopedista no caso no SPA. Quer dizer... a presença de um médico na Porta... um psicólogo, né, que a gente não tem psicólogo na Porta, porque tem situações que o serviço social pode atender, mas ele tem o limite dele (...) e eu acho que ... a Porta de Entrada ideal seria realmente o projeto funcionar, né! Funcionar direitinho! Todos os profissionais trabalhando... orientando, acolhendo... dando resposta ao paciente! (...)

Uma outra assistente social, que participou desde o início da construção do projeto, ajudando a desenvolver uma primeira recepção para a porta da emergência – colocando lá uma pequena mesa onde se revezava com outra assistente social na recepção/orientação aos usuários, refere-se a estes tempos como “o tempo da mesinha”, do qual sente saudade, talvez pelo maior controle que julgava ter da situação. Naquela época, segundo ela, o usuário “não ficava sem resposta”.

Na época em que estávamos com a mesinha ao lado da porta da emergência, tínhamos uma listagem dos profissionais e dos médicos que estavam na casa e da rotina de cada setor (o que é essencial, segundo ela, para que se possa encaminhar adequadamente os pacientes). Hoje você sabe de boca que tem um médico ali ... outro em tal setor ...”. Queixa-se da “...falta de comprometimento dos

profissionais, das chefias, enfermeiros, médicos ... de todos. (...) Não é por acaso que não temos mais a listagem dos médicos presentes em cada plantão. Sinto saudades do tempo da mesinha, onde nós brigávamos mesmo com os profissionais para que tivessem mais respeito ao usuário ...

Uma enfermeira responde assim à pergunta sobre o que seria a Porta de Entrada ideal:

Ah, se a gente pudesse resolver todos os problemas, sem burocracia, e sem ... sem limite! (silêncio) Se eu pudesse ter como eu falar pro paciente assim: ‘Vai ali no ambulatório, que tem uma... é... passa pelo cardio! Vai ali no ambulatório passar por uma clínica médica! Passar por um dermato... toma aqui, vai ali, tem um dermato, passa só pra resolver o teu problema!’ E ele sair satisfeito daqui, porque ele realmente foi atendido, pelo profissional certo! De repente, uma conjuntivite, vou passar por um clínico ... o clínico não entende!³⁸ Entendeu? A mesma coisa... daqui a pouco começa a chegar todo mundo às seis horas (refere-se aos pacientes que chegam à emergência após as 18:00 h). Seis horas, a farmácia tá fechando! Tem gente que chega aqui e tem condições de comprar medicação quando sai, daqui... mas e quando passa uma Amoxicilina, que é caro? Como essa pessoa vai comprar? Não vai comprar! Vai dar só um ... antitérmico, pra só amanhã de manhã poder vir pegar o remédio na farmácia.³⁹ Nessas doze horas, não pode acontecer alguma coisa? Pode! Entendeu? Pode acontecer! Ficar acometido pior do que aquilo que já tá! Entendeu? Era bom se eu pudesse resolver isso, se farmácia funcionasse 24 horas, pra atender à população, ter o remédio ideal, e em todas as unidades, eles pudessem ser tratados com humanidade, que nem eles são tratados aqui, porque às vezes eles chegam aqui, e falam: ‘Gente, eu fui tão maltratado aonde eu fui, que eu não vou pra lá mais! Por isso que eu já vim ...’ Tem gente da Vila Kennedy! Tem gente de Comendador Soares! ‘Eu não fui bem tratado, lá!’ Eu falo pra elas: ‘O que para você é bem tratado?’ Você vai ver, simplesmente uma orientação! ‘Eu não fui orientado dessa forma, eu fui orientado dessa!’ ‘ Mas dessa forma, é o certo’. Quer dizer, o certo pra ela, é o certo que a gente fala! Só que ela foi ter aquele certo entre aspas. Entendeu? Mas tanto é que ela veio procurar! Quando ela chegou aqui, e deparou com o certo dela, voltam numa boa! Às vezes sem medicação! Porque não teve nada pra passar! Porque ela já foi medicada! Ela já foi medicada, já foi tratada, mas ela não se conforma com o que foi dito lá! Entendeu? (...) tem uma senhora que chegou aqui: ‘Meu filho tá com pneumonia! Ela (referindo-se à médica de outro serviço que atendeu em primeiro lugar a criança) me deu o raio-x, e me deu uma injeção pra eu dar pro meu

³⁸ Até o momento em que se encerrou a pesquisa de campo, o hospital não contava com oftalmologistas.

³⁹ É interessante destacar que a farmácia do hospital além de não funcionar após as dezoito horas, não funciona aos domingos.

filho'. 'Qual é a injeção? Dá pra mim ver?' (...) Estava muito bem medicado! Só que ela não aceitou da forma com que a médica falou pra ela! Eu expliquei: "(...) é isso, isso, é o ideal, porque na época, no dia ele devia estar fazendo vômito muito forte, e ela passou isso aí, um injetável, que vai curar o seu neném! Entendeu? Então, tem que ter feito isso, e vou aproveitar que daqui a pouco tá quase na hora, eu vou pedir até para dar (...)” Aí eu expliquei pra ela tudo, aí ela: ‘Tá vendo? Ninguém me explicou isso! Eu agora eu vou dar o remédio do meu filho direitinho!’

As imagens acima representando a Porta de Entrada ideal conformam uma situação na qual o acesso dos pacientes aos serviços é total e adequado a suas necessidades. Uma situação na qual não haveria barreiras à entrada/utilização dos serviços ou restrição de recursos de diagnóstico e terapia de qualquer espécie. Na Porta de Entrada ideal, o funcionário não teria que dizer **não**. O acolhimento, a comunicação e a orientação seriam exercidos plenamente. As funções que compõem o “braço humanitário/acolhedor” do projeto seriam, assim, hegemônicas, ou mesmo absolutas.

Além dessas características, a Porta de Entrada ideal desenhada pelos profissionais também parece responder, às demandas dos próprios profissionais por cooperação e integração entre os setores, através de imagens que remetem à de uma comunidade idealizada, sem conflitos, em comunhão. Tais demandas por cooperação e pela comunidade se por um lado visam enfrentar o desamparo em que os profissionais se encontram, num cotidiano de descontrole, miséria e violência, por outro lado surgem em seu discurso como condição para uma maior resolutividade do serviço e integralidade das ações. Um trecho de uma entrevista realizada em grupo, com três enfermeiros da Porta de Entrada, é bastante ilustrativo.

Enfermeiro (falando sobre a Porta de Entrada): *Mas essa falta de estrutura, que eu coloquei anteriormente, que de certa forma, mina um pouco! A gente poderia ter muito mais, fazer muito mais, mas não faz pela falta de condições, mesmo! Né? A gente ainda não tem uma estrutura ideal para fazer mais ...”*

(Pergunto então – primeira vez que a pergunta surgiu nas entrevistas - o que seria a Porta de Entrada ideal)

Enfermeira 1: *“Eu acho que a Porta de Entrada ideal... seria uma coesão multidisciplinar!... para o bem estar e a humanização do cliente em si. Disso tudo que nós comentamos, dessas farpas, e*

agulhas, enfim... teria que ter a coesão de todos! Desde a gente, até a Assistente Social, Médico, Auxiliar, e Recepção.

Enfermeira 2: *“Eu concordo com a enfermeira Está faltando integração e interação (ênfase) entre a equipe multidisciplinar. Todos os profissionais trabalhando juntos, né? Não adianta você integrar, sem interar!”* (É interessante a utilização dos substantivos integração e interação, remetendo, respectivamente, à comunidade: “integrar”, tornar parte de um mesmo grupo, tornar inteiro, e à cooperação: inter + ação, ação que se exerce mutuamente, ação recíproca)

(Pergunto como seria esta “integração/interação”)

Enfermeira 2: *“Seria... é... todos os profissionais falarem a mesma linguagem! O que não acontece na Porta de Entrada! Por questões mesmo de vaidade, por questões de estrelismo, por questões de alguns profissionais acharem que o outro quer ocupar o espaço. Não é isso! Nós sabemos muito bem a função do médico, do enfermeiro, a função do serviço social, a função do recepcionista! Eu acho que, a partir do momento que o paciente entrar no consultório de enfermagem, onde é a primeira porta que ele entra, se nós encaminhamos, esse paciente deve ser visto, deve ser levado à sério, mesmo que ele seja caso ambulatorial. Tá? Não pode haver opiniões por vaidade: ‘Ela acha, mas eu não acho!’, ‘Ela fez, mas o médico sou eu!’... ‘Ela acha que o seu caso tem que ser resolvido socialmente agora, mas a assistente social sou eu!’ Não! Deve ser feito um trabalho em conjunto! E eu sou uma das enfermeiras que mais prezam aqui pela educação continuada! Tá faltando educação continuada, sim! Porque nós, profissionais, estamos sempre aprendendo!... Por mais que eu esteja fazendo pós-graduação, mestrado, doutorado... eu vou estar sempre aprendendo! Eu escolhi trabalhar com vidas!... Tá? E a medicina muda muito, a cada dia, então, precisa, sim, da educação continuada, mas a educação continuada com a equipe multidisciplinar. Eu não quero um enfermeiro aqui na frente me dando aula! Eu quero um médico! Eu quero um cirurgião me dando aula, porque sou eu que encaminha às vezes o paciente para uma cirurgia geral... Eu quero um ortopedista me dando aula... Eu quero um assistente social me falando quê casos sociais são emergenciais, e quê casos sociais são ambulatoriais... Eu quero uma Psicóloga, sim, falando pra mim: ‘..., você encaminha para a Psicologia ... em determinados casos assim, e assado’. Um trabalho em equipe, fechado. E aí, sim, a Porta caminha.*

(Percebo que em sua fala há também uma demanda por reconhecimento da importância e da competência da enfermagem, mas me limito a observar que ela está falando da necessidade de maior discussão na equipe sobre os critérios de avaliação/encaminhamento)

Enfermeira 2: *Isso! Porque não adianta ter um critério de avaliação para a Enfermagem, e um critério de avaliação para outras categorias ... E aí o paciente ... ele passa até pela Porta, mas ele fica muitas das vezes no meio do caminho! Faltou orientação social, faltou orientação da Psicologia, da Psiquiatria, e por aí vai... até da Nutrição! Né? Não adianta o cara ser visto clinicamente, se ele tem um problema lá atrás, nutricional... não vai adiantar, né? E aí ele pára no meio do caminho... Ele vai para o ambulatório? Nunca!*

É interessante observar que a imagem utilizada por esta enfermeira – **“o paciente passa pela porta mas fica no meio do caminho”** – remete, simultaneamente, à não integração entre os setores do hospital (representando, por exemplo, a dissociação já assinalada entre a “Porta” e a Emergência), às dificuldades de cooperação e trabalho em equipe multiprofissional e, o que é mais importante, à não integralidade do cuidado. Na Porta de Entrada ideal, o paciente não apenas teria acesso garantido ao serviço – “passaria pela porta” – como encontraria a “porta de saída”, isto é, não “ficaria no meio do caminho”: receberia uma atenção integral e adequada à totalidade de suas necessidades, resultado da articulação entre os setores, da cooperação e do trabalho multiprofissional.

A Porta ideal, assim como o hospital idealizado – “pai de todos”, “mãe”, “família” - estaria sempre aberta, 24 horas, sem barreiras ao acesso, para a “doçura comunitária” – “sem farpas, sem agulhas” – e para um atendimento de qualidade.

5. O TRABALHO NA PORTA DE ENTRADA: REPRESENTAÇÕES, CENAS COTIDIANAS E OUTROS ELEMENTOS PARA A ANÁLISE DOS PROCESSOS INTERSUBJETIVOS E INCONSCIENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 O Objeto do Trabalho (ou: O Outro na Porta do Hospital): algumas representações e outras formações e processos inconscientes sobre a população e suas demandas

Trabalhar na Porta de Entrada de um hospital público de emergência é, antes de tudo, ser interpelado, cotidianamente, por uma demanda a qual dificilmente se poderá responder, não apenas pelo seu excessivo volume, mas pela sua diversidade. Esta, embora se apresente muitas vezes sob a forma do que se considera ser, *stricto sensu*, um problema de saúde – ou como uma demanda por assistência à saúde – em muito ultrapassa o que os serviços de saúde estão geralmente organizados para reconhecer e intervir.

A frase, muito repetida pelos profissionais do hospital estudado, “*Tudo bate na Porta de Entrada*”, além de remeter, como vimos, aos processos produzidos na própria dinâmica interna do funcionamento do hospital e suas conseqüências sobre a Porta de Entrada, indica a enormidade e a diversidade da demanda que ali chega, diariamente.

5.1.1 A Enormidade da Demanda e a Demanda por Sentido

A intensificação dos processos de exclusão social e de violência urbana, o empobrecimento da população, a precarização das relações de trabalho, o desemprego, a fragilidade crescente dos vínculos sociais e dos mecanismos de solidariedade e a incapacidade geral de resposta das políticas públicas a esses problemas – cujas raízes se encontram em processos econômicos, políticos e sócio-culturais mais amplos do capitalismo globalizado e que afetam com especial intensidade os países do Terceiro Mundo – acaba por desaguar, na porta de entrada dos serviços de saúde, problemas tão graves quanto diversos, como

[...] *desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção, tais como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam a*

novas epidemias como a aids.” (Luz, 2003:15, apud Machado et al., 2004:57)

Tais problemas, potencializados pelo que Luz (2004) denomina “*fragilidade crescente das grandes massas populacionais*”, resultante dos processos acima apontados, levam aos serviços de saúde muitos sujeitos que, conforme observam Machado *et al.* (2004), quando confrontados à doença sentem que “o mundo desaba”.

Muitas vezes não se encontra abrigo nos locais aos quais estão habituados a recorrer – família e amigos - e acabam se dirigindo aos serviços públicos de saúde, com queixas relacionadas à angústia, infelicidade e solidão. Contudo, os serviços não estão preparados para atender a esta nova ‘epidemia’ da sociedade moderna [...]” (Machado et al., 2004:57-58)

Esta situação - a que os autores, a partir de Joel Birman, denominam “um desamparo difuso” (Machado *et al.*, 2004) - leva aos serviços de saúde uma demanda por cuidado que não se restringe aos cuidados médicos tradicionais.

Um dos enfermeiros da Porta de Entrada do hospital estudado, queixando-se da sobrecarga da demanda e do longo tempo de espera por atendimento, observa: “[...] *fica horas ... a mãe sem alimentação com a criança doente ... às vezes a mãe desmaia e a gente tem que abrir boletim para ela também. Tem família que vem com todas as crianças para o hospital ... eles querem ser atendidos na hora ...*”

Uma assistente social também se refere a essa “fragilidade social” que leva famílias inteiras à porta de entrada da emergência do hospital. Comentando sobre a importância da nova rotina implantada de só se abrir boletins de atendimento para os pacientes que tivessem passado pela triagem, conta que, antes, os funcionários do setor de registro abriam boletins indiscriminadamente, para seus amigos, “ (...) *para a vizinhança toda. Tem gente que vem com a família inteira para o hospital!*”.

Uma das imagens, no entanto, que talvez melhor traduzam a **enormidade - não apenas material, mas simbólica – da demanda** endereçada pela população ao hospital me foi fornecida por um dos médicos, clínico geral, do SPA, a quem pude observar atendendo um dos pacientes cujo “percurso” no hospital acompanhei, desde a chegada à saída. Aceitando, de modo um pouco relutante, minha solicitação para observar os atendimentos, este médico pareceu fazer questão de registrar, defensivamente, que eu observaria um “*atendimento*

rápido”, pois ali era um serviço de pronto-atendimento, e queixou-se da população, que “(...) *chega ao hospital como se aqui fosse a Porta da Esperança!*”

Curiosamente, a mesma imagem foi utilizada, ao final da tarde daquele mesmo dia, por um senhor idoso, que aguardava havia mais de duas horas na fila da triagem. Sofria com uma afecção na perna que se assemelhava a um eczema. Dizia não saber mais onde ir para resolver seu problema. Quando estava quase chegando sua vez de ser atendido, aproximando-se, na fila, da porta da sala da triagem, disse: “*Estou quase chegando na Porta da Esperança*”. Seu caso, todavia, não foi considerado de urgência (“caso de SPA” ou de emergência). Foi encaminhado para a “sala de curativos especiais/infectados” que àquela hora, no entanto, já estava fechada (fecha às 13:00 horas), tendo sido agendado para o dia seguinte.

Luz (2004), discutindo o crescimento “exponencial” da busca por atenção à saúde, incluindo as práticas ditas “alternativas”, num quadro de fragilização da sociedade pelas “(...) *relações de trabalho, pelas relações sociais em geral, e pela (ausência de) ética, explicitada nos valores hostis à vida social que a caracterizam*” (Luz, 2004:18), entende que a *saúde* enquanto *setor social*¹ estaria

[...] *preenchendo funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos, antes ‘partilhadas’ por outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural. A saúde tornou-se, no mundo capitalista contemporâneo, um depósito de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada. A demanda pela saúde é uma demanda por símbolos, por um universo simbólico que está desencantado pela racionalidade econômica do capitalismo. A saúde está possivelmente no lugar das relações de empatia entre os sujeitos, subtraída da sociedade pelos valores individualistas, através de práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas. A saúde está no lugar das atividades de conagração e festa que não existem mais no mundo do trabalho e que podem ser repostas por atividades grupais ou coletivas ‘de saúde’. Está legitimando situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas, como a família, ou a escola, ou organizações sociais específicas, e outros casos: a situação de isolamento e abandono de pessoas idosas ou mulheres sós, ou adolescentes revoltados e incompreendidos etc.*” (Luz, 2004:19 – grifos da autora).

¹ A autora utiliza aqui uma concepção ampliada da saúde enquanto setor social, referindo-se ao universo do cuidado e das práticas terapêuticas, saberes e práticas – com maior ou menor grau de institucionalização – concebidas como “de saúde”, não restrito, portanto, ao conjunto de serviços públicos e privados de assistência à saúde.

Claro está que o cenário “dantesco” da porta de entrada (e dos “corredores”) dos hospitais de emergência no Rio de Janeiro - e a gravidade dos problemas, dos crônicos agudizados às emergências clínicas e politraumatizados, que ali chegam diariamente - nem de longe apresenta qualquer traço de um espaço de “congraçamento” ou festa. A autora, em sua concepção ampla da *saúde* como *setor social*, se refere também à função social/cultural exercida pelas práticas terapêuticas (incluindo as chamadas “alternativas”) que estão restritas, em grande parte, ao espaço privado de consultórios e clínicas, ao qual, no entanto, a “classe média”, empobrecendo-se, cada vez tem menos acesso e a grande maioria da população que chega aos hospitais de emergência não tem nenhum. Isto não significa dizer, no entanto, que a “demanda por símbolos” – na verdade, **uma demanda por sentido** - não esteja presente entre esta população e também não seja endereçada a estes espaços públicos de atenção à saúde.

Exemplares dessa demanda por sentido entre a população que se encontra nas filas do SPA ou na recepção e corredores da emergência do hospital estudado são as referências, feitas por alguns profissionais, aos pacientes que “*vivem de SPA*”, como observou uma das enfermeiras da triagem, muitos dos quais já são “*conhecidos pelo nome*”, como observou uma assistente social. Embora a grande maioria dessas situações de retorno expressem a falência do sistema de saúde - particularmente da chamada rede básica - em sua capacidade de tratar, controlar e prevenir as doenças, não se pode desconhecer o que representam também de demandas de outra ordem. É o que sugere a fala de uma das enfermeiras da Porta de Entrada:

Eles continuam vindo, alegando que não tem assistência nenhuma lá naquelas redondezas; eles falam que aqui eles são bem medicados, são bem vistos, ... essas são a maioria das alegações. Até porque nós conseguimos passar isso, né? Então têm certas pessoas, óbvio, pacientes já crônicos, que têm algumas crises, enfim, eles acabam batendo aqui; eles vão pra assistência básica, e vêm pra cá; tipo os asmáticos, os hipertensos, os diabéticos ... eles têm que vir pr' uma emergência, eles vêm pra cá. Por quê? Porque eles próprios ... têm certos pacientes que a gente já até conhece, né? Eles próprios se sentem humanizados, né! Principalmente na nossa sala. (...) Então nós recebemos, nós acolhemos esse paciente, como ele não é acolhido em nenhum outro lugar! (...) nós damos aquela atenção, muitos deles (...) pacientes idosos, que não têm ninguém, que estão excluídos da sociedade... eles vêm aqui porque é o lazer deles: vir conversar com a gente!

Do mesmo modo, uma outra enfermeira da Porta destaca o tempo que passa, muitas vezes, com um único paciente, atendendo a uma população cuja carência material (de acesso a bens, serviços, conhecimentos e informação) se mistura à carência de referências de sentido para suas vidas, apresentando-se, para esta enfermeira, sob a forma de uma população “doente de orientação”:

(...) e o que mais a gente vê também aí, é a época de Natal, ou Ano Novo, é que as pessoas quase não ficam doentes! Porque tem aquela coisa de uma praia, de festividade, e todo mundo está com dinheiro, entendeu? E é difícil, realmente, a população, é uma população doente, mas é doente de quê? Doente de orientação, são muito carentes, entendeu, ela não tem uma orientação, se ela tivesse uma orientação de vários lugares, elas entenderiam melhor, entendeu, a situação. Quer dizer, a gente procura fazer o máximo que a gente pode para dar um suporte maior, mas nem sempre dá... porque é muita gente, e ali na triagem, o máximo que eles ficam são alguns minutos, então, tem pessoas, que às vezes eu fico, né... hoje mesmo eu fiquei (...) quase uns quarenta minutos com uma pessoa só! E a pessoa depois começou a se abrir, começou a conversar, é uma pessoa problemática, tem uma vida muito sacrificada, e todos os sintomas que ela estava sentindo são coisas que ... psicológico, entendeu, são coisas dela, do eu dela, entendeu? Aí chegou em um ponto que ela falou assim: ‘Ah, eu não gosto mais de mim, porque eu não consigo resolver os meus problemas!’ ... Quer dizer, fica difícil você lidar com uma pessoa... então, o que a gente faz? A gente joga pra Psicologia. Entendeu, a gente começa a encaminhar pra psicologia.

Referências a este tipo de demanda ou a este **sofrimento tão amplo e difuso que em geral os profissionais parecem se julgar incapazes de “lidar” ou responder**, “jogando para a Psicologia”, por exemplo, também se observam nas falas de uma assistente social e uma recepcionista, que, em entrevistas e momentos diferentes da pesquisa, destacam o componente “afetivo” desta “demanda por sentido” que a população faz ao hospital.

“ (...) mas às vezes a carência não é nem ... não é nem financeira, mas uma carência, até afetiva, porque muitas vezes, eles chegam e ... uma orientação bem dada, eles saem... entendeu? Com uma aceitação daquilo, de uma forma mais ... saem satisfeitos! Não sei se seria o certo, tá, mas saem satisfeitos...” (assistente social da Porta de Entrada, participando de uma entrevista em grupo, no final da pesquisa).

Ainda no estudo exploratório, destaca-se a fala de uma recepcionista, aqui já apresentada: “Acho que a população busca o João Silva até pela atenção que recebe aqui ... (...) tá com o

emocional em desequilíbrio ... (refere-se aos problemas sociais). refletindo no físico ... De repente ele vem na busca de um pouco de atenção também, um pouco de atendimento com dignidade (...).”

É interessante recuperar o depoimento de uma das enfermeiras, já destacado anteriormente, porque representa bem os diversos sentidos da demanda por assistência médica (e, particularmente, por medicação) que chega nos serviços:

Às vezes tem paciente aqui que chega doente! Você chega com uma conversa, uma papoterapia, você consegue mandar o paciente embora pra casa, conversando, sem medicação, sem nada, só aferindo uma pressão, verificando uma glicose, vendo uma temperatura ... aí você consegue. Por quê? Porque às vezes (...) era só ansiedade. (...) Entendeu? Ele só tá doente naquela hora, tá doente de mente ... de alma.

5.1.2 As Demandas por Medicamentos e Atestados Médicos: entre a miséria material e simbólica

Dois tipos de demanda muito frequentes ao hospital - e que, segundo alguns profissionais, contribuem para “congestionar” o serviço de pronto-atendimento/emergência – parecem condensar a multiplicidade de determinações do “sofrimento social” (Carreteiro, 1999) que bate à porta dos serviços de saúde: a busca por medicamentos (ou a famosa “troca de receitas”, já comentada neste trabalho) e a demanda por atestados médicos. Tais demandas tensionam cotidianamente a relação entre o hospital estudado/os profissionais e a população ali atendida e podem ser interpretadas, a partir do estudo realizado por Teresa Cristina Carreteiro (2001; 1993) – e ao lado dos processos orgânicos/fisiológicos que também estejam em suas origens – como demandas dos indivíduos pelo reconhecimento de sua identidade (e de seus direitos) de cidadãos, mesmo, como observa a autora, que tal identidade seja “negativa” ou que tal reconhecimento institucional reforce o aspecto negativo implicitamente localizado em sua posição social. (Carreteiro, 1993)

O trabalho de investigação de Carreteiro surge a partir de seu confronto, em sua experiência clínica, com o sofrimento psíquico associado à condição social de “desfavorecidos” (Carreteiro, 1993) (ou o sofrimento dos sujeitos que vivem em meios sociais

“desfavorecidos”²). Tais pessoas permanecem à margem das “grandes dimensões institucionais” (educação, saúde, trabalho ...) ou se beneficiam minimamente delas. Suas posições sociais são frágeis, segundo a autora, e facilmente podem perder o lugar que ocupam nessas dimensões institucionais.

A sociedade, ao inserindo na zona franja, ou nas migalhas institucionais de seus projetos, contribui para a criação de um lugar social desvalorizado, portador de sofrimento. [...] Há então a projeção para a esfera da subjetividade da inutilidade, do não reconhecimento da potencialidade do sujeito para participar da vida coletiva e integrar-se aos valores sociais considerados positivos. A sensação de inutilidade se apresenta seja difusa, como um mal-estar, seja de modo claro, como objeto de representações explícitas. Mas ela é sempre geradora de sofrimento psíquico, o qual por ter uma raiz social deve ser considerado sofrimento social. (Carretero, 2001:93)

Sua pesquisa se desenvolve sobre dois contextos distintos: o da população desfavorecida na França, considerada “assistida”³, porque mantém algum tipo de vínculo regular com a assistência social, e o das camadas populacionais desfavorecidas no Brasil, que são “assistidas” - ou querem ser - e que não têm interiorizado o sentimento de ter direitos: “O cidadão brasileiro desfavorecido é deixado ao abandono. Ele não interiorizou o sentimento de ter direitos.”⁴ (Carretero, 1993:19).

Para a autora, o “sofrimento social” - que pode ser decorrente do não reconhecimento social/de uma representação de “inutilidade” social, ou do medo de perder a condição de trabalhador e passar à esfera da inutilidade, ou ainda fruto da prática de trabalhos que não levam a uma valorização social, mas a um desgaste constante do corpo - não encontra reconhecimento institucional na esfera da proteção social. “Esta só confere lugar à subjetividade dentro de duas perspectivas: corpo sã, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença.”

² A autora compartilha da crítica de Robert Castel à noção de exclusão social, que enfatizaria apenas os aspectos negativos voltados para a não integração de um grupo ou de um indivíduo em uma categoria dada (econômica, institucional, etc), além de não permitir a análise do processo de surgimento de situações limite consideradas como de exclusão social. Assim, adota a noção de *desafiliação* social, proposta por Castel, que permite, segundo a autora, evidenciar o caráter dinâmico e dialético das situações analisadas, pois “há sempre algum tipo de inserção ou de afiliação do sujeito individual ou coletivo, no interior de certas categorias e sistemas sociais.” (Carretero, 2001:85)

³ A partir de tipologia proposta por Serge Paugam (2001), que será discutida mais adiante neste trabalho.

⁴ Tradução livre do original em francês (“Le citoyen défavorisé brésilien est laissé à l’abandon. Il n’a pas interiorisé le sentiment d’avoir de droits.”)

(Carreteiro, 2001:93). Há aqui, como observa a autora, um “deslizamento” – ou poderíamos dizer, uma redução - do sofrimento social ao sofrimento individual, indicando que as “[...] *categorias institucionais ignoram formas de mal-estar que não sejam etiquetadas como doença.*” (Carreteiro, 2001:93).

O estudo de Carreteiro nos ajuda a compreender melhor a **complexidade das demandas que chegam aos serviços de saúde** e que remetem, em grande parte, à demanda por sentido acima referida, uma demanda por reconhecimento, por referências e significações na sociedade.

A instituição, reconhecendo a doença, reinsere os ‘corpos-subjetividade’ numa ‘rede de sentido’, na medida em que ela autoriza uma significação socialmente reconhecida (mesmo se ela tem uma conotação negativa): a ‘doença’. [...] Reconhecendo a doença do sujeito, a instituição o reconhecerá igualmente como cidadão⁵. (Carreteiro, 1993:50) (grifo da autora).

Ao longo do trabalho de campo realizado no hospital, foram **muitas as situações** que pude presenciar, ou depoimentos que pude coletar, **referentes à busca por medicamentos e à solicitações de atestados médicos**. Ambas as situações geralmente são geradoras de conflito ou tensão entre os profissionais e a população atendida.

No primeiro caso, o dos medicamentos, como já observado, a falência da rede básica de serviços de saúde, incapaz de manter o vínculo com a população e garantir a regularidade de seu tratamento, especialmente no caso dos pacientes com doenças crônicas e dependentes de medicação de uso contínuo, é responsável pela maior parte da demanda por medicamentos que chega ao SPA/emergência. O hospital, contudo, não “troca receita”, isto é, não fornece medicamentos prescritos por outras unidades de saúde. Para ser encaminhado a um médico do SPA/emergência e ter o medicamento prescrito – dependendo da avaliação médica - o paciente deverá estar apresentando alguma sintomatologia que sugira ser um caso de urgência. Caso contrário, será encaminhado para o ambulatório, onde dificilmente conseguirá agendar uma consulta para o mesmo dia.

Esta é, como foi visto na análise das concepções sobre a Porta de Entrada, uma questão geradora de conflitos quanto aos encaminhamentos. Aqui está em jogo, para além dos

⁵ Tradução livre do original (*L’institution, en reconnaissant la maladie, réinsère le ‘corps-subjectivité’ dans un ‘reseau de sens’, au fur et à mesure qu’elle autorise une signification socialement reconnue (même si elle est connotée négativement): la ‘maladie’. [...] En reconnaissant la maladie du sujet, l’institution le reconnaîtra également en tant que citoyen.*)

critérios objetivos de urgência que orientam a priorização dos pacientes, o reconhecimento do sofrimento da população não só com suas patologias, mas o seu sofrimento na luta pelo reconhecimento do direito à medicação/ao tratamento, diante das imensas dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde. Receber o medicamento, além do que pode representar concretamente para o alívio dos sintomas e/ou tratamento das doenças, representa o reconhecimento do direito (de cidadania) de acesso aos serviços e talvez também de acesso a uma identidade, dada pelo diagnóstico da doença a qual a medicação se destina. Nesta perspectiva, receber a medicação insere o sujeito numa “rede de sentido” (como denominou Carreteiro, 1993), representando uma possibilidade de diferenciação, de saída de uma situação de sofrimento social difuso, com o reconhecimento e a nomeação do mal-estar⁶ e sua transformação em um sintoma ou patologia definida, mesmo que isso implique, como observa Carreteiro (2001), uma negação da origem social do sofrimento e sua redução à uma dimensão individual.

A fala de um enfermeiro da Porta de Entrada é bastante ilustrativa - pelas imagens (caricaturais) e metáforas utilizadas - desta demanda “simbólica” em torno da questão dos medicamentos, muitas vezes “um presente” e um “alívio” para sofrimentos de outra ordem.

É engraçado isso, que são ... é impressionante como a clientela é totalmente diferente! [compara a população que “freqüenta” os postos de saúde com a que vem para os hospitais de emergência] Existe aquele paciente que adora vir na emergência! ...Entendeu?... Adora ser medicado na emergência! Por incrível que vocês possam estar impressionados em ouvir isso, mas é uma verdade! Isso é... Eu fiquei assim.... Ao mesmo tempo... e estou ainda me adaptando a isso... porque a pessoa vem com um certo ... é... eu não vou dizer um prazer, porque ninguém tem prazer em ficar doente! Mas a gente observa que quando ele sai da emergência com o papel na mão, é como se ele saísse com um presente! Quando ele sai com uma receita, balançando, ou uma furada no braço, você tem que observar a expressão de alívio! Mesmo que essa injeção seja uma dipirona, que dói muito.

⁶ “Pode-se então concluir que o mal-estar é o efeito de um sofrimento difuso que se constrói na luta constante pela sobrevivência (colocada em todos os registros da vida), seja por referência às condições materiais, seja por referência às tentativas de proteção do “eu” contra os ataques do social.” (Carreteiro, 1993:20). “Os sujeitos dos quais eu falo participam do trabalho da civilização pela exclusão. O sofrimento será a expressão da ‘luta cotidiana contra a morte’.” (Carreteiro, 1993:57) (grifo da autora) Tradução livre do original: “On peut donc conclure que le malaise est l’effet d’une souffrance diffuse qui se construit dans la lutte constante pour la survie (menée dans tous les registres de la vie) soit en référence aux conditions matérielles, soit en référence aux tentatives de protection du ‘moi’ contre les attaques du social.” (Carreteiro, 1993:20) “Les sujets dont je parle participent au travail de la civilisation par l’exclusion. La souffrance sera l’expression de la ‘lutte quotidienne contre la mort’.” (Carreteiro, 1993:57) (grifo da autora)

Uma das cenas que presenciei quando observava a triagem da enfermagem no SPA, também me chamou a atenção, entre outros motivos, por remeter a esta demanda por sentido - ou por reconhecimento do sofrimento e do direito - envolvida na busca por um diagnóstico e por medicamentos. Um rapaz, adolescente, entrou na sala de triagem acompanhado de sua mãe. Uma das duas enfermeiras presentes os atendeu. A mãe suspeitava que o menino estivesse tuberculoso. A enfermeira ficou mais de vinte minutos com eles. Fez um exame minucioso no rapaz. Auscultou-o, perguntou por seus sintomas, perguntou por sua alimentação. Dizia-lhe, conforme o examinava, que ele ficasse tranquilo pois não era tuberculose. Tratava-se, segundo ela, de uma gripe muito forte, talvez agravada por uma sinusite. Perguntava se quando ele abaixava a cabeça sentia uma pressão na fronte. O garoto confirmou. Tanto ele quanto a mãe insistiam para que ela receitasse algum medicamento “fortificante”, uma “vitamina”. O rapaz se achava muito magro. A mãe então mostrou a enfermeira uma radiografia que um médico de outro serviço havia solicitado e a partir da qual teria diagnosticado que seu filho estava com tuberculose. A enfermeira examinou a radiografia e disse, enfaticamente, que aquela não era uma imagem de tuberculose. Então levantou-se e me pediu que a acompanhasse. Saiu da sala de triagem e foi comigo em direção aos consultórios do SPA. Entrou no consultório de uma médica clínica geral. Mostrou-lhe a radiografia, explicando-lhe o caso. A médica confirmou o diagnóstico da enfermeira. Não se tratava de tuberculose. A enfermeira parecia ser bastante experiente. Já tinha muitos anos de serviço, mas mesmo assim saiu da sala com ar triunfante e retornou à sala de triagem. Lá repetiu para a mãe e para o rapaz o diagnóstico da médica. Eles, no entanto, ainda insistiam em obter algum “fortificante” ou “vitamina”. A enfermeira dizia que o hospital não tinha “fortificante” e que mais importante do que ele tomar um polivitamínico era que se alimentasse bem, tomasse muito suco. Deu também a eles a referência de uma outra unidade de saúde, que tinha otorrinolaringologista no ambulatório, para que o rapaz fosse tratar de sua sinusite. Mãe e filho, no entanto, continuavam insistindo nas “vitaminas” e “fortificantes”. Em determinado momento me distraí com outro atendimento que estava sendo realizado pela enfermeira ao lado e, quando me dei conta, a primeira estava prescrevendo um polivitamínico para o rapaz. Pareceu-me que ela estava muito orgulhosa de sua capacidade/poder de diagnóstico, aconselhamento e prescrição e isto talvez tenha contribuído para que cedesse à demanda de mãe e filho – a demanda de reconhecimento destes dois talvez tenha encontrado resposta, assim, na demanda por reconhecimento da enfermeira.

Aqui, é interessante recuperar algumas observações de Carreteiro (1993) sobre um dos casos estudados em sua pesquisa, por serem esclarecedoras dos **processos psicossociológicos envolvidos tanto na demanda por medicamentos quanto naquela por atestados ou licenças médicas**. Trata-se do caso de uma mulher, assistida pela Seguridade Social na França, com uma história de dois períodos de depressão prolongada e que coincidiram com a época próxima ao nascimento de dois de seus filhos. Paralelamente à trajetória de suas depressões, a entrevistada falava a respeito das relações institucionais que mantém com os serviços de saúde. Segundo Carreteiro, esses laços institucionais - que permitiam, além do ressarcimento de 100% dos gastos com medicamentos, a renovação dos afastamentos/licenças, seguindo-se, à licença maternidade, uma para tratamento de sua depressão, posteriormente renovada e que lhe dava o direito de receber um “auxílio-doença” (*“des prestation-maladie”*) - davam-lhe um suporte tranquilizador, confirmando sua vivência enquanto doente e acalmando suas angústias através de uma identidade provisória: a de “doente”.

A renovação da licença representa, na relação desta paciente com os serviços de saúde e com a Seguridade Social, o reconhecimento de um direito, o direito à doença: *“Depois de várias investigações, ela recebe a resposta afirmativa da assistência social: ‘está resolvido, nós pudemos acumular sua licença maternidade com esta que você trabalhou, você tem o direito de continuar sua doença.’ A doença era assim definitivamente reconhecida como um direito⁷.”* (Carreteiro, 1993:100)

Segundo a autora, tal reconhecimento trouxe um “alívio” para a entrevistada que, quando falava dos aspectos legais da doença, o fazia de modo claro e detalhado. A doença, nestes momentos, tornava-se um “organizador psíquico” de sua interioridade, colocando-se no lugar dos fantasmas e angústias. Falar da doença era evocar uma identidade mais tranquilizadora e este processo se verificava na referência aos medicamentos que tomava – testemunhos de sua doença:

Falar dos aspectos legais da doença é evocar simbolicamente uma identidade mais tranquilizadora. Estar melhor se traduz imediatamente pelos medicamentos que ela toma ou pelos que o médico suspendeu. Assim, tomar injeção significa estar mais doente, e

⁷ Tradução livre (*“Après plusieurs enquêtes, elle reçoit la réponse affirmative de la assistante sociale: ‘ça s’est arrangé on a pu cumuler votre congé maternité avec ce que vous avez travaillé, vous avez le droit de continuer votre maladie.’ La maladie était donc définitivement reconnue comme un droit*) (Carreteiro, 1993 :100)

*a tomada de comprimidos é, ao contrário, o sinal de um começo de recuperação*⁸. (Carreteiro, 1993:100-101)

Da mesma forma que os medicamentos, **a demanda por atestados médicos no hospital estudado se constitui em um importante ponto de tensão na relação entre os profissionais, especificamente os médicos, e a população**, gerando queixas que chegam à direção do hospital e também episódios de agressões verbais, às vezes mútuas, e até mesmo ameaças de agressões físicas dirigidas aos médicos. Tais episódios costumam ocorrer geralmente quando, ao invés do atestado médico, que justificaria a falta do paciente ao trabalho por um ou mais dias, conforme a avaliação do médico, este, por julgar que o paciente está bem de saúde ou que a queixa apresentada não justifica sua falta ao trabalho, dá-lhe, ao invés do atestado, apenas uma declaração, informando que o paciente foi atendido no hospital e o tempo que permaneceu ali, desde a chegada até a saída – o que serve apenas para justificar as horas em que não trabalhou.

Ao longo da pesquisa, pude observar diretamente ou tomar conhecimento de várias situações conflitivas envolvendo as demandas por atestados médicos, provavelmente potencializadas pelo grau de subjetividade inerente a qualquer avaliação médica (Schraiber, 1993), a despeito dos critérios “objetivos” de diagnóstico e das tecnologias “duras” que, para serem aplicadas, exigem, de todo modo, a utilização do que aqui já se discutiu como “tecnologia leve” em saúde (Merhy, 2002). São situações que giram em torno do reconhecimento ou da negação não só do direito, mas do sofrimento.

Uma dessas situações ocorreu quando observava a dinâmica de funcionamento do SPA. A gerente da Porta de Entrada me convidou para acompanhá-la até os consultórios de clínica médica. Havia duas médicas. Nenhuma das duas estava naquele momento com pacientes, embora uma paciente houvesse acabado de sair. Uma delas usava uma máscara. Reclamou com a gerente a respeito daquela paciente que havia saído, que insistia para que ela lhe fornecesse atestado médico para justificar sua falta ao trabalho. A médica havia se recusado a dar, pois em sua avaliação a mulher não precisava “*de um dia inteiro. Não tem nada. Dei apenas as horas*”. Referia-se de forma irritada, agressiva, à paciente: “*Safada ... não quer nada!*” (seu tom de voz e as expressões utilizadas me pareceram a de um patrão referindo-se,

⁸ *Causer des aspects légaux de la maladie, c'est évoquer symboliquement une identité plus rassurante. Aller mieux se traduit immédiatement par les médicament que elle prend ou par ceux que le médecin a supprimés. Ainsi, recevoir des piqûres signifie être davantage malade, et la prise des cachets est, au contraire, le signe d'un début de récupération.* (tradução livre)

com raiva, a um empregado indolente) e a comparou com “ *muitos velhinhos doentes*”, que precisam de fato do dia, e pedem apenas a declaração das horas que ficaram no hospital, para não faltarem ao serviço. A outra médica contou então um caso de uma paciente que uma vez quis lhe bater por se negar a dar o atestado.

A gerente se manifestava de acordo com as médicas e observavam que este problema era muito comum nos plantões de segunda e sexta-feira: “*Este é o problema de segundas e sextas*”, quando as pessoas, segundo elas, queriam justificar suas faltas ao trabalho no sábado ou no domingo. Mais tarde, quando passamos pelo balcão da emergência novamente, do outro lado do pátio, a gerente me chamou a atenção para a paciente que falava, de forma irritada, com a recepcionista, querendo ver o Diretor. A recepcionista acabou permitindo seu acesso à direção do hospital. A gerente então me disse se tratar da mesma paciente a quem havia sido negado o atestado, chamando atenção para o fato dela não aparentar qualquer sinal de crise de asma/bronquite, que era o que havia declarado ter. Contou o ocorrido à recepcionista, que fez uma observação semelhante quanto a este ser um tipo de demanda freqüente nos plantões de segunda e sexta-feira.

Fiquei com a sensação de que, **nestas situações, o sentimento de estar sendo “lesado” ou “enganado” prevaleceria, tanto entre médicos como entre pacientes**. É como se os médicos, diante de um paciente que julgam não estar doente mas que insiste em receber o atestado, se sentissem enganados/lesados – “*Tem gente que arma*”, foi uma frase que ouvi de uma médica. Por sua vez, os pacientes, ao verem seus pedidos de atestado negados se sentem também lesados, naquilo que consideram ser seu direito, pelo prejuízo que tal negativa lhes causará no trabalho e também pelo não reconhecimento de seu sofrimento ou de sua condição de doente.

Entre os tipos de conflitos relacionados à recusa de fornecimento de atestados médicos, um particularmente se destaca na dinâmica organizacional do hospital e é reconhecido pela maioria dos profissionais e também pela direção. Trata-se dos ortopedistas, que sistematicamente se negam a fornecer atestados e também a preencher guias de referência de pacientes para outras unidades, mesmo quando os casos, na visão dos demais profissionais, assim o exigiriam. Ao longo da pesquisa ouvi vários depoimentos e presenciei situações relacionadas a este problema. Em uma das entrevistas em grupo, uma assistente social da Porta de Entrada destaca:

Um atestado médico... você... se o médico te atende... identifica se você tem um problema, te imobiliza!... sabe que você vai precisar ficar com aquela imobilização quinze dias ... Por que ele não fornece o atestado para você naquele momento? Entendeu? Aí, vem, pra quê? Pro serviço social. O serviço social não fornece atestado! O próprio nome diz, né! [...] E eles chegam na Porta, e porque o médico não forneceu, e... pôxa... pelo problema dele, já está caracterizado que vai precisar de um afastamento! Por que não...? Então, são barreiras que a gente enfrenta.

Uma outra assistente social, ainda no estudo exploratório, também se queixa “da postura de muitos médicos, especialmente os ortopedistas, que se recusam a dar atestados médicos”, fazendo, segundo ela, com que o paciente fique “peregrinando pelo hospital” para resolver o seu problema ou ainda tenha que voltar outro dia. Quando pergunto a razão de tal atitude, ela responde: “Eles dizem que não dão e pronto! Tem médico que acha que Emergência não pode dar atestado médico.”

A própria direção do hospital reconhece este problema, que foi mencionado em uma das reuniões do Diretor com todas as chefias/coordenações (colegiado de direção) da qual participei, ainda no estudo exploratório. Ainda naquele momento da pesquisa presenciei também a primeira cena envolvendo tal questão, igualmente reconhecida por dois membros da equipe de coordenação que me concediam uma entrevista. No meio da entrevista fomos interrompidos por uma moça, que entrou na sala sem se anunciar. O médico se levantou imediatamente, aparentando contrariedade. A moça trazia um papel na mão e começou a falar, dizendo que havia sido atendida na semana anterior por uma determinada médica, que havia lhe dado uma declaração, mas ela queria ... Não terminou de falar. O médico a interrompeu, dizendo: “Olha, se ela lhe deu uma declaração e não um atestado foi porque ela achou que você podia ir trabalhar”. A moça tentou argumentar, mas o médico foi bastante ríspido: “Não interessa o que você pensa! Se ela não lhe deu é porque achou que não precisava. Não sou eu que vou lhe dar. Só o médico que a atendeu ...” e foi tratando de despachar a moça, de forma dura.

Assim que a paciente saiu da sala, o médico e a outra profissional presente começaram a se queixar dos inúmeros casos desse tipo que chegam à chefia sem necessidade. Reconheceram que muitos médicos, de fato, “especialmente os ortopedistas, não gostam de dar atestados”, sem nenhuma justificativa para tal postura, mas naquele caso que eu havia presenciado sabiam que a médica que atendeu a moça sempre dá o atestado quando reconhece a necessidade. Perguntei então por que alguns médicos se recusam a dar o atestado.

Responderam-me que não sabiam. *“Eles simplesmente dizem: ‘Não dou e pronto.’”* Observaram então que *“os mais problemáticos são os ortopedistas. A ortopedia dá muito trabalho [...] ortopedista é muito turrão [...] é o grupo mais difícil pra gente trabalhar”* Da mesma forma, falam das guias de referência. Como o hospital não possui ambulatório de ortopedia – apenas para as revisões pós-cirúrgicas – precisam encaminhar os pacientes de alta para outras unidades que, em geral, não aceitam pacientes referidos só com a indicação no receituário. Exigem a guia de referência, a qual os ortopedistas recusam-se a preencher, por maiores que sejam as recomendações.

Insisto em perguntar a que eles atribuem esta característica dos ortopedistas e a resposta de um deles contém talvez uma metáfora da impossibilidade - não exclusiva obviamente dos ortopedistas, mas da própria lógica dominante de organização/concepção da assistência à saúde – de reconhecimento do que Carreteiro (1993; 2001) denominou “sofrimento social”, a menos que este sofra uma redução para a dimensão concreta, material da doença, localizada precisamente no corpo:

“Todo mundo sabe disso [sobre essas características atribuídas aos ortopedistas]. Há até piadas na Medicina. São muito rudes porque lidam com osso ...só vêem o osso, não se interessam pela relação com o paciente.”

A metáfora de “só se ver o osso” parece representar bem esta passagem do sofrimento social/do mal-estar para a doença como possibilidade de reconhecimento institucional, a que se refere Carreteiro:

Esta passagem do mal-estar para a doença, se por um lado encontra reconhecimento institucional, por outro lado busca calar as angústias do sofrimento de origem social. O aspecto social fica abafado e o que sobressai é o individual; não é mais o sofrimento gerado na esfera social que aparece, mas o indivíduo doente. (Carreteiro, 2001:94)

Cabe perguntar, assim, **até que ponto a negação do atestado não representaria a impossibilidade de reconhecimento de um sofrimento social, mesmo que reduzindo-o “ao osso”** e, por outro lado, até que ponto este “desconhecimento” não estaria se remetendo à angústias dos próprios profissionais, postas em movimento a partir do contato com aquela população tão “sofrida”.

5.1.3 Duas Alegorias da Demanda por Sentido

Durante o trabalho de observação participante, duas cenas me chamaram a atenção pela semelhança de situações entre uma e outra e pelo que igualmente parecem evocar a respeito desta demanda por sentido que é endereçada ao hospital. São cenas que resumem/condensam as questões que aqui vêm sendo discutidas.

Numa manhã em que conversava com a gerente da Porta de Entrada no pátio, em frente à recepção da Emergência, fomos interrompidas por uma gritaria e um tumulto que se formou, inesperadamente, junto ao balcão da recepção. Um homem gritava com os funcionários ali presentes. Parecia exigir alguma coisa. Inicialmente não consegui entender o que ocorria. A gerente então esclareceu que se tratava de um paciente psiquiátrico, a quem já conhecia, pois de vez em quando vinha ao hospital exigir “seus documentos” que, segundo ele, estariam no hospital. A gerente me disse que o hospital não possuía nenhum documento dele, mas ele não se conformava e sempre voltava para cobrar. Naquele momento mesmo fiz alguma observação sobre a possibilidade de o hospital ser, para aquele homem, algum tipo de referência, já que seu “documento”/sua “identidade” estava “perdida”, mas a gerente pareceu não ouvir (ou não escutar). Disse-me que já teve que mandá-lo embora várias vezes e contou, com certo orgulho, que lida muito bem com este tipo de usuário e com a população de rua em geral, que invade as dependências do hospital, usam o banheiro da recepção da emergência, dormem nos bancos. Segundo ela, eles a “*adoram*”, cuidam do seu carro, pois ela os trata “*com respeito*”, fala com eles “*educadamente*”.

O outro episódio marcante ocorreu durante uma de minhas observações da triagem da enfermagem. Observava, dentro da pequena sala de triagem, o trabalho de duas enfermeiras, apenas parcialmente separadas, como já registrei, por um biombo. Era uma tarde em que a fila do lado de fora do SPA era grande. Num determinado momento em que as duas estavam ocupadas com pacientes, um homem entra abruptamente na sala. Estava agitado e cobrava de uma das enfermeiras um certo “papel” que ela teria preenchido com seu nome. A enfermeira dizia que não tinha papel nenhum, mas o homem insistia. Dizia que um funcionário da emergência, se compreendi bem, havia dito a ele que buscasse o tal papel com ela. A enfermeira estava irritada ante a insistência e agitação do homem. Ela dizia que não tinha papel nenhum e ele insistia que ela tinha um papel com o seu nome. Num determinado momento ela perguntou se ele estava “*duvidando da honestidade*” dela e ele respondeu: “*Estou cheio de dor por causa da minha honestidade!*” Enquanto isso, a outra enfermeira da

sala continuava atendendo seu paciente e dizia para a colega que esta deveria “ignorar”, que não deveria “responder”. A enfermeira então disse ao homem que fosse novamente falar com o funcionário que o havia atendido e que pedisse que este funcionário enviasse, por escrito, a solicitação do referido “papel”. Por muito custo o homem saiu da sala. A enfermeira então disse-me que se tratava de um paciente psiquiátrico, que ela já havia atendido. Observou que ele estava impregnado e que queria um determinado remédio, que ela não daria. Parece que era paciente de outra unidade.

Ambos os casos – o homem que busca, repetidas vezes, seus *documentos* no hospital e o outro que, insistentemente, cobra (do hospital) um *papel* com seu *nome* escrito e que, *por causa* de sua *honestidade* (isto é, sua *verdade*) está *cheio de dor* – remetem, sem dúvida, a uma busca de “identidade”, de reconhecimento (de si, de sua dor, de seu nome), uma busca, enfim, de sentido (e também da dignidade perdida pelos que vêm buscar no hospital um banheiro, um lugar para dormir e até mesmo a “distinção” de poderem ser – ainda que, ironicamente, apenas quando o hospital lhes manda sair de suas dependências – tratados “com respeito” ou “educadamente”). Além disso, o fato de ambas as cenas terem sido protagonizadas por “pacientes psiquiátricos” (segundo o hospital) – imagens condensadas, me parecem, do sofrimento psíquico pela perda de referências identitárias, pela perda de autonomia e/ou pela impossibilidade de acesso a representações, a significados – permite tomá-las como alegorias dessa demanda “simbólica”, dessa demanda por sentido endereçada cotidianamente pela população ao hospital.

5.1.4 A “Carência” como Categoria Encobridora da Diversidade da Demanda

Mas a miséria que todos os dias bate à porta do hospital não é só, evidentemente, a miséria simbólica que atinge “a sociedade civil” - que, segundo Luz (2004), usaria “(...) *as práticas de saúde como estratégia de resignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde* (...)”. É também a miséria material que atinge maciçamente, junto com a primeira, vastos segmentos da população com um acesso mínimo à cidadania, sem “acesso” até mesmo, poder-se-ia dizer, ao “mundo da sociedade civil”. Estes têm seus problemas de saúde, suas doenças, seu sofrimento, agravados pela indiferença da sociedade e pela omissão, irresponsabilidade e incompetência do poder público, que lhes negam o acesso aos serviços, aos medicamentos, às tecnologias enfim – disponíveis para poucos - destinadas à promoção da saúde e à sua recuperação. Alguns deles,

como também se vê nas alegorias acima, invadem o hospital, dormem nos bancos, urinam no chão, vêm ali buscar comida e abrigo.

Um enfermeiro da Porta de Entrada, comentando as precárias condições do atendimento no SPA, também fala sobre a população de rua que “*invade*” o espaço da espera da emergência e da varanda do SPA (são abertos diretamente para o pátio, como já observei) e “*(...) dormem nos bancos, urinam pelo chão. No dia seguinte os pacientes vêm sentar, as mães vêm sentar com as crianças. (...) pela manhã, o hospital ainda manda lavar tudo, mas mesmo assim é ruim.*”

Um médico, cirurgião da emergência, cujo depoimento em parte já foi aqui registrado, queixa-se de que

... as pessoas estão cada vez mais revoltadas e ignorantes ... cada vez mais desnutridas e alimentadas inadequadamente. (...) são promíscuos – vivem amontoados em um único cômodo. Trata-se de uma clientela de baixo nível cultural, social e completamente maltratada – socialmente e aqui no hospital ... (onde) são jogados numa maca sem cobertura ... comem sem talher, como bichos, tendo que cortar a carne com os dentes

Diz que a situação deles é tão adversa que aceitam aquela comida e buscam abrigo no hospital. “*Vão ficando por aqui ...*”

Assim, trabalhar na Porta de Entrada de um hospital público de emergência é também estar cara a cara com uma demanda que, como já observei, assume a forma dos maus tratos, da feiúra, da brutalidade, da sujeira e do mau cheiro, diante dos quais os profissionais apresentam reações diversas. Uma supervisora de enfermagem certa vez se queixava comigo a respeito da superlotação da emergência e da falta de cooperação e compromisso da equipe de saúde, que não agilizava o “giro” dos leitos e ainda, muitas vezes, contribuía para encher mais a emergência, internando “desnecessariamente”. Contou-me indignada que alguns médicos mandam internar o paciente para que lhe seja dado banho e só então o examinam. “*Tem médico que interna na GE para dar banho no paciente! Olha assim ... paciente sujo ... diz: ‘Não vou atender’*”.

Numa outra ocasião, quando observava a fila na porta da sala de triagem, vi quando uma das enfermeiras saiu de lá e pediu à recepcionista que chamasse algum funcionário da limpeza, pois um paciente havia vomitado dentro da sala. Voltou para a sala da triagem e, junto com a colega, continuaram atendendo. Passou-se muito tempo, mais de meia hora, sem que ninguém da limpeza aparecesse. Uma das enfermeiras tornou a sair e a solicitar a

presença do pessoal da limpeza. Novamente, ninguém apareceu. Continuaram a trabalhar, apesar da sujeira e do mau cheiro na pequena sala de triagem. Nenhum funcionário da limpeza havia aparecido até o momento em que encerrei as observações, cerca de uma hora depois.

Tudo, portanto, *bate na/à Porta do Hospital*. Esta frase, no entanto, ao mesmo tempo em que **indica**, como vimos, a enormidade e diversidade da demanda, **não a revela**, isto é, não a discrimina, não permite identificar sua heterogeneidade, **encoberta** sob o peso do **tudo**, um enorme **amálgama de demandas de diversas ordens** às quais os trabalhadores da Porta de Entrada se sentem implicados mas incapazes de responder.

Comecei a me dar conta desse processo que talvez possa ser chamado de **encobrimento da heterogeneidade** (das diferentes naturezas) **da demanda** quando tentava compreender a elevada frequência com que os profissionais entrevistados, ao serem solicitados a falar da população atendida, iniciavam suas falas – e em geral assim as circunscreviam – **utilizando a “categoria” carência para definir a população**. Chega a ser quase uma unanimidade as referências à população atendida como “carente”, “muito carente”, “carente de tudo”, etc.

São praticamente inexistentes ou muito poucas as referências espontâneas a outras características da população como ocupação/inserção no mercado de trabalho, bairros ou localidades de moradia, faixa etária, sexo, tipos de problemas de saúde/demandas mais prevalentes (são raras as referências espontâneas a estes) e suas possíveis causas ou condicionantes – aqui, o máximo que se observa são referências espontâneas aos chamados “problemas sociais” ou “doentes sociais”, outra forma de “categorização” que não discrimina/não identifica as diferenças nos modos de produção e manifestação das doenças/agravos à saúde e do sofrimento e ainda produz uma dissociação com o que seria considerado uma “doença de fato”, como observou um médico, e que deveria ser, para ele, o único motivo que justificaria a procura pelo serviço. Até mesmo observações um pouco mais frequentes sobre características estéticas/culturais/comportamentais (como a brutalidade, a “ignorância” ou a agressividade da população - esta última bem mais destacada) são secundarizadas pela categoria “carência”, que domina quase todos os depoimentos.

Aqui é interessante recuperarmos, ainda que pontualmente, os trabalhos de Paugam (2001) a respeito do processo que denomina de “desqualificação social” e que se contrapõe à utilização do conceito de “pobreza”, que não permite caracterizar a heterogeneidade da população. Segundo o autor, os pobres que recorrem à assistência social *“passam invariavelmente pelo processo de desqualificação social – que os empurra para a esfera da*

inatividade – e de dependência dos serviços sociais – o que os torna comparáveis a outros pobres, cujas trajetórias são, entretanto, diferentes.” (Paugam, 2001:67)

Para Paugam,

“(...) a pobreza corresponde, atualmente, muito mais a um processo do que a um estado perpétuo e imutável. Toda definição estática da pobreza contribui para agrupar, num mesmo conjunto, populações cuja situação é heterogênea, ocultando a origem e os efeitos a longo prazo das dificuldades dos indivíduos e de suas famílias.” (Paugam, 2001:68)

Para dar conta deste fenômeno, o autor elaborou o conceito de “desqualificação social”, caracterizando o movimento de expulsão gradativa, do mercado de trabalho, de cada vez maiores parcelas da população e suas vivências a respeito.

Com o conceito de desqualificação social, Paugam procura valorizar o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e o *status* social dos pobres socorridos pela assistência social. Nas origens deste conceito, o autor destaca os trabalhos de Georg Simmel, do começo do século XX, cujo objeto não era a pobreza em si ou os pobres, mas a relação de assistência entre eles e a sociedade em que vivem. Segundo Simmel, *“o fato de alguém ser pobre, não significa que pertença a uma categoria específica de pobres.”* Sendo um empregado pobre, um comerciante pobre, um funcionário pobre, por exemplo, o indivíduo, para Simmel, continua, todavia, diferenciado numa categoria definida por uma atividade específica ou por uma posição. É somente

“a partir do momento em que são assistidos – ou quando sua situação lhes dá direito à assistência (...) – é que eles passam a participar de um grupo caracterizado pela pobreza. Este grupo não permanece unido pela interação de seus membros, mas pela atitude coletiva adotada pelo conjunto da sociedade. (...) os pobres, enquanto categoria social, não são indivíduos que sofrem de carências ou privações específicas, mas os que recebem assistência - ou os que deveriam recebê-la segundo as normas sociais..” (Simmel, *apud* Paugam, 2001:69)

Nesta definição, como observa Paugam, a pobreza é socialmente construída e relativa. Seu sentido é atribuído pelo conjunto da sociedade. Assim, a desqualificação social corresponderia

“a uma das possíveis formas de relação entre a população designada como pobre (em função de sua dependência em relação aos serviços sociais) e o resto da sociedade.” (Paugam, 2001:69). Trata-se de “(...)

*uma relação de interdependência entre os ‘pobres’ e o resto da sociedade, que gera uma angústia coletiva, já que um número crescente de indivíduos é considerado como pertencente à categoria de ‘pobres’ ou ‘excluídos’.*⁹ (Paugam, 2001:71)

Ainda que suas pesquisas se refiram à dinâmica social dos países europeus, que guarda obviamente especificidades com relação aos países periféricos, especialmente no que se refere à relação de assistência que a sociedade/o Estado mantém com as camadas consideradas “pobres”, a discussão realizada por Paugam sobre a questão da pobreza nos ajuda a pensar, por analogia, a **função de “encobrimento” que a categoria “carência” estaria exercendo no hospital estudado**. Além de ser um conceito ou uma categoria “negativa”, isto é, que define a população pelo que ela não tem, agruparia, num único conjunto, “homogeneizado”, sujeitos e grupos sociais cujas trajetórias, ainda que possam apresentar interseções significativas, se diferenciam nas formas de inserção social e de construção de suas identidades, nas relações que estabelecem com outros sujeitos e grupos, com o restante da sociedade e com os serviços, nas maneiras como se produzem e se manifestam seus problemas e demandas e também nas formas de seu sofrimento.

Claro que esta definição da população como “carente”/ “carente de tudo”, emerge naturalmente – e, poder-se-ia dizer, legitimamente – da situação de extrema penúria que compõe o **drama cotidiano real** vivido pela população e no qual os profissionais se sentem implicados. Não se trata de negar isto. Mas é como se a utilização da idéia de “carência” como representação da população os mantivesse (a esses profissionais), paradoxalmente, “colados” a este real, sem capacidade de distanciamento, de elaboração, enfim, sem

⁹ Tal relação ou processo de desqualificação social seria definido, segundo o autor, por alguns elementos: a estigmatização dos assistidos; a manutenção dos pobres como membros da sociedade, porque, na condição de assistidos, participariam de seu último e mais desvalorizado estrato (o que significa dizer que desqualificação social não é sinônimo de exclusão social. O conceito remete a “formas de exclusão relativa” e permitiria analisar, segundo o autor, não só a margem da sociedade, mas o processo que a mantém ligada ao centro, como parte integrante de um todo); o terceiro elemento reforçaria, segundo o autor, o equívoco do conceito de exclusão social, que pressupõe que os pobres, mesmo quando dependem da coletividade, permanecem desprovidos das possibilidades de reação (com o conceito de desqualificação social seria possível afirmar que se tratam de indivíduos que conservam os meios de resistência ao descrédito da sociedade sobre eles); os modos de resistência ao estigma e de adaptação à relação de assistência variam conforme a fase do processo de desqualificação em que os pobres se encontram. Para dar conta da “heterogeneidade” do grupo social que a categoria “pobres” não permite evidenciar, Paugam recorre a uma tipologia dos modos de relação com a assistência que permite distinguir três tipos de relação com os serviços sociais: a dos *frágeis* (relação pontual), a dos *assistidos* (relação regular ou contratual) e a dos *marginais* (relação infra-assistencial), sendo possível analisar cada uma delas de acordo com diferentes tipos de experiências vividas pelos indivíduos. O quinto elemento definiria a desqualificação social como uma questão ameaçadora para a ordem social, já que, em virtude da crescente degradação do mercado de trabalho e da fragilidade dos vínculos sociais, este processo conduz a uma crescente diversificação dos pobres, cada vez mais numerosos e oriundos de diversas categorias sociais.” (Paugam, 2001:71)

possibilidade de uma reflexão mais produtiva - porque apoiada que poderia ser em múltiplas representações - sobre a realidade em que atuam e sobre o outro com quem interagem.

Uma assistente social da Porta de Entrada dá o seguinte depoimento quando solicitada a falar da população: *“Extremamente carente [...] não tem casa, nada [...] é um pessoal paupérrimo. A população de melhor nível é a que vem na ambulância, por acidentes, mas essas são em pequeno número. [...] Grande número é população de rua e de comunidades carentes.”* Fala da falta de dinheiro para comprar remédios: *“O médico dá a receita em duas vias porque às vezes a farmácia (do hospital) não tem todos [...] A população não agüenta mais não ter as coisas [...]”*. Refere-se às famílias pobres e numerosas: *“Mães que não podem acompanhar o filho (na internação) porque têm oito em casa, sem pai [...]”*. Fala dos idosos, abandonados por suas famílias, das crianças sem registro, que são trazidas pelas mães para o SPA e que não podem ser atendidas no ambulatório porque não têm documentação.

Uma outra assistente social observa:

A população é mista, né, é... na Porta, no SPA, é uma população, o usuário é mais carente, tá, mas, no caso da emergência, é mista, por quê? É... acidentes, são pessoas que passam mal na rua, né, não tem uma definição, assim, de ... da população, né? Mais carente ... da emergência, não. Agora, no SPA, sim ...

Uma médica clínica geral da Emergência observa:

A população é muito carente, né? A maioria, a grande maioria são pessoas muito carentes, de tudo, de esclarecimentos, de dinheiro, de recursos, são carentes de ... algumas vezes o atendimento aqui ... na maioria das vezes ... são atendimentos rápidos, de gripe, dores e cólicas... mas a gente tem muitos pacientes graves, que vêm pra cá com quadros graves, necessitando de internação, são internados, porque correm risco de vida ... têm outros atendimentos em que os pacientes são graves, mas são crônicos, que necessitariam de internação, mas pela estrutura, pela ... pela superlotação do hospital, a gente tem que mandar o paciente pra casa (...)

A mesma médica, em outro momento de sua entrevista, utiliza diminutivos para se referir a uma população “diminuída” porque sem dinheiro, sem comida, sem sapatos ...

(...) e aqui as pessoas assim... que não têm dinheiro para ir para casa! Elas vêm aqui de madrugada, porque uma dor ou com algum problema muito grave ... o vizinho se mobiliza, traz de carro, ou vêm

numa van, ou ônibus, de madrugada, e aí, não têm dinheiro pra voltar, e... quer voltar à pé, e (...) fica lá sentadinho, esperando o dia amanhecer para ir embora ... (...) pessoas que vêm descalças, porque não têm o sapatinho... pessoas que passam o dia todo aqui com o filho, com o parente, e que ficam em jejum, o dia todo, porque não têm dinheiro para fazer um lanche, e aí os exames são muito demorados ... como em todo hospital, né?

Outro médico, cirurgião da emergência, fala: “A população é carente, muito carente ... muita coisa que chega aqui já é o fim da linha. Já foram para tal lugar, para tal lugar (...) a não ser o trauma.” (médico, cirurgião, da emergência)

Uma outra assistente social da Porta de Entrada, falando do trabalho no hospital, espontaneamente observa: “Nossa população está carente demais.” Em outro trecho de sua entrevista, quando solicito que fale um pouco mais da população, repete a definição e a ela se limita - “É uma população carente de tudo ...” - passando imediatamente a falar, me pareceu, de suas próprias carências/demandas por reconhecimento, que às da população se misturam e se confundem: “Nós, assistentes sociais, não somos respeitadas ...” Reclama das nutricionistas que ignoram, “têm má vontade”, com relação aos pedidos que fazem para que liberem um copo de leite, uma refeição, para um paciente com fome.

A fala de uma médica, clínica geral, da enfermaria, sintetiza a indiscriminação que a categoria “carência” parece promover: “muito carente, né, às vezes até por isso a gente tem dificuldade de dar alta ao paciente. São pacientes que têm uma patologia básica, mas quase todos são desnutridos, anêmicos, então nunca têm uma patologia só. (...) e também muitos são abandonados pela família (...)”

“No geral são pessoas carentes (...) população de rua mesmo (...) são carentes de tudo, a grande maioria. (...) Eu pensava que fosse ser pior, talvez os outros hospitais, mais próximos a favelas (...) , mas você vê que eles têm carência de informação, mesmo.” (enfermeira, da enfermaria pediátrica)

“ (...) o pessoal é muito pobre, falta um pouco de dinheiro, quando a gente quer dar alta, fazer uma prescrição diferente ... (...) é um povo mais pobrezinho, pessoal carente ...” (médica, da enfermaria de pediatria)

É uma população carente. É uma população ... necessitada ... (...) com necessidades básicas, necessidade monetária, mal alimentada ... Claro que num acidente você encontra até gente de ... de bom poder aquisitivo, mas a grande maioria das pessoas é necessitada e que não

tem para onde ir. Na clínica médica mesmo, um dos grandes problemas (...) é o paciente tá internado, pode ter alta, tem alta e você não tem para onde mandar porque a família não quer receber, mora muito longe, não tem dinheiro para a passagem ... (médico, pediatra, da enfermaria)

Uma recepcionista volante, ao falar sobre a situação de superlotação da emergência, faz uma das poucas referências à população em que o adjetivo “carente” não está presente, optando, inusitadamente, pelo adjetivo “desamparada” – não apresentando, necessariamente, o mesmo sentido com que o conceito de desamparo é trabalhado pela Psicanálise¹⁰ – mas compreendendo, de todo modo, a diversidade de problemas e demandas, materiais e simbólicas/de sentido que a população traz para o hospital:

Hoje, mais do que nunca, o Hospital está lotado, não tem a rotatividade necessária ... outra questão: nossos idosos. Há muita gente desamparada, idosos caquéticos, desnutridos, desamparados ... mal-amados ... Idoso e criança são duas situações que doem muito. A senhora chega na GE (sala da Grande Emergência) e vê aqueles pacientes cheios de escara, com os ossos apontando ...

No entanto, quando lhe solicito, explicitamente, em outro momento da entrevista, que me fale sobre a população atendida, circunscreve sua fala à categoria “carência” ou ao adjetivo “carente”. “*Carente, extremamente carente ... 80% ... uma parte também é de classe média, que perdeu os planos de saúde ...*”

¹⁰ Conforme Birman(1999), embora a palavra desamparo tenha sido enunciada muito precocemente no discurso freudiano (já se encontra no Projeto), a formulação do conceito de desamparo só se deu muito tardiamente, após os anos 20, com o desenvolvimento da segunda teoria das pulsões. Nesse novo contexto, a palavra desamparo não se restringe apenas a um uso adjetivo, mas assume a forma gramatical de um substantivo, com mudança significativa de sentido. O conceito de desamparo é tributário, assim, da construção do conceito de pulsão de morte e correlato, na natureza humana, da propensão originária para a descarga total e absoluta das excitações, na medida em que não existe no ser qualquer meio de domínio destas, restando apenas àquele a possibilidade de sua eliminação. Por isso, o organismo humano estaria fadado à morte e à quietude não fosse a presença do outro, que agencia os instrumentos que lhe faltam intrinsecamente para construir destinos outros para a força pulsional que permitam a construção da ordem vital. Seria o outro que realizaria o **trabalho** de ligação da força pulsional que o organismo humano seria incapaz de realizar. Assim, o sujeito se constitui pelo trabalho do outro, pela mediação de uma dependência da qual jamais se libertará. Mesmo que o sujeito se torne possuidor de instrumentos para manejar melhor o excesso produzido pelas excitações, relativizando a dependência absoluta do outro, o fato de a **força pulsional** ser uma **força constante e contínua/ é exigência de trabalho** (Freud) recoloca o sujeito na condição de desamparo fundamental e de dependência do outro – portanto o **desamparo e a dependência se produzem posteriormente, ao longo da existência humana**. A força pulsional, enquanto **exigência de trabalho**, se impõe permanentemente e passa pelo outro, para que possa ser dominada, constituindo **destinos erógenos**.

A hipótese de que a utilização da idéia de “carência” como representação da população atendida estaria a serviço de um processo psíquico/psicossociológico de encobrimento da diversidade/heterogeneidade da população e de suas demandas se configurou para mim, de modo mais nítido, a partir da leitura do trabalho de Maria Inês Assumpção Fernandes a respeito da *negatividade* na construção dos laços sociais, tendo como foco, na história da sociedade brasileira, de um Brasil segmentado, a questão da *mestiçagem* como ideologia, ilusão de ausência de fronteiras e de harmonia de contrários, ausência de conflitos. (Fernandes, 2003).

Tendo como campo de estudo a articulação entre o Inconsciente e a Cultura, a autora assim o delimita, bem como define seu objetivo e sua hipótese no referido trabalho:

*Abordado, a partir da relação entre **continuidade e ruptura**, entre **permanência e transformação**, portanto pensado a partir das categorias de **tempo e espaço**, consideraremos essencialmente a **mestiçagem** procurando abordá-la, (...), operando com o conceito de **Alianças Inconscientes, das Formações e Processos Intermediários**, tal como formulados por René Kaës.*

*Devemos reafirmar que a **mestiçagem** é tomada, neste recorte, como ‘paradigma’ das questões sociais de natureza violenta, pois se apresenta, quase sempre com ‘sinal positivo’. Raptada por uma ideologia que, ao mesmo tempo permite o sentimento de união, pelo suposto apagamento da diferença, essa diferença, no entanto, encontra resguardo nas práticas discriminatórias, sejam estas reveladas no cotidiano das relações, sejam estas presentes nas várias formulações das **políticas públicas**, em nosso país . (Fernandes, 2003:17-18) (grifos da autora)*

Deste trabalho, me chamou a atenção a preocupação da autora com a importância de se trabalhar as representações sobre a sociedade brasileira a partir da noção de diversidade ou pluralidade, bem como de se examinar a determinação dos “fatores psicossociais” na manutenção de nossas práticas discriminatórias, que se manifestariam, violentamente, como ela as define, como “(...) a *impiedosa ‘tendência’ entre nós a destruir a identidade do outro*” (Fernandes, 2003:24). Nesta perspectiva, Fernandes se pergunta pela função psíquica que estaria sendo cumprida ou realizada pelas ideologias - ideologia compreendida, entre outras conceituações, como “*um sistema de representações que produz uma argumentação sobre a realidade, para explicá-la, enquanto oculta outras possibilidades de argumentação que levariam a outras conclusões*” (Fernandes, 2003:75) - e pela possibilidade das políticas

públicas “captarem e traduzirem as reais necessidades” dos segmentos da população para os quais são construídas.

“Por em questão o saber sobre o outro e sobre si mesmo conduziria, talvez, a uma crítica das categorias através das quais o outro é pensado. A condição para se pensar e para colocar em questão o próprio modelo de pensamento é o Outro; uma cultura da alteridade.” (Fernandes, 2003:84-85)

Aqui, uma **revisão sobre o conceito de diferença**, no âmbito da Psicanálise, é realizada pela autora, a partir de Kaës, e mostra-se útil à presente discussão. Como registra Fernandes, o conceito de diferença

*(...) aparece ligado e superposto, em diferentes momentos da construção da obra de Freud, ao conceito de estrangeiro. E essas duas noções são associadas inicialmente a desprazer e hostilidade. Forma a categoria do não-eu (non-moi). Noutro momento, vem associada à experiência persecutória e depressiva da perda de uma certa unidade (mãe/filho) reorganizando as relações dentro/fora. Afastamento do lugar e da ligação das origens, carrega a significação de exílio e define a categoria do não-vínculo (non-lien) e da separação. Num terceiro momento, associa-se à alteridade. Refere-se, em última análise à confrontação com a diferença de sexos e entre as gerações. Constitui a categoria do não-o mesmo (non-le même). E, num quarto momento vem associada à experiência da saída do grupo familiar e neste momento à necessidade de reorganizar, através do acesso à escola, fundamentalmente, a relação entre a Lei, as normas experimentadas na família e as que estão fora dela. Constituiria aqui a categoria do não-nós (non-nous). São categorias que apresentam a diferença sempre marcada pelo signo do **Negativo**.* (Kaës, 1998) (Fernandes, 2003:85)

Penso que a utilização, pelos profissionais entrevistados, da categoria de “carência” para representar o outro que bate à porta do hospital e suas demandas estaria cumprindo, analogamente ao que Fernandes identifica na mestiçagem como ideologia, um papel de *encobrimento* ou *apagamento* das diferenças, mas com funções psíquicas, para o conjunto intersubjetivo que o hospital representa, bastante específicas e diversas das que a autora sugere, pois não se apresentaria com o “sinal positivo” da harmonia de contrários, da ausência de conflitos ou da igualdade ou inexistência de fronteiras no conjunto social mais amplo representado pelo hospital, seus trabalhadores e a população atendida.

5.1.5 A “Carência como Resultado de Múltiplas Reduções da População e suas Demandas (do sofrimento social aos corpos sem subjetividade)”

Acredito que, no hospital estudado, a representação da população atendida como “carente” (praticamente sem outros adjetivos e de modo hegemônico), seria o resultado de um processo de alianças inconscientes - na concepção trazida por Kaës e trabalhada por Fernandes (2003)¹¹ - provavelmente assumindo a forma de um pacto denegativo que cumpriria dois tipos de funções:

- 1) Diluindo as fronteiras internas, apagando as diferenças, dentro da própria população atendida, de inserção social e nas formas de viver, adoecer, sofrer e morrer, a categoria “carência”, como representação hegemônica da população, estaria possibilitando, ao conjunto intersubjetivo conformado pelos profissionais e trabalhadores em geral do hospital, **não ver/não representar o que não podem ou não se sentem capazes de responder** (neste caso, tal representação estaria funcionando como defesa contra o sofrimento que a consciência da diversidade/heterogeneidade da demanda, *vis-à-vis* os limites materiais, organizacionais e político-institucionais impostos ao seu trabalho, produziria.) Ou ainda - e o que parece mais provável - a carência como representação da população, apagando suas diferenças internas, **possibilitaria não ver o que não querem ver**: as semelhanças externas ou, melhor dito, possibilitaria, ao conjunto profissionais/trabalhadores não ver/não representar/não reconhecer as interseções entre os dois conjuntos, suas semelhanças e identidades que mais facilmente se evidenciariam caso “a carência” da população atendida fosse nomeada nas suas múltiplas e diferenciadas formas, assim como as múltiplas demandas que dela derivam. Neste caso, a categoria “carência” estaria afirmando as fronteiras que distinguiriam os profissionais da população, “estranha”/“estrangeira”, cuja visão causa aos primeiros desprazer e hostilidade. A “carência” conformaria aqui a categoria do não-eu (*non-moi*) e também a categoria do não-nós (*non-nous*),

¹¹ Já nos referimos, pontualmente, no presente trabalho, a esta conceituação (Kaës, 1989; 1997). O trabalho de Fernandes (2003), que traz esta teoria como eixo ordenador, é referência obrigatória. Segundo a autora, “*Kaës propõe uma função co-recalcante do nível do grupo e a produção grupal de um recalque. Acentua as condições intersubjetivas do mesmo. Trabalha igualmente com a hipótese de que certas modalidades do recalque estão em operação nas alianças inconscientes (...) Aliança Inconsciente é pensada como uma formação psíquica intersubjetiva construída pelos sujeitos de um vínculo para reforçar, em cada um deles, certos processos, certas funções, ou certas estruturas das quais eles tiram um benefício tal que a ligação que os mantém juntos toma para sua vida psíquica um valor decisivo.*”(Kaës, 1993) (...)” (Fernandes, 2003:129)

representando aqueles que não nos são “familiares” – ou com quem não queremos parecer familiares.

Algumas poucas falas, em momentos pontuais, denunciam tal encobrimento quando revelam aquilo que é encoberto, estas semelhanças ou identidades, como a fala de uma médica, cirurgiã da emergência, já destacada neste trabalho, que observa: *“Aqui todo mundo é carente, até o funcionário!”*. Ou a fala de uma outra médica da emergência, clínica, que, durante um plantão e após me avisar que na enfermaria de curta permanência (“o repouso”) havia dois pacientes com tuberculose “multidroga” resistente, em meio aos demais, sem isolamento, observou: *“Nós aqui somos todos pobres coitados: os pacientes, os familiares, os médicos ... todos que trabalham aqui! Isto é o fim!”*

O “**risco do contágio**”, como veremos mais adiante, é real, sem dúvida, mas também imaginário, com conseqüências talvez mais perigosas sobre os resultados e a qualidade do trabalho que se faz no hospital, particularmente sobre a possibilidade de solidariedade e cuidado. Já vimos, na discussão sobre o imaginário organizacional, o quanto a precariedade e a carência do hospital, de seus trabalhadores e da população atendida “se fundem e se confundem.” O reconhecimento destas identidades ou interseções continua a ser, todavia, um desafio para uma grande parte dos funcionários.

Do mesmo modo que são poucas as falas a denunciar as identidades, são poucas a expressar a hostilidade, a raiva pela brutalidade de uma **carência com a qual dificilmente os funcionários podem se identificar, mas irremediavelmente estão implicados, porque são demandados a responder**. A representação da população como “carente” parece, assim, não apenas apagar as semelhanças entre funcionários e população, mas também “diluir”/encobrir alguns afetos – como o ódio pela sujeira, pela “ignorância”, pela brutalidade do outro - que, entretanto, mesmo pontualmente, se manifestam.

Este foi o caso, por exemplo, de uma enfermeira da emergência que, num dia de superlotação, com muitas macas pelos corredores e parentes de pacientes circulando entre elas (e cobrando responsabilidade/respostas da equipe), chamou o vigilante e pediu que fizesse “*uma limpa*” no local, retirando os familiares/acompanhantes. Mais tarde, comenta com o mesmo vigilante a respeito da filha de um paciente idoso, que dizia que só sairia depois que colocassem uma sonda urinária no seu pai: *“É uma escória! Tá todo mundo aguardando ... (o atendimento/atenção) e apontou para as 17 macas acumuladas no corredor, além das que lotavam a sala da Grande Emergência.*

Como esta, uma outra cena que me chocou, pela banalização da morte de uma criança e pela brutalidade da situação em que se encontram profissionais e população, ocorreu logo no início da pesquisa, num dia em que fui entrevistar o Diretor do hospital. Naquele dia, o plantão da emergência estava mais agitado que o usual. Havia quatro bebês graves necessitando de transferência para outros hospitais que tivessem recursos para atendê-los e até aquele momento não haviam conseguido vaga. O Diretor do Hospital e a Diretora da Divisão Médica estavam pessoalmente empenhados em conseguir as transferências. Na véspera, uma médica pediatra, do SPA, havia sido agredida fisicamente pelos responsáveis de uma criança. A insegurança entre os profissionais aumentava na medida em que a empresa de vigilância havia suspenso os serviços ao hospital devido à não renovação do contrato pelo nível central da administração ao qual o hospital está vinculado.

Após a entrevista, o Diretor convidou-me a almoçar. Fomos até o restaurante do hospital que, àquela hora (quase duas horas da tarde), já estava vazio. Lá encontramos uma das pediatras plantonistas da emergência. O Diretor perguntou-lhe pelos os bebês que precisavam de transferência. A médica estava extremamente irritada. Responsabilizou uma das famílias - parece que por ter demorado a trazer a criança - disse, continuando a se servir de feijão, que a criança não agüentaria até às quatro horas da tarde, que iria morrer e, referindo-se ao episódio da véspera, em que uma médica havia sido agredida, observou, provavelmente com medo de também vir a ser agredida: *“Eu não sou igual a ela não! Porque isso não é gente: é sub-raça!”*

Nos aproximamos assim, do **segundo tipo de função psíquica que a representação da população como “carente” estaria cumprindo**, desta vez possivelmente relacionada a processos psíquicos mais violentos ou mortíferos.

- 2) **Encobrendo ou apagando aquilo que no outro é traço do humano** (portanto próximo, semelhante), a “carência” permitiria ao conjunto intersubjetivo formado pelos profissionais/trabalhadores do hospital **marcar uma separação, um afastamento e uma diferença radical com relação a este outro**, representado pela população, cuja proximidade é ameaçadora, não apenas pela miséria - material e simbólica - com a qual os profissionais não podem se identificar, como pela violência presente nesta relação. A “carência”, constituindo as categorias do não-vínculo (*non-lien*) e do não-o mesmo (*non-le même*), permitiria não só demarcar rigidamente as fronteiras eu-outro/profissionais-população - reduzindo-a ao não humano - como **mascarar (negar) a violência simbólica** (objeto último do pacto

denegativo) **desta redução** produzida pelos serviços (a rigor, pela sociedade) sobre a população ali atendida.

O depoimento de um médico cirurgião da emergência pode ser considerado paradigmático desse tipo de processo inconsciente/psicossociológico - pela intensidade das imagens e dos afetos a ela vinculados, bem como pelo contraste com sua história profissional – amplamente reconhecida no hospital - de dedicação ao trabalho e responsabilidade para com a população atendida.

Solicitado a falar sobre a população atendida no hospital, respondeu: *“Se não tivesse essa população seria melhor ... tá muito difícil ...”* Ressaltou o problema da falta de educação da população, pela *“omissão do governo”*, que não garante acesso à escola, pela miséria, que faz com que as mães coloquem as crianças para trabalhar ou pedir dinheiro na rua. *“Culturalmente as pessoas estão cada vez pior ... estão muito emburrecidas ...”* Contou-me, então, o caso de uma paciente baleada atendida na emergência. Essa mulher estava em casa – um barraco em uma favela – amamentando seu filho, quando foi atingida por uma bala perdida. A bala entrou pelas costas e atravessou sua vagina. Observou, indignado, que *“a única preocupação da moça era se poderia ter mais filhos, se sua vagina voltaria ao normal, porque seu marido queria mais filhos!”* Considerou isto um *“absurdo”*, uma demonstração de *“ignorância”*, pois achava que na situação de miséria em que ela vivia não devia pensar em ter mais filhos.

A categoria de “carência”, em seu extremo paradoxalmente totalizante e redutor , retira assim do outro sua dimensão desejante, sua condição de humanidade.

A população (suas demandas e sofrimentos) em sua relação com os serviços de saúde, pelo menos com um hospital de emergência, parece ser submetida, assim, a **um processo de múltiplas reduções**: do sofrimento social ao sofrimento/doença individual (Carreteiro, 1993; 2001); do humano ao humanitário (Calligaris, apud Fernandes, 2003) / ou do político ao humanitário (Lasch, apud Fernandes, 2003) e ainda, acredito, do humano ao “não-humano”, isto é, ao outro reduzido a um corpo sem desejo/sem demanda, só com “necessidades” – biologicamente definidas – enfim, um corpo sem subjetividade.

A violência de tal redução, todavia, parece ser denegada, através da própria utilização da categoria “carência”, que em geral se faz acompanhar de expressões/representações de pena, de piedade, de comiseração.

O depoimento de um médico cardiologista da emergência, através de dicotomias, ilustra este processo de múltiplas reduções a que a população e seu sofrimento são muitas vezes submetidos, aos olhos dos que trabalham na Porta de Entrada de um hospital de emergência:

[...] a gente trabalha com uma população muito carente ...mas o maior problema são os que têm doença social ... Tem uma dor no peito porque não pagou o aluguel ...” Queixa-se dos serviços superlotados com “doentes que não têm doença e que não conseguem entender ... Dentro dos doentes de fato, vemos que eles chegam numa fase muito avançada, sem prevenção ...¹²

Quando solicito que fale especificamente da população, repete a dicotomia, e revela mais claramente a redução da doença à carência (“expurgada” de suas dimensões sociais/simbólicas/humanas), bem como o sentimento de piedade/comiseração que se apóia nesta construção e a “legítima”:

A população doente é carente ... um gesto ... uma palavrinha de amor e eles lembram de você ... A população que não está doente é a mais agressiva e não entende quando você não os prioriza no atendimento ... Tem uma população que a gente fica com o pé atrás porque ela é agressiva e a gente sabe que pode agredir ... e tem a população que a gente olha com dó, com pena ...

Aqui é interessante recuperar a distinção entre **compaixão** e **piedade** trazida por Sawaia (2001) da obra de Hanna Arendt:

A compaixão é sofrimento que nos faz voltar à ação social, pode adquirir um caráter público e unificar os homens em torno de um projeto social. A piedade é a paixão pela compaixão, é sentimento que encontra em si mesmo o seu próprio prazer, aprisionando o homem ao seu próprio sentimento. (Arendt, apud Sawaia, 2001:105)

¹² É interessante destacar aqui o estudo de Pinheiro (2001), a respeito das percepções e interpretações que os atores (profissionais, técnicos e população) fazem a respeito da demanda no cotidiano dos serviços de saúde em Volta Redonda. A autora observa no conjunto de depoimentos coletados que, embora a natureza referida para as causas dos problemas de saúde apresente fatores complexos, que cruzam campos de conhecimento distintos do biomédico, “Todas as respostas [...] apontaram para uma clara diferenciação de soluções a serem adotadas, sendo denominadas de ‘soluções terapêuticas’ e ‘soluções sociais’, como se ambas fossem excludentes e confinadas em áreas de conhecimento isoladas.” (Pinheiro, 2001: 78)

A piedade distingue-se do que Sawaia (2001) denomina “sofrimento ético-político”¹³, que não diz respeito ao eu individual, mas ao sofrimento do excluído, o sofrimento pela consciência de como a lógica excludente opera no plano do sujeito e é amparada pela subjetividade assim construída. O sofrimento ético-político distingue-se da piedade e estaria, segundo Sawaia, do lado da compaixão.

A autora recupera uma descrição de Simone Weil sobre sua experiência como operária para representar este tipo de sentimento:

“Weil descreve de forma emocionada o sofrimento ético-político, distinguindo-o da dor que todos sentem, ao relatar sua vivência como operária: ‘Estando na fábrica ... a infelicidade dos outros entra na minha carne e na minha alma ... Eu recebi a marca da escravidão (Weil,1979:120)’” (Sawaia, 2001:105)

Esta descrição parece por em evidência a **centralidade dos processos identificatórios na mobilização da compaixão** (enquanto sofrimento que se volta para a ação social) e se revela importante para pensarmos os impasses (ou desafios) da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, na piedade não haveria identificação, nem, conseqüentemente, mobilização para a ação. **No trabalho em saúde, a piedade alimentaria a apatia e o conformismo, a prestação da assistência como um favor ou caridade, e seria, talvez, o que de melhor pode emergir da relação com o outro reduzido à categoria do “não-o mesmo”, à dessemelhança radical.**

Enquanto tais processos de redução simbólica da população são denegados pelos serviços/pelos profissionais, parecem ser, por outro lado, claramente percebidos ou pelo menos intuídos pela população em suas tentativas freqüentemente frustradas de acesso aos serviços. Em estudo feito com usuários do SUS, buscando compreender como vivenciam suas experiências de busca por pronto-socorros e hospitais e as estratégias de que lançam mão para ter acesso aos serviços, Oliveira (2004) demonstra o quanto a percepção do descaso com que

¹³ *“Em síntese, o sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (Sawaia, 1995)”* (Sawaia, 2001:104-105)

são tratados¹⁴ é o elemento que mais predomina no discurso dos usuários sobre sua relação com os serviços de saúde.

*Muitos dos relatos [...] deságuam em um forte sentimento de descaso manifesto pelos usuários participantes da pesquisa. Os fatos aqui citados, vividos por eles em seu cotidiano carregam, de certo modo, uma introjeção do olhar com o qual são vistos pelos diversos trabalhadores dos serviços de saúde com quem se relacionam. E demonstram sentir este olhar distante de sua condição de sujeitos e de cidadãos. Muitas vezes este olhar introjetado se confunde com seu próprio e os levam a um processo de ‘autodesvalia’ que, embora rejeitado no nível discursivo, não o é com a mesma convicção no nível de sua consciência prática, conduzindo-os, muitas vezes, à aceitação mais ou menos passiva das condições desumanas a que são freqüentemente submetidos.*¹⁵ (Oliveira, 2004:111)

Segundo o autor, o resultado desse processo de “introjeção” do descaso ou da desqualificação seria a percepção pelos usuários de que os serviços de saúde lhe são prestados como uma espécie de concessão ou favor.

Desse modo, o discurso dos usuários do SUS participantes de nossa pesquisa aponta para o fato de que prevalece junto a eles a imagem de que não são vistos como cidadãos, portadores de direitos¹⁶, mas ‘um bando de necessitados’ ao qual o sistema de saúde é prestador de uma assistência ‘pobre’ concedida como um favor [...] (Oliveira, 2004:196).

A fala de uma usuária, destacada na pesquisa de Oliveira, expressa, de maneira contundente, a percepção que a população tem do violento processo de redução simbólica à condição de “não humano” a que é submetida nos serviços de saúde: “Às vezes eles vêem o

¹⁴ Segundo o autor, o descaso, muito marcante nos depoimentos dos usuários, assume os seguintes significados: descaso como **falta de atenção mínima**; descaso como **falta de cordialidade**; descaso relacionado ao **longo tempo de espera**; descaso como **falta de interesse do profissional pelo usuário**; descaso como **falta de sensibilidade para o sofrimento do usuário**; descaso como **não fornecimento de informações precisas** ao usuário ou **erros no registro** de dados sobre o usuário; descaso relacionado à **perda**, pelo serviço de saúde, de **documentos do usuário**, como **resultados de exames** (às vezes trocados) e **encaminhamentos**.

¹⁵ É importante ressaltar que embora se utilize do termo “introjeção”, o autor não se apóia na teoria psicanalítica em suas análises. Sua tese se situa nos marcos da sociologia compreensiva, e sua opção teórica central é a Teoria da Estruturação de Giddens (A Constituição da Sociedade, 1984), de onde destaca a questão da capacidade reflexiva do agente humano ao longo de suas condutas cotidianas nos diversos contextos da vida social. Tal reflexividade seria operada muito mais no nível da “consciência prática” do que no nível discursivo. Quanto ao conceito de “autodesvalia”, Oliveira vai buscá-lo na Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, para quem a autodesvalia seria uma característica daqueles que vivem sob opressão, resultado da “introjeção” pelos oprimidos da visão que deles têm os responsáveis pela opressão.

¹⁶ Imagem, segundo o autor, muitas vezes rejeitada veementemente pelos usuários ao “nível discursivo” mas não no nível do que chama, com base em Giddens, sua “consciência prática”.

sofrimento da gente, e fica nisso sabe, parece que a gente nem é humano. Não faz nada.” (Oliveira, 2004:102)

Iniciei este tópico afirmando que trabalhar na Porta de Entrada de um hospital público de emergência é, antes de tudo, ser interpelado, cotidianamente, por uma demanda a qual dificilmente se poderá responder, não apenas pelo seu volume, mas por sua diversidade, a qual em muito ultrapassa o que os serviços estão **organizados** para reconhecer e intervir.

As discussões aqui realizadas indicam que este “estar organizado” para reconhecer/responder, não se restringe às condições materiais, tecnológicas e de “recursos humanos” (cuja deficiência crônica nos serviços públicos impõe, obviamente, sérios limites à sua capacidade de resposta aos problemas trazidos pela população e ao seu sofrimento). Envolve igualmente a forma de organização e gestão dos processos de trabalho no hospital – componente sem dúvida fundamental na definição desta capacidade de resposta – mas também aí não se restringe. É preciso também refletir sobre como está “organizado” esse universo (ou espaço) simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos no hospital. Que representações/imagens (e que afetos a elas vinculados) são produzidas sobre o hospital, sobre a população e suas demandas, sobre as práticas/o trabalho ali realizado, sobre os trabalhadores? Que processos intersubjetivos são produzidos ou são possíveis neste espaço, não só material mas inter ou transpsíquico, representado pelo hospital? Todos esses elementos igualmente condicionam a capacidade e a qualidade da escuta e da resposta.

Só assim, acredito, podemos começar a compreender melhor (e a buscar formas mais efetivas de encurtar) a distância que nos separa, por exemplo, da “imagem-objetivo”¹⁷ desenhada por Cecílio (2001):

*Mas creio que temos que nos ocupar de pensar novas maneiras de realizar o trabalho em saúde. Por exemplo, um episódio de internação hospitalar pode ser uma situação privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários e se trabalhar a construção da autonomia do ‘paciente’. **O atendimento em um serviço de emergência pode ser um momento crucial para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida e que estão disponíveis em outros serviços e não naquele pronto-socorro.** Um paciente hipertenso, que esteja sem*

¹⁷ O termo “imagem-objetivo” faz parte do vocabulário compartilhado pela área de Planejamento e Gestão em Saúde e se refere a uma situação futura que se pretende alcançar a partir da implementação de um determinado plano – ou à mudança na realidade que se espera que o plano contribua a produzir. É interessante observar que a imagem-objetivo possui certa “carga” de idealização e, neste sentido, possui a propriedade de se deslocar no tempo, isto é, nunca é alcançada plenamente, mas vai sendo redesenhada pelos atores, incorporando outros traços, à medida em que a realidade vai continuamente se transformando.

seguimento contínuo ou vínculo com um serviço ambulatorial, não pode deixar o pronto-socorro sem essa orientação e, de preferência, sem sair com uma consulta marcada. Uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda ‘referenciada’ que o traz ao consultório. A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença. Simples como idéia. Muito difícil de implementar na prática. Seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo a demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de uma forma mais ‘completa’, pelo menos do ponto de vista daquela pessoa concreta que, naquele momento, busca alguma forma de assistência. (Cecílio, 2001:119) (grifo meu)

O que se verifica no material aqui apresentado é que **os processos psicossociológicos que condicionam, no hospital estudado, a forma como o outro** (a população e suas demandas) **é visto e escutado marcam uma distância quase que incomensurável entre a realidade dos serviços de saúde e a imagem de futuro traçada acima.**

No entanto, precisamos também considerar que a face “mortífera” dos processos organizacionais e psíquicos é, como a teoria vem nos ensinando, apenas uma de suas faces (Enriquez, 1989; 1997a) - se dominante ou não no caso em questão é do que trata o presente estudo – e que tem, esta é uma das hipóteses que têm me orientado, no espaço cotidiano da realização do trabalho, no espaço do “trabalho vivo em ato” (Merhy, 1997; 2002) possibilidades privilegiadas de manifestação, mas também de manifestação de seu contrário, isto é, de rompimento com a repetição, com a estereotipia e de desencadeamento de processos criativos e de ligação com o outro.

5.2 Os Processos de Trabalho e os Processos Intersubjetivos do Trabalho na Porta de Entrada do Hospital

5.2.1 Trabalhando entre a Urgência e o Sofrimento

Um dilema e uma insuficiência marcam, como características ou problemáticas principais, o trabalho na Porta de Entrada do hospital. O primeiro pode ser definido como o dilema entre, por um lado, a necessidade de reconhecimento e encaminhamento prioritário e

rápido das urgências/emergências para atendimento e, por outro, o imperativo ético de reconhecimento, acolhimento e minimização (ou eliminação) do sofrimento humano, cuja manifestação não necessariamente coincide com as características dos eventos considerados como de urgência/emergência, nem é passível de apreensão/avaliação pelos mesmos critérios. Quanto à segunda marca do trabalho na Porta de Entrada, esta refere-se à insuficiência ou à fragilidade dos meios e dos processos de reconhecimento de um e de outro, isto é, tanto da urgência quanto do sofrimento.

Tal dilema e tal insuficiência - que podemos resumidamente nomear, respectivamente, como o **dilema entre a urgência e o sofrimento** e a **insuficiência do olhar sobre a urgência e o sofrimento** – embora se manifestem, para mim, entre os principais emergentes da análise dos processos de trabalho na Porta de Entrada do hospital estudado, podem ser considerados, acredito, como características, se não estruturais pelo menos gerais, do trabalho na Porta de Entrada de qualquer hospital de emergência¹⁸. A intensidade do dilema e a extensão ou magnitude da insuficiência é que irão, obviamente, variar entre os hospitais e nos diferentes contextos – de maior ou menor limitação de recursos e de maior ou menor pressão da demanda - em que possam estar inseridos. No hospital estudado, considerando suas condições de funcionamento aqui já descritas e a precariedade geral da rede de serviços de saúde do Rio de Janeiro, na qual se insere, o dilema e a insuficiência são, certamente, muito intensos.

Além disso, a forma como estão organizados os recursos e os processos de trabalho destinados a receber, avaliar e direcionar a demanda na Porta de Entrada dos hospitais joga um papel importante nesta definição da intensidade/extensão do dilema entre urgência e sofrimento e da insuficiência do olhar sobre ambos. No entanto, o modo como tal dilema e insuficiência são “administrados” cotidianamente pelo hospital e pelos profissionais envolvidos parece apresentar variações que só podem ser melhor avaliadas no contexto “vivo em ato” de cada processo de trabalho. Isto é o que sugere o material obtido ao longo das observações participantes e das entrevistas realizadas no hospital estudado.

¹⁸ No primeiro caso, a limitação, como característica inerente aos recursos materiais, mesmo nas situações de relativa abundância, impõe a hierarquização do grau de gravidade e urgência da demanda e a consequente priorização de alguns casos sobre outros. Quanto ao segundo, pode-se considerar que, por melhores e mais potentes que sejam as condições materiais e tecnológicas de diagnóstico, por mais capacitados e experientes que sejam os profissionais dedicados à tarefa de avaliar e direcionar a demanda para atendimento, sempre haverá uma margem de subjetividade nestas avaliações (portanto de parcialidade, de divergências, de variações, de encobrimentos) o que é inerente ao trabalho em saúde e seu componente irredutível e necessário, como já discutido no capítulo 1.

a) *O Dilema*

Dois casos observados e uma entrevista ilustram o dilema aqui referido entre urgência e sofrimento e diferentes possibilidades de seu equacionamento.

Em uma manhã em que me encontrava conversando com a gerente da Porta de Entrada, em sua sala, fomos interrompidas por uma senhora, mãe de uma criança que havia sido atendida, que queria fazer uma queixa. A mulher entrou na sala com sua filha, uma menina de dez anos. Estava muito zangada. A menina estava um pouco assustada e puxava a mãe para fora da sala. A mãe dizia que se acalmasse porque ela só iria conversar. A gerente pareceu-me que fazia um esforço para ouvir e demonstrar calma e compreensão. A mulher contou então que sua filha sofria de bronquite e que costumava ter crises muito fortes. Disse que chegou com a menina passando muito mal no hospital, com *“falta de ar e com o coração muito acelerado”*, e foi informada pela recepcionista que tinha que esperar na fila para a triagem. Ficou aguardando um pouco na porta da sala da triagem, mas, como não era atendida abriu a porta para tentar falar com a enfermeira. Disse que a enfermeira a tratou muito mal. Sequer olhou para ela e disse que a menina deveria esperar. Então ela se irritou, atravessou o pátio e foi entrando no serviço de emergência, passando por todos, inclusive pelo vigilante, tendo conseguido que uma médica atendesse sua filha. Segundo ela, a médica havia confirmado que o caso era grave, concordando que a menina não poderia esperar e mandou-lhe aplicar uma injeção de corticóide.

A gerente desculpou-se com a mãe, dizendo que ela tinha razão de reclamar. Anotou o nome dela e o nome da criança. Disse-lhe que iria apurar o caso e discuti-lo com a equipe. Disse-lhe que muitas mudanças estavam sendo feitas na Porta de Entrada, para melhorar a qualidade do atendimento, mas muitas coisas ainda precisavam mudar.

A conversa foi se alongando e a mulher foi ficando mais calma. Começou então a contar sobre sua vida, os problemas de saúde da filha desde que nasceu, as tentativas que já fez para curá-la da bronquite e das alergias em geral. Mostrou a pele da filha com manchas que, segundo ela, eram decorrentes de picada de mosquito. Contou que uma psicóloga lhe disse uma vez que começasse a soltar mais a filha, que a deixasse dormir na casa da tia, por exemplo, ou viajar com parentes sem ela. A menina era filha única. A gerente parecia não ter ou não querer ter pressa em encerrar o caso.

Quando finalmente elas foram embora, a gerente me surpreendeu, observando que tinha certeza absoluta que a enfermeira não havia errado no diagnóstico e que o caso não era

grave, podia esperar. Disse-me que já estava acostumada a ver crianças com crises realmente graves de asma/bronquite e que nenhuma delas se recupera tão rápido como a menina, após a medicação. De fato, a menina tinha uma respiração muito tranqüila. Não tinha nenhuma aparência de estar com insuficiência respiratória. A gerente disse-me então que apenas concordou com a mãe, deu-lhe razão, porque sabe que não adianta discutir nestes casos, mas que, pelo seu perfil superprotetor, sabia que o que a havia incomodado foi “[...] *ter que ficar aguardando na fila, como os outros.*”

A secretária do Projeto Porta de Entrada, que também ocupa a sala da gerência do Projeto, concordou com a gerente sobre a falta de gravidade do quadro, e comparando a menina com sua neta, que também tem asma: “*Esta sim, precisa ver como fica, coitadinha!*” Observou ainda que aquelas manchas na pele da menina que a mãe havia mostrado não pareciam alergia, mas escabiose, sugerindo, me pareceu, que a mãe não cuidava tão bem assim da criança quanto dizia cuidar ou não entendia tanto assim dos problemas de saúde da filha quanto dizia entender e, com esta observação, talvez pretendendo negar a legitimidade de sua queixa ou desqualificar sua avaliação.

Fui embora refletindo sobre o caso. A gerente parecia estar falando a partir de uma experiência longa no SPA, onde, como pude observar, todos chegam dizendo que sua situação é grave/urgente, todos têm um “bom motivo” para serem priorizados (a observação da secretária sobre o sofrimento de sua neta quando tem uma crise de asma ilustra o quanto **o sofrimento parece ser algo da ordem do absoluto, não permitindo comparações ou hierarquizações relativas a outros quando se trata do próprio sofrimento ou o de uma pessoa querida**). Pelas características da mãe, me pareceu que a gerente, em parte, tivesse razão, o que não eliminava, a meu ver, a necessidade de uma conversa com a equipe para apurar o fato, até porque a gerente, por maior que fosse sua experiência, não era médica nem enfermeira, nem havia visto o estado da criança no momento em que chegou ao hospital. Devo reconhecer, no entanto que, apesar de a gerente ter negado a legitimidade da queixa da mãe, não reconhecendo a gravidade e a urgência do caso, o tempo que dedicou à mãe, esforçando-se para ouvi-la – e aparentemente concordando com ela – parece ter cumprido certa função tranqüilizadora em sua necessidade de ser vista, ouvida, de ter seu sofrimento reconhecido.

De todo modo, o caso ilustra a dificuldade de se precisar, de se avaliar a urgência de alguns casos, a não identidade entre urgência e sofrimento e os limites, especialmente em situações em que a primeira é hegemônica, de reconhecimento e valorização do segundo. Na

verdade, não só os **limites de reconhecimento como de acolhimento do sofrimento do outro nos serviços de saúde** (O caso relatado tratava de dois sofrimentos: o da criança e o de sua mãe).

O outro caso que ilustra o dilema entre urgência e sofrimento, com um desfecho desfavorável para o segundo, ocorreu em uma tarde em que eu observava a triagem/consulta de enfermagem no SPA. Uma moça chegou na sala de triagem queixando-se de enjôo e tonteira. Disse que estava ali desde as dez horas da manhã (já passava das quatro da tarde). A enfermeira lembrou-se dela. Tinha vindo trazer a filha, que estava doente e a própria enfermeira a tinha atendido ainda de manhã e encaminhado a criança para o pediatra. A enfermeira fez questão de retificar a informação, desfazendo qualquer possível entendimento de que a moça estava aguardando aquele tempo todo. Trazia uma receita antiga, já aviada, prescrita por uma médica do próprio ambulatório do hospital. Dizia que precisava pegar novamente dois remédios ali prescritos - Plasil e Luftal - e o funcionário da farmácia disse-lhe que ela deveria passar pela consulta médica primeiro. A enfermeira olhou a receita. Observou que ela já havia retirado aqueles medicamentos e que deveria retornar ao ambulatório para avaliação com a médica que a atendeu. Perguntou se estava agendada e a moça confirmou, mas só para alguns dias depois. Dizia que estava passando muito mal, com muito enjôo e que não poderia esperar.

A enfermeira a examinou e perguntou se havia tomado a medicação conforme prescrita. Observou que ainda havia um terceiro remédio na receita, mas parece que este não havia na farmácia e a moça não o tinha tomado. Perguntou se havia almoçado naquele dia. A enfermeira lhe fez então algumas recomendações sobre a dieta e disse que seu caso não era de urgência, por isso não poderia encaminhá-la para o médico do SPA, recomendando que aguardasse a consulta no ambulatório e relatasse para a médica como vinha se sentindo. Explicou-lhe ainda que os remédios prescritos numa receita não eram para serem repetidos ou tomados indefinidamente, a menos que o médico que os prescreveu o fizesse, com base em outra avaliação. Disse-lhe que ela não podia ficar tomando Plasil indefinidamente, pois era um paliativo (não usou esta palavra, mas parece que era o que tentava explicar).

A moça insistia, dizia que se tratava de uma “*caridade*”. A enfermeira a tratava pelo nome, mas de forma firme. Repetia que deveria retornar ao ambulatório na data agendada. A moça continuava insistindo. Falava olhando também para mim, como que esperando algum apoio/solidariedade. A enfermeira pediu então que ela se retirasse, pois precisava continuar atendendo outras pessoas.

Esta foi também outra das situações que observei em cuja análise procurei utilizar o “componente contra-transferencial” que emergiu da própria observação. Quando a moça se retirou da sala, fiquei pensando se aquele havia sido o encaminhamento correto. Ocorreu-me que o fato de estar com uma consulta marcada no ambulatório não invalidava que buscasse antecipar a consulta, caso se sentisse mal. Como dificilmente o ambulatório estaria com números abertos em clínica médica àquela hora da tarde (na verdade, pelo que eu ouvia dizer do ambulatório, provavelmente não havia mais ninguém atendendo lá àquela hora), me pareceu que a paciente deveria ser atendida pelo SPA. Pensei também, naquele momento, na situação dos que, assim como eu, têm acesso imediato a clínicas privadas ou médicos particulares, conseguindo facilmente remanejar consultas ou sendo atendidos em serviços de pronto-atendimento privados, ao sentirem qualquer desconforto, sem critérios de urgência (ou melhor, tendo a própria palavra ou auto-avaliação como critério de urgência). Por outro lado, tento entender a posição da enfermeira, diante da pressão da demanda, buscando garantir que pelo menos as urgências (talvez por ela associadas à maior gravidade do quadro) sejam de fato atendidas ali. Devo reconhecer também o cuidado com o qual procurou avaliar a paciente e orientá-la.

De todo modo, o fato é que a moça não teve ali sua demanda por atendimento de urgência atendida, nem o seu sofrimento minimizado, por maior que fosse o desconforto relatado. O caso ilustra a subjetividade dessas avaliações. Tratava-se, na visão da enfermagem, de mais um caso de “troca de receita” que chega cotidianamente ao SPA, não se constituindo numa emergência ou urgência “de fato”. É interessante compará-lo com outros depoimentos aqui já mencionados – na discussão sobre as concepções a respeito do Projeto Porta de Entrada - de outras enfermeiras que, preocupadas com as barreiras que a população encontra no acesso aos serviços (desde a falência da rede básica que não garante as consultas nem os medicamentos, até o crime organizado que, na demarcação de territórios ou na guerra cotidiana, impede a livre circulação das pessoas) costumam “deixar passar” tais casos para a consulta médica no SPA.

O depoimento de uma enfermeira expressa bem este dilema cotidiano, vivido pelos profissionais da Porta de Entrada, entre a urgência e o sofrimento:

Porque aqui eu tenho uma diferença no outro local que eu trabalho, aqui é uma coisa muito difícil de você passar esses pacientes para o médico! [Peço que explique melhor] Tipo isso: ‘Ah, eu tô há um mês sentindo isso.’ Isso não se caracteriza uma emergência, nem muito

menos... aliás, nem muito menos uma emergência, nem pronto atendimento! Mas você, sabendo do histórico todo... tipo aquele cara do HIV... chegou um rapaz, segunda-feira de carnaval, com HIV positivo, que estava peregrinando os hospitais todos do Rio de Janeiro, tinha batido lá na [dá o nome de outra instituição] ... ele era morador de rua, ele estava escarrando sangue há não sei quantos meses!... Simplesmente ele estava desesperado, chorando na minha sala, falando: 'Eu preciso me internar! Eles falam que eu não estou com tuberculose, mas eu estou!' Daqui a pouco o cara vai e escarra na mão, para me mostrar o escarro! Pra mostrar que ele está falando a verdade! Tamanho o desespero... você viu! [Dirige-se a outra enfermeira que também participava da entrevista]. Placas e mais placas, até chegar ao pronto socorro [...] botaram a máscara direto, o cara estava pele e osso, já com esse quadro arrastado já há meses... ele estava sem pulmão! Com certeza, porque escarrava sangue direto... eram placas, não era rajadas de sangue, eram placas de sangue ... e ... de ... desespero! Eu vou fazer o quê com esse paciente? Eu não vou passar lá pra dentro? E aonde eu trabalho, eu já tenho mais manejo, em relação à equipe multidisciplinar! Um paciente desses, ou um paciente que tá há um tempão com o quadro arrastado, ele com certeza não ia sair aí sem pelo menos uma orientação, enfim, uma medicação, ia fazer um BAR, tá? Aqui, é outro problema muito sério com a gente: os médicos não querem ver! "Porque isso não é pronto atendimento! Tem que mandar pro Posto!

À angústia desta enfermeira com o sofrimento do paciente que não se caracterizava, a rigor, como um caso de urgência/emergência, sua colega, presente na entrevista, contrapõe sua preocupação em garantir que os leitos do hospital sejam ocupados efetivamente com os casos de urgência/emergência, para os quais, em geral, já são insuficientes. Referindo-se sobre os critérios de definição de casos de urgência/emergência, observa:

A minha vida toda eu sempre trabalhei em emergência, a minha experiência é só emergência, então, eu tenho isso muito bem definido na minha cabeça. Voltando ao paciente, que ela atendeu na segunda-feira de carnaval. Na terça-feira de carnaval eu estava no plantão, peguei o mesmo paciente, né ... Mas nós temos que ver também, paciente que dá entrada, ele já vem com um histórico social. Ele já vem com um histórico social! E a nossa parte é trabalhar a saúde dele, né, o histórico social não pertence mais à enfermagem, e muito menos ao médico. Nós encaminhamos ao profissional de direito. Então, o que ele relatou, foi num vizinho, que ficou com pena, ele é, sim, portador de HIV de longa data, né, os familiares abandonaram, ele teve várias internações, por vários hospitais, né, o vizinho relatou fuga dos hospitais... Nós somos um hospital de emergência! Nós não temos leito, não temos enfermagem de alojamento, que comporte esse paciente! Não temos! Ele foi visto? Ele foi visto, sim, pela

emergência. Ele foi visto no seu dia, e foi visto no dia seguinte. [...] Ele voltou na terça-feira. Ela atendeu primeiro na segunda-feira, eu nem sabia, agora que você falou dele, é que eu lembrei do paciente, e voltou comigo na terça-feira. Com o mesmo histórico, né, escarrando sangue, portador de HIV, me mostrou todos os exames... foi resolvido o problema dele ali na hora! Encaminhado pro hospital Santa Maria, que é um hospital de referência. Mas acontece que ele já vem com um histórico social, e de rebeldia! E aí nós não podemos ficar com esse paciente pra cima e pra baixo, porque realmente você perde leito, né, pro paciente que realmente chega aqui, que é considerado emergência. Ele é um tratamento a longo prazo! E se chegar a longo prazo! [...] Eu acho, enquanto estiver aqui dentro, a gente encaminha, a gente procura ajudar no que for necessário, mas entrou na área social, não pertence mais à enfermagem, infelizmente. O máximo que nós podemos fazer é orientar o paciente, e encaminhar esse paciente ao profissional de Serviço Social.

Assim, podemos observar duas respostas distintas diante de um paciente que sofre de uma doença crônica, e que se encontra em um estado geral de saúde bastante precário, debilitado, que vive “peregrinando” pelos hospitais e retornando ao hospital estudado - talvez porque em nenhum desses serviços tenha encontrado resposta para suas demandas tão amplas, ou mais provavelmente porque nenhum desses serviços procurados tenha assumido de fato a responsabilidade por este paciente, cujo “histórico social” parece ser interpretado como indicador de uma tarefa acima ou diversa da capacidade dos serviços, justificando seu abandono. Trata-se de um paciente que não é de ninguém. Abandonado pela família, pela sociedade e pelos serviços de saúde.

A primeira enfermeira, não suportando talvez o contato com o sofrimento do paciente - materializado em seu escarro “*de placas de sangue e de desespero*” – decide “*passá-lo lá para dentro*” (o paciente e seu/dela sofrimento), isto é, para o atendimento médico na emergência do hospital, onde talvez tenha recebido alguma medicação - e até mesmo alimentação¹⁹ - e provavelmente foi logo “liberado”. A segunda enfermeira parece ter resolvido o dilema entre a urgência e o sofrimento agarrando-se à convicção de que não apenas o quadro patológico do paciente, mas, principalmente, seu “histórico social” autorizavam-na a concluir que ali, num hospital de emergência, não havia nada a ser feito pelo

¹⁹ Por mais de uma vez ouvi depoimentos de assistentes sociais a respeito de pacientes famintos em atendimento na emergência/SPA ou ainda na fila, para os quais buscam garantir alguma alimentação. Cabe lembrar ainda um caso relatado pelo próprio Diretor do hospital, a respeito de um paciente tuberculoso que ficou por cerca de três meses “internado” na emergência. O hospital não conseguia transferir este paciente porque, segundo o diretor, ele se recusava a fazer o exame de escarro – exigência do hospital especializado para o qual seria transferido. Parece que alegava que ali ele tinha certeza de que seria alimentado e cuidado.

paciente, que necessitava de cuidados especializados, encaminhando-o então a um hospital de referência em tuberculose.

Ambas as decisões, se serviram, momentaneamente, para a “equação” do dilema entre urgência e sofrimento a que estão expostas cotidianamente as enfermeiras como os demais trabalhadores da Porta de Entrada do hospital, não resultaram, todavia, em resposta efetiva aos problemas trazidos pelo paciente que, se transcendem, com certeza, a capacidade de resposta de um único serviço, tomado isoladamente, não prescindem da atuação responsável de cada um em articulação efetiva com os demais, inclusive intersetorialmente. Esta a integralidade da assistência contida no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, do qual o cenário cotidiano dos serviços de saúde ainda se encontra separado por uma distância quase que infinita.

Tal constatação também costuma gerar entre os profissionais certo conformismo com uma realidade que lhes é dolorosa mas que em geral julgam impossível de mudar. Assim, ante o dilema entre a urgência/gravidade e o sofrimento, acabam optando, resignadamente, pelo primeiro termo, como me pareceram indicar as expressões e o tom de voz de uma médica, clínica, da emergência:

A gente vem a todos os plantões, trabalha as 24 horas, a gente faz um esquema de descanso de algumas horas durante o dia, e durante a noite e ... mas é um trabalho muito cansativo! [...] na maioria das vezes ... são atendimentos rápidos, de gripe, dores e cólicas... mas a gente tem muitos pacientes graves, que vêm pra cá com quadros graves, necessitando de internação, são internados, porque correm risco de vida ... têm outros atendimentos em que os pacientes são graves, mas são crônicos, que necessitariam de internação, mas pela estrutura, pela ... pela superlotação do hospital, a gente tem que mandar o paciente pra casa, e dizer: ‘Olha, o seu caso seria de internação, mas a gente não tem vaga para absorver!’ O ideal para ele seria ele ficar internado uns quatro, cinco dias, para ele se recuperar, mas nós não temos vagas! Isso acontece, assim, algumas vezes. [Pergunto se não têm conseguido referir esses pacientes] Bom, mas, a se referir, para onde? Porque... não tem para onde referir! São pacientes crônicos, pacientes idosos que ... estão com uma diarreia, que precisam hidratar, uma hidratação venosa... alguns cuidados, de... se a pessoa tivesse um plano de saúde, uma medicina privada, certamente ela seria internada!... Mas não tem para onde referir, né? Muitos pacientes com tuberculose, que chegam aqui procurando internação ... que também por não ter vaga, a gente refere, para os hospitais de... de... referência de tuberculose, mas que também estão superlotados, às vezes não têm vaga, e esses pacientes, eles ficam fazendo a peregrinação, pelos hospitais de emergência do Rio de Janeiro, é ... quê mais que eu posso dizer daqui?

Uma outra forma também de “equacionar” ou “administrar” o dilema em favor da urgência e sem “culpa” pela negação ou não reconhecimento do sofrimento me pareceu ser, em alguns casos, o endereçamento de um certo olhar de desconfiança para a população, vista como sendo capaz de estratégias ou de comportamentos não éticos para conseguir ser priorizada e atendida pelo médico²⁰. Tal processo parece estar sugerido na fala de uma das enfermeiras da Porta de Entrada aqui já destacada:

Às vezes a pessoa chega, que já foi atendida pelo clínico no hospital, em outro hospital, e que já está com esquema de antibiótico durante dois dias, e ela quer saber que o filho continua com febre, e ela não deu um antitérmico para que quando chegar aqui e a criança apresentar febre, para que possa ser atendido.

Ou ainda, em outro trecho de sua entrevista: *“Tem muita gente que mente pra você pra poder chegar lá dentro e trocar a receita.”*

Um enfermeiro, ainda durante o estudo exploratório, queixando-se da pressão da demanda e da agressividade da população, menciona casos de familiares de pacientes que *“oferecem propina, gorjeta, para passarem a frente, furarem a fila.”*

Uma recepcionista também se queixa da postura da população, de sua “falta de educação” ou “negligência” para com a saúde dos filhos. Conta que já viu *“[...] um pai colocar o dedo na garganta da criança para ela vomitar e passar a frente na fila da emergência”*. Queixa-se da demora dos pais em trazer as crianças que às vezes chegam com febre de cinco dias. *“Fico muito indignada quando vejo essas coisas ...”*

Na fala desta recepcionista encontra-se um outro elemento, mais freqüente nos depoimentos coletados, que talvez também funcione como um mecanismo de equacionamento do dilema entre a urgência e o sofrimento, poupando de sofrimento o profissional encarregado da priorização. Trata-se da responsabilização da população pelo problema ou queixa que a traz ao hospital, em virtude de um suposto descuido com sua saúde, por negligência e/ou desinformação (a chamada “ignorância”).

²⁰ Embora esta visão possa se apoiar, em parte, em estratégias realmente utilizadas pela população em seu desespero para ter acesso aos serviços - segundo Oliveira (2004), a simulação da gravidade ou emergência do quadro é uma das estratégias, declaradas pelos usuários, para conseguirem atendimento - o caráter defensivo da desconfiança com relação à população não se descarta.

Uma enfermeira da Porta de Entrada acha que a maior parte das pessoas entende (acata) quando não encaminham para o médico, orientando a voltar para casa e aguardar um pouco mais a evolução do quadro, e apresenta a seguinte justificativa:

“A maioria entende isso. E na maioria das vezes, tem gente que vem aqui, realmente, no dia de segunda-feira é o pior dia pra gente, porque fica ... tem sábado e domingo, e não trabalha, aí chega na segunda-feira, todo mundo tá cansado, né, se divertiu demais [...]”

Uma outra enfermeira observa:

[...]é difícil você informar a população, é difícil você conscientizar a população que ela tem que seguir o tratamento dela; às vezes tem paciente que você realmente tem que falar para ele: ‘Olha, se o senhor der entrada na emergência com pressão alta hoje, amanhã, na terceira vez, o senhor vai dar entrada enfartado!’. Então, às vezes você tem que usar de um certo rigor, pra passar essa informação, pra ver se você consegue conscientizar esse paciente. Porque ele já vem... ele vem à emergência de segunda à quinta. Por que é que ele vem de segunda à quinta? Porque na sexta-feira ele quer beber a cervejinha dele, no sábado e domingo também. O que é que acontece? Às segundas-feiras nós vemos um maior número de quê? De pressão alta, de AVC, de infarto, né, por falta de informação desse paciente.

Outra enfermeira também destaca a “negligência” da população com sua saúde, o que contribuiria, segundo ela, para aumentar a procura pelo hospital:

É muito comum! É muito freqüente mesmo a troca de receita! Às vezes você passa na emergência, e o médico vai, prescreve um monte de remédio para aquela situação que você estava ... uma hipertensão ... naquele dia, entendeu, então passa ... o médico passa um antihipertensivo, aí o que acontece com o paciente? Ele fica com aquela receita! Então, toda vez que ele quer remédio, ele vem e apresenta aquela receita! ‘Acabou meu remédio, eu vou pegar outro!’ Não é por aí! Antes disso, ele tem que gostar dele! Ele tem que procurar um cardiologista, para poder se tratar, fazer os exames, tudo direitinho! Porque às vezes, faz um AVC, e você vai chegar uma hora em que você não vai poder consertar, então, por enquanto, enquanto tá podendo andar, enquanto tá podendo falar, então vamos procurar, vamos se valorizar!

É importante observar que **tais processos**, que resultam numa desconfiança sobre a população ou numa desqualificação de sua demanda, entendida como resultado de negligência ou desleixo, apresentam **em geral um caráter defensivo com relação ao sofrimento do**

profissional na tarefa cotidiana de “equacionamento ou administração” do dilema entre urgência e sofrimento, **não resultando necessariamente de uma incapacidade deste de solidariedade** com o sofrimento da população. A maior parte das declarações acima destacadas são de profissionais que pareceram demonstrar, ao longo das observações participantes e no conjunto de suas entrevistas, um interesse genuíno e uma mobilização para a solução dos problemas trazidos pela população, utilizando-se para isso, em alguns casos, de “jeitinhos” ou “quebra-galhos”, no sentido trazido por Dejours (1994;1999b).

No hospital estudado, **o dilema entre urgência e sofrimento é informado pela tensão**, aqui já discutida, **entre o braço “racionalizador/ordenador” e o braço “humanitário/acolhedor” do Projeto Porta de Entrada**, expressando-se em divergências de critérios e/ou critérios imprecisos sobre o que deva “passar pela Porta”. Pode-se pensar, inicialmente, que, com a reestruturação do processo de trabalho da enfermagem, representada pela criação da sala de triagem, o componente “humanitário/acolhedor” – portanto de reconhecimento do sofrimento - do Projeto ganha peso e se manifesta na realização de um trabalho de avaliação da demanda da população pela enfermagem que muitas vezes ultrapassa o que, num sentido estrito, poderia ser considerado uma “triagem”, ganhando características de uma verdadeira consulta de enfermagem, com anamnese ou “histórico do caso” (como os enfermeiros geralmente se referem), levantamento dos tratamentos realizados e medicamentos em uso, exame clínico minucioso e orientações gerais com relação a hábitos alimentares, de higiene e outras medidas de profilaxia e promoção da saúde, além de informações sobre os serviços disponíveis no hospital e na rede de serviços.

Trata-se de um trabalho, como os enfermeiros gostam de se referir, de “avaliação” e de “educação em saúde”, de “conscientização da população” – um trabalho que muitas vezes “esgota-se” nele mesmo, isto é, nos casos em que o paciente não é encaminhado para o atendimento de urgência. Neste último caso, pode-se pensar que o reconhecimento e o acolhimento do sofrimento estariam circunscritos ao trabalho dos enfermeiros que, embora não possam intervir de modo mais direto (ou garantir o acesso à intervenção do médico) no sofrimento, visando sua eliminação ou minimização, talvez encontrem na consulta cuidadosa que domina o momento da triagem, superpondo-se a esta – espaço para escuta do sofrimento – um mecanismo de minimização de suas angústias cotidianas perante o dilema aqui tratado. São várias as referências, aqui já destacadas, feitas pela enfermagem a seu trabalho como de “humanização”, de acolhimento.

“E nós, em contrapartida, ficamos lá fora tentando dar todo um calor, todo um suporte humanista na relação do atendimento, e que de alguma forma fica um pouco prejudicada quando se sai dali.” (de um enfermeiro da Porta de Entrada, falando sobre as dificuldades no dia-a-dia de trabalho, especialmente com relação às divergências de condutas entre a equipe da Porta de Entrada e os profissionais, médicos e enfermeiros, do setor de emergência.)

No entanto, como já observamos, a introdução da chamada “triagem técnica” veio também fortalecer o componente racionalizador/ordenador da Porta de Entrada. Assim, o trabalho, auto-definido pelos enfermeiros, de avaliação, educação em saúde e orientação, também pode, para alguns sujeitos, auxiliar a administração do dilema entre a urgência e o sofrimento de outro modo ou em outra direção.

Então, quando o paciente entra no consultório: ‘Eu vim aqui fazer uma ficha para a clínica médica!’. *‘Não, nós não fazemos ficha, nós fazemos avaliação!’* [ênfase na palavra]. *A preocupação dele toda é o quê? Passar para a clínica médica! De contrapartida, nós, enfermeiros, somos educadores em saúde, porque nós temos a atenção primária, que tudo começa lááá* [ênfase] *no Posto de Saúde! Se o cara faz o programa dele de hipertensão lá no Posto de Saúde, ele não chega aqui com AVC, ele não chega aqui enfartado... e isso ele não quer ouvir! Ele quer chegar aqui com a pressão alta, né, ser medicado, e liberado!...* (de uma enfermeira da Porta de Entrada)

Em outro momento de sua entrevista, a mesma enfermeira observa:

Nós avaliamos o paciente, né? Independente de dez minutos, ou de três minutos, é de acordo com a necessidade dele clínica do momento ... então, nós não trabalhamos com esse perfil, de cada paciente ter que levar de cinco a três minutos no consultório. Nós somos, antes de mais nada, educadores em saúde [...]

Outra enfermeira da Porta de Entrada descreve assim seu trabalho de avaliação e orientação:

Porque, e se a pessoa tá há uma semana com febre, é... se a pessoa está realmente com febre, eu sempre questiono, eu sempre pergunto o que tomou, se verificou, como é que foi a reação do anti-térmico, para ver se realmente ele está sentindo febre ou não, porque eles acham que a mão ficou fria, tá com febre!... “Eu tô com calor interno!”. Isso não é febre! Enfim. Então, a gente tem perguntas para que a gente descubra se realmente teve febre. Muitas das vezes os pacientes não

têm termômetro em casa, porque são ignorantes, semana passada eu ensinei várias mães a verificarem a temperatura das crianças. [...] porque criança convulsiona pra caramba com febre alta. Entendeu? Então, as pessoas não são orientadas pra isso, e as pessoas querem imediatismo, porque elas não conseguem vaga no Posto, porque elas estão peregrinando um tempão... chegou uma velhinha hoje comigo, que tem artrose, me mostrou todos os dedos, cheio de artrose nas mãos, com dor no joelho, ela disse: ‘Minha filha, eu vim aqui pegar um encaminhamento, que eu não consigo em nenhum lugar, tá ..., eu já estou há meses tentando, para ir a ... nesse local aqui...’ Aí ela me mostrou um papelzinho da fisioterapia, do Instituto de Fisioterapia do Rio de Janeiro. Eu falei assim: ‘Olha só: fisioterapia é como se fosse um fisioterapeuta, mas é um médico que faz fisioterapia. Pra eu te mandar pra lá, eu ... não tem como, eu vou ter que te mandar para o ambulatório de ortopedia, para o ortopedista diagnosticar o que a senhora tem, pra senhora ir pra lá. ‘Ah, então, por favor, minha filha!’’. Ela saiu... radiante! Porque ela estava perdida, como cego em tiroteio! E ela não tem aquela coisa de chegar... chega em vários locais... ‘Não é aqui. E não sei o quê!’’. E que você vê isso na saúde pública!

Claro está que o redesenho do processo de trabalho da enfermagem representado pela criação da sala de triagem/consulta de enfermagem implicou, como já observado, uma mudança significativa, do ponto de vista simbólico, do lugar atribuído à enfermagem na rede de micropoderes do serviço. Investida, como se pode ver nos depoimentos acima, da missão de “avaliar”, “educar” e “orientar” a população – detentora suposta do saber sobre a melhor forma de atender as demandas trazidas pela população (se “dentro” ou “fora” do hospital, em quais especialidades, se imediatas/urgentes/de “SPA/Emergência” ou mediatas/não urgentes/de “ambulatório”), saber ao qual tem acesso pela **avaliação** ou consulta de enfermagem; levando a “verdade”, “conscientizando”, educando a população sobre sua saúde e suas doenças e sobre os modos de prevenir os agravos – a enfermagem passa, sem dúvida, com a tecnologia representada pela triagem “técnica” (como é chamada no hospital) ou consulta de enfermagem – que é o que de fato muitos procuram realizar - a exercer mais claramente seu “poder disciplinar” (Foucault, 1982)²¹ não apenas sobre os indivíduos – poder

²¹ Recupero aqui a discussão realizada por Foucault (1982) a respeito do processo através do qual o hospital, a partir do século XVIII, deixa de ser um lugar de desordem e produção potencial de doenças (lugar onde se morria) e passa a ser um lugar de produção e aplicação de um saber médico (lugar onde se buscava a cura). Segundo Foucault, esta reorganização do espaço hospitalar se deu através “[...] de uma tecnologia que pode ser chamada de política: a disciplina.” (Foucault, 1982:105). Tal disciplinarização do espaço hospitalar – condição, segundo o autor, para sua posterior medicalização – pressupõe, entre outros elementos, uma nova maneira de gerir os homens e controlar suas multiplicidades, uma arte de distribuição espacial dos indivíduos, e sua vigilância perpétua e constante. “A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame

de individualização/diferenciação/discriminação dos casos no conjunto da demanda que chega ao hospital - mas principalmente sobre o espaço do hospital, contribuindo para seu ordenamento, para a definição dos fluxos e destinos/localizações dos pacientes em seu interior, definindo, como já observado, quem entra, quando entra, como entra e para onde vai ou onde fica no hospital – cumprindo, portanto, as funções contidas no componente “racionalizador/ordenador” do Projeto Porta de Entrada e, nesta perspectiva, equacionando favoravelmente para o pólo da urgência o dilema aqui referido.

Com a introdução da “triagem técnica” (ou consulta) de enfermagem no hospital, parte (ainda que pequena) do poder disciplinar da medicina hospitalar desloca-se, no hospital estudado, dos médicos para os enfermeiros. Este processo provavelmente produz efeitos que não se circunscrevem à micropolítica cotidiana, mas se estendem sobre a vida psíquica dos sujeitos envolvidos. No caso dos enfermeiros, este aumento de potência, talvez mais imaginário do que real (ainda que este de fato tenha ocorrido) parece vir atender às suas demandas por reconhecimento e valorização que, uma vez atendidas, ou vividas como atendidas, talvez tornem mais “leve”, para alguns – como a enfermeira que não titubeia em encaminhar para um hospital de referência o paciente aidético, tuberculoso, debilitado, morador de rua, que voltava pelo segundo dia consecutivo ao hospital - a tarefa de ter que resolver, a cada dia e diante de cada caso, o dilema entre a urgência e o sofrimento, possibilitando optar “mais tranquilamente” pela primeira, supostamente “amparados” pela ordem médica.

Uma conversa que tive com uma das gerentes da Porta de Entrada e um trecho de uma das entrevistas realizadas com uma enfermeira podem ser tomados como expressões das formações e processos inconscientes – como a inveja do saber/poder e a demanda por reconhecimento – que o deslocamento, ainda que pequeno, do poder disciplinar médico para os enfermeiros, pôs em movimento na dinâmica organizacional.

Após uma reunião da qual participou outra pessoa da equipe de direção, quando discutimos alguns problemas enfrentados pela Porta de Entrada, a gerente (que não era enfermeira) queixou-se para mim do “*poder da enfermagem*”, de sua insubordinação, e disse

como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. [...] A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas.” [que se deslocam da intervenção na doença propriamente dita, no momento da crise, para o que a circunda, o meio, o ambiente, a natureza.]” (Foucault, 1982:107)

que “*alguns enfermeiros querem ser médicos*”. Mencionou algumas situações que presenciou e que, segundo ela, indicariam tal desejo, como a ocultação, com esparadrapo, da função – enfermeiro/a - bordada no bolso do jaleco e a utilização por alguns enfermeiros, das iniciais Dr/Dr^a antes do nome em seus carimbos (parece tratar-se de uma prerrogativa conquistada pelo Conselho de Enfermagem, criticada pela gerente). Finalmente observou que, em sua opinião, a criação da sala de triagem e da consulta de enfermagem contribuiu para aumentar o poder da enfermagem.

Uma enfermeira da Porta de Entrada, falando sobre os problemas de relacionamento com a equipe, observa:

Eu acho que quando você está com uma conduta com um paciente, e você pergunta... como sempre eu faço para ela, e ela fala comigo: ‘Pô, [menciona o nome da colega que também participava da entrevista] o paciente está assim, assim, assado, o que você acha? Eu vou mandar pra onde, hein?’ Tipo pra tirar... ‘Tu acha? Pô, eu acho isso...’ Até a gente chegar a um denominador comum. Por quê? A gente está trocando informação! E aí tem colegas, que são raras, né, no nosso âmbito de Porta de Entrada, que ironizam, que fazem caras e bocas, tipo: ‘Pô, tá querendo aparecer!’ ‘Ih! Tá se achando a Doutora!’. Enfim, pra mim, ninguém é doutor! Doutora é você [dirigindo-se a mim], quando se especializar em doutorado! Você faz o doutorado para ser doutora. Enfim, a nossa classe, a nossa cultura do país, que chama o médico de doutor, que chama o advogado de doutor, ou quem estiver de branco de doutor! Não é verdade? Então, eu acho que os profissionais em si têm que ter isso em mãos, de... é... de caminhar com essa meta de que nós somos é... capacitados para muitas coisas que todos desacreditam!

Mas o trabalho da enfermagem na Porta de Entrada do hospital não se encontra fechado na sala criada para triagem/consulta de enfermagem. A despeito da reestruturação sofrida, o modo anterior de organização do processo de trabalho da enfermagem coexiste (ou resiste) no cotidiano do serviço. A pressão da demanda, das longas filas e a necessidade de identificação rápida e encaminhamento imediato para atendimento dos casos mais urgentes, de maior risco ou gravidade, fazem com que a prática da triagem em pé, na própria fila, na varanda do SPA ou no balcão da emergência, seja ainda uma constante.

Na verdade, **é preciso reconhecer que o cuidado em saúde na Porta de Entrada de um hospital de emergência é feito, necessariamente, em tempos rápidos e em tempos lentos**: os da identificação do risco de vida, da gravidade e do sofrimento intenso que requerem intervenções imediatas; e os da escuta, do acolhimento, da informação, da

orientação, do encaminhamento e também do atendimento, de tantas outras urgências e sofrimentos.

O que está em questão agora, portanto, não é mais o dilema entre urgência e sofrimento, mas, antes, a capacidade de reconhecimento, de identificação, desta gama de situações, múltiplas, variadas, mescladas, com que se apresentam. Trata-se da capacidade do serviço/dos profissionais de enxergar a demanda, “olhar a fila”, diferenciar, no amálgama da “carência absoluta” com que costuma se lhes apresentar a demanda, a singularidade dos casos. Chegamos então à segunda marca ou característica do trabalho na Porta de Entrada do hospital: a insuficiência do olhar sobre a demanda/ **a insuficiência do olhar sobre a urgência e o sofrimento.**

b) *A Insuficiência*

No início do presente tópico, observei que tal característica me parece ser inerente ao trabalho na Porta de Entrada de qualquer hospital de emergência. A rigor, se retomarmos a discussão sobre a especificidade do trabalho em saúde realizada no primeiro capítulo, onde se destaca seu caráter relacional, intersubjetivo, podemos concluir que tal insuficiência também não é exclusiva do trabalho nos serviços de emergência, mas constitutiva do trabalho em saúde em geral. No entanto, as características específicas dos serviços de emergência e do contexto em que usualmente estão inseridos conferem a esta insuficiência uma magnitude sem par.

No caso do hospital estudado, em função de algumas deficiências quantitativas e qualitativas de recursos materiais e humanos, de limitações na forma de organizá-los e geri-los, inclusive os próprios processos de trabalho, mas também em função de sua dinâmica organizacional/intersubjetiva, se podemos identificar olhares cuidadosos sobre a urgência e o sofrimento, encontramos também situações em que a insuficiência do olhar se transforma em cegueira absoluta para o outro.

Alguns problemas que contribuem para este olhar insuficiente sobre a demanda já foram apontados no capítulo que apresenta o SPA e a Emergência. Do que já foi observado, pode-se resumidamente destacar: a inadequação e insuficiência do espaço físico destinado à espera e triagem dos pacientes; a deficiente sinalização, desde a entrada e ao longo de todo o espaço e possíveis destinos dos pacientes atendidos no SPA e na Emergência; a inexistência de um local para a recepção do SPA; o número insuficiente de recepcionistas e seu despreparo

para identificação das urgências//emergências, além do número insuficiente de enfermeiros e/ou a inexistência de técnicos de enfermagem.

Este último é um ponto polêmico e confuso e, acredito, dependente do desenho que se faça do Projeto. A Gerência do Projeto e a Gerência de Qualidade consideravam insuficiente o número de 2 enfermeiros na triagem no plantão diurno – 07:00 às 19:00 horas - e remanejaram, como já observado, um terceiro enfermeiro do turno noturno que passou a fazer, como observou a própria gerente de qualidade, um “horário maluco”, de 10:00 às 21:00 ou 22:00 horas, horário que “quebrava” com a possibilidade de plantões em outros serviços (todos geralmente de 07:00 às 19:00 hs e de 19:00 às 07:00 hs). Isto gerou muitas resistências da equipe de enfermagem, que também se queixava da inadequação do espaço e das condições gerais de trabalho destinado a este terceiro enfermeiro, que passou a ficar dentro do guichê do registro de pacientes na emergência, já que a sala de triagem mal comportava os outros dois enfermeiros. Naquele lugar, este terceiro enfermeiro não contava nem com os instrumentos mínimos dos quais dispunham os demais para avaliação dos pacientes (como o esfigmomanômetro e o glicosímetro) nem com a privacidade necessária ao exame. Talvez devido à falta desses instrumentos e à inadequação do espaço, em alguns plantões observei que os enfermeiros faziam uma espécie de divisão informal do trabalho, deixando para este terceiro que ficava no guichê do registro da emergência a avaliação dos casos ditos ortopédicos, já que seriam de todo modo atendidos no setor de emergência (uma vez que o SPA não dispõe de ortopedistas) e, em geral, prescindiam daqueles instrumentos de avaliação clínica, como das condições de maior privacidade. As resistências da enfermagem e as dificuldades concretas para a realização do trabalho deste enfermeiro talvez tenham colaborado também para faltas e “esquemas” que, por mais de uma vez ouvi falar, resultavam muitas vezes em dois enfermeiros trabalhando, ao invés dos três.

É importante observar ainda que o remanejamento do enfermeiro do plantão noturno para o diurno, com um horário que não era usual, não era considerado uma solução satisfatória pela Gerência da Porta de Entrada e pela Gerência de Qualidade, mas era visto como a única possibilidade de ampliar o quantitativo de pessoal no horário diurno, já que o nível central não autorizava a contratação de mais profissionais. A idéia do “horário maluco” se baseava na necessidade de cobrir o período de maior movimento na Porta de Entrada, considerando-se que, após as 22:00, o movimento cai sensivelmente e os casos que chegam ao hospital constituem-se em emergências clínicas de fato ou traumas (as chamadas emergências vermelhas), que têm acesso imediato ao serviço, dispensando a triagem de enfermagem.

Houve também uma tentativa de substituir as vagas de assistente social do plantão noturno por enfermeiros, colocando-os no plantão diurno, mas esta iniciativa sofreu muita resistência dos assistentes sociais e acabou sendo inviabilizada, a despeito dos argumentos de que o movimento noturno dispensava a existência de dois assistentes sociais – o que ficava lotado na emergência, em geral funcionário do quadro, e o assistente social contratado para a Porta de Entrada – que, segundo alguns depoimentos que ouvi, acabavam também “fazendo esquema”, isto é, revezando-se, de fato, na cobertura do plantão.

Como se pode perceber, **a insuficiência do olhar sobre a demanda que chega ao hospital está longe de se restringir a um problema de insuficiência quantitativa e qualitativa de pessoal** (embora esta seja uma dimensão importante) e **envolve**, entre outros problemas mais complexos, **questões como o corporativismo entre os profissionais, a baixa responsabilização e a baixa governabilidade da direção/gerências sobre os funcionários.**

De todo modo, sempre me pareceu necessário um número maior de recepcionistas (que pudessem circular pelo pátio, antecipando-se na tarefa de abordar e orientar as pessoas que chegam, “monitorando” melhor a fila e organizando, na sala de espera, a chamada para as consultas) e, principalmente, a existência de técnicos de enfermagem, de modo a garantir um olhar mais qualificado, mais preparado para a tarefa de “olhar a fila” e identificar as urgências e problemas mais graves. No caso dos técnicos de enfermagem, sua contratação era uma reivindicação da gerência da Porta de Entrada e direção do hospital, mas que, até o encerramento da pesquisa, não havia sido atendida pelo nível central.

Quando comecei a observar a dinâmica de funcionamento da Porta de Entrada, novas rotinas e sistemáticas de trabalho haviam começado a ser implantadas. Com a implantação da triagem “técnica”/consulta de enfermagem, na sala da triagem, a enfermagem passou a circular mais raramente pela fila, passando a ser esta uma tarefa quase que exclusiva da recepcionista. Acredito, no entanto, que **desde o início este novo “desenho” manteve uma imprecisão e uma ambivalência com relação aos papéis tanto da enfermagem quanto da recepcionista**, principalmente desta última, o que contribuiu também para uma maior “opacidade” da visão sobre a demanda e sobre o próprio trabalho.

Desde que li as novas rotinas e mesmo antes de observar a dinâmica de funcionamento do serviço, me pareceu que apenas uma recepcionista (no SPA) era insuficiente para a tarefa

de registrar num mapa²² os pacientes que chegavam, organizar a fila, chamá-los para a triagem, registrar o encaminhamento dado após a triagem, dar informações aos pacientes/usuários que a interpelavam e ainda estar atenta à fila para “detectar” os casos aparentemente mais graves e que deveriam ser priorizados, avisando à enfermagem. Além dessas atribuições, previstas em rotinas definidas por escrito, percebi, logo no início das observações, que se esperava que as recepcionistas também orientassem e organizassem o movimento dentro da sala de espera do SPA, função que anteriormente era realizada por auxiliares de enfermagem estatutárias e que, pelo que me pareceu ser algum tipo de pressão corporativa, se recusaram a continuar fazendo.

Questionei a gerente sobre tal situação, observando que, além da sobrecarga, não considerava as recepcionistas preparadas para a identificação das urgências/emergências (a única exigência é que tenham o segundo grau de escolaridade). A gerente então me respondeu que já estava pleiteando ao nível central a contratação de técnicos de enfermagem para exercerem esta função e que, enquanto isto não ocorria, recomendou à enfermagem que de vez em quando saísse da sala para “*olhar a fila*”. Reconheceu, de todo modo, que contava com a experiência e com o “*olho clínico*” das recepcionistas.

Pude observar naquele dia, e em vários outros, que muitos dos casos detectados como urgentes e que “passavam a frente” da fila foram identificados como tais por iniciativa dos próprios pacientes ou acompanhantes, que saíam da fila ou nem entravam nela, vindo interpelar/pressionar diretamente a recepcionista e/ou o vigilante. Assim, num único turno de observação, vi, por exemplo, um rapaz, que abordou a recepcionista, alegando estar com crise renal (se contorcia, parecendo sentir muita dor). Foi encaminhado à triagem e logo depois a enfermeira o acompanhava para o setor de emergência. Vi também vários casos de pessoas idosas (ou seus acompanhantes) dizendo que eram hipertensas e que tinham dor de cabeça. Alguns – talvez os que, na avaliação da recepcionista, aparentavam em suas fisionomias e estado geral maior debilidade/gravidade ou também aqueles cujos acompanhantes mais pressionavam - foram priorizados. Ouvi algumas reclamações da fila, como “*Dor de cabeça todos têm ...*” “*Agora todos são hipertensos ...*”.

É interessante aqui registrar uma cena que assisti em um outro dia de observação. A recepcionista havia priorizado para a triagem um homem, idoso, que lhe abordou, dizendo estar com pressão alta. Parece que houve algum comentário de desgosto entre os outros

²² Posteriormente, esta tarefa de registrar num mapa os pacientes que chegavam e seus destinos após a triagem de enfermagem passou a ser realizada pela própria enfermagem.

pacientes da fila, pois a recepcionista se queixou comigo: “*As pessoas não entendem a priorização*”. Por outro lado, manifestou também certa insegurança com a tarefa, pois logo observou que se não priorizasse um paciente que alegava estar com pressão alta corria o risco de vê-lo “passar mal” na fila. Em outro momento, no entanto, demonstrou certa segurança ao comentar que a maioria dos casos que aguardavam ali eram casos de ambulatório, especialmente as crianças. “Crianças com pulmão limpo ...” ou quando falava dos sintomas associados a um quadro de pico hipertensivo: “vômito, dormência ...”

Entre os casos considerados pela recepcionista como não urgentes, observei o de uma moça, obesa, vestindo uniforme de colégio, que estava há algum tempo na fila, no sol, em pé (cabe registrar que, a partir de determinado ponto, a fila era feita com os pacientes sentados na fileira de bancos que ia até à porta da sala da triagem). Ela saiu da fila e veio falar com a recepcionista, reclamando que era asmática, que estava em crise e precisava ser atendida logo. A recepcionista disse-lhe que só havia um médico atendendo e que não havia outro jeito, que ela teria que aguardar. A moça insistiu e a recepcionista manteve sua posição. A moça voltou para a fila e a recepcionista virou-se para mim e disse que “*era evidente*” que ela não estava em crise, pois, segundo ela, “*uma pessoa em crise de asma não fica daquele jeito, respirando normalmente, sem demonstrar falta de ar*”. Aqui, a recepcionista parecia muito segura de sua avaliação.

Chama a atenção não só a subjetividade e variabilidade de avaliações e condutas entre as recepcionistas, como a fragilidade dessas avaliações.

Numa manhã, um rapaz, acompanhado de uma moça, dirigiu-se diretamente à recepcionista do SPA assim que chegou. Queixava-se de “dor nos rins” e mantinha a mão direita pressionando o abdômen na altura da cintura. A recepcionista o encaminhou para o final da fila. Aquilo me surpreendeu, pois já havia visto outros casos de queixa de crise renal em que as recepcionistas priorizam, fazendo-os logo serem vistos pela enfermagem. Parecendo ter lido meus pensamentos, a recepcionista dirigiu-se ao vigilante, que estava ao nosso lado, e justificou-se: “*Dor nos rins, mas tá andando, pode esperar*”. O rapaz foi para o final da fila, em pé, ainda comprimindo o abdômen. Mais tarde observei, também surpresa, que quando chegou sua vez de sentar – a fila já havia “andado” até os bancos da varanda do SPA – o rapaz cedeu o lugar para a moça que o acompanhava e continuou mais um pouco de pé, até que vagasse mais um lugar no banco. Seria este o “olho clínico” das recepcionistas?

Num dos primeiros dias de observação, um rapaz que já estava, me pareceu, havia mais de uma hora na fila, veio falar com a recepcionista. Disse que o pai havia “tido um

derrame”, naquela noite. Apontou para um senhor na fila, cuja musculatura da face estava contraída em um dos lados. A recepcionista então imediatamente retirou o paciente da fila e o encaminhou para a enfermagem, que logo saiu da sala com ele, acompanhando-o até a emergência. Tratava-se, a meu ver, de um caso que poderia ter sido facilmente identificado visualmente antes, logo que chegou, se a organização do processo de trabalho fosse outra.

Em um outro dia, a “cena do derrame” quase se repete. Em um dos momentos em que a recepcionista encontrava-se dentro da sala da triagem, um dos pacientes saiu da fila e veio reclamar com o vigilante que se encontrava em frente à porta da sala da triagem, onde em geral costumava ficar. Dizia para o vigilante que outro paciente que estava próximo a ele, na fila, estava “*passando mal, com o rosto todo torto*”, dizia indignado que o homem iria “*ter um derrame*” e ninguém o atendia. Naquele dia o tumulto era tão grande na porta do SPA que não consegui localizar o paciente na direção apontada pelo outro. O vigilante pediu que ele aguardasse. O rapaz voltou para seu lugar na fila e eu não consegui acompanhar o desfecho do caso.

Outro entre os vários casos em que a urgência só foi identificada e priorizada por iniciativa dos próprios pacientes ou de seus acompanhantes ocorreu no mesmo dia da observação acima. Chegou uma adolescente, acompanhada de seu pai. Ela se contorcia de dor, parecia ter alguma cólica muito forte, mal conseguindo ficar em pé. Estavam no fim da fila e o pai tomou a iniciativa de vir falar com a recepcionista, que pediu que a moça aguardasse próximo à porta da sala triagem, para onde logo foi chamada e de onde logo saiu, dirigindo-se para o guichê de registro do SPA, onde são abertos os boletins de atendimento dos pacientes que serão ali atendidos, em clínica médica ou pediatria. Estranhei não ter se dirigido imediatamente para a emergência, do outro lado do pátio e percebi que a recepcionista não prestava mais atenção à paciente. Depois de aguardarem alguns minutos na pequena fila em frente ao guichê do registro, a moça, se contorcendo de dor, pede para passar a frente de duas pessoas. Vi que foi encaminhada então para a emergência, o que deveria ter ocorrido logo que saiu da sala da triagem. O pai a carregou no colo, atravessando o pátio que separa o SPA da Emergência. Imaginei que talvez pai e filha não tivessem compreendido bem o encaminhamento da enfermagem, mas o fato é que me pareceu que a recepcionista deveria estar atenta para aquela situação de emergência, evitando que a moça esperasse ainda mais tempo, sem necessidade, para ser atendida/medicada – podendo até mesmo se tratar de um caso cirúrgico. Do mesmo modo, achei que deveria ter acionado o maqueiro e pedido uma cadeira de rodas para a moça.

Não se pode negar que a insuficiência quantitativa de recepcionistas e a inexistência de pessoal mais qualificado como técnicos de enfermagem na tarefa de “olhar a fila” seja um fator importante na determinação das dificuldades para o reconhecimento das urgências e seu rápido encaminhamento. No entanto, um outro fator, talvez menos visível, mas nem por isso menos importante, joga um papel fundamental na determinação deste “olhar insuficiente” e até mesmo da cegueira que se manifesta na Porta de Entrada do hospital.

Tal fator apresenta uma dimensão mais objetiva, material, e outra simbólica. A primeira diz respeito à inexistência de uma recepção física, isto é, de um lugar para a recepção no SPA. Como já observado, diferentemente da recepção da emergência, não há nenhuma estrutura física de apoio ao trabalho da recepcionista do SPA, como um balcão onde possa fazer anotações, com telefone para se comunicar com outros setores (como existe na recepção da emergência). A recepcionista fica em pé ou sentada em uma cadeira, junto à porta da sala de triagem, ou circulando pela varanda do SPA – geralmente tumultuada com a aglomeração de pessoas. Estas condições não só dificultam sua visão sobre a fila e o movimento das pessoas como tornam também difícil sua identificação pelos pacientes, que chegam ao serviço e não sabem onde ou a quem se dirigir, o que também é agravado pelo precário sistema de sinalização do hospital. No início das observações, quando ainda não haviam ficado prontos os novos uniformes da equipe, as recepcionistas trabalhavam com roupas comuns, o que as tornava ainda mais indiferenciadas, “invisíveis”, no meio da multidão.

Assim, observei muito freqüentemente no início, que algumas recepcionistas ficavam a maior parte do tempo dentro da sala de triagem, onde o espaço disponível já era insuficiente para os dois enfermeiros com seus pacientes. Aos poucos, as recepcionistas foram deixando a sala da triagem e ocupando a sala de espera do SPA, com o objetivo declarado de melhor organizar o fluxo de pacientes e “evitar tumultos” ali dentro.

Esta “falta de lugar” para as recepcionistas no SPA se contrastava com o “lugar” bem demarcado, diferenciado, da enfermagem, representado pela implantação recente da sala de triagem. Trata-se, portanto, de uma **falta de lugar que também é simbólica** e que produz efeitos sobre os processos intersubjetivos envolvidos na “tarefa de olhar a fila”. Em seu redesenho, o projeto Porta de Entrada conseguiu, me parece, apenas parcialmente representar o lugar, a função, da recepção – justamente no setor de emergência, onde os casos, quando entram, já tiveram sua urgência/emergência definida pela gravidade das próprias circunstâncias em que chegam, entrando automaticamente, ou foram encaminhados pela triagem do SPA, prescindindo assim do olhar e da mediação da recepção da emergência.

Ficou de fora deste redesenho do projeto a principal e talvez a mais difícil e ansiogênica tarefa da Porta de Entrada: a de estar “cara a cara” com a demanda tão logo esta chega ao hospital, a tarefa de recebê-la em “estado bruto” (e aqui a polissemia é intencional), isto é, antes de ter sido objeto de qualquer “leitura” ou “tratamento”/“interpretação” pelo hospital. Trata-se, portanto, de estar cara a cara não só com as dores, com as feridas, com a feiúra e com a sujeira de uma população extremamente maltratada, mas com o desconhecido, com o imprevisível, o imponderável, com o sofrimento ainda sem nome, sem diagnóstico e sem certeza de resposta e, por isso, com toda a brutalidade e violência, sem mediação, que tal situação contém. **Difícilima tarefa, portanto, esta a das recepcionistas, especialmente as do SPA: a de fazer uma primeira representação daquilo que ainda não foi representado pelo hospital, dar-lhe um primeiro “sentido”, um primeiro “destino”, uma primeira “orientação”.** Ironicamente, tal tarefa de “representar” parece ter ficado sem uma adequada “representação” na organização do trabalho na Porta de Entrada e em sua dinâmica cotidiana.

Assim, ante a indefinição do perfil e de uma qualificação ou competência específica para o desempenho de suas funções - qualificação apenas representada com imprecisão nos requisitos “*experiência*” e “*olho clínico*” – e face à inexistência de um dispositivo que, ao mesmo tempo, as diferencie do restante da equipe e as discrimine para a (e da) população, simultaneamente dando visibilidade/valorizando seu trabalho, facilitando a realização de sua tarefa e protegendo-as (como o balcão da recepção da emergência, atrás do qual, fica-se “de fora do tiroteio”, como me disse certa vez um recepcionista), as recepcionistas do SPA freqüentemente se recolhem, se refugiam, na sala da triagem ou na sala de espera.

Em uma das vezes que entrei na sala de triagem de enfermagem para iniciar a observação de seu trabalho, fui apresentada a uma recepcionista, que ainda não conhecia e que se encontrava ali sentada, fazendo suas anotações. Disse-me que no mês anterior esteve trabalhando na recepção principal do hospital (a que dá acesso à direção/administração e às enfermarias) mas, devido ao rodízio²³, “*Hoje estou trancada aqui*”. Parecia sentir-se realmente protegida ali.

Numa outra vez em que estava observando a dinâmica do lado de fora da sala de triagem, a recepcionista que naquele dia também passava a maior parte do tempo sentada lá

²³ Na época, por determinação da Gerente da Porta de Entrada, as recepcionistas eram obrigadas a fazer um rodízio mensal entre as cinco “portas” ou recepções organizadas do hospital: recepção principal; ambulatório; emergência; SPA e sala de “curativos especiais”. Esta questão será retomada na análise da gestão do trabalho na Porta de Entrada.

dentro, saiu em determinado momento e, respondendo a meu questionamento a respeito sobre sua localização, disse-me que o que fazia ali fora podia fazer lá dentro (referia-se, provavelmente apenas à tarefa de anotar os nomes dos pacientes, procedência e encaminhamento dado após a triagem – o que posteriormente passou a ser feito pela enfermagem). Por fim, acrescentou que preferia ficar dentro da sala porque “*os pacientes ficam reclamando*”.

Sempre fiquei particularmente muito mobilizada com a ausência da recepcionista da varanda do SPA, preocupada especialmente com o que tal ausência poderia acarretar em termos de atraso na priorização de casos mais graves ou urgentes. Ficava incomodada também em observar muitas vezes pacientes aguardando longo tempo na fila da triagem desnecessariamente, por desinformação, quando uma simples pergunta ou um mero olhar para o paciente já indicariam que seu caso não “era de SPA”, mas de ambulatório ou de referência para outra unidade de saúde da rede. Este foi, por exemplo, o caso de um senhor, idoso, a quem observei em seu trajeto dentro do hospital. Tinha uma ferida na perna. Logo que vi, percebi, pelo pouco que já conhecia da dinâmica do serviço, que seu “caso” provavelmente não seria considerado de “SPA” e que seria encaminhado para a sala de curativos especiais (infectados). Foi o que ocorreu, não sem antes, todavia, uma espera de mais de duas horas na fila para a triagem. Não havia nenhuma recepcionista na varanda do SPA naquela tarde. Tampouco a enfermagem saía da sala de triagem para “olhar a fila”.

Em um outro dia em que observava o SPA, percebi que as duas enfermeiras de plantão na sala de triagem haviam feito uma divisão informal do trabalho. Uma atendia dentro da sala, realizando o trabalho de triagem ou, mais propriamente, de consulta de enfermagem, enquanto a outra trabalhava do lado de fora, “olhando a fila”, tentando identificar, numa “triagem” mais rápida, os casos mais urgentes ou graves, que eram encaminhados diretamente para o pronto-socorro ou aqueles que se caracterizavam como “casos de ambulatório” ou outros que também não seriam atendidos no SPA. Quando lhe questionei sobre esta sistemática de trabalho, perguntando-lhe se preferia fazer a triagem ali ou dentro da sala, disse-me que preferia fazer a triagem na sala, mas que vinha fazer ali porque “[...] *a recepcionista não ajuda, não vem pra fora agilizar ... olhar a fila.*” Aquele era mais um dia em que a recepcionista insistia em ficar sentada dentro da sala da triagem. Mais tarde, quando me encontrava observando a enfermeira que trabalhava dentro da sala de triagem, a que estava do lado de fora entrou, trazendo uma senhora muito idosa que havia tirado da fila. Verificou sua pressão arterial, que estava muito baixa. Pediu então à recepcionista que a levasse imediatamente até a

Emergência. Quando saíram, a enfermeira comentou que foi sorte estar lá fora e poder identificar o caso antes que se complicasse. Tornou a se queixar da recepcionista, que “*devia estar olhando a fila*”, identificando as urgências e outras prioridades.

Em uma tarde em que fazia observação “longitudinal” de pacientes no SPA, abordei uma mulher de aproximadamente 50 anos. Eram 16:00 hs e ela havia acabado de chegar. Estava acompanhada de uma moça, adolescente, que presumi ser sua filha. Queixava-se de dor no peito. Era a última da fila para a triagem, que tomava todos os bancos da varanda do SPA. A recepcionista estava dentro da sala de espera (“*tomando um ar*”- referência ao ar condicionado - segundo ela própria havia me dito, no início da tarde, com um sorriso meio tímido). A mulher não ficou nem cinco minutos. Ansiosa, foi embora, dizendo que não iria esperar, pois iria morrer antes de ser atendida. Não havia ninguém do lado de fora que pudesse olhar a fila e identificar as emergências. A situação me deixou ansiosa e impotente.

Acredito que parte de minha mobilização nestas situações se devia ao fato de que, na ausência da recepcionista, sem sua “mediação”, não havia nada entre mim e a demanda “em estado bruto”, diante da qual eu me via cara a cara, ocupando involuntariamente (e também “ilegitimamente” – pois não era funcionária do hospital - e impotentemente) o lugar vazio da recepção. Várias foram as ocasiões em que os pacientes se dirigiram diretamente a mim – diferenciada talvez pelo crachá, ainda que de visitante, talvez pela “postura” de observação, por mais discreta que procurasse ser - para pedir informações, orientações e ajuda na sua priorização.

Da mesma forma que eu, observei que os vigilantes, com muito mais frequência, eram colocados neste lugar, com a diferença que não hesitavam em ocupá-lo, sentindo-se talvez legitimados pela condição de “trabalhadores” do hospital e, a maioria deles, visivelmente mobilizados com a pressão da demanda. O principal problema nesses casos diz respeito ao seu despreparo para a tarefa de informar e orientar a população. De todo modo, não se pode desconhecer que ocupam o lugar que o hospital lhes permite ocupar e até lhes demanda , ainda que de modo ambivalente e não explícito.

Em um dia em que a recepcionista se mantinha a maior parte do tempo dentro da sala de triagem, o movimento no SPA estava bastante intenso. Havia uma aglomeração grande de pessoas na frente da sala de triagem e também na sala de hipodermia e no guichê do registro. As filas se confundiam. Os usuários ao chegarem, desinformados, se dirigiam diretamente ao guichê do registro, sendo reencaminhados para a triagem, mas em geral não sabiam onde esperar, ou então se dirigiam diretamente aos vigilantes - naquela manhã, durante certo

período, permaneceram dois vigilantes na porta da triagem, o segundo tinha saído do portão do hospital, onde costuma ficar, e se juntado ao colega na triagem, não sei se espontaneamente ou se demandado. Um deles, perguntado por uma paciente se ali era o atendimento de emergência, respondeu-lhe: *“Emergência normal é aqui ... emergência mesmo ... é lá ... risco de vida ...”* (apontando para o outro lado do pátio).

Algumas vezes as informações truncadas ou equivocadas dos vigilantes também contribuem para o atraso no atendimento do paciente, obrigando-o a deslocamentos desnecessários. Num fim de tarde em que o SPA estava quase vazio (havia cerca de 12 pacientes na fila da triagem, além dos acompanhantes), a recepcionista encontrava-se na sala de espera e o único vigilante de plantão estava no portão de acesso aos carros, observei o vigilante, no portão do hospital, orientar um homem que havia chegado com um menino, de cerca de doze anos, aparentemente com algum problema na boca. Mandou-o para a recepção da emergência. Consegui ouvi-lo dizer: *“(...) pedir ficha para buco-maxilo. Tá sangrando, né?”* Não sei o que o homem havia dito ao vigilante, mas pareceu-me que o vigilante estava fazendo um encaminhamento equivocado. Já pude observar outras situações como esta, inclusive encaminhamentos feitos pelo pessoal do Registro. Basta se queixarem de algo na boca para receberem o encaminhamento para “a buco” ou “buco-maxilo”, como gostam de falar, repetindo, talvez sem saber direito o significado (e que muito menos é compreendido pela população), da forma abreviada com que os profissionais de saúde se referem à especialidade de cirurgia buco-maxilo-facial. Algum tempo depois, o homem, com o menino, voltou para o SPA. Dirigiu-se ao guichê do registro e dali foi encaminhado para a fila da triagem. Aparentando impaciência, mandou o menino se sentar no banco, no final da fila, e se postou de pé, na porta da sala de triagem. Como não havia nenhum vigilante ou recepcionista ali, aproveitou-se da saída de uma paciente, chamou o menino (que parecia encabulado por estar furando a fila, relutando em ir até o pai) e entrou na sala de triagem. Apenas uma paciente da fila reclamou. Minutos depois, o homem saiu da sala de triagem com o boletim de pronto-atendimento e se dirigiu ao Registro, para completar o preenchimento e ser encaminhado ao médico, pediatra. O menino não parecia estar com nenhum problema grave ou muito urgente. Não havia sinal de sangue em sua boca, ao contrário do que havia dito o vigilante no portão.

De um modo geral, os vigilantes tentam organizar a fila e se encarregam de dar informações à população conforme podem ou sabem, mesmo que nem sempre muito adequadas.

Em outro dia de observação, quando o SPA também estava muito cheio, o vigilante parecia estar aflito, querendo agilizar a entrada dos pacientes. Mais tarde, soube que ele estava cobrindo as férias de outro colega. Não tinha experiência em hospital de emergência e talvez por isso, assim como eu, estava particularmente incomodado/sensibilizado com a situação das mães com as crianças na fila, com o choro das crianças. Aproximou-se de uma das mães, que estava mais no final da fila de crianças, com seu filho no colo, que havia começado a chorar – um bebê de pouco mais de um ano – e ofereceu-lhe seu banco para sentar (o vigilante às vezes senta-se num banquinho retangular, um pouco alto, parecendo uma pequena mesa improvisada em banco, junto à porta da triagem). Queria que a mãe entrasse logo para a triagem. A recepcionista tentou tranquilizá-lo, minimizando a importância da situação, dizendo-lhe que a criança chorou porque a mãe a colocou deitada no colo e as crianças não gostam de ficar nesta posição. Pareceu-me que ela estava insinuando que a mãe fizera aquilo justamente para que a criança chorasse e pudesse passar a frente dos demais na fila, num mesmo tipo de processo, aqui já comentado, em que a atribuição de “estratégias” ou negligência à população é uma forma de o profissional/trabalhador administrar, psiquicamente, o dilema entre urgência e sofrimento que vive cotidianamente na Porta de Entrada do Hospital.

A tarefa de organizar a fila era assumida com muita frequência pelos vigilantes. Em algumas ocasiões, inclusive, com a recepcionista presente, quando esta não se mostrava muito “pró-ativa” na organização da fila e na identificação dos casos prioritários. Num desses dias, em que o vigilante de plantão orientava ativamente a fila, observei que a gerente da Porta de Entrada veio se queixar com a recepcionista sobre a fila de mães, em pé, com crianças no colo, enquanto outros pacientes adultos ocupavam os bancos. A recepcionista então respondeu que já estava “cansada” de falar para “eles” que as mães é que deveriam ficar sentadas, mas, observou: *“eles não ouvem”*.

Naquele dia, a desorientação e a desinformação da população se destacavam. Alguns achavam que a fila para a triagem já era a fila do atendimento médico. Uma mocinha falava para a mãe, apontando para a sala de triagem: *“Tem dois médicos lá, mãe: um para adulto e outro para criança”*. Outra mãe, aguardando com seu filho a triagem, falava ao celular: *“Estou na porta do médico ainda ...”*. Num determinado momento, observei que as filas de adultos e crianças já estavam misturadas novamente, com crianças no final da fila de adultos. Comentei o fato com a recepcionista que respondeu: *“Não vou ficar me estressando. Já falei três vezes ... a gente ajeita e daqui a pouco está tudo misturado ...”* Queixava-se de uma

tarefa que precisava sempre estar sendo refeita, sem se dar conta de que era este o seu trabalho: olhar continuamente para uma fila que a cada momento se modificava e se refazia, com a chegada de novos pacientes e os movimentos e saídas de outros.

Além das tarefas de informar, orientar a população e organizar a fila, assumidas informalmente pelos vigilantes na ausência das recepcionistas ou quando estas, mesmo presentes, parecem se retrair, percebi que alguns também se acham responsáveis, diante da insuficiência do olhar do hospital sobre a demanda, pela identificação das urgências e demais prioridades. Numa manhã em que observava a triagem da enfermagem, um vigilante entrou repentinamente na sala, trazendo um menino pela mão, com sua mãe. Parecia ansioso e foi logo dizendo que era um “caso ortopédico” (supostamente uma fratura) e, desculpando-se, observou que o menino já estava na fila fazia muito tempo porque ninguém o tinha avisado. Sentia-se, me pareceu, também responsável por ter de identificar os casos mais urgentes.

A insuficiência do olhar sobre a urgência e o sofrimento não se manifesta apenas quando da ausência física da recepcionista, nem se restringe, é importante lembrar, ao SPA. Estende-se pela Emergência, em cujos corredores os pacientes muitas vezes tornam-se “invisíveis”, como já observamos, e envolve outros profissionais, ocorrendo mesmo quando estão presentes. Resulta, em parte, de problemas relativos à organização do trabalho (e à sua gestão) e também se manifesta como insuficiência irreduzível ante a desproporção do volume da demanda em relação aos recursos materiais e humanos disponíveis para acolhê-la.

Um dos casos que talvez melhor representem as consequências desse olhar insuficiente sobre a demanda – que neste caso assumiu a forma de uma cegueira – pude observar na emergência, em um dos dias de superlotação. Presenciei a filha de um paciente idoso, internado, se queixar com a enfermeira que seu pai havia caído quando foi ao banheiro sozinho. Mais tarde, a ouvi contando o ocorrido para uma outra mulher, na recepção da emergência. Dizia que seu pai havia chamado muito e ninguém apareceu para ajudá-lo. Levantou-se e caminhou sozinho pelo corredor “(...) *um monte de gente no balcão da emergência e ninguém viu!*” Segundo ela, seu pai havia tido um “derrame” depois que chegou ao hospital, e que poderia ter sido evitado se não tivessem demorado a medicá-lo. “*Se a médica tivesse medicado ele quando chegou ... ainda passou uma hora e ele piorou. Chegou andando, com pressão alta e depois de mais de uma hora ficou com a boca torta ...*”

O corporativismo, a baixa responsabilização dos profissionais e a baixa governabilidade da direção sobre os mesmos também concorrem, como já observado, para a produção dessa cegueira, chegando, às vezes, às piores consequências. Em

conversa com uma assistente social durante uma observação durante a noite, esta queixou-se muito das dificuldades dos plantões noturnos, especialmente pelos “esquemas” dos médicos e da enfermagem. Referia-se de modo lacônico ao problema, mas observou que o número de mortes à noite estava aumentando. Disse-me então que não hesitava em bater na porta da sala de repouso dos médicos e acordá-los para ver algum paciente mais grave. “*Eu vou chamar o doutor.*” Ao longo daquele dia, eu havia observado três cadáveres serem levados para o necrotério do hospital.

Aqui cabe recuperar o depoimento de uma das médicas da emergência, clínica geral, que participou de uma entrevista junto com outra assistente social:

Médica - *E eu acho também uma grande crueldade da direção, das coordenações de emergência, deixar isso descoberto na madrugada! Os pacientes críticos, eles estão fazendo complicações, também, e principalmente no período de meia-noite às sete, oito da manhã! Não tem porque ficar descoberto! Assim como tem um rodízio, nós fazemos um rodízio lá na frente, não pode de jeito nenhum ficar sem um médico ... ficar sentado na Porta, lá, de entrada, no PS?... Então, porque também não tem um sistema de rodízio para ficar lá dentro na unidade de pacientes críticos? Isso não nos é cobrado! Ninguém cobra! E a gente dorme!*

(Pergunto: *Quem fica? É a enfermagem que fica?*)

Assistente Social – “Não.”

Médica – “... Fica! Sempre um da enfermagem. Mas raramente chama para as intercorrências. Sabe? Raramente chama.”

Assistente Social – “... para as situações de emergência, acho que...”

Médica – “... mas ali não tem que ser... são pacientes graves demais para ficarem por conta da enfermagem! Tem que ter um médico o tempo todo ali! Tem que ter! Isso num hospital ...”

(Observo: “Quase que um intensivista, na verdade”.)

Médica – *É! E você... já que você tocou no assunto, nem no CTI ficam! Dormem todos os médicos. Se tiverem dois médicos de plantão, que podiam ficar... dividir a madrugada... os dois dormem na madrugada! ... Dormem ... Eu acho que não tem que ser assim! O enfermeiro não é obrigado a entender que o paciente... pode falar, porque já tem uma prática, e tal, mas não é obrigado a saber tudo o que está se passando ali com o paciente. E em tempo, eu devo dizer na sua entrevista que eu sou médica!*

Ao lado das limitações materiais e organizacionais dos serviços de saúde na produção da insuficiência ou precariedade do olhar sobre a demanda, cabe reconhecer aquelas que são inerentes à dimensão relacional, intersubjetiva do trabalho em saúde, onde a disposição para (olhar) o outro não só não se distribui uniformemente entre os profissionais/trabalhadores de

saúde, como não parece se manifestar do mesmo modo, para um mesmo trabalhador, a cada dia e diante de cada caso. As observações de um único turno do trabalho de uma recepcionista do SPA, destacadas a seguir, ilustram bem esta perspectiva.

Observei certa vez um homem, de meia idade, que abordou a recepcionista, lhe dizendo que estava na fila com sua mulher, que estava passando mal. Perguntou a ela se tinha que aguardar na fila e a recepcionista respondeu apenas: “Tem”, sem procurar localizar a paciente na fila e saber o que tinha. Finalmente, mais de uma hora depois, o homem chegou com sua mulher à porta da sala de triagem. A mulher tinha os olhos muito congestionados, lacrimejantes e avermelhados. Seu rosto também parecia edemaciado.

No mesmo dia, chegou uma moça, com sua filha, um bebê de 6 meses aproximadamente. Disse à recepcionista que a filha estava “*ardendo em febre*” e perguntou se podia ser atendida logo. A recepcionista pediu que esperasse na fila e foi falar com a enfermagem. Voltou dizendo que a enfermeira pediu-lhe que aguardasse na fila. A mãe ficou muito irritada, revoltada. “*Nem olha a criança e manda aguardar! Se minha filha tiver alguma coisa eu quebro esta p... toda!*” A recepcionista se defendeu: “*Eu passei pra eles e estou passando o que me disseram ...*”

Uns quinze/vinte minutos depois, a recepcionista retornou à sala de triagem e saiu com um termômetro na mão, procurando “*a moça com a criança para medir a temperatura*”. Ela já havia saído da fila. A recepcionista foi procurá-la no pátio. Logo voltaram e ela colocou o termômetro na criança. Em seguida, mediu a temperatura de outro bebê que também estava com a mãe na fila. Observei a recepcionista conversando com as mães. As duas com os bebês com febre já estavam próximas de ser atendidas. A mãe da neném de seis meses, inicialmente irritada, já estava mais calma. A recepcionista explicava que naquele tarde o SPA estava mais confuso porque o ambulatório havia dado poucos números. Aos poucos a fila ia diminuindo. A recepcionista conversava com as mães sobre seus filhos, seus nomes, idades etc. Contou para as mães que tinha um filho também. Em outros momentos anteriores também já a havia observado conversando amistosamente com outras mães e com algumas crianças maiores.

Antes de sair, ao me despedir, lembrei de lhe perguntar qual era a temperatura daquela criança de 6 meses que a mãe disse estar “*ardendo em febre*”. A recepcionista me respondeu, com um leve sorriso: “*37 graus*”.

c) Os Processos Identificatórios

As situações acima narradas, ocorridas num mesmo dia e com a mesma recepcionista, sugerem a importância dos processos identificatórios na definição dos limites e possibilidades do olhar sobre o outro e do cuidado com o outro nos serviços de saúde. Refiro-me aqui à formulação freudiana do conceito de identificação, “[...] *a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa.*” [Freud, 1976(1921):133], processo central através do qual o sujeito - produto de múltiplas identificações - se constitui e se transforma (Roudinesco&Plon, 1998) (Laplanche&Pontalis, 1986).

Particularmente destaco como importantes para a compreensão dos processos estudados no hospital a primeira e a terceira das três modalidades de identificação que Freud distingue: primeiro, como

*[...] forma original de laço emocional com o objeto; segundo, de maneira regressiva, ela se torna sucedâneo para uma vinculação de objeto libidinal [...] por meio da introjeção do objeto no ego [o que se verifica, por exemplo, nos casos de luto e melancolia e também no sintoma histérico]; e terceiro, pode surgir com a percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa que não é objeto de instinto sexual*²⁴ [Freud, 1976 (1921):136].

Esta última modalidade está na base do laço que liga os membros de um grupo ou uma coletividade, que compartilham o vínculo estabelecido com o líder, através da colocação deste na posição de ideal de eu de cada membro do grupo. Mas este, embora importante, é um dos tipo de vínculo, não o único, dentro desta terceira modalidade de identificação descrita por Freud, o que ele próprio reconhece, entendendo não ter esgotado a discussão sobre a natureza da identificação.

“Outra suspeita pode dizer-nos que estamos longe de haver exaurido o problema da identificação e que nos defrontamos com o processo que a psicologia chama de ‘empatia’ [Einfühlung] o qual desempenha o maior papel em nosso entendimento do que é inerentemente estranho ao nosso ego nas outras pessoas.” [Freud, 1976 (1921):136]. (grifo nosso)

Em nota, ao final do capítulo VII de Psicologia de Grupo e Análise do Ego, dedicado à identificação, Freud observa:

²⁴ Considerando a opção de tradução na Standard Edition de *trieb* por *instinct*, mantida na edição brasileira (cf. Garcia-Roza, 1983), cabe aqui entender pulsão sexual ou “investimento sexual”, este último presente em Laplanche&Pontalis (1986) e em Roudinesco&Plon (1998) no verbete “identificação”.

“Estamos cientes de que não esgotamos a natureza da identificação [...] Um caminho, por via da imitação, conduz da identificação à empatia, isto é, à compreensão do mecanismo pelo qual fomos capacitados a assumir qualquer atitude em relação a outra vida mental. Além disso, ainda existe muito a explicar na manifestação das identificações existentes. Estas resultam, não unicamente de uma pessoa limitar sua agressividade para com aqueles com quem se identifica, e de poupá-los e prestar-lhes auxílio. O estudo dessas identificações, como, por exemplo, as encontradas na raiz do sentimento de clã, conduziu Robertson Smith (Kinship and marriage, 1885) à surpreendente descoberta de que elas repousam no reconhecimento da posse de uma substância comum [por parte dos membros do clã] e podem mesmo ser criadas por uma refeição ingerida em comum.” [Freud, 1976 (1921):139]. (grifo nosso)

Freud vincula este tipo de identificação à história primitiva da “família humana” que elaborou em Totem e Tabu, mas o que é interessante destacar para o presente trabalho é, acredito, a discussão sobre as bases – “qualidades comuns compartilhadas” ou “substâncias” - em que possam estar apoiados os processos identificatórios nos serviços de saúde, particularmente no que se refere à relação entre trabalhadores de saúde e pacientes ou usuários em geral dos serviços. Trata-se de investigar, neste contexto, a identificação, na terceira modalidade acima apontada, como “[...] produto da ‘capacidade ou [da] vontade de colocar-se numa situação idêntica’ à do outro ou dos outros.” [Roudisnesco&Plon, 1998:364]. Já vimos, no item relativo às representações e imagens sobre a população e suas demandas, o quanto são potentes, nessas representações, os mecanismos encobridores desses traços ou qualidades que poderiam ser considerados comuns, resultando muitas vezes numa estranheza radical em relação ao outro, destituído até mesmo de qualquer traço de humanidade. No entanto, **a despeito do peso desses processos e das contingências objetivas que, nos serviços de saúde, produzem a insuficiência (e até mesmo a cegueira) do olhar para o outro, alguns olhares e cuidados ainda parecem ser possíveis, mesmo que frágeis.**

No relato acima sobre a observação de um turno de trabalho de uma recepcionista na Porta de Entrada do hospital, talvez seja mais fácil reconhecer a maternidade como qualidade compartilhada, ou os filhos, como “substância comum” possuída, tanto pelas mulheres na fila como pela recepcionista, que se preocupa em ir buscar uma das mães no pátio do hospital, trazendo-a de volta para verificar a temperatura de sua filha e conversando amistosamente com as demais. No entanto, este é o aspecto visível ou “concreto” do contexto possivelmente produtor de um processo de identificação. Devemos lembrar, como o fazem Guy e Jacqueline

Palmade (Palmade&Palmade, 2002), que o contexto causal das identificações não depende apenas de situações concretas, mas de sua representação (mais ou menos fantasmática) e da maneira como são vistas, consciente e inconscientemente:

“Sem dúvida, há nas identificações ‘uma base identificatória’, alguma coisa de comum entre os termos sobre os quais se apóia a identificação. Mas os diferentes contextos, se eles podem ser às vezes aproximados (por exemplo pela perda do objeto), não são os mesmos. A cada modo de identificação corresponde um contexto causal particular. É que o contexto causal não depende somente das situações concretas, mas de sua representação (mais ou menos fantasmática) e da maneira pela qual elas são vividas – conscientemente e inconscientemente. Trata-se sempre de acontecimentos que advêm em (e por) uma intersubjetividade²⁵.”
(Palmade&Palmade, 2002:164). (grifo nosso)

A observação dos autores reforça a compreensão, que anteriormente destaquei, de que a disposição para (olhar) o outro não só não se distribui uniformemente entre os profissionais/trabalhadores de saúde, como não parece se manifestar do mesmo modo, para um mesmo trabalhador, a cada dia e diante de cada caso. Destaca-se mais uma vez a importância da concepção do trabalho em saúde como essencialmente “trabalho vivo em ato” (Merhy, 1997; 2002), inclusive para a compreensão dos limites e possibilidades de intervenção sobre o mesmo.

Assim, cabe perguntar também sobre outros processos identificatórios que porventura possam estar em jogo nas situações relatadas e que, ao contrário do sinal positivo (amoroso) que marca a identificação na última cena (entre as mães) aqui mencionada, podem resultar em afastamento do olhar, fechamento ao outro, pela atualização do ódio que, junto com o amor, marca a ambivalência das identificações com os primeiros objetos. Aqui, a primeira modalidade de identificação descrita por Freud ganha relevância, pela possibilidade de sua atualização na vida adulta. Como observam novamente Guy e Jacqueline Palmade a respeito dos tipos de identificação que (a partir de outros autores, inclusive) podem ser “agrupadas”

²⁵ “Sans doute, il y a dans les identifications ‘une base identificatoire’, quelque chose de commun entre les termes sur lesquels porte l’identification. Mais les différents contextes, s’ils peuvent être parfois rapprochés (par exemple par la perte de l’objet), ne sont pas les mêmes. À chaque mode d’identification correspond un contexte causal particulier. C’est que le contexte causal ne dépend pas que des situations concrètes mais de leur représentation (plus ou moins fantasmatique) et de la manière dont elles sont vécues – consciemment et inconsciemment. **Il s’agit toujours d’événements qui adviennent dans (et par) une intersubjectivité.**»
(tradução livre)

como “identificação originária e primária”, remetendo à primeira modalidade descrita por Freud,

No interior do primeiro tipo de reagrupamento (originária, primária), a consideração ou a recusa das pulsões de morte, de um lado, e do outro a hipótese de sua presença, seja desde a primeira experiência da criança com sua mãe (tese de M. Klein), seja por ocasião da segunda fase deste mesmo estágio oral (tese freudiana) têm conseqüências sobre a concepção da importância das primeiras identificações, mas também, e sobretudo, sobre sua presença (ou seu retorno) nos processos psíquicos da vida adulta caracterizados pela repetição ou pela regressão. (Palmade&Palmade, 2002 :165)²⁶

Assim, a ambivalência das identificações com os primeiros objetos talvez possa ser uma interpretação possível para a recusa do olhar da recepcionista à mulher doente, cujo marido veio perguntar-lhe se tinham que esperar na fila. Apenas uma conjectura, todavia, em meio a tantos outros fatores mais ou menos “concretos” que, na complexa dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, limitam o olhar dos trabalhadores para a população, para os pacientes. Haverá sempre algo de imponderável, me parece, na determinação desse olhar. É o que sugere esta fala de uma assistente social da Porta de Entrada:

O paciente, tem muitos que passam, e você não vê mais... agora, tem outros que em um dia... você sempre acompanha... sempre acompanha até o final do atendimento. ... E por vezes ... nós vamos para casa, e a gente... não deixa, né! Chega no plantão seguinte, aí você quer saber: ‘O que é que aconteceu com fulano?’... Entendeu?... ‘Subiu?’, ‘Tá na enfermaria?’, ‘Recebeu alta?’, ‘Operou?’, ‘Não operou?’ ... Tem casos que realmente marcam a passagem pela gente.

²⁶ « À l’intérieur du premier type de regroupement (originnaire, primaire), la prise en compte ou le refus des pulsions de mort d’une part, et d’autre part l’hypothèse de leur présence, soit dès la première expérience de l’enfant à sa mère (thèse de M. Klein), soit lors de la deuxième phase de ce même stade oral (thèse freudienne), ont des conséquences sur la conception de l’importance des premières identifications mais aussi, et surtout, sur leur présence (ou leur retour) dans les processus psychiques de la vie adulte caractérisés par la répétition ou la régression. » (tradução livre)

5.2.2 Trabalho, Sofrimento e Cuidado

Caso 1: *Pouco Cuidado, Muito Descuido*

Dona Joana chegou ao hospital às 09:40 horas. Havia vindo buscar atendimento para três crianças: um rapaz, de 16 anos, uma menina de 11 anos – ambos seus filhos – e um menino de 4 anos, seu neto. Vinha acompanhada de uma moça, adolescente, também sua filha, que não estava doente, mas tinha vindo ajudá-la com as crianças. Segundo Dona Joana, as crianças tinham febre e vômitos. Não foi muito precisa na definição dos sintomas. O mais velho parecia muito prostrado.

A fila de espera para a triagem era grande. Ultrapassava os limites da varanda do SPA e se estendia pela metade do pátio, em direção ao portão. O sol era forte e as pessoas tentavam se proteger. Com isso, a varanda ficou mais cheia e a fila desordenada. Começou a se formar uma fila paralela à fila de pessoas sentadas nos bancos. Dona Joana viu uma brecha em um banco já bem próximo à sala da triagem e foi sentar-se ali com o filho adolescente, que parecia muito doente, mal se agüentando em pé. Deixou a filha moça na fila paralela – na verdade, pela confusão, a mocinha já havia saído da fila e não tinha se dado conta. Nenhuma recepcionista ali fora para orientar as pessoas. A recepcionista estava dentro da sala de espera do SPA.

Aos poucos, Dona Joana ia chegando perto da sala de triagem, acompanhando o movimento da fila ao longo dos bancos, e ninguém havia reparado que estava “furando” a fila. Embora inicialmente esta não tenha sido sua intenção, acabou se aproveitando da situação. O estado geral do filho mais velho parecia muito ruim. Ele mal conseguia ficar sentado.

Às 10:45 horas, Dona Joana entrou na sala de triagem com o neto, de 4 anos²⁷. Esperou, portanto, 1 hora para chegar na triagem – mesmo tendo “furado” a fila. O enfermeiro examinou o menino, que estava com 38° de febre. Fez um exame minucioso, conversando com ela sobre os sintomas. Fez o encaminhamento do menino para a pediatria. Quando Dona Joana lhe disse que estava com mais dois filhos lá fora e um deles estava muito mal, o enfermeiro mandou que fosse buscá-lo. Quando viu o estado do rapaz, o enfermeiro disse à mãe: *“Quando for assim, a senhora deve bater na porta e pedir prioridade.”*

²⁷ De modo a priorizar o atendimento das crianças, os enfermeiros costumam chamar alternadamente um adulto e uma criança ou até mais crianças, dependendo do movimento, para a triagem. Quando Dona Joana estava na porta da sala de triagem, pediram que entrasse uma criança. Ela então deixou o filho sentado, aguardando, e entrou com o neto.

O enfermeiro examinou o rapaz, que tinha febre muito alta e, depois de preencher o boletim de atendimento para encaminhá-lo ao clínico geral, disse à Dona Joana que entrasse com a menina. Enquanto ela saía com o rapaz e ia chamar a filha, o enfermeiro comentou comigo: *“Toda a família gripada.”* Enquanto examinava a menina, o enfermeiro lhe perguntou porque ela não procurava um posto médico próximo à sua casa. Ela lhe respondeu que é difícil conseguir atendimento lá. *“Lá só consegue ficha se chegar às três da manhã.”* Antes de saírem, o enfermeiro recomendou que ela pedisse prioridade no SPA para o rapaz. Ele havia anotado no boletim uma recomendação neste sentido.

Dona Joana saiu então da triagem e dirigiu-se ao guichê do Registro para “fazer a ficha” dos filhos. Entregou os boletins ao funcionário do Registro, que acabou de os preencher, anotando também seus dados no livro de registro de atendimento. Os boletins eram repassados pelo funcionário do registro à recepcionista, que ficava dentro da sala de espera, enquanto os pacientes aguardavam do lado de fora. Só eram chamados para dentro da sala – onde o ar refrigerado contrastava com o calor externo – aos poucos, para que, segundo a recepcionista, não “tumultuassem”. Assim, após passar pelo Registro, Dona Joana ficou aguardando em pé, com as três crianças doentes, no calor, do lado de fora da sala de espera, embora lá dentro houvesse ainda muitos lugares vagos. Nenhum funcionário pareceu perceber que o rapaz não se agüentava em pé.

Às 11:15 horas, uma funcionária do registro (que substituíra provisoriamente a recepcionista), chamou o rapaz para dentro da sala de espera. Dona Joana entrou com as três crianças doentes e ainda a filha adolescente que lhe ajudava. A funcionária fez com que a moça saísse com as duas crianças menores, pedindo que aguardassem a chamada lá fora. Não viu ou não se importou com o fato de serem uma família e de estarem todos doentes. Dona Joana também não questionou sua ordem. Entrou com o rapaz e sentou-se no banco da frente dos que estavam reservados para clínica médica, alheia à localização por ordem de atendimento estabelecida pela recepcionista e aos outros pacientes que ali aguardavam.

Às 11:30, Dona Joana entrou com o filho em um dos consultórios de clínica médica. O médico mal olhava o rapaz. Não auscultou. Apenas olhou a garganta e palpou em volta do pescoço, verificando possíveis gânglios. Prescreveu dipirona, injetável, e disse que o rapaz voltasse após a medicação para revisão. A consulta não demorou mais do que cinco minutos.

Dona Joana não sabia muito bem onde se dirigir ao sair do consultório. A recepcionista já havia voltado, mas estava ocupada com outros pacientes. Por fim, lhe explicou onde ficava a sala de hipodermia (destinada a medicações injetáveis, soros e

nebulizações). Naquele dia, apenas a sala de hipodermia da emergência estava funcionando. A do SPA, entre a sala de triagem e o guichê do Registro, estava fechada. Em outro momento, perguntei à recepcionista se era por falta de pessoal, e ela não soube ou não quis me dizer.

Na saída da sala de espera do SPA, encontramos a filha adolescente de Dona Joana com as duas crianças menores. Ainda aguardavam do lado de fora, em pé. Criou-se um certo impasse. Dona Joana não sabia se acompanhava o rapaz para a medicação ou se ficava com os pequenos, que ainda seriam atendidos. A filha mais velha queixou-se que não agüentava mais segurar o menino de 4 anos no colo. Dona Joana decidiu então ir falar com a recepcionista, para lhe pedir que priorizasse as crianças. Voltou dizendo que a recepcionista respondeu que iria olhar a ficha do pequeno e ver a temperatura para ver se o chamava na frente de outras crianças. Assim, foi para a fila da hipodermia com o filho mais velho.

A fila terminava no hall de espera da recepção da emergência. O vigilante chamava os pacientes de três em três, provavelmente para não congestionar o corredor que dá acesso ao Pronto-Socorro e onde se situa, logo na entrada, a sala de hipodermia. Dona Joana mandou o filho se sentar em uma das cadeiras vagas da recepção e ficou em pé na fila. Em determinado momento, me pediu para substituí-la na fila para que pudesse ir ao banheiro. Neste intervalo, a filha mais velha veio do SPA com o pequeno de 4 anos, dizendo que ele também tinha que tomar injeção. Entregou-me a prescrição do médico e pediu que eu ficasse com o menino porque tinha que voltar para acompanhar a irmã mais nova que ainda não havia sido atendida. D. Joana voltou do banheiro e logo depois o vigilante os chamou, para aguardarem junto à porta da sala de hipodermia. Enquanto aguardavam para fazer a medicação, um cartaz na porta da sala me chamou a atenção: *“CÓDIGO PENAL ARTIGO 331: DESACATAR funcionário público no exercício de suas funções ou em razão delas. Detenção: de 06 meses a 2 anos, ou multa.”*

Os dois fizeram a medicação às 12:05 horas. Após a medicação, Dona Joana voltou com os meninos para a sala de espera do SPA, para a revisão médica. O primeiro a ser atendido foi o rapaz. Eram 12:15 horas. O médico lhe perguntou se estava melhor. (Achei que ainda era cedo para o medicamento ter feito efeito. Haviam se passado apenas dez minutos). O médico novamente mal olhava o paciente. Desta vez nem tocou nele. Não tirou sua temperatura, não auscultou, nem palpou. Perguntou seu peso e o rapaz não sabia dizer. Sua mãe também não. Não pesou o paciente. Apenas lhe perguntou: *“Mais de 40 Kg?”*²⁸ Tanto o rapaz como sua mãe ficaram inseguros. Disseram que achavam que sim. O médico prescreveu

a dosagem de antibiótico assim mesmo, sem saber o peso exato. “*Amoxicilina, Dipirona e gargarejo com limão e sal.*” Mandou que ele fosse a um posto de saúde quando terminasse a medicação para fazer revisão. Enfatizou a recomendação, dizendo que não voltasse ao hospital, mas procurasse um posto de saúde.

Às 12:23 horas, Dona Joana já estava de volta na sala de espera do SPA, aguardando a vez para atendimento dos pequenos. A recepcionista comandava com autoridade, com firmeza, a ordem de entrada dos pacientes nos consultórios. Fazia-os mudar de lugar nas cadeiras, sucessivamente, até chegarem próximo às portas de acesso aos consultórios médicos. Mais tarde, quando assistia à consulta de uma das crianças de Dona Joana com a pediatra, a recepcionista entrou no consultório para falar-lhe e a médica se referiu a ela, em tom de brincadeira, como “*nosso coronel*”, numa alusão à sua forma autoritária de organizar a espera dos pacientes, mas fez questão de dizer que gostava quando aquela recepcionista estava lá, quando organizava a fila, porque assim eles podiam trabalhar mais tranquilos. Pude observar esta pediatra trabalhando em mais de uma ocasião. É dedicada e atenciosa. Sua aprovação sobre a forma como a recepcionista organizava a espera dos pacientes contrastou com o incômodo que eu sentia quanto àquela situação que me parecia desconfortável e até mesmo humilhante para os pacientes.

Às 12:55 horas, Dona Joana finalmente entrou no consultório da pediatra. Esta examinou cuidadosamente as crianças. Auscultou-os, examinou suas gargantas, palpou, examinou-os deitados, palpando-lhes também o abdômen. Conversou e brincou o tempo todo com a mãe e com as crianças, e também comigo. Era muito sorridente e receptiva. Dona Joana sorria também. Sem que eu lhe perguntasse qualquer coisa, a pediatra me disse: “*A gente tem que brincar (...) não dá ruga (...) senão a gente não agüenta ...*” Orientou quanto à medicação e à alimentação das crianças e pediu que Dona Joana retornasse para que ela visse as crianças, caso não melhorassem.

Às 13:10 horas, Dona Joana saiu da consulta para ir à Farmácia buscar os remédios que haviam sido receitados. Quinze minutos depois, passou de volta pelo pátio, já indo embora para casa, tendo conseguido todos os remédios. Levou, então, quase quatro horas (3:45 horas) entre o momento da chegada no hospital e o final do atendimento de três casos de gripe na família.

²⁸ A sala de triagem de enfermagem não tem balança, mas os consultórios médicos têm.

Caso 2: *Efeito Dominó*

Ainda no início da pesquisa, em um dia em que me encontrava em reunião com alguns membros da equipe de direção do hospital, fomos interrompidos por uma funcionária, que trazia uns papéis. Pela conversa, pareceu-me que se tratava de uma funcionária, médica, do serviço de documentação, que estava informando algum processo, a pedido da Justiça, a respeito da morte de um paciente. O rapaz fora atendido no hospital após ter sido atingido na cabeça por uma pedra, quando estava dentro de um ônibus. O exame de raio X não acusou nenhuma fratura, segundo informações registradas no boletim de atendimento pela médica que o atendeu. Ela o liberou e, quatro dias depois, o rapaz voltou, com paralisia em um lado do rosto, pressão alta e outros sintomas. Segundo consta no processo, foi liberado após atendimento, mas o hospital não conseguia localizar este segundo boletim. “Peregrinou” por vários hospitais – o processo judicial citava quatro, além do Hospital “João Silva” – e foi parar num dos maiores hospitais de emergência do Rio de Janeiro, onde faleceu. O laudo do IML acusou fratura de crânio.

A equipe de direção e a funcionária do serviço de documentação ficaram conversando sobre o caso e a conduta da médica que havia atendido o rapaz pela primeira vez, enquanto tentavam localizá-la, para esclarecimentos. Em um determinado momento da conversa, concluíram que o problema maior da médica não foi não ter visto a fratura “[...] *porque às vezes não é possível mesmo ver*”. “*Foi não ter escrito no prontuário que o paciente estava lúcido e orientado quando foi liberado.*”

Os dois casos apresentados condensam, se não todos, a maioria dos elementos que caracterizam a assistência na Porta de Entrada de um hospital público de emergência. Trata-se, pode-se dizer, de casos “paradigmáticos”.

No caso de Dona Joana, em primeiro lugar, ele não só mostra a cegueira para a demanda, mas o cuidado possível. A primeira, representada pela ausência da recepcionista na fila do SPA – **cegueira do serviço para a urgência dos casos**, cuja identificação, muitas vezes, depende da iniciativa da população para “*bater na porta e pedir prioridade*”, como sugeriu o enfermeiro; **cegueira representada ainda pela insensibilidade da funcionária** que os fez esperar, com febre e fraqueza, do lado de fora da sala de espera, em pé, no calor, a despeito de haver lugares vagos na sala, separando ainda a família durante a espera pela consulta – **cegueira para o sofrimento e a particularidade dos casos**; pelo olhar “desviante” do médico e o exame sumário, descuidado, que realizou no paciente, evitando tocá-lo –

cegueira para o outro. O segundo, o cuidado possível, manifesta-se no exame criterioso do enfermeiro e na consulta minuciosa e carinhosa da médica pediatra – **cuidado diluído numa conjunção mais ampla de descuidos, desatenções e de banalização do sofrimento do outro**, tratado às vezes como algo a dominar (porque temido) - como no autoritarismo que “evita o tumulto” impedindo o acesso à sala de espera e ordenando a troca sucessiva de lugares para sentar, ou no cartaz que ameaça o “desacato” com uma reclusão ou multa previstas no código penal.

O caso de Dona Joana mostra ainda a **tensão entre as lógicas “humanitária”/“acolhedora” e “racionalizadora”/ordenadora** que orientam a organização do trabalho na Porta de Entrada, com seus efeitos paradoxais. A primeira, alongando o tempo do olhar da enfermagem sobre a demanda, tempo lento do cuidado na consulta de enfermagem, mas, simultaneamente - e na ausência de um olhar sobre a fila capaz de garantir em tempo rápido a identificação da urgência - prolongando o tempo de espera e adiando a intervenção na urgência. A segunda, encurtando o tempo da consulta com o clínico - cujo olhar descuidado e indiferente para o paciente, embora tenha determinantes mais complexos, se “justifica” (para ele) na necessidade de rapidez/eficiência no atendimento²⁹ - e, também, por “excesso” de ordem, reprodução burocrática e acrítica de normas, alongando desnecessariamente o tempo de espera para a consulta de duas crianças de uma mesma família, que poderiam ter sido vistas pela médica na mesma consulta.

Um outro elemento importante que o caso de Dona Joana apresenta para a compreensão da assistência na Porta de Entrada de um hospital público de emergência, mais especificamente, para a compreensão dos limites e possibilidades de produção do cuidado, diz respeito à problemática dos processos intersubjetivos postos em movimento naquele cenário e suas conseqüências sobre a qualidade da assistência prestada. Aqui, destacam-se, como já observado, o autoritarismo e o descuido na forma de organizar a espera, assim como a agressividade do cartaz na porta da sala de hipodermia – fundados possivelmente numa representação da população como ameaça potencial e diferença radical, não permitindo qualquer identificação ou solidariedade – **mas o caso também permite refletir sobre o sofrimento vivenciado pelos profissionais/trabalhadores de saúde**, em função de seu trabalho e das condições em que é realizado, **bem como dos processos “defensivos” dos quais se utilizam** para minimizar tal sofrimento e seguir trabalhando, **para o “bem” ou para**

²⁹ Cabe registrar que se trata do mesmo médico que havia me advertido, anteriormente, que eu assistiria ali apenas a um atendimento rápido e não uma consulta, pois se tratava de um SPA.

o “**mal**”, como pode ser interpretado o sorriso constante da pediatra e, talvez, a indiferença do clínico.

O segundo caso – o da **morte do rapaz** “por fratura de crânio” – também traz o selo da cegueira dos serviços de saúde para a população (a rigor, sua verdadeira causa de morte). Seu maior impacto, no entanto, reside não apenas no fato de ter a morte como desfecho, mas em mostrá-la, como muitas que ocorrem nos serviços de saúde, **como produção coletiva** – resultado das sucessivas e cumulativas falhas e deficiências distribuídas pelos diversos hospitais da rede pública por onde ele “peregrinou” em busca de socorro e alívio; resultado da sequência de omissões e portas que encontrou fechadas e daquelas que, mesmo abertas, não lhe deram acesso “a olhos” capazes de identificar seu problema e intervir a tempo de evitar sua morte – **efeito “dominó”** que se inicia nos processos sociais mais amplos de desvalorização da vida, de banalização do sofrimento e incremento da violência na sociedade, e termina no olhar míope e defendido com que o corporativismo médico a reduz: a um problema de preenchimento incompleto do prontuário.

Além da discussão do sofrimento da população em busca de atendimento médico na rede pública, o caso do rapaz com fratura de crânio, assim como o caso de Dona Joana e sua família, também permite a reflexão sobre o sofrimento dos profissionais de saúde. No caso do rapaz, delimitado em torno do problema que aqui venho denominando como **a insuficiência do olhar sobre a demanda na Porta de Entrada dos serviços de saúde**. Acredito que a percepção desta insuficiência seja uma importante fonte de sofrimento entre os profissionais de saúde e, particularmente para aqueles que trabalham nos hospitais de emergência – espremidos entre a pressão da demanda e “a pressão para trabalhar mal” (Dejours, 1999) exercida pelas deficiências do sistema de saúde – pode assumir a forma de uma angústia ante o risco de “não ver”, não reconhecer, a tempo, um caso de urgência/emergência – medo de falhar, em situações onde nem sempre é fácil discriminar – pois acabam se potencializando mutuamente - as “falhas do sistema” , as decorrentes das limitações de recursos materiais e tecnológicos disponíveis para a identificação e intervenção nos agravos à saúde da população, e os limites definidos pela experiência, conhecimento, competência e, também, disposição do profissional.

Como disse um dos profissionais presentes na reunião onde se comentou o caso do rapaz com a fratura de crânio, “às vezes não é possível mesmo ver”, mas o modo como cada profissional e cada coletivo de trabalho, cada equipe, cada serviço de saúde, lida com esta insuficiência do olhar sobre a demanda, especialmente se puder ser reconhecida (a

insuficiência), incluindo seus condicionantes, talvez possa contribuir, acredito, para diminuí-la – nunca eliminá-la, porque sempre terá uma margem irreduzível - diminuindo também o sofrimento por ela gerado, para profissionais/trabalhadores de saúde e para a população atendida.

A presente seção é dedicada ao exame de alguns aspectos da relação entre trabalho (condições de trabalho, processos de trabalho/formas de organização do trabalho), sofrimento (do profissional de saúde e da população) e suas conseqüências sobre o cuidado (as formas possíveis do cuidado/descuido) nos serviços de saúde, a partir da especificidade dos processos de trabalho na Porta de Entrada do hospital estudado.

Ali, várias são as fontes, me parecem, de sofrimento: a pressão da demanda, contrastada com a disponibilidade de recursos para absorvê-la (que acaba se convertendo em pressão para produção e para a execução do trabalho a despeito das condições por vezes extremamente desfavoráveis); o próprio sofrimento e dor da população, que produzem, pelos processos identificatórios, sofrimento e angústia nos profissionais/trabalhadores do hospital; as angústias ante a possibilidade de não ver, não identificar a tempo, os casos graves e de risco de vida e ainda a angústia ante a possibilidade de perdê-los (a possibilidade da morte) pelas deficiências do hospital e da rede de serviços; a angústia frente às incertezas e ao desconhecido, ao inesperado que bate sem avisar na porta do hospital, pondo à prova, diariamente, a capacidade de resposta/competência dos profissionais; o medo do ataque, da violência da população; a vivência de risco pelas possibilidades reais de contágio/contaminação por alguma doença transmissível – risco às vezes aumentado pela precariedade das condições de trabalho - e a vivência imaginária, isto é, a fantasia de contágio, que expressa uma angústia de indiferenciação do profissional com relação à população atendida; o não reconhecimento e a não valorização do trabalho, que assume muitas formas, da negação dos direitos trabalhistas e de uma remuneração digna ao descuido da instituição com a saúde do trabalhador.

Este sofrimento é vivenciado e se manifesta de diferentes modos, no conjunto de trabalhadores, incluindo não apenas quadros já conformados como de “doenças profissionais”, mas formas difusas de mal-estar e de expressão de uma demanda significativa por reconhecimento, escuta e cuidado.

Do mesmo modo, pude observar que são várias as “saídas” buscadas pelos trabalhadores para o sofrimento e suas demandas não atendidas de cuidado. Aqui, é bastante útil para a análise a noção de defesas contra o sofrimento, pensadas enquanto estratégias coletivas de

defesa contra as pressões reais do trabalho (Dejours, 1999a). No hospital estudado tais defesas, me parecem, tomam a forma, por exemplo, das brincadeiras, da negação, da apatia ou indiferença, de certas formas de organizar o trabalho (Menzies, 1970), mas também assumem a forma de uma luta contra o “real” do trabalho, na forma dos jeitinhos/”transgressões” ou quebra-galhos” (Dejours, 1994; 1999b) ou ainda numa certa idealização do trabalho.

Ao lado das defesas individuais próprias ao funcionamento psíquico, descritas pela psicanálise, a psicodinâmica do trabalho desenvolve a noção de estratégias defensivas, que são “[...] *construídas, organizadas e gerenciadas coletivamente*” (Dejours, 1994:127) (grifo do autor) para fazer face ao sofrimento resultante do conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico. Tais estratégias defensivas têm como alvo a

[...] modificação, transformação e, em geral, a eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Tudo se passa como se, por falta de poder vencer a rigidez de certas pressões organizacionais irredutíveis, os trabalhadores conseguissem, graças a suas defesas, minimizar a percepção que eles têm dessas pressões, fontes de sofrimento.” (Dejours, 1994: 128)

Segundo o autor, tais estratégias funcionam, em geral, por um “retorno” da relação subjetiva com as pressões patogênicas. Assim, por exemplo, “*de vítimas passivas, os trabalhadores colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização diante da pressão patogênica*” (Dejours, 1994:128)

Cabe ainda recuperar a ressalva, destacada no primeiro capítulo deste trabalho, que o autor faz com relação a diferença de estatuto do sofrimento e do prazer, enquanto vivências subjetivas, individuais, que não têm validade fora do singular, do mesmo modo que a angústia, o desejo, etc, e das estratégias defensivas como uma produção coletiva.

Esses termos [prazer, sofrimento, angústia, desejo, amor ...] remetem ao sujeito singular, portador de uma história [...] de forma que não pode ser, em nenhum caso, a mesma de um sujeito para o outro. Parece, portanto, que vários sujeitos experimentando cada um por si um sofrimento único seriam contudo capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum. (Dejours, 1994:128)

Segundo o autor, tais estratégias funcionam como “regras”, pois supõem um consenso ou acordo partilhado. Enquanto os mecanismos de defesa individuais estão “interiorizados”, no sentido psicanalítico do termo – isto é, persistem mesmo sem a presença física de outros – a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo, por isso,

de condições externas. Dejours observa ainda que, do mesmo modo que nas defesas individuais, o resultado de uma estratégia de defesa coletiva é uma percepção irrealista da realidade. Esta última, no entanto, não chega a se configurar como um delírio precisamente porque a realidade construída é validada coletivamente. O autor reconhece que, da mesma forma que as defesas individuais contribuem para a construção das estratégias defensivas coletivas, estas apresentam um impacto sobre as primeiras cuja magnitude ou extensão ainda não é possível avaliar com precisão.

É essencial observar, a clínica o atesta, que ao participar de uma estratégia de defesa coletiva, o sujeito deve realizar uma harmonização de seus outros recursos defensivos individuais, para garantir a coerência de sua economia psíquica singular. Isto leva a sérias dificuldades ou tensões internas que podem aumentar a ponto de ocasionar perturbações importantes em seu funcionamento. [...] Esse problema do impacto da participação de uma estratégia coletiva de defesa na economia psíquica e somática do sujeito tomado isoladamente conduz a reavaliar o estatuto da realidade (e mais especificamente da realidade das relações sociais de trabalho) no funcionamento psíquico individual. Esse ponto delicado, que concerne ao impacto da psicopatologia do trabalho sobre a teoria em psicopatologia geral está atualmente em processo de avaliação. (Dejours, 1994:129-130)

As últimas considerações do autor indicam a complexidade (e a dificuldade da discussão) das questões envolvidas na relação entre defesas individuais e defesas coletivas, em sua produção e sua relação com a vida organizacional. O trabalho de Christophe Dejours guarda, com certeza, importantes pontos de contato com os trabalhos de Eugène Enriquez e de René Kaës, naquilo que nos interessa centralmente examinar, que são as relações entre os sujeitos singulares e as organizações, que podem ser tomadas como conjuntos intersubjetivos, coletivos voltados para a realização de um trabalho. Vimos, por exemplo, no capítulo anterior, o papel defensivo que o imaginário - no sentido de “imaginário enganoso”, dado por Enriquez (1994a; 1997) - de potência e proteção do hospital compartilhado pelos funcionários pode estar exercendo contra a vivência de desamparo e impotência que a precariedade das condições de funcionamento do hospital lhes suscita. Vimos também, ao examinarmos as representações sobre a população, e apoiando-nos nas contribuições de Fernandes (2003) e Kaës (1997), o quanto a utilização generalizada da categoria “carência” pode estar exercendo uma função de encobrimento, produto de uma aliança inconsciente entre os sujeitos, os funcionários, que teria a função de poupá-los (defendê-los) da percepção

dolorosa de suas semelhanças com a população atendida e, principalmente, do reconhecimento da violência simbólica (objeto último do pacto denegativo) a qual a população é cotidianamente submetida em sua interação com os serviços de saúde, reduzida, muitas vezes ao “não humano”.

Tratam-se de abordagens que compartilham a psicanálise como eixo de interpretação desses processos grupais e organizacionais, embora construindo leituras próprias do referencial psicanalítico, apoiadas em outros recursos de leitura diversos trazidos por estes autores. Aprofundar os pontos de interseção, assim como os de afastamento, entre elas é tarefa que ultrapassa não só o escopo do presente estudo, como a capacidade da pesquisadora. Aproprio-me com graus de “intimidade” diferentes dessas abordagens e em diferentes momentos da análise do material empírico, mas acredito que, a despeito dos limites com que são utilizadas, elas têm não só jogado importantes luzes sobre os fenômenos estudados como, muitas vezes, coincidido o foco, como é o caso dos mecanismos ou estratégias defensivas que os sujeitos singulares e os grupos lançam mão para garantir a manutenção dos vínculos que os ligam entre si e com as organizações onde trabalham.

Se neste momento da análise concentro o foco nas contribuições de Dejours é porque me interessa examinar a vida organizacional do hospital a partir de uma perspectiva mais processual e micropolítica do desenvolvimento dos processos de trabalho e do impacto que tais processos, e conseqüentemente seus resultados (no caso, o cuidado produzido) sofrem das formas (individuais ou coletivas) com que os trabalhadores buscam se defender ou reagir às pressões impostas ao trabalho por uma realidade tão adversa quanto a de um hospital público de emergência.

Assim, nesta perspectiva, duas questões ganham relevância, considerando os objetivos do presente estudo.

A primeira, importante para a análise dos limites e possibilidades da cooperação entre os trabalhadores de saúde, é que as estratégias coletivas de defesa não têm apenas um impacto no funcionamento psíquico singular, mas “[...] *tem um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão e sua estabilização.*” (Dodier *apud* Dejours, 1994:130) (grifo do autor).

A segunda, fundamental para a análise dos limites e possibilidades de produção do cuidado (e também de banalização do mal) nos serviços de saúde, é que se, por um lado, as defesas contra o sofrimento no trabalho são o que permite aos trabalhadores não enlouquecer a despeito das pressões que enfrentam no trabalho,

[...]a análise detalhada dessas estratégias mostra igualmente que elas podem contribuir para tornar aceitável aquilo que não devia sê-lo. Por isso as estratégias defensivas cumprem papel paradoxal [...] Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético [experimentado pelo sujeito por infligir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho] e não mais apenas psíquico. (Dejours, 1999a:36).

a) A pressão da demanda e a pressão para trabalhar mal

Uma das principais fontes de sofrimento para os profissionais e trabalhadores de saúde em geral na Porta de Entrada de um hospital de emergência reside, como já observado, na desproporção entre o volume e a diversidade da demanda e a disponibilidade de recursos e condições gerais para seu atendimento. Sofrimento que resulta não apenas do seu dilema em ter que decidir entre a urgência e o sofrimento, mas de ter que estabelecer prioridades entre casos muitas vezes igualmente graves e urgentes. O sentimento de impotência e a frustração por estar realizando mal o seu trabalho são constantes.

Hoje foi uma coisa estúpida! Eu atendi particularmente acho que uns cento e cinquenta pacientes, o colega também, e ela idem. Então, está voltando todo o caos de novo. [...] Hoje chegou uma hora que... eu estava quase entrando em pane, [...] porque os médicos têm uma taxa de quantos eles vão atender, uma taxa determinada, são sessenta por médico. E nós somos os bois ladrões, entendeu, nós atendemos quanto chegar. [ênfase] E aí, pô! Imagina! Cento e cinquenta pacientes passando! E você não tendo mais... eu... não dá para raciocinar! Nem que não seja... Eu gosto de ser assim, [...] A gente gosta de colher um histórico daquilo, né, e daqui a pouco vai ficando deficitário, e a gente não colhe nem mais ... histórico, porque a gente não tem mais cérebro, pra raciocinar! Então, isso também é uma coisa muito prejudicial, principalmente pra nós [...] Se tem limite pra ele, porque não pra gente? Eles raciocinam a mesma coisa que a gente! Só fazem ... óbvio, eles ... fazem o diagnóstico, prescrevem, mas nós também estamos fazendo a nossa consulta ali, ... até pra gente detectar o que é que ele tem, pra poder encaminhar certamente! ... (fragmentos do depoimento de uma enfermeira da Porta de Entrada durante entrevista em grupo)

O depoimento desta enfermeira, em parte já apresentado anteriormente, não só revela a ansiedade e o cansaço dos profissionais diante de uma demanda cujo volume ultrapassa sua capacidade de trabalho, mas seu sofrimento pela percepção de estar fazendo um trabalho mal feito, sem tempo para “raciocinar” e ouvir o paciente, “fazer um histórico” de seu problema, para poder encaminhá-lo com maior segurança. A intensidade da pressão para trabalhar mal – que ocorre quando, embora sabendo o que deva fazer, o trabalhador

[...]não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si [...] prejudicando assim a cooperação etc. Nas tarefas ditas de execução sobeja este tipo de contradições em que o trabalhador se vê de algum modo impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si. (Dejours, 1999a:31)

- está representada na metáfora dos “bois ladrões”, utilizada pela enfermeira para se definir e a seus colegas enfermeiros que trabalham na triagem. Sentem-se, como “bois ladrões”, apanhando, sendo maltratados pelo volume de trabalho e pelo poder corporativo dos médicos que, ao definirem para si próprios um limite de atendimentos, tensionam ainda mais o trabalho da enfermagem, que se vê obrigada a ser mais rigorosa na triagem e encaminhamento dos casos que atendem, todavia, sem limite. Atendem “o quanto chegar”.

Em estudo sobre os dilemas éticos enfrentados pela enfermagem no serviço de emergência de um hospital de Porto Alegre, Rosa (2001) observa que o momento de interação com o paciente durante a triagem coloca as enfermeiras diante da “obrigação moral de prestar cuidados”, a despeito da inexistência de condições para seu atendimento, como nos casos de superlotação do serviço, ou mesmo quando o caso não se enquadraria em critérios de urgência. O sentimento de solidão entre as enfermeiras pela responsabilidade da tomada de decisão sobre quais pacientes devem ser atendidos é freqüente. Pouco apoio recebem dos médicos, que as pressionam para conter o fluxo de pacientes e as muitas vezes as recriminam por “deixarem passar” pacientes não considerados, pelos médicos, casos de urgência.

Assim, a distância da triagem passa a ser uma situação cômoda [para os médicos] [...] Para as enfermeiras, esta situação tem outro significado, porque, diante do paciente, assumem a condição de dizer sim ou não e, a partir disso, precisam lidar com os conflitos dela decorrentes. (Rosa, 2001:64-65)

A autora ainda observa que as mesmas enfermeiras, quando não estão na triagem, mas em outros postos, como a sala de observação (no hospital em questão há um rodízio entre a enfermagem para assumir a triagem) tendem a ver a questão do acesso de outra forma.

Quando ela está na triagem, existe a convicção que o paciente tem que entrar, tem que ficar. E a reação dos médicos a incomoda porque não há uma valorização de sua avaliação. Mas, quando está na sala de observação pediátrica questiona a avaliação médica, criticando a decisão de deixar o paciente [quando a sala já está superlotada], só que desta vez é ela que está isenta da interação que se estabeleceu no momento da chegada do paciente. (Rosa, 2001:107)

A pressão para trabalhar mal, diante da desproporção entre o volume da demanda e os recursos disponíveis, fazendo parte do cenário cotidiano do serviço, **acaba sendo “naturalizada”** por alguns profissionais, como um enfermeiro, que chega a apontá-la como condição de agilização do atendimento. *“Tem dias que flui bem. Depende do perfil do médico ... se cumprir o horário certinho [refere-se à realização do atendimento no mínimo de tempo normatizado para uma consulta] não dá para atender: tem gente que olha assim e ... [imita o gesto de um médico prescrevendo rapidamente uma receita, e mal olhando o paciente].”*

Uma assistente social da Porta de Entrada queixa-se dos recepcionistas, que às vezes abandonam seu posto na recepção da emergência, mas procura logo em seguida minimizar esta falha pela pressão do trabalho:

Eu entendo recepção, que em recepção, a pessoa tem que estar na recepção sempre, entendeu, recepção eu acho que não pode estar vazia! Então eu acho que se sai uma recepcionista, o outro tem que estar... que é assim que funciona nas outras unidades! Se você vai numa clínica, tem sempre um funcionário na recepção! Mesmo que seja um! Tem sempre! E, às vezes você passa, e a recepção está vazia! Tudo bem, aqui existe muita cobrança! É muita gente que chega, às vezes o volante [refere-se ao recepcionista volante, que fica circulando entre a recepção e o interior do serviço de Emergência] está num lugar, e as pessoas chegam com uma ansiedade tão grande, que você até sai pra atender! Você vai ver o paciente ... ‘Ah, chegou no bombeiro!’ ... ‘Ah, chegou muito ...’. É uma ansiedade muito grande, a gente trabalha, realmente, com tensão e ansiedade. As pessoas chegam muito ansiosas. E às vezes descontam, né, são agressivas na maneira de falar...

Uma recepcionista volante, queixando-se das condições adversas com que realiza seu trabalho, diz que gostaria de poder estar fazendo mais, atendendo melhor, e observa: *“Tem limites ... o trabalho ... o hospital também tem limites, a direção ... chega lá em cima esbarra nos entraves político-administrativos ... eu fico entalada!”*

O cansaço, o sentimento de impotência a desesperança com a falta de recompensa pelo esforço se destacam também da fala de uma enfermeira, supervisora de enfermagem que, num encontro informal comigo, em um dia de superlotação da emergência, desabafou: *“A gente fica cansada porque se sente trabalhando muito e não vê resultados.”* Observou que a situação do hospital estava muito ruim. Para ela, aquele e outros hospitais *“já deviam ser interditados”*. Queixou-se da superlotação da emergência e contou que tiveram que montar equipes de enfermagem encarregadas das macas que ficam no corredor, dispostas espacialmente segundo a gravidade do caso, ficando os doentes mais graves, mais perto do posto de enfermagem.

Neste quadro de deficiências tão dramáticas, muitos profissionais se vêem tendo que se desdobrar, assumindo inclusive atribuições que extrapolam suas funções.

“Muita gente aqui assovia e chupa cana, porque você tem que fazer várias coisas.”
(médico pediatra, da enfermaria)

Uma assistente social da Porta de Entrada acha que acaba fazendo *“um pouco de tudo”* : *“[...] enfermagem, triagem, recepção [...] a Direção te chama o tempo todo ...”*

Para esta assistente social, a pressão para trabalhar mal tem como resultado um sentimento de desvalorização no trabalho, não reconhecimento profissional e, em consequência, depressão:

“Tem dias que não tenho vontade de levantar da cama para vir para cá [...]” Diz que fica pensando para quê fez tantos cursos, tanta formação, se não consegue aplicar o que aprendeu. *“Como você conciliar tudo que você sabe que deve ser feito e quando você chega aqui, quando você precisa, não tem chão? [...] Nós não estamos podendo fazer nosso trabalho [...]”* Dá o exemplo de uma tentativa frustrada de implantar um grupo de sala de espera no SPA, que não foi a frente devido ao excesso de demanda/superlotação do serviço. *“Esse projeto [refere-se ao Projeto Porta de Entrada] é assim: reunião demais [...] solução de menos [...] muita cobrança, mas não vem retorno: ‘olha, a gente construiu isso ...’”* Queixa-se da falta de reconhecimento de seu esforço e dedicação.

É interessante recuperar aqui o desabafo, já destacado, de uma médica ortopedista que, queixando-se sobre a precariedade das condições de trabalho e a pressão da demanda, utiliza-

se da mesma imagem de “não ter vontade de se levantar da cama para trabalhar”, sugerindo, como a assistente social, que os estados depressivos são uma das consequências da pressão para trabalhar mal e da falta de reconhecimento/valorização do esforço do trabalhador:

Você não sente vontade de levantar para trabalhar! A maioria das pessoas aqui reza pra acontecer alguma coisa pequena, tipo: torcer um dedo, quebrar um dedinho, pra ficar afastado! Todo mundo gosta mais de ficar afastado do que trabalhar. Isso é valorização de pessoal? (...)” Menciona então uma matéria recente de um jornal, revelando o quanto se sente pressionada, ameaçada: “(...) a quantidade de processos médicos está aumentando barbaaramente pela deficiência do setor público de saúde, porque é mais fácil entrar contra o médico do que contra o setor público e quando entra contra o setor público, o próprio setor público te autua, como co-réu. (...)

Alguns profissionais queixam-se mais especificamente do contato direto com o público como fonte de pressão, talvez maior do que a própria sobrecarga de trabalho.

Um cirurgião da emergência, chefe de plantão, queixa-se que há muita circulação de pessoas externas na emergência, diz que ali as pessoas têm livre acesso. “Aqui você tá atendendo com o acompanhante do lado ... só tem tumulto porque o acompanhante tá aqui dentro.” Queixa-se da planta, com várias entradas, que favorece este descontrole: “Quando fizeram a obra aqui o arquiteto esqueceu disto ...” Falando mais especificamente sobre seu trabalho, diz que atualmente opera muito pouco. Só grandes cirurgias. “O que a gente faz muito aqui é atendimento a acompanhantes e famílias ... a gente passa quase o dia todo falando com essas pessoas ...” Culpa as assistentes sociais que, segundo ele, “não sabem dizer não e que acabam empurrando os acompanhantes para os médicos [...] A maioria são queixas, na maior parte das vezes, infundadas ...” Em sua opinião, muitos acompanhantes, porque ficam junto na sala de atendimento, assistem, às vezes, à manobras dos médicos ou enfermeiros que impressionam e acham que o paciente está sendo maltratado. Observa que, nestes casos, costuma não reagir. Dá razão ao acompanhante, diz que falará com o profissional, “[...] pois não adianta discutir. O problema é quando a gente não tá bem ...”

Alguns profissionais, especialmente médicos, deliberadamente evitam o contato com familiares, procurando talvez fugir das cobranças. Certa vez, na emergência, observei uma médica chamar, em tom de brincadeira, um colega que se dirigia com pressa para o final do corredor, onde fica o repouso médico, pedindo-lhe que voltasse, dizendo-lhe que não

precisava “fugir”, no momento em que o breve “acesso” dos familiares aos pacientes internados na emergência havia sido liberado.

Uma assistente social da Porta de Entrada, queixando-se da inadequação do espaço físico da emergência, particularmente dos consultórios de atendimento de urgências logo na entrada do Pronto-Socorro, observa que se trata de um espaço sem a menor privacidade, tanto para o paciente quanto para o médico, onde *“dois médicos atendem na mesma sala, sem privacidade, com a população na porta, em pé no corredor, sem lugar para sentar, vigiando o médico, para saber se está atendendo, se parou ...”*

Uma médica pediatra do SPA, durante uma observação participante, contou-me que uma vez, ela e outra colega tiveram que pedir escolta da Polícia Militar para poderem sair do SPA. Já era noite e, segundo ela, já havia passado da hora de fechar o SPA. Os pacientes não entendiam que deveriam passar para o setor de emergência e não queriam deixá-las sair. Estavam “revoltados”. A médica me contou ainda um episódio ocorrido em seu último plantão. Disse que às vezes mal conseguem sair para o almoço e que naquele dia, quando ia saindo para almoçar, o pai de uma criança que aguardava na sala de espera perguntou-lhe, de forma arrogante, segundo ela, se ela já ia embora. Quando ela lhe respondeu que precisava almoçar caso contrário desmaiaria, ele lhe perguntou se ela iria demorar no almoço.

O relato desta médica sugere que, para alguns profissionais, a pressão da população, mesmo quando é um pouco mais sutil, ainda é vivida como uma agressão.

Do mesmo modo, uma assistente social da Porta de Entrada parece viver como uma agressão à sua pessoa a proximidade física com os pacientes ou acompanhantes (e a exposição pública de seus problemas) que são obrigados – pela falta de um lugar com maior privacidade - a se debruçar sobre o balcão da recepção para lhe contar seus casos. *“Às vezes a pessoa debruça-se no balcão para falar no meu ouvido [...] isso me agride [...] casos de violência contra criança, contra a mulher, [...] menor infrator [...] Não dá para falar na frente de todos [...]”*.

A vivência de uma ameaça à sua integridade (profissional/psíquica), parece resultar também de uma organização deficitária ou conflitiva do processo de trabalho das assistentes sociais, separando, entre o Serviço Social da Emergência e do Serviço Social da Porta, atribuições e rotinas muito próximas e que com frequência se confundem. Assim, reclamando da falta de uma sala em que possa atender os pacientes/familiares com privacidade, observa: *“Levar para onde? Venho aqui para dentro. [para uma das salas da coordenação da emergência ou a própria sala do Serviço Social da Emergência] Aí a pessoa não quer passar*

depois para outro profissional [para outras assistentes sociais da rotina, da emergência, que deverão cuidar dos casos uma vez definida a necessidade de internação do paciente] ... *e eu tenho que voltar lá para fora: ‘Sinto muito, eu sou dali e agora a senhora tem que falar com este aqui’.*” Refere-se a esta situação como a de um “*atendimento fracionado*”.

A pressão para trabalhar mal também é decorrente, como se sabe, da precariedade dos vínculos trabalhistas de muitos dos profissionais e dos baixos ou mesmo aviltantes salários pagos, de um modo geral a todos – funcionários públicos ou contratados – o que os faz acumular vários empregos. A consciência de que tal situação compromete a qualidade de seu trabalho e sua própria qualidade de vida é também uma fonte de sofrimento para muitos profissionais e um dos motivos de sua desilusão para com a profissão e/ou o serviço público.

Uma médica, com um ano de trabalho no hospital, para onde veio trabalhar através de concurso público, fala em sua entrevista de seu “*sonho*” em sair da faculdade e poder se “*dedicar a um hospital só e ao consultório*”. Conta, no entanto, que na realidade se vê obrigada a trabalhar em quatro lugares diferentes para poder se sustentar financeiramente e acha que “*não dá para fazer nada bem*”.

No mesmo sentido, um enfermeiro da Porta de Entrada se diz submetido a uma “*pressão psicológica*”. Conta que tem três empregos, um deles, inclusive, que o obriga a sair com frequência do município do Rio de Janeiro, tendo que ir a Resende e até a São Paulo. “*Torço para ver minhas filhas acordadas, quando chego do trabalho ...*”

Para alguns profissionais, especialmente os trabalhadores que ficam, na Porta de Entrada, “cara a cara” com a população que chega, como os recepcionistas e também os funcionários do registro, a pressão da demanda é potencializada pelas faltas, atrasos, omissões e outras situações geradas por outros profissionais, especialmente os médicos, e interpretadas pelos primeiros como “falta de compromisso” ou de cooperação. Espremidos entre a pressão da demanda e estas situações que, concretamente, resultam em negação ou obstrução do acesso da população ao serviço, os trabalhadores da Porta de Entrada vivem tais situações com ansiedade.

Em um dia em que observava a dinâmica de funcionamento da recepção da Emergência, vi quando a recepcionista de plantão no SPA atravessou o pátio e se dirigiu à assistente social de plantão que estava no balcão da recepção da Emergência. A gerente da Porta de Entrada ainda não havia chegado e a recepcionista veio pedir à assistente social uma orientação quanto ao problema que enfrentava no SPA. Até àquela hora, em torno de nove horas da manhã, nenhum clínico havia chegado e a população já estava reclamando, irritada

(o SPA abre às sete horas). A assistente social respondeu-lhe que tinha que aguardar, pois até aquele momento nem o chefe de plantão nem o coordenador da emergência haviam chegado também. A recepcionista, irritada respondeu: “*Já estou com 20 fichas [de pacientes já triados que aguardavam consulta para clínica geral]. Daqui a pouco eles vão tocar o maior rebu!*” A assistente social saiu, pedindo-lhe que aguardasse um pouco e a recepcionista olhou para mim e disse: “*Tem que esperar primeiro eles quebrarem tudo para depois fazer alguma coisa!*”

Em uma observação que fiz no Setor de Registro de pacientes da Emergência, um dos funcionários passou boa parte do tempo se queixando das dificuldades de acesso da população à assistência e reclamou da rotina da Porta de Entrada (triagem). Queixou-se dos médicos, de sua “*má vontade*” e, particularmente, dos ortopedistas que “*não querem atender*” e costumam, em sua opinião, arrumar pretextos para isso, como, por exemplo, saírem os três ortopedistas de plantão para a mesma cirurgia (esta é uma queixa recorrente entre os funcionários, como já observei anteriormente) ou não atenderem quando o paciente reside em um bairro fora da área de abrangência do hospital. Segundo ele, alguns ortopedistas reclamam e dizem a eles, funcionários do Registro, que não encaminhem estes pacientes porque não irão atendê-los. O funcionário observou então, em tom de indignação, “*não quero nem saber*”, encaminha os pacientes mesmo assim e “*eles (os médicos) que digam (ao paciente) que não vão atender*”.

Durante uma observação na sala da Grande Emergência (GE) pude conversar com uma médica, clínica, que se mostrou muito insatisfeita e frustrada não só com as condições materiais de trabalho, mas principalmente com o que caracteriza como “*falta de compromisso e omissão*” dos colegas, que acabavam se tornando para ela também fonte de pressão para trabalhar mal. Parecia também sofrer com a percepção que a acomodação àquela situação também a atingia. Todos acabam, segundo ela, se acomodando, bem como adquirindo certa indiferença às situações dramáticas que ali ocorrem no cotidiano.

Naquele dia, como em quase todos os outros, a Grande Emergência estava lotada. Além das inúmeras macas espalhadas ao longo do corredor, a sala da GE tinha 10 pacientes: 3 nos leitos próprios da sala e os outros 7 em macas, espremidas entre os leitos e também ao longo da parede, em frente aos leitos. Quase não havia espaço para circulação de médicos, enfermagem e demais profissionais de saúde. Vi quando os bombeiros chegaram trazendo um paciente. Entraram com ele na sala e eu tive que me espremer entre uma maca e um leito para que pudessem passar com a maca do novo paciente e transferi-lo para uma maca própria do hospital e encostá-la ao longo da parede da sala, na única “*vaga*” disponível. Depois desta

entrada, não havia mais lugar para nem mais uma maca na sala. Mal era possível se deslocar rapidamente ali dentro, caso houvesse necessidade de uma intervenção rápida em algum paciente.

A médica se queixava de ter que atender os pacientes no corredor e na frente dos outros pacientes. Falava dos pacientes graves que chegam ou que complicam na frente dos demais: “*edema agudo, infarto ..*” (A emergência do hospital não tem uma “sala de parada”, isto é, para intervenção em casos de parada cardiorespiratória. Os procedimentos de reanimação do paciente são feitos na própria sala da GE ou de “politrauma”). Queixava-se de ter que realizar determinadas manobras diante dos outros pacientes, que assistem a tudo e devem imaginar, segundo ela, que um dia pode estar acontecendo com eles. “*Vêem os outros morrerem e imaginam que poderão ser os próximos*”, enquanto, segundo ela, testemunham o modo indiferente com que os funcionários lidam com a situação: “*Morre e empacota ... plástico preto*³⁰ ... *continuamos conversando, cantando ...*”

Insistia também na necessidade de que os médicos passassem, pelo menos 2 visitas por dia. Acha que podiam se organizar para olhar os pacientes também à tarde, às 15:00, pois a maioria ali é de pacientes graves. No entanto, reconhecia o quanto há resistências e dizia que não adiantava brigar: “*Para que vou me indispor com colegas para passar visitas duas vezes por dia?*”, justificando-se por também acabar se acomodando. “*É como a superfície do lago: por cima está calmo. Ninguém quer agitar esta água*” Mais adiante, confidenciou: “*O próprio médico chefe do plantão me ameaçou de me tirar deste plantão caso eu continuasse criando marola (...)* ninguém quer agitar a superfície, quando tá todo mundo feliz: os funcionários; não os pacientes!” Para ela, “*(...) a gerência, a direção, não cobra e se cobrar tá arriscado a sair ...*” Neste depoimento, podemos ver que **a pressão para trabalhar mal não é apenas o resultado das contingências que cercam os serviços públicos, mas pode ser o resultado da ação deliberada de um trabalhador contra outro (ou de um superior hierárquico).**

O depoimento contundente de uma enfermeira sobre como se sente trabalhando na Porta de Entrada do hospital reúne grande parte dos sentimentos associados ao sofrimento dos trabalhadores da Porta de Entrada, diante da pressão da demanda e de tantas fontes de pressão para trabalhar mal. A impotência, a depressão e a demanda do profissional por cuidado se destacam como expressões deste sofrimento:

Eu me sinto, assim, tem horas, que eu me sinto, assim, até incapaz [ênfase]. Eu me sinto assim porque eu vejo tanta coisa em que a gente não pode resolver, que eu me sinto, muito assim, é... como eu vou falar, quais são as palavras para falar... é ... muito depressiva, assim, muito com a situação, que são “n” situações, e que te comovem, entendeu, que mexem com o teu eu, de você não poder ajudar aquela pessoa. Vontade não falta, mas... eu fico, eu me sinto assim, muito... isso daí também pra gente, seria bom, que de vez em quando, os enfermeiros fossem vistos pela qualidade de vida, tá? Para você cuidar, para você poder descarregar aquilo que você recebe ali. Entendeu? Porque existem “n” cobranças, existem cobranças, nós somos muito cobrados, tanto os enfermeiros, quanto os médicos, somos muito cobrados. Só que, ali, a gente faz o melhor possível ... Porque a gente está trabalhando com vidas! Então, a gente... quando não dá para a gente fazer um serviço bom, do jeito... eu saio daqui chateada, quando não dá pra mim fazer um bom trabalho. Entendeu? Quando não dá pra eu verificar uma pressão, porque eu tenho que passar os pacientes direto... isso aí me dá muito... eu fico muito chateada com isso! E tem horas que eu preciso, tem horas que eu paro, e preciso ... gente... outro dia mesmo eu estava conversando com o meu colega: ‘Nós precisamos... também passar pelo... pelo psicólogo, pra gente poder conversar, falar’. Entende? Independente de ser colega de trabalho ... Então isso aí a gente recebe muita carga.

Em outro trecho de sua entrevista, percebe-se o esforço que faz, neste cenário, para preservar, narcisicamente, alguma ilusão de potência e não sucumbir, mesmo que apoiada no paradoxo que nega sua capacidade (sua condição) de “ser humano” e a afirma onde ela falta, como profissional:

Você não pode deixar de atender! Entendeu? Então o problema é esse! Então, eu me sinto assim muito incapaz ... não incapaz assim profissionalmente, incapaz como ser humano! Porque profissionalmente, não, senão nós não estaríamos lá onde nós estamos, né? Então, como profissional, não, porque a gente tenta resolver da melhor maneira possível, e sempre consegue resolver, agora, como ser humano, a gente fica assim muito triste, muito triste mesmo...!

³⁰ Refere-se à preparação usual dos cadáveres, que são colocados em um envoltório de plástico preto.

b) A vida por um fio: incerteza e não-saber como fantasmas constantes

Outra importante fonte de sofrimento, na verdade, de angústia para os profissionais na porta de entrada de um hospital de emergência é, como já observado, a possibilidade de “não ver”, não identificar e não intervir a tempo em um caso de risco de vida ou de urgência, que exija intervenção imediata. A situação de superlotação, filas e aglomeração constante de pessoas, aliada às deficiências de pessoal e aos problemas de organização e gestão do processos de trabalho de recepção e triagem, podem obstruir, como visto na seção anterior, o olhar sobre a demanda, aumentando a angústia dos profissionais.

No entanto, como também já observado, há casos ou situações em que “*não é possível mesmo ver*”, há uma margem irredutível da insuficiência do olhar dos serviços/profissionais sobre a demanda. O reconhecimento (em tese) desta irredutibilidade não poupa, todavia, de sofrimento os profissionais. O medo de falhar se mantém nas situações concretas, onde nem sempre é fácil distinguir entre as “falhas do sistema” - as decorrentes das limitações dos recursos materiais e tecnológicos e do modo como estão organizados e são geridos – e os limites definidos pela experiência, conhecimento, competência e, também, disposição do profissional.

Além disso, deve-se considerar que a própria natureza dos serviços de emergência, onde “tudo”, “qualquer coisa” pode chegar, pode bater à porta, a qualquer hora do dia ou da noite, coloca os profissionais cara a cara com o imprevisto e o desconhecido, testados incessantemente em sua capacidade de resposta. A impossibilidade de antecipação ou de controle é uma constante.

Um enfermeiro da Porta de Entrada conta, inconformado, o caso de um homem que infartou na fila de espera para o SPA. Lamentava, e de certa forma se culpava, pela lentidão do diagnóstico. “*Você tem que ser rápido no diagnóstico ... aquilo me revoltou pelo tempo que perdeu!*” Para ele, trabalhar na triagem “[...] *é ser rápido e torcer para sair vivo ..*” (a última observação contém uma ambigüidade que remete simultaneamente à possibilidade de evitar a morte do paciente e a própria – simbólica, perante os fracassos, e concreta, diante da agressividade da população).

O depoimento de uma enfermeira da Porta de Entrada revela a angústia diante do desconhecimento, do “tudo” que pode chegar – angústia perante a incerteza e o desconhecido – e também a angústia perante a fragilidade e falibilidade dos mecanismos e critérios de identificação e priorização dos casos. O não saber se coloca aqui como um fantasma

constante. Há sempre algo que “escapa” aos critérios e aos instrumentos de diagnóstico e de priorização.

Chega de tudo! De tudo, de tudo o que você pode imaginar, desde um infarto, entendeu? Então a gente procura... Quando chega uma pessoa assim: ‘Ela tá passando mal!’, você procura ver: ‘Ela tá passando mal, como? O que é que tem?’ Porque às vezes você está passando mal, e a pessoa não... entendeu, só é aquele pra passar a frente de todo mundo. Chegou um rapazinho e: ‘Meu colega tá passando mal!’ Aí eu: ‘Deixa eu acabar de atender este paciente, que eu já vou atender...’ - foi semana passada - Aí ele falou assim: ‘Olha, mas ele tá suando muito!’ Aí eu: ‘Êpa!’ Aí eu pedi à pessoa, rapidinho, mandei ele entrar. Quando eu mandei ele entrar, ele tava sentado, ... um monte de sangue, ele tava pálido, ... hemorragia digestiva.... Quer dizer, se eu der mole pra atender aquele paciente? Mas é isso que a gente faz... é nível prioridade. [Observo o quanto deve ser difícil ficar olhando a fila] Difícil! Porque você não conhece a pessoa, porque tem as doenças objetivas, e as subjetivas! Às vezes você pode falar pra uma que está com uma dor intensa, e não está com dor intensa! É difícil. Você não pode ... [...] Macroscopicamente você não está vendo o que deve ser, o que é que está acontecendo [...] É muito duro, isso! Que às vezes você vai falar: “Ah, eu não vou priorizar, porque... De repente você não prioriza, e a pessoa tá falando a verdade!

A incerteza e o não-saber em que o profissional se encontra nestas situações de risco de vida parecem ser, por alguns profissionais, atribuídos aos (depositados nos) pacientes, provavelmente como uma forma defensiva de lidar com uma situação vivida como fracasso profissional. É o que sugere o depoimento de outra enfermeira da Porta de Entrada:

Porque muitos pacientes são é ... é ... ignorantes. Ignorantes que eu digo no sentido mesmo de não saber ler, né, de não absorver a informação... Quando você fala: ‘Pega essa ficha e entrega ali no balcão da emergência’, quando você vê, o paciente já tá lá no ambulatório, como já aconteceu comigo, enquanto profissional. O paciente infartando, aparentemente ... o cara compreendeu o que eu falei. Mas depois que eu vim saber que ele não sabia ler, que tinha dificuldade em absorver informação. Ele, infartando, foi parar no ambulatório. A sorte, né, dele, e minha, principalmente, enquanto profissional, e com o carimbo lá, é que ele foi atendido logo pela Porta de Entrada do ambulatório, os colegas observaram que ele tava ... no local errado, e encaminharam ele ao local certo.... Então, quer dizer, nós que estamos ali temos que ter o máximo de cuidado, em relação à saúde dele, ao social dele, se ele sabe se comunicar, se ele

absorve a informação... quer dizer, não é mole você atender, ficar atenta ... com mais de cem pessoas para você atender.”

O duplo desafio, de atender - dar conta de um volume imenso, “estúpido”, de casos – e, ao mesmo tempo, ficar atento – isto é, dar conta de identificar as urgências e riscos de vida, encaminhar adequadamente os casos mais graves – é geralmente vivido com mais ansiedade nos casos de crianças, principalmente por sua maior fragilidade e instabilidade e também pela pressão dos pais.

E aí a gente fica, pô, o cara quer ser visto, tá com febre, ou enfim, o que for... o que é que a gente vai falar? ‘Não, volta aí amanhã ... volta aí não sei mais o quê...’? Principalmente criança, que é uma coisa muito... periclitante, a gente avaliar criança, porque hoje ela está bem, amanhã ela está morta!... Entendeu? Só o pediatra é que pode ter esse respaldo, e eu não boto... enfim... nem os colegas, eu acho que fazem essa loucura, de mandar uma criança com febre embora, mesmo que comece hoje! E eu já tenho... eu acho que é meio que inviável! E a mãe já questiona! O adulto, não: “Ah, tudo bem ... ah, não sei o quê ...”, mas a mãe já cai de pau! A mãe e o pai: “Pô, meu filho!, Não sei o quê!” Enfim, o problema não é a criança. O estado geral da criança está maravilhosamente bem; mas está com febre, a mãe quer ver!

Para os médicos da emergência, diferentemente dos enfermeiros e recepcionistas, talvez a maior fonte de angústia não seja tanto a possibilidade de não identificar a tempo os casos de risco de vida ou graves, mas a possibilidade de intervir com êxito sobre os mesmos, isto é, a possibilidade de evitar a morte. Estar de plantão num Pronto-Socorro é estar sempre sendo testado, de modo imprevisível, quanto a esta capacidade, é estar sempre, como observou uma médica, “numa certa adrenalina”.

Com um ano de trabalho no hospital, para onde entrou através de concurso público, esta médica conta que chegou a trabalhar na Emergência por três meses e logo conseguiu, “graças a Deus”, ser transferida para a enfermaria. Compara assim as duas realidades de trabalho:

Aqui eu não me canso tanto. Venho, faço as coisas, posso até me preocupar, me estressar com alguma coisa, mas não é que nem na emergência [...] que chega qualquer coisa, né? E é um estresse! Você fica sempre naquela ansiedade. De madrugada a gente faz horário sozinho, né? Devem ter falado isso com você. [refere-se ao esquema, entre os plantonistas, que dividem o plantão por intervalos de horas

para que possam dormir]. *A gente faz um esquema de horário, faz horário sozinho. Então você tá ali, acordado e esperando chegar qualquer coisa. Então ... tu fica ... eu sou muito assim, né, assim de ficar esperando, naquela ... então tu fica numa certa adrenalina, né? Não sei se é porque eu ainda estou nova na profissão, depois a pessoa fica mais tranqüila, relax, mas fica naquilo ... chega parada [parada cardíaca], chega tiro ...*

c) Lidando com a Violência

O espaço do SPA e da Emergência, especialmente sua Porta de Entrada é, sabidamente, um espaço atravessado pela violência, em suas mais variadas formas. Esta não é, obviamente, uma característica exclusiva do hospital estudado, nem talvez se apresente com a mesma magnitude de outros hospitais de emergência maiores, mas ali também se manifesta intensamente, como vem sendo mostrado neste estudo, e produz efeitos sobre os profissionais e as possibilidades de cuidado.

Dois estudos etnográficos - uma dissertação de mestrado (Skaba, 1997) e uma tese de doutorado publicada em livro (Deslandes, 2002) – analisam o impacto do aumento de atendimentos nos serviços de emergência do Rio de Janeiro derivados da violência social sobre a dinâmica de funcionamento desses serviços, as relações/processos de trabalho e seu significado para profissionais e usuários.

Os eventos decorrentes da violência social têm especial significado para quem atua no setor de emergência. Estes eventos nos colocam diante de uma insuportável incerteza na vida. Foi bastante presente nas entrevistas o desgaste em saber que todos podemos ser vítimas de um acidente de trânsito, de um assalto ou de uma agressão.”
(Skaba, 1997:106)

Aqui, o fantasma da incerteza que examinamos no item anterior, relativo ao risco de vida dos pacientes e à capacidade dos profissionais para evitar as mortes, volta-se para o próprio profissional, que identifica, na morte ou no risco de vida do paciente pela violência urbana, não só sua total vulnerabilidade e a possibilidade de sua própria morte - questão sempre colocada para qualquer profissional de saúde - mas a absoluta aleatoriedade desta, razão última de seu desamparo.

No estudo de Skaba (1997), também podemos verificar que o sentimento de impotência cotidiana que, conforme temos apontado, aflige os profissionais da Porta de Entrada diante da enormidade da demanda, é exacerbado, especialmente entre os profissionais do setor de emergência, propriamente dita, pela extrema gravidade dos casos e estado de dilaceração dos corpos, produzidos pela violência urbana:

[...] a violência social exacerbada que vivemos hoje traz também um elemento potencializador do sofrimento para estes profissionais: a impotência. 'É uma medicina de guerra... O que você vai fazer com um cara que leva um tiro de AR-15?... Você pega um cara que pega um carro, desses carros novos que fazem 200 milhas. Aí bate... Quando se arrebenta não tem o que fazer! É catar os pedacinhos, botar num saco e entregar ao IML, porque você não tem muito o que fazer...' (enfermeira) (Skaba, 1997:108)

Em outro momento, a autora observa que apesar de toda a violência e adversidades a que estão expostos e da tradicional rotatividade elevada de pessoal no setor de emergência, muitos profissionais não pensam em sair deste setor. Trata-se, segundo uma enfermeira que entrevistou, de um vício: **o vício da adrenalina**.

Faz-se necessária, obviamente, uma discussão mais aprofundada sobre os vínculos que ligam os profissionais a este trabalho, as defesas contra o sofrimento de que lançam mão, bem como do prazer que possam sentir no trabalho específico da emergência, especialmente do atendimento ao trauma. Em nosso estudo encontramos muitos profissionais com muitos anos de emergência e que também gostam do que fazem. Outros não suportam a “adrenalina”, metonímia também presente na fala anteriormente destacada da médica recém concursada que, com três meses de emergência, deu “graças a Deus” porque conseguiu subir para a enfermaria. Os determinantes dessas escolhas são, certamente, complexos, mas especificamente com relação a esta situação de “medicina de guerra”, devemos considerar também que ela, como toda a guerra, não só produz impotência, mas potência. Na emergência do hospital estudado, os profissionais apresentam imagens tão contraditórias quanto impactantes a respeito de si mesmos e do trabalho que realizam, como: “*aqui somos todos pobres coitados*” ou “*aqui todo mundo é herói*” – esta última observação, feita por um médico que, juntamente com uma enfermeira, conversavam comigo sobre a precariedade das condições de trabalho e me contavam, com orgulho inclusive, manifesto principalmente na fala da enfermeira, como haviam conseguido dar conta, havia poucos dias, de atender a 12 policiais militares baleados numa emboscada que haviam chegado ao hospital praticamente à

mesma hora que as vítimas de um acidente de ônibus. Deste modo, penso que **os profissionais da emergência viveriam não só a condição de impotentes e seqüelados psiquicamente pela violência social, mas heróis dessa guerra urbana**, mesmo que frágeis heróis - ou “frágeis salvadores”, como a eles se refere Skaba (1997) ou “frágeis deuses”, como os denomina Deslandes (2002).

Em estudo etnográfico a respeito de como a problemática da violência na sociedade é enfrentada pelos serviços de saúde, tendo como foco principal seus impactos sobre os processos de trabalho em dois grandes hospitais de emergência do Rio de Janeiro, Deslandes (2002) observa que “[...] *a emergência e seus agentes convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: como demanda de atendimento/trabalho e como forma de relação entre profissionais e clientela.*” (Deslandes, 2002:24)

Ao examinar o significado, para os profissionais, da violência como demanda de atendimento nos serviços de emergência, a forma como a representam e o modo como respondem a esta demanda, a autora constata que

[...] a violência como demanda de atendimento é recebida muito positivamente pelos profissionais. Os casos de violência constituem uma demanda genuína do trabalho de emergência e representam, para seus profissionais, a satisfação de exercer suas habilidades e conhecimentos.

Por outro lado, a violência não é reconhecida, no campo da prática profissional, como questão socialmente ampliada e que requer ações do poder público e de seus agentes para enfrentá-la. O vínculo de ‘solidariedade aos pobres’ [que a autora, citando Cohn (1992), observa reproduzir certo traço de paternalismo na relação institucional com os ‘carentes’, ao invés de reconhecê-los como cidadãos, portadores de direitos] não é suficiente para manejar situações mais ambíguas, podendo entrar em crise, por exemplo, quando o sujeito a ser atendido é um ‘pobre’, mas envolvido em práticas ilegais, interferindo, então, outros mecanismos sociais de seleção das ‘demandas mais justas’ ou ‘prioritárias’. (Deslandes, 2002:76)

A autora demonstra que a interação dos profissionais com os vários sujeitos que encarnam as múltiplas possibilidades de violência urbana – desde a criança vítima de violência ao bandido capturado pelos profissionais, passando pelas vítimas ou agentes de acidentes de trânsito e de crimes passionais, assaltados e assaltantes, policiais feridos, entre outros – será diferenciada. “*Distintas serão as estratégias de comportamento, sentimentos e reações.*” (Deslandes, 2002:137). Assim, por exemplo, as vítimas de arma de fogo são as que mais levantam suspeitas entre os profissionais, havendo uma atribuição implícita e apriorística

de culpa pois, com exceção das que chegam trazidas por policiais e identificadas como “bandidos” (os chamados “custodiados”) , todos reivindicam o papel de vítima, na tentativa de obter a “boa vontade” dos profissionais durante o atendimento e também de despistar uma provável ocorrência policial.

Especificamente com relação aos custodiados, os profissionais enunciam, segundo a autora, um grande temor, não propriamente com a sua presença, mas com as consequências de sua estadia, como medo de uma invasão do hospital por grupos aliados para resgatá-los ou inimigos para matá-los (“terminar o serviço”) - temor que encontra fundamento em situações reais já vividas por vários hospitais da rede pública, freqüentemente noticiadas pela imprensa, e aqui já referidas através do depoimento de uma das médicas entrevistadas.

O custodiado traz consigo o peso e a ameaça das organizações policial e criminosa. Em outros termos, ele não está só. [...] Nessas situações, uma vez que é obrigatório o socorro, os profissionais desenvolvem informalmente a estratégia de agilizar, tanto quanto possível, seu atendimento. [...] a fim de possibilitar a saída do setor de emergência também o mais rápido possível. (Deslandes, 2002:139).

A autora também identifica claramente - apesar de ser um tema polêmico e desconfortável entre os profissionais, cujas falas oscilam entre uma “*moral social repleta de rancor e um discurso ético-profissional*” (Deslandes, 2002:141) - uma espécie de “código oculto” entre os profissionais com relação ao atendimento diferenciado de pacientes considerados ou classificados como “bandidos”.

Eles admitem que haverá alguma discriminação no atendimento quando, numa situação de competição de recursos, aquele sujeito visto como ‘bandido’ concorre com uma ‘pessoa de bem’. Tais recursos podem ser, por exemplo, a atenção da equipe, a utilização do centro cirúrgico, o consumo de sangue. Alguns entrevistados admitem que nessas situações aquele indivíduo, visto como ‘bandido’, não será a prioridade. (Deslandes, 2002:141)

Deslandes ainda destaca alguns depoimentos que admitem – nestes casos sempre remetendo a outros, a “certos profissionais”, tais decisões – posturas de clara discriminação, entre elas, “[...] ações que poderiam ser classificadas como punitivas em relação àqueles que foram reconhecidos como marginais e que seriam realizadas, por exemplo, através do expediente de

deliberadamente fazer com que esperem o máximo possível pelo atendimento necessário.”
(Deslandes, 2002:143)

Deslandes também observa nos depoimentos coletados que a discriminação em termos de ordem de prioridade também se exerce sobre a “população de rua”. Suas hipóteses convergem para o que temos encontrado no presente estudo.

Podemos supor que os indivíduos que vivem nas ruas, em situação de mendicância, causem repulsa aos profissionais de saúde pelo mau cheiro, sujeira de seus corpos e embriaguez. Temos como hipótese que todos aqueles que estariam em situação de ‘marginalidade’, seja qual for o julgamento que isto signifique, poderiam ser merecedores de indiferença ou tratamento hostil. [...] Aos poucos, os mecanismos de identificação discriminatória se costuram e neles se justapõem os estigmas: o negro, o miserável, o bandido. Sutilmente vão se tornando mais seletivos e preconceituosos os parâmetros de tratamento humano. Em uma sociedade fundada na naturalização da desigualdade, constrói-se um amálgama entre pobreza e criminalidade, entre pobreza e desvalorização moral e social.
(Deslandes, 2002:144)

Ainda assim, segundo a autora (citando o depoimento de uma auxiliar de enfermagem que procurava dar esperanças a um bandido baleado pouco antes de morrer e se comoveu com o sofrimento de sua mãe e irmã) “[...] *alguns profissionais não perdem a capacidade de se colocar no lugar desse outro, de perceberem, perplexos, a amplitude e a fragilidade de todos diante da violência.*” (Deslandes, 2002:140)

A autora não explora os processos que estariam levando a este “se colocar no lugar desse outro” tão radicalmente diferente - situação bem menos freqüente entre seus achados, que apontam, ao contrário, para uma “seletividade” da comoção e solidariedade do profissional com os pacientes vítimas (ou agentes) da violência urbana, pautada numa “identificação sócio-cultural” ou “identificação seletiva” com o paciente e no “julgamento moral” que o profissional fará a respeito da situação de violência e da pessoa envolvida.

Ainda que reconhecendo a correspondência empírica entre as descrições e conclusões da autora e a grande maioria das situações observadas em outros serviços, acredito que, aqui, o tratamento “sociológico” ou “antropológico” do conceito de identificação não é suficiente para dar conta dos processos identificatórios (inconscientes e ambivalentes) [Freud, 1976 (1921)], assim como das angústias mais primitivas que podem ser desencadeadas no contato com o outro na relação assistencial (Menzies, 1970), especialmente em situações extremas

como as encontradas nos serviços de emergência, como a iminência da morte, a mutilação/destruição de partes de seu corpo ou a exposição pública e descuidada de sua nudez e fragilidade nos corredores das emergências. Uma leitura psicanalítica desses processos é necessária a esta discussão.

De todo modo, as observações de Deslandes abrem importantes caminhos para a reflexão sobre a relação entre trabalho, sofrimento e cuidado nos hospitais de emergência, não apenas no que diz respeito ao atendimento dos casos de violência. Neste sentido, é interessante destacar mais algumas de suas observações e conclusões.

Ao contrário do que se possa imaginar, a convivência com vítimas de agressões, embora freqüentes, diríamos até diária, não gera necessariamente uma atitude mecânica de banalização da violência. Algumas situações são tão marcantes para a biografia do profissional, seja pelo desafio técnico diante da gravidade das lesões, seja pela comoção que causam, que desencadeiam um forte apelo de solidariedade. [...]

Poderíamos sintetizar a postura forjada pelo profissional no cotidiano das práticas de emergência em dois desafios. O primeiro é ficar insensível diante da recorrência de tantas situações semelhantes. O segundo é ter a concreta necessidade de se acostumar para não sofrer a cada novo episódio, o que afetaria a sua própria capacidade de intervenção técnico-profissional. Entre a 'frieza humana', da falta de solidariedade, e a 'frieza profissional', necessária para atuar, muitos desenvolvem uma 'comoção' seletiva, permitindo-se emocionar somente diante de algum tipo específico de situação ou de vítima, como nos casos de violência contra crianças. (Deslandes, 2002:140)

O estudo de Deslandes não tem a violência entre profissionais e usuários dos serviços – ou a violência contra os profissionais – como questão central, no entanto, também a problematiza, confirmando alguns elementos que temos observado. Segundo a autora, vários são os estudos internacionais que demonstram que os serviços de emergência constituem um espaço propício a conflitos e agressões. Esta não é uma característica restrita à realidade brasileira, mas aqui ganha especificidades.

Poderíamos aventurar algumas hipóteses, tais como: 1) a emergência, pela iminência da morte, é um ambiente carregado de tensão e sofrimento, [...]; 2) a emergência, pelas características já descritas, apenas potencializa o nível de violência circulante naquela sociedade; 3) a emergência tornou-se a entrada lateral dos sistemas de saúde que já não garantem o acesso universal à assistência. Por

esse atalho tentam entrar todos os que necessitam de atenção médica, sobrecarregando a disputa acirrada por recursos escassos. Acreditamos que os parâmetros dos conflitos e agressões nas emergências cariocas ainda agregam o fator fundamental de exclusão social de uma boa parte da população usuária. Assim, a emergência manifesta o desespero daqueles que não contam com os consultórios confortáveis, com a consulta em hora marcada [...] a aflição dos que peregrinam por muitos serviços, quase implorando um atendimento, sendo desrespeitados como cidadãos a cada negativa que recebem. (Deslandes, 2002:136)

A autora reconhece que neste contexto, população e profissionais, colocados em oposição, são vítimas das mais diversas formas de violência - física e simbólica. *“Pelo lado dos profissionais, estes se tornam, com seus corpos e subjetividade, alvo da ira daqueles que ousam protagonizar uma resposta imediata a tanta indiferença. Vítimas reincidentes da violência, cada um a seu termo é perpetrador de mais violência.”* (Deslandes, 2002:137). No entanto, a autora adverte para a não equivalência do peso da violência exercida por cada um desses protagonistas.

[...] os profissionais acabam por incorporar, de forma inconsciente ou contrariamente ao que desejariam o mesmo arcabouço de poder, invisível e indiferente, que a organização hospitalar e a estrutura organizacional do sistema de saúde lhes conferem. Um poder precário e frágil, mas ao mesmo tempo despótico. (Deslandes, 2002:137)

No hospital estudado são muitos os relatos e queixas a respeito da agressividade da população, incluindo, como aqui já mencionado, além de ameaças, casos de agressão física contra os profissionais. A referência feita por um enfermeiro, também já destacada, ao Projeto Porta de Entrada como “Projeto Tapa na Cara” metaforiza a situação de exposição à violência em que se encontram os profissionais. Neste sentido, o que encontramos no Hospital “João Silva” não difere essencialmente dos achados de Deslandes (2002) em dois outros hospitais de emergência do Rio de Janeiro nem, certamente, da realidade em geral dos hospitais públicos de emergência nos grandes centros urbanos brasileiros.

O que me interessa aqui destacar, no entanto, é não só a forma como os profissionais e trabalhadores em geral do hospital estudado percebem e representam a violência da qual são alvo, mas como reagem a ela ou como “lidam” - do ponto de vista objetivo e psíquico - com esta que, seguramente, é mais uma fonte importante de sofrimento do trabalho no hospital de

um modo geral, mas especialmente em sua Porta de Entrada, talvez até mesmo maior, para aqueles que estão na porta propriamente dita, que o sofrimento decorrente do contato com as vítimas da violência urbana que, pelo que foi discutido até aqui, talvez apresente maiores repercussões para os que trabalham nos corredores e salas da emergência.

Uma primeira descoberta (e que ainda carece de uma maior reflexão para compreendermos seus determinantes) é que, **com a única exceção de uma recepcionista da Porta de Entrada, nenhum dos profissionais com os quais conversei informalmente ou entrevistei, diz, explicitamente, sentir medo.** “*Quando entrei [refere-se ao momento em que começou a trabalhar no hospital] senti medo ... até hoje. [...] O médico chega pra gente e diz que não vai atender. ... alguns [usuários] batem no balcão ... outros até agredem [fisicamente].*” Em sua entrevista, esta recepcionista parece se empenhar em destacar, em vários momentos, o quanto procura falar educadamente com o público: “*A gente, sempre falando com educação, a gente vai receber educação em dobro.*” O esforço (ou empenho) de falar educadamente com o público, especialmente nesses momentos de conflito e confronto, talvez seja a forma possível, para ela, de lidar com (se proteger da) violência que ameaça diariamente o trabalho na Porta de Entrada do hospital.

Por maior que seja a ameaça ou a vivência de risco de exposição a atos de violência por parte dos pacientes, de acompanhantes ou de usuários em geral, os profissionais não falam em medo. Expressam, no máximo, o “estresse” ou o “incômodo” a que são submetidos neste tipo de situação, referida como “difícil de lidar” ou “barra” (“barra pesada”).

Uma médica (cuja entrevista já teve alguns fragmentos aqui registrados - a que deu “*Graças a Deus*” por ter conseguido, em pouco tempo, sair da emergência e ir para a enfermaria) fala muito, ao longo da entrevista, de seu “incômodo” com a agressividade da população e de seu sentimento de “insegurança”.

O grande desafio, a meu ver, é lidar mesmo com o público, sabe? É um grande desafio. Porque as pessoas têm ... cada um tem uma expectativa diferente, né? [...] e a gente atende a uma população mesmo carente, e às vezes ignorante. Uma coisa que me incomodava na emergência é as pessoas, a agressividade que às vezes ... ela já chegava pra gente com agressividade. Isso me incomodava um pouco ... pessoas de baixa renda, que já passaram por outros locais e não foram atendidas, chegam aqui com uma revolta, né? Então, às vezes chegam agressivas mesmo, com você! Você se sentia até mesmo confrontada com aquilo [...] Difícil lidar! E, a nível de segurança, eu acho a gente é muito inseguro. Isso me incomoda muito aqui no hospital, né? [...] Se um dia chegar, sei lá, um maluco e der tiro em

todo mundo ... acho isso totalmente plausível de acontecer ... em hospitais acontece ... infelizmente o perigo está em todos os lugares.

Ainda que a o sentimento de insegurança da jovem médica possa encontrar respaldo nas situações (reais) aqui já referidas de invasão de hospitais por bandidos para resgatar ou matar pacientes custodiados, um trabalho de Losicer (2003) nos fornece algumas pistas para lê-lo de outra forma e refletirmos sobre a não explicitação do medo nos discursos dos vários profissionais do hospital. Em seu trabalho o autor analisa o “pensamento da segurança” e a “cultura da insegurança” como, respectivamente, o conjunto de princípios em que se fundamenta a política do Estado para a segurança pública e que, na sua disseminação global tende a constituir a essência do “pensamento único” e, a segunda, a insegurança, como expressão faltosa do primeiro que tende a se infiltrar em todos os registros da vida. “*A questão da segurança e seus lapsos varre todos os territórios existenciais, comparecendo como confessada falha pessoal, privada, ou como falha pública denunciada no poder do Estado*” (Losicer, 2003:7) O autor procura demonstrar então

[...] uma certa relação de oposição entre a insegurança e o medo, que faz com que a expansão geral do sentimento de insegurança desative as funções defensivas e mediadoras do medo, colocando o sujeito em contato imediato com o terror e o pânico. De fato, dentro da ‘cultura de sensações’ que vivemos, a radicalidade desses sentimentos dominantes se baseia na inefável ‘sensação de iminência fatal’, isto é, na ameaça peremptória de colapso final da vida subjetiva. Abolidas as representações próprias dos mecanismos defensivos e do mundo fantasmático, se opera uma des-subjetivação da morte, que faz com que o fim inexorável pareça vir do real e do fora (sensação de morte iminente na experiência do sujeito ou de ataque terrorista imediato alardeado pelo pensamento de segurança estatal ou global). (Losicer, 2003:7)

A situação real de violência urbana do Rio de Janeiro certamente dispensa qualquer ajuda do “pensamento da segurança estatal ou global” para produzir uma “cultura de insegurança”. No entanto, acredito que o **lugar especial ocupado pelos hospitais de emergência, como cenário privilegiado de concentração da morte “des-subjetivada” e “iminente” que a cidade produz, talvez esteja operando, de fato, entre os trabalhadores de saúde, uma oposição entre insegurança e medo, em detrimento do segundo e da capacidade de representação/fantasia e defesa egóica desses trabalhadores.**

Uma auxiliar de enfermagem, da enfermaria de pediatria, apesar de se referir repetidas vezes, em sua entrevista, a sérias ameaças que já recebeu ou que colegas já receberam da população, inclusive ameaças de violência física, até de morte, nega que tenha medo, mesmo quando lhe pergunto explicitamente. Vale a pena destacar alguns trechos de sua entrevista. Perguntada sobre os desafios do hospital, responde:

Eu acho que o desafio maior que nós passamos é mesmo o da convivência. Principalmente aqui em pediatria que você além de conviver com o paciente, você tem que conviver com a família do paciente [...] uma barra, porque uma chega consciente, a outra já chega querendo te agredir. Então você tem que ter aquele jogo de cintura e psicologia para saber que ela tá querendo te agredir e quer que você também a agrida [...] muitas vezes a gente não consegue deixar passar, né, você já está estressada, vem a mãe mais estressada ainda e você tem que cuidar da criança e a mãe te agredindo ... é barra! É por isso que muitos profissionais aqui não gostam de pediatria, porque eles mesmos dizem: 'Não! Lá eu vou ter que cuidar da criança e ainda ter que aturar a mãe.' Realmente a gente atura, elas chegam com uma exigência, como se nós fôssemos culpados da doença da criança e aquela agressão o tempo todo ... tem época que tem uma leva de mãe aí barra, além de você não saber com quem tá lidando, né? Nós pegamos muito pessoal de baixa renda, então são ameaças: 'Não sabe com quem tá lidando!'

Pergunto: “Vocês sofrem ameaças?”

Sofremos ameaças [...] 'Ah! Meu cunhado... Não sabe quem é meu cunhado? ... Eu falo com ele, ele vem aqui e acaba!' ... Então são coisas que você tem que trabalhar, saber lidar, ser agredida e fingir que não tá sendo, pra poder levar, né? E nem sempre a pessoa tem condições psicológicas pra atender a tudo isso ...

Em outro momento da entrevista, solicito-lhe a falar da população atendida no hospital:

É, essa é a pior parte.[risos] Porque nós atendemos pessoal da Baixada. Não é uma discriminação, porque tem muita gente boa, mas a gente pega muito pessoal que é marginal, que é filho de marginal, mulher de marginal, então, isso que a gente tem que saber se envolver o mínimo possível e tentar não magoar, porque se você falar mais ríspido um pouquinho, pronto: acabou. Você tem colegas que já

foram até ameaçadas: ‘Porque lá fora você vai ver!’ A população aqui é barra ...

Pergunto: “Você sente medo?”

Não, sinceramente, eu, por mim, não. Não sinto medo porque até mesmo o modo de tratar, né? [...] Hoje eu trabalho muito com serviço social, sei bem a parte de psicologia, então eu sinto longe quando a pessoa tá querendo ... às vezes você entra na enfermaria [...] ela tá falando com a colega e você já sente que elas tão querendo que você responda alguma coisa e se você responde, ela começa a agressão ... [...] querem extravasar, né? Realmente elas entram aqui muito desestruturadas aqui ... a doença da criança, porque tem outro em casa ... qualquer coisinha é motivo. Eu consigo trabalhar isso, finjo que não estou entendendo ... mas tem colegas que não conseguem, porque elas agridem muito. (...)

Tanto o depoimento da médica, anteriormente destacado, como o da auxiliar de enfermagem acima contém ainda um outro elemento muito presente na forma como os profissionais percebem e representam a violência que sofrem da população: a associação de sua frequência à posição social do paciente ou seus acompanhantes. Aqui, na categoria “carentes”, misturam-se indiscriminadamente os “ignorantes”, “pobres”, “favelados”, “de baixa renda”, moradores da “Baixada”³¹, “marginais”, etc, os quais são geralmente vistos como potenciais agressores – seja pelas dificuldades de acesso aos serviços e situação geral de privação e exclusão social que levam a população, como reconhecem alguns profissionais, a querer “extravasar” nos serviços de saúde, seja pela associação que alguns profissionais fazem entre pobreza e criminalidade, apoiada em ameaças eventualmente recebidas de usuários que se dizem ligados ao crime organizado. Deslandes (2002) também constata este tipo de situação nos hospitais que estudou, onde o conflito entre clientela e profissionais surge, geralmente, quando o familiar quer que seu parente seja atendido prontamente, por ser “especial” – parente de funcionários do próprio hospital, de policiais civis ou militares e ainda de pessoas consideradas importantes na hierarquia do tráfico de drogas na vizinhança.

Em que pesem o autoritarismo, a arrogância e o desrespeito que as camadas mais desfavorecidas da população às vezes reproduzem entre si e em sua relação com os serviços públicos e com as camadas populacionais consideradas “superiores” – demonstrando que

³¹ Baixada Fluminense. Região de grande concentração de população pobre, excluída socialmente e também conhecida por sua elevada frequência de casos de violência urbana.

apreenderam bem a lição com o desprezo e indiferença das elites, como observaria Costa (2000) - é preciso reconhecer que a percepção, pelo usuário, do profundo descaso com que freqüentemente é tratado na porta de entrada dos serviços de saúde, bem como as inúmeras dificuldades de acesso aos mesmos, é um dos principais desencadeadores de atitudes de violência – verbal ou física – e de ameaças destes contra os profissionais. Essas ameaças e atitudes agressivas são, conforme Oliveira (2004), uma das estratégias usadas pela população na tentativa de conseguir acesso aos serviços, ao lado de outras estratégias como a busca de ajuda de terceiros (como as “ouvidorias”) - o pedido de favor ao médico ou funcionário com poder de decisão sobre o acesso, o pedido de intervenção de conhecidos, a simulação da gravidade ou emergência do caso, a ameaça de chamar a imprensa, etc. Conforme observa o autor,

[...] o desespero e a indignação do usuário o leva a incorporar uma postura agressiva que visa romper drasticamente com as regras vigentes. Outras vezes, a manifestação de indignação não passa de uma encenação de caso pensado, em que pese também sua legitimidade como uma estratégia de obtenção do acesso.” (Oliveira, 2004:182)

Em todas essas situações, o que se destaca, todavia, é que o descaso, a indiferença vivenciada pelo usuário para com seu sofrimento e as quase intransponíveis barreiras materiais e organizacionais que encontra muitas vezes em suas tentativas de acesso aos serviços de saúde, faz com que, como observa ainda Oliveira, o usuário do SUS precise “[...] *estar, repetidamente, ‘lutando’ para se impor e se fazer presente como sujeito e cidadão na interface dos serviços de saúde.*” (Oliveira, 2004:184)

Uma enfermeira da enfermaria pediátrica, embora veja a população atendida no hospital de forma mais positiva, comparativamente a de outro hospital onde trabalha, também associa a agressividade da população à sua condição de favelada. Solicitada a falar sobre a população atendida, observa:

Aqui é melhor do que lá no Andaraí.” (...) “Em termos de relacionamento com o profissional, em termos de aceitação do problema que estão passando ... essas mães aqui são mais conscientes, as outras lá não sei se por causa da origem delas, porque lá no Andaraí é cercado de morros por todos os lados, então a gente atende morro dos Macacos, morro do Andaraí, morro da Cruz, então elas são mães assim mais agressivas, você fala uma palavra elas:

‘Um momentinho, mãe.’ ‘Um momentinho por quê?! Meu filho tá doente!’ Já vão logo agredindo, né? (...) As daqui, uma ou outra, mas no geral é uma clientela mais maleável que a de lá. Aqui em cima é assim: elas chegam, pôxa, dando graças a Deus porque saíram lá de baixo [da emergência] porque aqui é tudo mais calmo, mais organizado (...) elas relaxam mais.

Nota-se também nesta fala, um outro componente importante para a compreensão da dinâmica organizacional no que se refere à violência, particularmente à agressividade da população para os profissionais. Trata-se de uma certa “cartografia” na forma de manifestação e na intensidade da violência dentro do hospital, cujos “relevos” vão se atenuando, conforme vamos entrando no território hospitalar, até chegarmos às enfermarias – num percurso em que a população, em cada um desses diferentes espaços, vai se sentindo progressivamente mais segura do acesso ao atendimento, das rotinas do hospital e de sua (ou de seu familiar) possibilidade de recuperação. Como observa outra auxiliar de enfermagem, da pediatria, com 12 anos de hospital, sempre trabalhando na emergência e, na época da entrevista, trabalhando havia apenas três meses na enfermaria,

Às vezes tem umas mães que já são mais ... às vezes fica todo mundo exaltado e já vem brigando ... mas aí você vai controlando ... Esse tempo todo que eu estou aqui eu nunca bati boca com mãe nenhuma. Nem lá embaixo! [na emergência] Porque ela já vem te agredindo aí você já mostra o outro lado pra elas, tentando conversar, e elas já vão se acalmando, se acalmando ... e assim vai. [...] dá aquelas brigas depois acalma. ... [...] lá embaixo, não sei se você passou na pediatria. Lá embaixo é brabo. Lá é aquela primeira entrada. As mães quando sobem, elas já estão mais tranquilas, né? Já vão se acomodando ... mas lá embaixo elas chegam brigando, batem, elas agriem, elas agriem mesmo!

Podemos então distinguir três espaços no hospital quanto à intensidade e significado da agressividade da população e o que exigem de resposta dos profissionais. O espaço representado pela Porta de Entrada, propriamente dita, circunscrito aos espaços da recepção e da triagem de enfermagem; o espaço delimitado pelas salas de atendimento e consultórios do setor de Emergência e do SPA; e o espaço das enfermarias. O primeiro, como já visto, espaço do “tapa na cara” é, junto com o segundo, o de maior possibilidades de conflito e maior grau de agressividade da população, que ali ainda não tem a garantia do acesso ao serviço – às vezes só obtido “no grito” ou “no tapa” - ou, no caso do segundo, mesmo já nas salas de atendimento ou nos corredores da emergência, nem sempre tem a

garantia de um cuidado adequado à urgência e gravidade do caso – espaço onde a angústia diante da proximidade da morte também é maior. No terceiro, espaço das enfermarias, manifestam-se também situações de conflito, mas atenuadas por um enquadre mais tranquilizador, dado por uma “organização” do serviço e dos cuidados, cuja regularidade e garantia de melhores condições de conforto e atenção, comparativamente às da emergência, é superior.

Assim, se “lá embaixo”, como se referem à emergência/SPA/Porta de Entrada, o desafio, como observou uma médica, é o de “**lidar**”, em primeira mão, e de forma mais pontual, com esta população que “já chega brigando”, “lá em cima”, nas enfermarias, o desafio, como observou uma enfermeira, é o da “**convivência**”, que a internação obriga, com este outro visto como tão radicalmente diferente (e, muitas vezes, inferior - ou “não-humano”).

Finalmente, é interessante observar as formas de reação dos profissionais às situações em que se vêem agredidos pela população. Todos, em geral, admitem que “não é fácil” lidar com estas situações e que nem sempre dispõem das condições ou recursos “psicológicos” para isso, insinuando, portanto, que alguns profissionais respondem com igual agressividade aos ataques de que são ou julgam ser alvos. *“Mas aí eles vêm numa sobrecarga, sabe, e descontam com uma agressividade realmente em cima da gente ... e a gente não consegue trabalhar às vezes isso ...”* (assistente social da Porta de Entrada).

A maioria, no entanto, parece se esforçar – e este esforço deve ter um custo em suas economias psíquicas - para “falar com educação”, “demonstrar calma e compreensão”, com muito “jogo de cintura” – expressão muito utilizada – e “psicologia”. Procuram “conversar”, “mostrar o outro lado” ... Outros “fingem que não escutaram” ou não entenderam e, até mesmo, quando a situação e sua posição lhes permitem, se afastam, “saem de perto”, como um cirurgião da emergência que - embora reconheça que a agressão não é contra sua pessoa, observando que a população, pela omissão do Estado quanto à garantia de seus direitos de cidadania, quer “agredir alguma autoridade” – diz que nesses casos sai de perto dos familiares. *“Não tenho mais paciência. Não chamo mais no canto para conversar ...”*

Um elemento importante para a análise da violência na relação entre população e profissionais é dado ainda por Skaba (1987) que observa, com relação ao Hospital Miguel Couto – tomado como caso em seu estudo – que a população usuária, salvo algumas exceções, apresenta uma capacidade de tolerância muito grande com relação às deficiências do serviço. Segundo a autora, a condição daquele hospital de ser, para muitos pacientes, a única “porta

aberta”, o único serviço que os atendeu entre tantos por onde peregrinaram, gera um sentimento de gratidão muito presente nas falas de pacientes e seus familiares, mesmo quando fazem críticas ao serviço. Em geral, se percebem que a equipe está fazendo todo o possível, está empenhada, tentam compreender as deficiências no atendimento, reconhecendo que a demanda é grande ou que existem prioridades diante de casos mais graves. Conforme um dos médicos entrevistados pela autora, “ [...] *o que os pacientes e os familiares não suportam é o descaso.*” (Skaba, 1987:116)

Estas observações parecem úteis para se compreender, particularmente, as situações em que a agressividade da população com os profissionais - que não pode ser negada nem sua frequência menosprezada, pelas várias razões aqui expostas – transforma-se, de fato, em violência física, passagem ao ato, naturalmente bem menos freqüente que as cotidianas (ou quase) agressões verbais e ameaças de agressão física. Neste sentido, é interessante recuperar uma conversa que tive com duas profissionais da equipe de direção do hospital a respeito da agressividade da população. Ambas foram enfáticas ao afirmar que em todos os casos que tiveram conhecimento de agressão física ao profissional, com exceção das agressões cometidas por pacientes psiquiátricos, o profissional envolvido teve alguma responsabilidade, por sua conduta ou modo de tratar a população. Segundo me disseram, esses profissionais já são “conhecidos” no hospital por sua “falta de tato”, por sua agressividade com os pacientes.

De todo modo, por mais difícil que seja para os trabalhadores suportar - ou “aturar” - as manifestações verbais de agressividade a que estão expostos, sendo quase que inevitável sentirem e também manifestarem rancor e raiva, a capacidade de se solidarizarem com o sofrimento desses pacientes e seus familiares ainda se verifica, pelo menos entre aqueles que conseguem, em alguns momentos, se colocar no lugar sem chão, sem norte, “desnorteado”, deste outro que agride:

Olha, a gente tem que ter um pouco de psicologia pra poder atu ... pra poder atender a população, né? Tem uns que são até agressivos, tem outros que são hiper agradecidos ... E você tem que saber lidar, porque se você não souber lidar tem uns que você apanhava na cara ... que são agressivos. E tem outros, coitados, que não sabem o que fazem para te agradar. Então você tem que usar da psicologia com ele [...] aí você dá uma de ‘joão sem braço’, conversa [...] tudo tem que ter um jogo de cintura [...] Afinal de contas a gente até entende eles, né? Porque a gente no lugar deles também ficaria desnorteado da mesma forma. (auxiliar de enfermagem, enfermaria de clínica médica masculina - 10 anos de trabalho no hospital)

d) Risco real e fantasias de contágio

A preocupação dos profissionais da Porta de Entrada do hospital com o risco de contraírem alguma doença transmissível em função do contato com os pacientes está presente em suas falas, mas não com a mesma frequência e intensidade de outras fontes de sofrimento aqui já destacadas – o que provavelmente se explique pela natureza do trabalho na “porta de entrada”, *stricto sensu*, e do SPA, que não exigem tanta manipulação dos pacientes, diferentemente do setor de Emergência e das Enfermarias.

De todo modo, o medo diante da possibilidade de contágio se manifesta e, tanto na Porta de Entrada quanto no SPA e na Emergência, está geralmente concentrado no risco de contrair tuberculose – risco real, como já observamos, dados o significativo número de casos de pacientes com tuberculose que a miséria social despeja no hospital e as limitações materiais e deficiências do espaço físico (especialmente da emergência, com apenas 1 leito de isolamento e da pequena e pouco ventilada sala da triagem).

Em estudo sobre as relações entre o sofrimento psíquico de técnicas e auxiliares de enfermagem e a organização de seu trabalho em torno da noção de cuidados paliativos, tendo como campo de estudos um serviço de doenças infecto-parasitárias (DIP) de um hospital universitário no Brasil e um serviço de medicina interna na França, Loureiro dos Santos (2001) também observa, no caso brasileiro, que o medo com relação ao risco de contágio se refere, principalmente, à tuberculose.

Em relação aos contágios, o grupo de pesquisa no Brasil, manifestou o medo que sentia em relação à exposição ao contágio de doenças infecciosas, principalmente a tuberculose. [...] Outra fonte de medo é a possibilidade de contaminação da família, especialmente os filhos.
(Loureiro dos Santos, 2001:146)

A autora não explora as razões desta preocupação especial das técnicas e auxiliares de enfermagem com a tuberculose, entre tantas outras doenças infecto-contagiosas com as quais lidavam (afinal tratava-se de um serviço de DIP) – se baseadas em alguma evidência de maior risco de contrair esta doença, comparativamente às demais, devido à menor possibilidade de controle de sua transmissão, comparativamente às outras, ou sua maior “prevalência” entre os pacientes internados – inclusive como infecção oportunista nos casos de AIDS - e/ou pelo próprio imaginário social construído em torno desta doença, uma vez que, como observa Susan Sontag, citada pela própria autora, “*A tuberculose e o câncer (como a sífilis) têm sido*

usados para exprimir não só grosseiras fantasias sobre contaminação, mas também complexos sentimentos em relação à força, à fraqueza e à energia.” (Sontag, 1984 apud Santos, 2001:47)

Em uma das observações que fiz no setor de emergência, duas médicas e uma assistente social, tão logo lhes expliquei os objetivos da pesquisa, começaram a falar sobre a situação dos pacientes de rua atendidos na emergência. “*Muitos tuberculosos*”, que “*vão e voltam*” (são reinternados com frequência) e ficam “*misturados*” aos outros pacientes, nas macas pelas salas e corredor da emergência.

Durante uma das entrevistas em grupo, um enfermeiro da Porta de Entrada, queixando-se da falta de condições de trabalho e do não reconhecimento, destacou assim o risco do contágio:

E não ganhando nada para isso! Eu, atualmente, por exemplo, eu estou aqui, a minha voz não é essa... Eu estou aqui tossindo, essa tosse que vocês vão ouvir aí na gravação é minha também, e... com certeza também em decorrência dessa virose, porque a gente lida com isso na cara ali o tempo todo! O espaço físico... não existe uma corrente de ar, né? Ou seja... em algumas palestras que eu já fui sobre a tuberculose, foi colocado isso, que é importantíssimo uma corrente de ar! Uma corrente ventilatória para fora do consultório. Para que o bacilo não fique ali, ó, o aerosol, suspenso, na sua frente, só esperando você passar, e inalar! Então, não existe isso, a sala não é adequada... é... enfim, são ... todo... o ambiente não é adequado... toda... é tudo propício para te prejudicar mesmo, né?

Cabe lembrar a fala aqui já destacada de outra médica da emergência que, queixando-se da precariedade das condições de trabalho, observou que na enfermaria de curta permanência – “o Repouso” – havia dois pacientes com tuberculose “multidroga” resistente, em meio aos demais, sem isolamento, e conclui: “*Nós aqui somos todos pobres coitados: os pacientes, os familiares, os médicos ... todos que trabalham aqui! Isto é o fim!*”

Aqui, começamos a entrar numa zona em que risco real e fantasia de contágio se misturam. Na fala acima, **o contágio**, como já sinalizei na análise das representações sobre a população e suas demandas, **é a metáfora da indiscriminação** (ou de seu risco) entre pacientes, familiares e médicos, irmanados, igualados, pela precariedade e carência. Vimos o quanto a constatação de possíveis semelhanças ou zonas de interseção entre esses grupos pode ser, para o profissional de saúde, fonte de sofrimento importante, dando origem a estratégias defensivas coletivas (agora podemos nomeá-las assim) para negar tais semelhanças, sendo

talvez a utilização generalizada da categoria “carência”, para definir a população, como a mais relevante.

Em seu estudo, Rosa (2001) também identifica entre as enfermeiras que trabalham num serviço de emergência uma preocupação com a contaminação, especialmente em virtude da superlotação do serviço, num ambiente onde não há ventilação natural, onde as pessoas permanecem muito tempo próximas umas às outras e onde a sobrecarga de trabalho, aliada à rapidez necessária ao atendimento de pacientes em situação de emergência, não favorece, segundo a autora, a observância de normas básicas de controle de infecção, como a lavagem de mãos. Embora a autora se refira apenas ao risco real de contaminação e contágio, o depoimento de uma das enfermeiras apresentado por ela é extremamente revelador, exemplar, a meu ver, das fantasias de contágio e da angústia de indiscriminação a elas subjacentes:

“A superlotação me incomoda profundamente quando vejo que tem uma asma junto com uma meningite viral, junto com uma tuberculose, com HIV, tudo misturado (...) não sei até que ponto não tem uma doença cruzada ali ... até que ponto eu não estou sendo um vetor, carregando bicho para lá e para cá (...) o ar fica quase irrespirável, a sensação que eu tenho é que o ar liga todo mundo, nós, as crianças, os acompanhantes e os vírus.” (Enfermeira 14). (Rosa, 2001:85) (grifo nosso).

É interessante notar como a dimensão fantasmática dos temores desta enfermeira a faz “misturar” doenças cuja etiologia e modos de transmissão são diversos, ligando-as todas (os “vírus”) e estas às pessoas, através do que me parece ser um recurso a uma imagem bastante primitiva, na história da humanidade e da Saúde Pública, que é a do miasma, dos gases/ares ou eflúvios pestilentos emanados dos solos, de pântanos ou matéria putrefata aos quais se atribuí a causa e transmissão das doenças, em várias teorias desde a Antiguidade, passando pela Idade Média e resistindo até a segunda metade do século XIX, quando as descobertas no campo da microbiologia e da bacteriologia revolucionaram o conhecimento sobre as doenças. (Rosen, 1994)³²

O contágio, como metáfora da indiscriminação, encontra ainda o sentido da repulsa, do nojo e da agressividade como resposta ou dos impulsos libidinais reprimidos (Menzies, 1970), se considerarmos que o ambiente da emergência, como já o descrevemos, é o lugar não só do desamparo do sujeito (paciente) - que não encontra possibilidade de sustentação, de (re)organização, no olhar do outro (profissional/trabalhador), que passa “sem ver” no meio

das macas alinhadas no corredor - mas também o lugar dos corpos despossuídos de subjetividade, de nome, corpos nus/mal cobertos/mal cheirosos; corpos sem fronteiras que os separem uns dos outros, homens e mulheres no mesmo espaço, vivos e mortos na mesma sala da Grande Emergência.

Acredito que não só nas salas e corredores da emergência, mas em toda a Porta de Entrada do hospital, em sentido mais amplo, incluindo os locais lotados de espera na recepção, nas varandas, nas filas atravessando o pátio e ultrapassando o portão do hospital, os corpos, “amalgamados”, “homogeneizados”, perdem o estatuto de *sede imaginária do narcisismo do Eu*, como ao corpo se refere Kehl (2003). A autora nos mostra, recorrendo ao pensamento de Norbert Elias, as conseqüências do longo processo que separou os homens de suas funções corporais e de seus semelhantes, produzindo o que hoje chamamos de civilização, uma “sociedade de indivíduos”, na qual “[...] *cada homem se crê isolado dos outros e responsável pelo controle soberano de seu corpo, impulsos, afetos e necessidades. Este é o sujeito moderno, que não reconhece sua pertinência a uma comunidade e sua dívida para com os semelhantes, vivos e mortos.*” (Kehl, 2003:252)

Como observa Kehl (2003), a civilização, representada especialmente, a partir de Elias, pela passagem da sociedade medieval às sociedades de corte, exigiu um longo processo de transformação das relações dos homens com seus corpos, um trabalho de disciplinarização dos corpos, onde a **cortesia** passou a ser a norma reguladora da vida em sociedade – encarnada nos muitos manuais divulgados – e condição para que o convívio cotidiano das pessoas com um número cada vez maior de corpos e pessoas estranhas (característica central da vida moderna, especialmente nas cidades) se tornasse suportável.

Tudo que hoje nos parece óbvio, regulado por sentimentos de pudor, nojo e vergonha que acreditamos ‘muito naturais’, foi incutido no comportamento ocidental ao longo de séculos de trabalho civilizador.

A preocupação em mostrar o corpo nu, escreve Elias, só desaparece muito aos poucos, ao final do século XVI. Nas hospedarias era freqüente que várias pessoas compartilhassem uma mesma cama, sem a imposição de proteger os corpos para dormir. O lenço, o garfo e a camisola, três objetos que servem para separar os homens de suas funções corporais e cada corpo do corpo dos outros,

³² “Alguma alteração atmosférica, uma corrupção do ar, trazia a doença; matéria orgânica em decomposição, águas estagnadas e pútridas etc., corrompiam o ar [...] Acreditava-se que o ar corrompido, por causa de sua natureza alterada, atacava, se inalado, os humores do corpo e assim produzia a doença.” (Rosen, 1994:64)

foram adotados mais ou menos simultaneamente nas sociedades de corte. (Kehl, 2003:254)

Tal disciplinarização não poderia ter sido vitoriosa se resultasse de uma imposição do poder soberano sobre as pessoas. Tratou-se, como lembra a autora, de um trabalho de auto-disciplina, servidão voluntária dos que queriam ser aceitos na corte, distinguindo-se dos membros das classes inferiores. A Igreja tratou de completar o trabalho de auto-vigilância, para além dos atos, sobre todos os impulsos corporais, até chegar ao pensamento, como demonstrou Foucault a respeito da prática da confissão como dispositivo de poder disciplinar sobre os corpos e mentes. (Kehl, 2003)

Maria Rita Kehl chama nossa atenção, retomando Freud, para o preço que pagamos pelo processo civilizatório, especialmente

[...] o afastamento entre o Eu e o corpo e o distanciamento, ainda que imaginário, entre cada sujeito e os outros que o rodeiam e dos quais ele depende, sem no entanto reconhecer sua dependência. A sociedade dos indivíduos, para Elias, é montada sobre o esquecimento de nossa pertinência à comunidade dos nossos semelhantes; a violência e a intolerância, assim como o sofrimento neurótico e as patologias narcisistas, são as respostas sintomáticas a esse esquecimento. (Kehl, 2003:257)

Penso que estar inserido (como trabalhador ou usuário) no cenário da Porta de Entrada do hospital e das salas da emergência às quais imediatamente dá acesso – espaço do qual a “civilização” parece estar suspensa e a “cortesia” definitivamente banida - representa a ameaça de quebra violenta, “selvagem”, das defesas imaginárias com as quais os sujeitos, ao mesmo tempo em que não reconhecem sua pertinência ao coletivo e dependência do outro, conseguem minimamente conviver (tornar a convivência “suportável”) – paradoxo que talvez a perspectiva lacaniana, veiculada por Kehl, a respeito da função (exclusivamente enganosa) do imaginário não permita reconhecer.

Assim, **paralelamente aos riscos reais de contágio na Porta de Entrada e nas dependências da Emergência, as fantasias de contágio parecem se referir a angústias dos profissionais de indiferenciação com relação à população atendida**³³. A idéia de se

³³ A formulação freudiana sobre a angústia [Freud, 1976 (1926/1925)] nos remete a fases muito primitivas do desenvolvimento do psiquismo. A angústia é um afeto, produto do desamparo da criança, e se manifesta, em diferentes fases de seu desenvolvimento, como reação frente a uma situação de perigo: à ameaça de perda do objeto de investimento libidinal (ou perda de seu amor); também (ou principalmente) como angústia de castração, que se relaciona à forma de solução do complexo de Édipo, e irá remeter, em última instância à

tornarem iguais à população atendida – população suja, mutilada, castrada/impotente, reduzida, naquele cenário, a seus corpos des-subjetivados – representa, em última instância, sua (dos profissionais) destruição narcísica, e de certo modo parece se deslocar ou ser substituída pelo medo de ser “contaminado” (mordido ou devorado) pelo bacilo da tuberculose – e aqui a analogia com a angústia de castração, analisada por Freud [1976 (1926/1925)] em dois casos clássicos de fobia infantil com relação a animais, é inevitável³⁴.

Aqui, podemos observar também que o medo não verbalizado com relação à agressividade da população, discutido no item anterior, retorna sob a forma de angústia ante à possibilidade de contágio, de ataque ou “mordida” pela população – transformação em seu oposto (um dos destinos das pulsões) dos impulsos agressivos dos próprios profissionais para com os pacientes.

As reações dos profissionais ao risco real de contágio e às fantasias e angústias a respeito têm implicações sobre as possibilidades de cuidado dos pacientes. Loureiro dos Santos (2001) chama a atenção para o conflito, no serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias estudado, entre as lógicas de prevenção de infecções e de cuidados ao paciente.

“No caso do serviço de DIP no Brasil, pode ser melhor visualizado o conflito entre as lógicas preventiva e de cuidados ao paciente. A CCIH do HU³⁵ tenta implantar procedimentos de uma forma vivenciada pela enfermagem como autoritária. Se estão conversando com o paciente encostadas na cama, por exemplo, podem ser ‘chamadas à atenção’ ali mesmo, naquele momento.” (Loureiro dos Santos, 2001:146)

Uma enfermeira da Porta de Entrada demonstra em sua entrevista preocupação com o significado que os pacientes possam atribuir à utilização de equipamentos de proteção como óculos e máscaras pelos profissionais. É interessante observar a associação que faz entre

angústia da morte; “[...] com a despersonalização do agente parental a partir do qual se temia a castração, o perigo se torna menos definido. A ansiedade de castração se desenvolve em ansiedade moral – ansiedade social - , não sendo agora tão fácil saber o que é a ansiedade. [...] o que o ego considera como sendo o perigo e ao qual reage com um sinal de ansiedade consiste em o superego dever estar com raiva dele ou puni-lo ou deixar de amá-lo. A transformação final pela qual passa o medo do superego é, segundo me parece, o medo da morte, (ou medo pela vida) que é um medo do superego projetado nos poderes do destino. ” [Freud, 1976 (1925/26):163-164]

³⁴ “Não pode haver dúvida alguma de que o impulso instintual que foi reprimido em ambas as fobias era hostil contra o pai. Pode-se dizer que o impulso fora reprimido pelo processo de ser transformado em seu oposto. Em vez da agressividade por parte do paciente para com o pai, surgiu agressividade (sob a forma de vingança) por parte do pai para com o paciente. Visto que essa agressividade se acha, em qualquer caso, enraizada na fase sádica da libido, somente uma certa dose de degradação se faz necessária para reduzi-la à fase oral. Essa fase, enquanto apenas insinuada no medo de ‘Little Hans’ de ser mordido, foi ruidosamente exibida no terror do ‘Wolf Man’ de ser devorado.” [Freud, 1976 (1926/1925):128]

³⁵ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário.

discriminação do paciente por conta de sua aparência física ou inserção social, por um lado, e “discriminação” pela doença que apresenta, pelo medo de contágio:

[...] você não pode ... é ... chegar, e falar assim: ‘Não, eu vou passar porque esse aqui é ... bom, é mais bonitinho ...’ Não! Todo mundo entra ali. Ou feio, ou pobre, ou rico, ou descalço, ou bem vestido. Todo mundo tem o mesmo tratamento! É dado o mesmo tratamento pra todo mundo! Não se diferencia o rico, do pobre, o ... pior, do melhor. [Pergunto se ela acha que não existe nenhum tipo de discriminação, dos profissionais com relação à clientela] Não, não existe. A gente ali aceita, a gente ali recebe paciente com herpes, paciente que está no surto de conjuntivite, a gente atende conjuntivite. Por exemplo, se você for tratar o paciente já com uma máscara, já com óculos, quer dizer, aquilo vai agredir! ‘Por quê? Eu tenho isso? Tenho aquilo?’ Quer dizer, então a gente procura ... entendeu? Fica exposto, inclusive, até, né, naquela sala, apesar de ter ar refrigerado...

O depoimento desta enfermeira não só ilustra o conflito entre as lógicas de prevenção de infecção e de prestação de cuidado/acolhimento ao paciente, diante do risco real de contágio, como a angústia de indiscriminação com uma população majoritariamente pobre, feia, mal vestida e descalça. Nesta perspectiva, cabe indagar até que ponto estão presentes entre os determinantes da não utilização desses equipamentos de proteção pelos profissionais³⁶, além de preocupações manifestas (e nem por isso menos verdadeiras) de acolhimento e cuidado no atendimento ao paciente, ou da negação do risco real, tal como identificada por Dejours (1994), algum tipo de “formação reativa” à angústia de indiscriminação com a qual não se quer reconhecer qualquer semelhança.

Uma auxiliar de enfermagem, da enfermaria de clínica médica masculina, parece “resolver” as angústias relacionadas à repulsa ou aversão provocada pelo contato com pacientes mal-cheirosos ou com suas feridas, bem como os conflitos entre as lógicas de prevenção de infecções e de cuidado, através de algum processo de identificação - talvez com base em sua própria situação de desamparo e fragilidade. É interessante observar como seu discurso passa imediatamente de uma queixa de problemas de saúde e de falta de cuidado ou demanda por cuidado na sua própria família para a situação dos pacientes abandonados no hospital pelas famílias e dos chamados “pacientes de rua”.

³⁶ Durante toda a pesquisa, raras foram as vezes em que observei profissionais utilizando máscaras.

Conta que tem um irmão totalmente dependente dela, com problemas psiquiátricos e que não aceita se tratar. Além disso, ele estava, havia três meses, com uma fratura de braço de difícil tratamento. Diz que, apesar dos problemas que lhe causa, não pode abandoná-lo porque é seu irmão. Fala então dos pacientes que às vezes são abandonados pela família nas enfermarias e dos chamados “pacientes de rua”, mendigos.

Como eu vejo aqui, né, tem gente aí largada aí que fica aí no hospital. A gente cuida e ... às vezes esses ... essas pessoas de rua como a gente fala, o pessoal diz: ‘É mendigo!’ ... pessoal de rua. Às vezes ficam tão bem que a gente até se apegar, né? (...) teve um aí que ficou acho que dois ou quase três meses, foi para um asilo no plantão passado, quase chorando! Ainda saiu falando: ‘Aquele ali é meia doida, meia bacana, mas tem o coração grande!’ Era eu, né? Aí eu fico toda boba, né? (...) é que eu deixo o paciente à vontade. O paciente fica sabendo logo se a gente tá cuidando dele com amor ou não, né? Não é chegar naquela metidez, com nojo do paciente, como eu vejo às vezes, sabe ... é, muito nojo. Às vezes vão fazer um examezinho de eletro, mas já estão cheias de nojo! Tem umas garotas aqui que chegam aí, colegas, que a gente se sente até mal! É um nojo do paciente que elas têm danado! Aí aquilo magoa a gente! ... E a gente dando banho ... a gente se cuida, sim, mas não tem essa bobagem, de tanto nojo! A gente se cuida. O médico fala: ‘Olha, o paciente tá contaminado. Você tem que se cuidar.’ A gente também não vai relaxar total, né? Mas, pô! Não pode nem botar a mão no paciente que fica com nojo! Então eu acho que não é por aí... (...) todo mundo vai para o mesmo buraco ... na hora da dor, né? (...) mas eu adoro este hospital aqui. Quero terminar os meus dias aqui.

Assim como esta auxiliar de enfermagem que procura “deixar os pacientes à vontade”, cuidando deles para que possam ser objeto de algum investimento positivo (para que fiquem “tão bem que a gente até se apegar”), uma outra auxiliar de enfermagem, também da clínica médica masculina, declara, quando lhe peço que fale sobre seu trabalho:

“É dessa forma. Eu gosto de fazer o paciente se sentir gente, né? Eu acho que o mais importante é fazer a pessoa se levantar... se sentir gente, não se sentir inútil, achar que amanhã tá de pé, amanhã tá andando (...)”

Nesses dois depoimentos, podemos perceber que **o risco do contágio, vivido por alguns como angústia de indiscriminação, pode, para outros, servir de ponte para a identificação, possibilidade de reconhecimento de sua própria precariedade, insuficiência e finitude** – base, como aponta Birman (2000), para a solidariedade, consequência imediata do laço fraterno, como vimos no início deste trabalho.

Apoiando-nos na bela conclusão de Loureiro dos Santos (2001) abaixo transcrita, podemos pensar que, cuidando de tais pacientes, ajudando-os a se sentir gente, a continuar vivendo, “fazendo calar”, pelo menos por um momento, sua morte – do ponto de vista real e simbólico - essas auxiliares de enfermagem fortalecem (ou recuperam) suas próprias ilusões narcísicas - que a vida, “madrasta”, lhes nega, especialmente para estas categorias de trabalhadores menos favorecidas socialmente. Com isso, fazem calar, pelo menos por um momento, sua própria morte, ilusão necessária a seu “seguir vivendo”.

Assim como alguns pais e mães tentam não repetir com os filhos os erros que consideram terem sido cometidos por seus próprios progenitores, algumas enfermeiras e enfermeiros se distinguem por cuidarem de pacientes absolutamente desconhecidos como gostariam que elas/eles fossem tratados/as.

Estimular o sujeito a continuar vivendo tendo a morte como perspectiva próxima talvez signifique fazê-la calar-se por um momento. (Loureiro dos Santos, 2001:38)

Reconhecendo que tal trabalho não se faz sem sofrimento, a autora nos leva a refletir sobre outra possibilidade de considerarmos “o contágio”, indicando uma “contaminação” da vida pessoal, privada, desses trabalhadores, pelo mundo do trabalho.

Relacionado ao tema da solidão das enfermeiras, o medo da loucura e do adoecimento físico perpassa a vida profissional dessas pessoas. A possibilidade de ‘contágio’ seria mais ampla do que as fronteiras que as barreiras da biossegurança se propõe a isolar?

Como conciliar a vida fora do hospital se os problemas dos pacientes continuam mobilizando psiquicamente a enfermeira – a auxiliar e a técnica – em espaços fora do trabalho? (Loureiro dos Santos, 2001: 38-39)

e) A invisibilidade do trabalhador e do bom trabalho: o não reconhecimento

O trabalho na Porta de Entrada de um hospital de emergência é, como observou um enfermeiro da triagem, “*um trabalho que ninguém quer*” (embora alguns, como ele, adorem).

Refiro-me aqui, particularmente, ao trabalho realizado na porta de entrada “stricto sensu” do hospital. Ali, como observou em entrevista uma técnica do nível central da administração a qual está vinculado o hospital, a equipe é composta por prestadores de serviço porque o “*pessoal estatutário não quer ficar levando porrada*”. Segundo esta técnica, as pessoas costumam brincar dizendo que o prestador “*só presta pra aquilo.*”

Assim, ocupar este lugar, especialmente no caso dos trabalhadores que atuam na recepção e triagem, é ocupar um lugar desvalorizado técnica e socialmente, que parece ser visto muitas vezes pela população como mais um obstáculo a ultrapassar (especialmente no caso da triagem de enfermagem) para conseguir chegar ao atendimento médico. À desvalorização técnica e social dos trabalhadores da Porta de Entrada se soma, como já observado neste estudo, sua desvalorização funcional, representada pela negação, por parte da administração pública, de quaisquer direitos trabalhistas a este grupo de trabalhadores, contratados precariamente como “prestadores de serviço”.

Várias são as queixas a respeito. Uma assistente social da Porta de Entrada, ainda no início da pesquisa queixava-se da forma como as assistentes sociais contratadas pelo Projeto eram tratadas, comparativamente às estatutárias. “Nos sentimos diminuídas”, sem direito à férias, a licença para tratamento de saúde, com os salários atrasados. No início da pesquisa, até a carga horária contratual entre as assistentes sociais estatutárias e contratadas era diferente (o que foi, posteriormente, equiparado). Enquanto as primeiras tinham um contrato de 24 horas semanais, as segundas tinham que cumprir 32 horas, pelo mesmo salário. Quando fala da “desvalorização profissional”, esta assistente social queixa-se de já ter sido agredida fisicamente, aludindo às várias “fontes” de maus tratos a que os profissionais da Porta de Entrada estão submetidos. *“Estou há três anos no hospital. Neste tempo, tivemos ganhos, muitas perdas ... a desvalorização profissional, por exemplo ... Eu mesma já fui agredida no rosto duas vezes [...] não vi providência nenhuma ser tomada.”*

Do ponto de vista de sua valorização social, o trabalho no interior do setor de emergência, por colocar seus profissionais muitas vezes na posição de “salvadores de vidas”, talvez possa ser um pouco mais reconhecido que o trabalho na Porta de Entrada. Ainda assim, trata-se de um trabalho em que a rotatividade dos profissionais é muito elevada, assim como a dificuldade de se contratar, de completar as equipes. Contribuem para isto não só as condições de trabalho, aqui já discutidas, extremamente desgastantes como, no que se refere à sua situação funcional, o fato de que grande parte dos profissionais também não possui qualquer vínculo trabalhista com o hospital. São, como seus colegas da Porta de Entrada, prestadores de serviço e, deste modo, “só prestam pra isso”.

No entanto, talvez mais do que a baixa remuneração ou a inexistência de vínculo empregatício como sinais da pouca valorização institucional e social de seu trabalho, o que os profissionais mais parecem se ressentir é da invisibilidade (institucional e social) do trabalho

e, especialmente, da invisibilidade do bom trabalho, do trabalho não só tecnicamente bem feito mas, principalmente, feito com dedicação - para alguns, “com amor”.

Uma recepcionista volante, queixando-se da falta de vinculação funcional, de garantias trabalhistas e do atraso de três meses no pagamento dos contratados (*“eu não posso contar com nada ... fazer uma faculdade, recebendo de três em três meses ...”*) demonstra claramente seu ressentimento pelo não reconhecimento ou não valorização institucional de sua capacidade de adaptação à função e de dedicação ao trabalho. (Esclarece que nunca havia trabalhado num hospital antes e fala de como sentia aversão, antes do trabalho no hospital, ao lidar com pessoas feridas, ao “ver sangue”). *“Sem salário... sem retorno, isso mexe com a nossa auto-estima! Eu fico muito doída ...porque eu nunca tinha pensado em trabalhar na emergência. Foi amor à primeira vista.”*

A invisibilidade do trabalho ou a cegueira da instituição/administração central para os trabalhadores e seu trabalho se faz mais perceptível sobre algumas categorias profissionais do que outras, mas se estende, de todo modo, sobre todos. É o que se observa em uma das entrevistas aqui já destacadas, com um médico envolvido com o núcleo recém criado, na época da entrevista, de saúde do trabalhador. O trabalho deste núcleo se iniciou pela análise da situação dos os funcionários do setor de manutenção. Justifica a escolha por se tratar de um grupo “excluído” dentro do hospital – nunca são chamados para nenhum evento – e desvalorizados pelo próprio nível central. São pedreiros, marceneiros, etc., mas contratados como artífices, sem função específica, sem o reconhecimento de sua profissão, além dos salários muito baixos que recebem. O mesmo ocorre com os funcionários do serviço de patrimônio e o de documentação médica (este último particularmente importante para a Porta de Entrada, através de seus funcionários do “Registro” geral de pacientes). Tratam-se, conforme este médico, de *“setores que ninguém sabe quem é que tem, direito [refere-se ao desconhecimento dobre o número de funcionários], (...) as pessoas ficam enclausuradas e você não conhece ... porque a gente, a enfermagem, a gente tá com a cara aí toda a hora em todo o hospital e eles não (...) São pessoas que são mais excluídas, têm um nível cultural mais baixo, não são recicladas (...)*

A cegueira da instituição para os trabalhadores assume muitas formas. Uma delas é, por exemplo, a inexistência de uma política de saúde do trabalhador. Vale a pena recuperar o depoimento contundente de um médico a respeito:

Funcionário entra no [nível da administração pública ao qual pertence o hospital], faz 1 exame admissional. Fica 35 anos ... nunca mais ... o [nível da administração pública ao qual pertence o hospital] não sabe qual o nível de saúde dele (...) morre 35 anos depois e não querem nem saber. A gente não consegue saber nem os nossos funcionários que estão na biometria porquê estão na biometria!” “Você vê de tudo: você vê gente que está na biometria porque tem incapacidade, você vê gente sem incapacidade, você vê gente que não tava na biometria e no dia em que a gratificação foi liberada foi para a biometria, você vê gente trabalhando sem condições, você vê gente precisando ser readaptada. Só que a gente circula por isso tudo e a gente olha, aquele “olha” e não enxerga nada. A gente olha e não enxerga exatamente nada!

Assim, ao não reconhecimento (cegueira) pela instituição do valor/utilidade do trabalho, traduzido na política salarial e na precariedade dos mecanismos contratuais, soma-se a cegueira para as necessidades de saúde e as demandas de cuidado dos trabalhadores.

Segundo Dejours (2004), a possibilidade de transformação do sofrimento – vivência primordial da relação homem/trabalho – em prazer no trabalho passa essencialmente pelo reconhecimento.

“Se há prazer no trabalho [...] este prazer só pode advir do ganho obtido no trabalho justamente no registro da construção da identidade e da realização de si mesmo. [...] A identidade só pode ser conferida pelo olhar do outro.” (Dejours, 2004: 213)

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a identidade do sujeito se conquista em dois registros: no amor, como construção da identidade no campo erótico; e no trabalho, dando acesso à construção da identidade no campo social.

Diferentemente da construção da identidade no campo erótico, a construção da identidade no campo social implica não somente a relação com o outro, mas também a referência a um terceiro termo – o real. O reconhecimento da identidade do sujeito no campo social não é direto; diz respeito à relação que o sujeito mantém com o real. Não se trata portanto de um julgamento direto do outro sobre o sujeito, que talvez dependa do amor, mas de um julgamento da relação do sujeito com o real, que, neste caso., se dá no trabalho. [...] O que o sujeito procura fazer reconhecido é o seu fazer e não o seu ser. (Dejours, 1999:21)

Assim, como observa o autor (Dejours, 2004), para que o trabalho transforme o sofrimento, é necessária a presença do reconhecimento como termo intermediário, capital, na

relação entre sofrimento - trabalho - prazer. (sofrimento - trabalho - reconhecimento - prazer).

Sem o reconhecimento do outro, a economia do sofrimento é [...] destituída de sentido, absurda. [...] O reconhecimento, tão freqüentemente presente no discurso dos trabalhadores, não é mero adorno: é um tempo necessário do trabalho e de toda sua economia. Sem o reconhecimento, não pode haver sentido, nem prazer, nem reapropriação em relação à alienação. Sem reconhecimento só há sofrimento patogênico e estratégias defensivas, sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização. (Dejours, 2004:214)

Segundo o autor, o reconhecimento no campo do trabalho exige uma formação da ordem do coletivo – coletivo, equipe ou comunidade de filiação, e é compreendido em dois sentidos: reconhecimento como gratidão pelas contribuições proporcionadas pelos trabalhadores no ajustamento da organização do trabalho; reconhecimento como conhecimento, constatação, revelação das contribuições dos trabalhadores à organização, sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a bom termo. “*O reconhecimento significa, neste caso, o inverso da recusa ou do descrédito à realidade [da contribuição dos trabalhadores]*” (Dejours, 2004)

Há dois tipos de julgamento envolvidos no processo de reconhecimento (Dejours, 2004). O primeiro, o julgamento da **utilidade** técnica, social e econômica das contribuições singulares e coletivas dos sujeitos no trabalho. Trata-se de um julgamento realizado, principalmente, pelos superiores hierárquicos (podendo se traduzir por bônus, aumento de salário, promoção, etc) e também, conforme o autor, eventualmente, pelos subordinados ou pelos clientes, quando o trabalho coloca o trabalhador em contato direto com o consumidor final dos bens ou serviços. O segundo tipo de julgamento – o julgamento da **beleza** - é, na verdade, um julgamento duplo: por um lado, refere-se ao reconhecimento do esmero do sujeito, em conformidade com as regras da arte. Este tipo de julgamento apresenta especial importância na busca de identidade do sujeito, definindo seu lugar, seu espaço, dentro de um coletivo ou uma comunidade. A segunda perspectiva consiste em atribuir aos sujeitos qualidades que os distinguem uns dos outros (engenhosidade, originalidade, etc.). “*É nível que ocorre a questão da identidade singular stricto sensu nas relações intersubjetivas de trabalho.*” (Dejours, 2004:271)

Segundo o autor, enquanto o julgamento da utilidade é da esfera exclusiva da eficiência, da esfera instrumental, o julgamento de beleza está relacionado com o fazer, com o

trabalho efetuado, que traz à tona as regras da arte, do saber-fazer e da originalidade. “*O julgamento de beleza considera, fora o respeito às normas, as regras e os valores da arte (racionalidade prática), a contribuição singular vinculada à criatividade e à originalidade (racionalidade subjetiva).*” (Dejours, 2004:271) Somente os pares, segundo Dejours, isto é, aqueles que conhecem a execução da tarefa, estão aptos a exercer este tipo de julgamento. Tal reconhecimento, portanto, tem importantes implicações sobre as possibilidades de cooperação.

Embora Dejours não problematize o trabalho em saúde, acredito que, pela sua própria natureza relacional, intersubjetiva - essência e condição de sua realização - não só o primeiro tipo de julgamento, o da utilidade, é exercido legitimamente pela clientela ou, mais amplamente, pela sociedade, como também o segundo tipo de julgamento, o de beleza, não pela correção e estética no sentido técnico – esta avaliação realmente exclusiva dos pares – mas por sua eficácia/efetividade e, principalmente, pelo esmero/dedicação dos sujeitos na realização do trabalho.

Os trabalhadores dos hospitais de emergência sofrem, “cronicamente”, como quaisquer outros funcionários públicos, com o descrédito da sociedade com relação à qualidade de seu trabalho, dedicação e, até mesmo, sua honestidade. Tal avaliação é o resultado de uma série de desacumulações historicamente produzidas na relação entre Estado e sociedade, no exercício do poder público e no modo de funcionamento da máquina estatal. No entanto, entre todos os serviços públicos, os de saúde talvez sejam os que concentrem as maiores críticas da sociedade e, dentre estes, os serviços de emergência, encabeçam a lista de descontentamentos. Eternamente em crise e deficitários, vivem momentos de agudização sem par dos problemas, chegando literalmente ao colapso, como a crise que ocorre atualmente nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro.

Espremida entre a história de descaso do poder público para com a saúde da população e o cinismo existente entre parte do funcionalismo que exerce sem culpa a omissão e a irresponsabilidade dos que vêem o serviço público como “cabide de empregos”, *locus* do fisiologismo e da locupletação com o dinheiro público, a demanda por reconhecimento dos trabalhadores de saúde que se julgam realizando o bom trabalho (e realmente se esforçam para tanto), não encontra qualquer perspectiva de atendimento, condenando-os talvez a uma maior desmobilização e alienação com relação a seu trabalho e suas verdadeiras fontes de sofrimento.

Os depoimentos que se seguem foram coletados no início da pesquisa, portanto antes da eclosão da atual crise, sem precedentes, nos hospitais de emergência e da rede de saúde em geral do Rio de Janeiro, mas já permitiam antever a dimensão do problema do não reconhecimento entre os trabalhadores do hospital estudado.

Muito presente em suas falas está a preocupação com a imagem negativa dos hospitais públicos. Esforçam-se então por destacar as qualidades dos hospitais públicos comparando-os aos hospitais privados, considerados “modelo de bom atendimento e qualidade” no imaginário social. É o que pode se observar na fala desta auxiliar de enfermagem:

E eu gosto do trabalho que se vê aqui (...) boa vontade para com os pacientes, os pacientes são sempre bem tratados ... O pessoal às vezes fala: ‘Ah, hospital público! Morreu porque tava no hospital público!’ Não é bem assim. Quem tá de fora sempre tem a mania de falar isso, né? (...) Tá certo que não é hospital particular! Você de repente vai achar alguma coisa de diferente, também eles têm que diferenciar em alguma coisa, né, mas de repente você vê e não tem nada de diferente mesmo! Eu gosto. Eu trabalho em outro hospital público e trabalho em hospital particular e acho que a diferença é mínima. (...)

Conta que quando sofreu um grave acidente foi atendida inicialmente em um hospital particular e depois transferida para um hospital público, porque necessitava de um CTI.

“E você vê. Porque você como funcionária é uma coisa e como paciente você é outra, né? Então você vê a forma das pessoas te tratarem e as pessoas sempre te tratam da melhor forma possível. Tá certo que toda regra tem exceção. (...) Mas olhando direito, olhando profundamente, você vai ver que hospital público não é esse bicho de sete cabeças que todo mundo rotula, essa porcária que é ... usar a palavra porcária que o pessoal normalmente diz que é, né?”

O sentimento de não reconhecimento quanto ao trabalho na emergência também está ligado, para alguns, à impossibilidade de exercerem todo seu potencial técnico, sua especialização, diante de uma emergência superlotada de casos de menor complexidade, pela precariedade da rede básica. “Sou um cirurgião de trauma e a toda hora chega uma ferida infectada.” Este cirurgião da emergência, queixando-se das feridas dos pacientes diabéticos que é obrigado a atender, ressentido da invisibilidade de suas qualidades como cirurgião e, portanto, da impossibilidade de ter reconhecida a *utilidade* de seu trabalho.

Um médico, clínico geral da enfermaria masculina, fala do quanto se sente gratificado quando recebe elogios e agradecimentos dos pacientes atendidos e, ao mesmo tempo demonstra seu sofrimento pela falta de reconhecimento da sociedade para com os hospitais públicos e, particularmente, pela dificuldade de acabar com a imagem negativa acumulada ao longo da história do hospital estudado. É como se esta imagem do hospital fizesse uma “sombra” sobre sua própria imagem pessoal como médico, desqualificando-o.

Sobre o reconhecimento dos pacientes observa:

Então é um negócio que satisfaz bastante, tanto na parte prática da coisa quanto na parte emocional ...” [...] porque a fama que nós adquirimos nesses anos todos é essa e eu acho que isso não se conseguiu desfazer ainda. É que ... ‘vai ser mal tratado’, ‘vai ser mal atendido’, ‘aquilo é um açougue’, ‘vai matar!’ ou que ‘vai morrer lá’, ‘Não! Não me leva pra lá, não, senão eu vou morrer lá!’. Então muita coisa a gente escuta ... às vezes a pessoa chega pra gente e fala assim: ‘Puxa, doutor - aí você fica até ... - eu gostei muito daqui!’ ‘Puxa! Eu não imaginava que fosse assim!’ Mas por quê? Porque a fama lá fora é só dos insucessos, né? [...] a gente não tem um marketing bom ... [...] lógico, em muitos casos, as doenças são muito graves, as pessoas deixam pra se tratar quando a coisa está muito adiantada, então tem muita gente que você não consegue mesmo resolver, o sujeito já está num estágio terminal [...] essas, a família tá lá fora, quer arrumar um culpado, às vezes não deu muita atenção, quer arrumar um culpado põe a culpa no hospital, quando ela pode pôe a culpa no médico, no enfermeiro [...] e quem faz emergência tem muitas pessoas graves pra ver ao mesmo tempo, então uma ou outra acaba ... você acaba deixando passar alguma coisa. As pessoas se pegam naquilo ali ... os outros que saem bem, agradecem muito: ‘Puxa, muito obrigado! Nunca imaginei! Achei ótimo o atendimento!’, ‘O doutor é legal!’ ‘O doutor é legal!’ ‘A enfermeira é legal!’ Eles falam pra gente aqui. Quando vai embora, lá fora: ‘É? Você teve internado?’ ‘É tive ...’ mas não diz nem que foi no João Silva, porque o pessoal fala assim: João Silva?! (risos), mas não o João Silva, hospital público de um modo geral [...] A gente procura dar uma atenção melhor, porque você já sabe: a pessoa que está procurando o hospital aqui é porque não tem mais pra onde recorrer [...]

Observa ainda: “A pior coisa que tem é a pessoa não ter para onde ir e ser maltratado pelo profissional.” Por outro lado, aponta também a agressividade da população, dando o exemplo da emergência, onde já presenciou algumas cenas. Queixa-se de que só se vê quando o profissional agride, mas não se reconhece a dedicação, o empenho dos profissionais:

Às vezes a pessoa chega aqui com agressividade, porque eu já vi, teve um período que passamos pela emergência e eu vi muita gente agredindo até o rapaz que está lá na porta: ‘Vira à direita aqui, pega ...’ ‘Não! Tal e tal!’ ‘Meu amigo, eu estou lhe indicando!’. Até porque, pôxa, a vida castiga, maltrata um pouco e aí a pessoa chega aqui e acaba descontando (...) e aí às vezes o profissional também tá irritado com alguma coisa e acaba descontando ... Agora, mais uma vez é o que eu digo: Isso sai lá fora! Então se a pessoa aqui der um grito com um usuário, num instantinho tem alguém que vai pro jornal: ‘Olha, foi agredido lá no hospital!’ Agora, aqueles cinqüenta que: ‘olha, vamos dar uma ajuda aqui’ ... O cara às vezes não tem nem obrigação, ajuda a empurrar, carrega no colo, isso aí não sai em lugar nenhum!’”

(Pergunto: Você acha que o bom trabalho às vezes não é reconhecido?)

“Daqui quase nunca é reconhecido. A gente às vezes é reconhecido pela [órgão do nível central da administração], porque a [...] está vendo a estatística ...” Refere-se à diminuição da taxa de mortalidade hospitalar, aumento da produção, etc. *“Mas isso é coisa interna. Externamente a gente não é ...”* Queixa-se de que as pessoas não acreditam quando conta que vai trabalhar quatro dias na semana no hospital, além do rodízio de fim de semana. Acha que, assim como ele, muitos funcionários têm compromisso com o trabalho. *“[...] muita gente se sente ofendida, também quando às vezes a pessoa: ‘Isso aqui é um açougue!’ ‘Calma, calma, também não é assim!’”*

Uma auxiliar de enfermagem, queixando-se da agressividade da população para com os profissionais, culpa a imprensa pela imagem negativa construída sobre os hospitais públicos e seus profissionais.

“A própria mídia é culpada disso. [...] Porque elas fazem essa agressão toda no serviço público: ‘Ah, porque tá esperando!’ Só que eles esquecem que a gente paga uma AMIL, uma Bradesco Saúde e você chega lá e você tem que ficar esperando! Eles não falam isso! Então o pessoal da comunidade acha uma injustiça com o atendimento enorme como tem aqui eles ficarem meia hora esperando o médico! ... A colega mesmo na semana passada foi a uma clínica, que ela paga, né, pela Amil, e ficou! Ela disse que foi de manhã e só conseguiu ser atendida de tarde. Foi em casa e voltou, ela disse que estava observando: todo mundo sentado, quietinho, vendo televisão, ninguém reclamando nada. E tá pagando! Quer dizer aqui, que paga imposto, mas lá também ela paga, um plano caríssimo. Aqui eles tem tudo de graça, é remédio, é todo o tratamento, é encaminhamento pelo SUS pra fazer tomografia e tudo e eles acham que não tem que esperar. Tem que chegar e ser atendido imediatamente. Lá em baixo, você passou, você deve ter assistido cenas lá embaixo. Se não é atendido na hora: ‘Ah, eu vou pro

jornal!’ Pra mim a mídia tá cooperando com tudo isso. Sem saber como, ela tá botando o pessoal todo revoltado com o tratamento aqui ... [...] Eu acho que muita culpa é a mídia [...] esse negócio de reportagem nos hospitais: ‘tem paciente esperando ... Há quanto tempo a senhora está esperando? Olha, tem paciente jogado em cima da cama!’ Há quanto tempo aquele paciente deve estar passando mal em casa e aí quando não tem mais jeito aí ele chega no hospital e aí querem um milagre ... que a pessoa ‘tem que ser atendida na frente!’ ‘tem que ficar melhor’, ‘tem que sair rápido’ [...] E aí os culpados somos nós que nós não queremos atender! Os médicos quase apanham lá embaixo, porque estão lá dentro e tem mais gente pra atender! O que tá lá fora não sabe, acha que o médico tá lá dentro parado, brincando e não tá atendendo. ... É fogo! [Observo: ‘É um trabalho muito desgastante’.] “É muito desgastante e irreconhecido (sic). Porque é muito difícil ter quem reconheça. Eles acham que agente tá ali, tudo bem que é a nossa obrigação, mas acham que tem que ser tudo a tempo e a hora e do jeito que eles querem [...] Tem que realmente gostar, porque se não gostar mesmo não fica não. Eu fico porque eu gosto e até hoje, já estou me aposentando não tive nada assim de problemas ... que tenham me feito mal ... tranqüilo.”

Impossibilitada de ter um olhar mais abrangente sobre os determinantes da crise do setor saúde e de seu sofrimento singular, reduz a primeira a um resultado do trabalho da imprensa e o segundo à intolerância da população. Sem saídas mais efetivas para seu sofrimento com a falta de reconhecimento do valor de seu trabalho, agarra-se, como muitos outros parecem também fazer, a um “gostar abnegado”, fruto atribuído a uma “vocação” - uma certa idealização do trabalho como algo nobre, elevado - que os permite, especialmente no caso da enfermagem, suportar os baixos salários, os “tapas na cara”, superar o nojo de lidar com tantos corpos des-subjetivados e acordar todos os dias para ir trabalhar.

f) Diante da Morte

Fazer “calar a morte”³⁷, pelo menos por um momento. Talvez seja este o trabalho principal do profissional de saúde e essa a essência do cuidado. Trabalho da Vida. Trabalho para a Vida, tendo a Morte como presença constante e primeira, como nos ensina a Psicanálise sobre a condição originária do ser (Birman, 1999), exigindo a presença e o trabalho do outro para que encontre outros destinos que não a descarga imediata e absoluta de

³⁷ Utilizando uma expressão de Loureiro dos Santos (2001).

energias e o seu conseqüente aniquilamento. Trabalho do outro, necessário, para “ligar a pulsão”, transformá-la num verdadeiro “circuito pulsional” (Birman, 1997;1999), dotado de sentidos, de representações... de Vida.

A Morte que atravessa todos os espaços e tempos do hospital em muito ultrapassa, como foi visto até aqui, a morte física e singular dos pacientes na Emergência ou nas Enfermarias (o que não diminui a dramaticidade destas). É a morte simbólica dos usuários reduzidos ao vazio de sua “carência”, a seus corpos des-subjetivados; é sua invisibilidade nas salas e corredores da Emergência, e também a invisibilidade de seu sofrimento nas filas; é a morte do hospital “das carências crônicas e incertezas cíclicas”, do “hospital da impotência e do descuido”, e também a morte de seus trabalhadores, pressionados para trabalhar mal e ao mesmo tempo invisíveis em seus esforços para um bom trabalho e em suas demandas por cuidado.

Assim, penso que a morte, como fonte de sofrimento no trabalho em saúde, adquire outros sentidos – se não mais complexos, pelo menos mais diversos e mais extensos – que aqueles despertados diante da morte de um paciente, quando este trabalho se realiza num hospital público, especialmente num hospital de emergência.

Por outro lado, me parece também que a morte singular de cada paciente, nas dependências da Emergência ou nas enfermarias, “atualiza” ou “condensa”, como uma metonímia, todas as manifestações da Morte aqui apontadas.

Em seu estudo, embora reconhecendo que a morte faz parte do “mundo do cuidado” do Serviço de Emergência, Rosa (2001) identifica entre as enfermeiras algumas situações de maior sofrimento diante da morte, como a de pacientes crônicos, que sistematicamente procuram o serviço e com os quais a enfermagem estabelece um vínculo. Tratam-se, como já observamos no hospital “João Silva”, de pacientes que “já são conhecidos pelo nome” por parte das equipes do SPA e da Emergência.

De fato, o “convívio” com o paciente, conhecê-lo pelo nome, saber um pouco de sua história, torna sua morte freqüentemente muito dolorosa para o profissional. Uma enfermeira que entrevistei da Enfermaria de Clínica Médica, conta que quando começou a trabalhar no hospital preferia ter ido para a Emergência, alegando, por um lado, a expectativa de que na Emergência aprenderia mais, adquiriria maior destreza, e também porque imaginava que o trabalho na emergência seria menos desgastante emocionalmente, talvez pelo contato mais pontual com os pacientes.

Porque clínica médica te suga! Não só profissionalmente, mas emocionalmente, entendeu? Já tive muitos plantões de ... de ir para o banheiro para que as lágrimas descessem sem que ninguém visse, pra você não mostrar fraqueza, entendeu? Mas já teve muitos plantões que isso aconteceu ... paciente ali do convívio, que você trabalha com ele, você pega amizade, você sabe em que é que ele trabalha lá fora, ... sabe, você convive com ele! E de repente você chega aqui ou até no teu plantão ele começa a descompensar e vai a óbito. Um paciente já morreu no meu braço, gritando que não queria morrer! Isso te desgasta muito emocionalmente! É um desgaste emocional grande. No próprio plantão passado na sexta-feira, tinha um paciente, no 88, estava conversando comigo, ele sabia que ia morrer! É uma pessoa cristã, assim, já aceitando a morte, e eu sabia que ele estava já se despedindo. Quando eu tava indo embora do plantão, conversei com ele: ‘Seu (nome do paciente), o senhor tá melhor? Ele já nauseando, vomitando, vomitando ... Mas sabe aquela despedida? Eu tinha cem por cento de certeza de que eu não encontraria o paciente hoje. Tanto é que ele foi a óbito no sábado a uma hora da tarde. Mas ele já estava assim aceitando a situação: ‘Olha irmã – chamava todo mundo de irmã – olha irmã, eu vou morrer, eu sinto que já é o meu momento, eu não estou bem, eu sinto que a morte está próxima ...’ Ele com C.A. de fígado (...) mas ele já meio que se despedindo, já havia conversado com a esposa ... mas isso desgasta a gente! Porque quer queira, quer não, a gente não consegue conviver bem com a morte, com a perda, né? Então isso é um desgaste e até por conta disso eu queria me afastar um pouco da clínica médica. Talvez emergência, aquilo atua ali e você não fica tão ligado ao paciente, mas clínica médica não.

A morte de jovens e crianças também desencadeia sentimentos penosos entre as enfermeiras. São situações que suscitam, talvez mais que em outros tipos de morte, impotência e sentimento de fracasso, na medida em que “[...] a expectativa ao atender um paciente jovem é resgatar a sua condição saudável de vida e não a morte.” (Rosa, 2001: 117). Este tipo de morte é, sobretudo, de maior dificuldade de elaboração, de compreensão, porque é uma morte, na linguagem de uma das enfermeiras entrevistadas por Rosa, “‘[...] que chega rápido, que a gente não consegue entender.’” (Rosa, 2001:117).

É interessante considerar que este tipo de morte, “a morte que chega rápido”, povoa, com muita frequência, os serviços de emergência, fazendo um contraponto à “morte do convívio”, mais presente nas enfermarias. Cada uma, a seu turno, suscitando sentimentos, embora diversos, talvez igualmente dolorosos entre a equipe de saúde.

Loureiro dos Santos (2001) também identifica, em sua pesquisa, que a enfermagem, assim como o senso comum, realiza uma diferenciação das mortes – e dos sentimentos que suscitam

– segundo se trate da morte de uma criança ou de um adulto; se é uma morte súbita ou anunciada e qual o tipo de sofrimento que a antecedeu. Buscando algumas hipóteses sobre os sentimentos entre as técnicas e auxiliares de enfermagem relacionados à fase da vida em que se dá uma morte, a autora remete aos processos identificatórios, sugerindo que a morte dos idosos nos remete à morte de nossos próprios pais, enquanto na morte de crianças haveria “[...] *um corte abrupto de nosso próprio futuro, sem a chance de realizar desejos e aspirações.*” (Loureiro dos Santos, 2001:40)

No entanto, a autora reconhece que nem sempre a “identificação positiva” dos profissionais com os pacientes tem lugar, podendo ocorrer “[...] *complexos mecanismos psicológicos de defesa que podem ceder espaço ao que comumente chamamos o mal. Estes fenômenos podem ocorrer com qualquer membro da equipe, inclusive o médico.*” (Loureiro dos Santos, 2001:40, grifo da autora). Aqui, acredito que não só (ou não necessariamente) mecanismos defensivos possam estar em jogo na produção ou banalização do mal na assistência à população, mas, como já vimos, aspectos “negativos” igualmente presentes nos processos identificatórios, remetendo à ambivalência com relação aos primeiros objetos de investimento.

Neste sentido, é especialmente tocante o depoimento de uma das enfermeiras por mim entrevistadas, ainda na fase do estudo exploratório. Trabalhava na Porta de Entrada e também como supervisora da enfermagem nas enfermarias. Em um trecho de sua entrevista queixa-se dos médicos, destacando o problema dos que não gostam de trabalhar, que faltam, que não têm compromisso com o serviço ou com o paciente. Diz-se preocupada sobretudo com a situação dos pacientes velhinhos, que geralmente são desprezados. Conta então das várias vezes em que

[...] *o paciente está morrendo lá em cima [nas Enfermarias] , especialmente velho ... as enfermeiras ou auxiliares ligam para a emergência, [pois a enfermaria não tem médico plantonista], e o médico responde: ‘Vai fazendo o corpo ... diz a hora que morreu, que eu subo daqui a pouco.’ Enfermeira : ‘Mas, doutor, ainda não morreu!’.*” Conta então que geralmente dão uma resposta irritada ou indiferente, dizendo que o paciente “*vai morrer mesmo!*”. Observa que o tratamento com crianças é melhor, “[...] *as pessoas têm mais carinho.*”

O depoimento desta enfermeira se contrapõe ao de uma recepcionista-volante, anteriormente já destacado, evidenciando não só a ambivalência presente nos processos identificatórios, mas a importância dos processos intersubjetivos postos em movimento na

singularidade de cada encontro profissional-paciente e suas possíveis conseqüências sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado dos profissionais diante da morte - no caso em questão, a de pessoas idosas:

Esta recepcionista avalia muito positivamente a equipe do hospital em termos de compromisso com o trabalho e atenção para com os pacientes, fazendo, segundo ela, com que a população busque o Hospital João Silva pela forma como é atendida, pela “*abordagem*” dos profissionais de saúde, sua disponibilidade para ouvir o paciente. “... *o carinho deles, ... quantas vezes na G.E. [Grande Emergência] o médico chega, passa a mão no cabelo da vovó ... ‘Como vai, vovó? ... Você sabe que ela está parando, está indo embora ... Eu só fico vendo ... eu sou macaca de auditório deles! ... ele pega no paciente, põe a mão ... ‘Quantas pessoas vêm dizer obrigado, por um momento ... um segundo ...’*”

De todo modo, é preciso reconhecer o quanto o espaço da emergência - espaço da superlotação, das macas nos corredores, dos gritos e gemidos, dos fluxos desordenados de pessoas, da falta de privacidade e de conforto mínimo para os pacientes – pode tornar a morte (ou o sofrimento que a antecede) ainda mais dolorosa, não só para pacientes e seus familiares, mas também para os profissionais de saúde. Neste espaço, a morte freqüentemente é um alívio. Nas palavras de uma enfermeira entrevistada por Rosa (2001), queixando-se das condições desumanas em que os pacientes ficam, às vezes dias, sobre uma maca na emergência, “[...] *muitas vezes ficam sujos (...) eu acho que a morte alivia a gente, alivia de ter uma emergência te tratando mal. Então eu acho que a morte, nestas situações, é um alívio tanto para os pacientes quanto para nós.*” (Enfermeira 9). ” (Rosa, 2001:120). Como observa a autora, “*nesse contexto, a morte elimina a sensação de fazer mal ao paciente, de não assegurar a dignidade e o respeito que eles merecem.*” (Rosa, 2001:120)

Loureiro dos Santos (2001) identifica ainda algumas outras dificuldades vividas pela enfermagem, no hospital estudado no Brasil, com relação à morte de pacientes, algumas mais específicas de enfermarias de longa permanência, como é o caso das enfermarias de doenças infecto-parasitárias (DIP) que estudou. Entre as dificuldades que podemos considerar comuns às vividas pelas equipes que trabalham num serviço de emergência, podemos destacar: falar com o familiar do paciente internado a respeito da probabilidade de morte/tirar dúvidas e confortar a dor psicológica; ter que assistir à morte do paciente, avisar o médico do fato, esperá-lo constatar, avisar à família e preparar o corpo; lidar com o familiar que não aceita a perspectiva da morte do paciente; e a “*contaminação*” do tempo fora do trabalho quando ocorre um óbito (“*Será que eu fiz tudo que eu podia?*”) (Loureiro dos Santos, 2001: 155)

Este último ponto também foi identificado pela autora no serviço estudado na França, já não mais como uma dúvida, mas como um sofrimento “[...] *localizado no reconhecimento que o tratamento e os cuidados dispensados não foram suficientes para impedir a morte* [...]” (Loureiro dos Santos, 2001:198) Podemos pensar que num serviço de emergência em um hospital público no Brasil, tal sofrimento possa remeter não à constatação de uma morte inevitável, mesmo diante dos melhores tratamentos – como parece ser o caso da morte de pacientes terminais ou fora de possibilidades terapêuticas considerada pela autora – mas à constatação, muito mais dolorosa, de que a insuficiência de recursos e a precariedade das condições de atendimento “permitiram” (ou “co-produziram”) a morte, passível de ser evitada sob outras condições.

Neste contexto tão adverso (muitas vezes perverso) de um serviço de emergência – e por isso tão propício a sentimentos de impotência, fracasso e culpa pelas mortes (muitas vezes evitáveis) de pacientes – dar a notícia do óbito aos familiares, se já é normalmente uma tarefa difícil em quaisquer circunstâncias – pode se tornar um trabalho extremamente penoso e do qual muitos fogem.

No estudo de Loureiro dos Santos (2001), em suas observações no serviço de DIP no Brasil, a responsabilidade sobre a comunicação do óbito aos familiares não está claramente definida entre a equipe multiprofissional. No entanto as enfermeiras ressentem-se de ficar com esta “parte chata”.

No hospital João Silva, pelo que pude observar, parece haver um certo “jogo de empurra” entre os profissionais quanto à responsabilidade por este tipo de notícia. Os médicos, segundo ouvi de uma recepcionista e também de uma assistente social, não “gostam” de dar este tipo de notícia, especialmente quando o óbito não ocorreu em seu plantão. Segundo a recepcionista com quem conversei, quando os médicos não dão a notícia, os familiares são encaminhados para o setor de registro geral/documentação, recebendo a notícia dos funcionários administrativos que ali trabalham, encarregados de preparar a documentação relativa ao óbito (e que não têm, obviamente, nenhum preparo para a delicada tarefa de comunicar o óbito aos familiares). As assistentes sociais, também segundo esta informante, raramente assumem a responsabilidade por esta comunicação.

A conversa com a recepcionista-volante ocorreu num dia em que havia falecido um paciente na emergência. Logo que cheguei, no início da manhã, vi o maqueiro empurrando seu corpo em direção ao necrotério. Mais tarde, no corredor da Emergência, notei dois profissionais – um médico, mais velho, e outro mais novo que não pude identificar se era

médico ou enfermeiro – conversando com dois rapazes em frente ao posto de enfermagem, próximo à sala da G.E. Pude perceber que eram conhecidos do paciente que morrera e que estavam recebendo a notícia do óbito pelos dois profissionais. Ficaram conversando algum tempo. Os rapazes diziam que não sabiam como dar a notícia para a família. Depois que saíram o profissional mais novo comentou com o outro o quanto era difícil aquela situação e logo se referiu à morte da própria avó, ocorrida havia um ano também ali no hospital.

Também tendo percebido a conversa entre os profissionais, a recepcionista se aproximou de mim, encostou-se na parede do corredor e disse: *“Dar a notícia de óbito é uma das coisas mais difíceis de fazer. É um soco no estômago. Difícil para quem recebe e para quem dá a notícia.”* Mais tarde, no balcão da recepção da emergência, no saguão de espera, a outra recepcionista de plantão, percebendo o movimento e a comoção da família do paciente falecido, veio comentar comigo seu desconforto com a situação. *“Só não gosto quando tenho que dar esta notícia.”* Perguntei-lhe se esta era uma atribuição das recepcionistas. *Disse-me que não, mas que ficava “sem jeito”* perante o familiar que vem saber notícias de um paciente que tenha falecido. Disse-me que seu rosto “transparece” a notícia e que *“quando a gente manda eles para o Registro eles já sabem ...”*

Os depoimentos e cenas acima indicam que os processos identificatórios são especialmente mobilizados entre os profissionais do hospital estudado diante da situação de morte de um paciente. Igualmente chama a atenção o despreparo da equipe para a tarefa de comunicar o óbito.

Loureiro dos Santos, diante de uma intensificação das situações de morte observadas no serviço que estudou na França, levanta a hipótese de elaboração de estratégias coletivas de defesa por parte da enfermagem que as auxiliariam a lidar com tais sofrimentos, o mesmo podendo estar ocorrendo, segundo a autora, no Brasil, em serviços como os de emergência, que recebem as mais diversas situações produzidas pela violência urbana, e dariam origem à construção de uma “frieza profissional” que remeteria a estas estratégias defensivas, *“[...] sem as quais talvez torne-se impossível dar continuidade ao trabalho de amparar e acompanhar pessoas em fim de vida.”* (Loureiro dos Santos, 2001:213). Além disso, pelo menos no caso das auxiliares e técnicas de enfermagem, *“[...] o fato de lidarem com perdas de vidas humanas não é em si um elemento gerador de sofrimento, mas a forma como elaboram estas perdas ao longo de uma trajetória profissional.”* (Loureiro dos Santos, 2001:214)

Pelo que observei no Hospital João Silva, talvez mais do que a “frieza profissional” como estratégia que possibilitaria a continuidade do “cuidado” diante de uma situação dramática

como a morte, me parece que o que predomina, justamente como defesa ao sofrimento produzido pelos processos identificatórios, são estratégias de fuga e de diluição/indefinição das responsabilidades, especialmente na tarefa de comunicação com a família. Nesta perspectiva, o lidar com perdas de vidas humanas é, sim, por si só, um fator de sofrimento, agravado, todavia, pela percepção – nem sempre consciente – de que o hospital, por suas precariedades, possa ser o “co-produtor” do óbito, bem como pela inexistência, no hospital, de mecanismos ou processos que possibilitem a discussão e “elaboração” dessas situações. Além dessas reações diante da morte, não se pode esquecer de mencionar outros processos defensivos mais “mortíferos”, como a aqui já discutida redução do outro ao não humano – corpo sem subjetividade, que a enfermagem já pode, como vimos, segundo ordem médica, “ir fazendo”, arrumando o “pacote”, mesmo antes de morrer.

g) As demandas por cuidado e as saídas para o sofrimento

“Sempre há sofrimento. A única possibilidade, para nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo.” (Dejours, 1999b:16)

Os trabalhadores do hospital manifestam de diferentes formas seu sofrimento gerado (ou agravado) pelo trabalho na Porta de Entrada e no serviço de Emergência. Alguns parecem ter consciência deste sofrimento ou, pelo menos, se referem a alguns “problemas de saúde” ou ao “estresse”, atribuindo-os às condições de trabalho e aos problemas que ali enfrentam. Outros manifestam seu sofrimento através de uma demanda, explícita ou implícita, por cuidado e por escuta.

Uma recepcionista da emergência (e que se mostrou na entrevista e nas observações participantes extremamente envolvida com os problemas do hospital e dos pacientes), queixando-se de não poder fazer seu trabalho com a qualidade que gostaria, fala de seu esforço para não se deixar envolver demais com os problemas do serviço, para não adoecer: *“Eu não estou satisfeita com o trabalho que faço ainda ... Não dá pra extrapolar ... eu já extrapolei e fiz 17 de pressão e aí eu me controlo porque preciso estar bem para fazer o meu trabalho.”* É interessante observar que quase um ano depois, quando me reencontrei com ela e lhe perguntei se estava lembrada de mim e como estava passando, disse-me – provavelmente numa alusão às queixas que manifestou em sua entrevista - que estava *“melhor”* e que estava *“tomando florais de Bach para falar menos e ficar menos ansiosa”*.

A enfermagem também apresenta, com frequência, suas queixas e/ou sintomas. Uma das enfermeiras, supervisora da enfermagem do SPA e que havia ajudado, segundo a gerente do Projeto Porta de Entrada, a “*montar a rotina da enfermagem na Porta*”, não podia, num momento em que a gerente estava muito sobrecarregada, ajudá-la, justamente porque estava de licença médica. É cardiopata e, segundo me disse a gerente, “[...] *se afastou uns tempos com a pressão muito alta. Depois, foi só voltar ao serviço, pra voltar a passar mal e ter picos hipertensivos.*”

Em uma das vezes que cheguei para observar a triagem da enfermagem, no SPA, uma das enfermeiras estava passando mal. Tinha uma expressão de dor em seu rosto e havia acabado de ser medicada, em virtude de um pico hipertensivo. A gerente da Porta de Entrada, que me acompanhava no momento, brincou com ela, chamando a atenção para a ironia daquela situação. Aquele não era seu plantão. Estava ali substituindo uma colega que estava doente. Perguntou-lhe se queria ir embora e a enfermeira disse que não. A gerente virou-se então para a outra enfermeira que dividia com a primeira a sala da triagem e, ainda em tom de brincadeira, lhe disse que ela “*atraía*” essas coisas, fazendo alusão a um de seus plantões anteriores, quando outra colega também havia passado mal. Esta cena reflete a importância desses eventos de “*problemas de saúde*” no cotidiano da enfermagem.

Alguns meses depois, participando de uma entrevista em grupo, a mesma enfermeira, queixando-se da pressão da demanda, do volume excessivo, quase sem limite, de pacientes que atendem diariamente, observou: “*E aí, em um ano que estou aqui, me apareceu uma doença ocupacional, que é a hipertensão! Eu não era hipertensa! Isso tudo em relação ao estresse, à sobrecarga de trabalho, a demanda é muito grande!*”

Alguns trabalhadores demandam explicitamente um “*apoio psicológico*” como condição para lidar com a pressão do trabalho, com as dificuldades de cooperação entre a equipe, com a impotência diante dos casos que não podem resolver e com o sofrimento daí decorrente. Uma assistente social da Porta de Entrada, após se queixar de ser recriminada pela equipe por estar “*extrapolando*”, tomando atitudes “*não pertinentes*” à sua função, na tentativa de resolver de qualquer maneira os problemas dos pacientes e familiares - “*Não agüento mais ouvir esta palavra: ‘não é pertinente.’*” – diz que sente falta de um psicólogo na equipe, “[...] *não só para dar suporte aos pacientes e familiares, mas também para os profissionais. Eu sinto muita falta do psicólogo.*” A recepcionista, anteriormente citada, também fala espontaneamente da necessidade de algum apoio neste sentido: “*Já conversamos*

muito e achamos que às vezes precisamos de um suporte psicológico ... porque ficamos meio bombardeados pelas emoções ...”

Uma outra assistente social da Porta de Entrada, queixando-se da instabilidade do Projeto - tanto pela precariedade dos contratos e atrasos constantes dos pagamentos, como pela incerteza quanto à continuidade das rotinas - observa: *“Já brinquei com (cita o nome de um psiquiatra da Emergência) que os profissionais precisam de um suporte [...] a cabeça pira ... é muito difícil para o profissional não saber o que fazer: chegamos hoje é uma coisa, amanhã é outra [...] O Projeto é muito instável [...] existe sempre a ameaça de você perder o emprego.”*

Em outro trecho de sua entrevista, após queixar-se da sobrecarga de trabalho e das dificuldades de colaboração de outros profissionais da equipe, observa: *“A gente está muito exposto física e psicologicamente [...]”* Refere-se também a agressões da população. *“Às vezes a gente se põe algumas armaduras para se proteger e não consegue se dar para o outro [...] Teve um dia que eu perdi a voz. Um plantão horroroso ... tive que ir embora para casa.”* Observa que há *“[...] vários colegas com doença do estresse, que somatizam ..”* Enfatiza a necessidade de *“algum tipo de apoio psicológico para a equipe”*. Diz que está pensando em pedir apoio para uma psicóloga que integra o Programa de Saúde do Trabalhador. *“As pessoas se defendem muito ... não gostam de falar muito, de se abrir no trabalho ... põem uma armadura ... aí fica mais difícil o trabalho com os colegas.”* e então fala da importância de seu trabalho (da pesquisa), da necessidade de dar-lhes um retorno. *“É gostoso a gente poder ter este retorno ...”*. Assim, não só a demanda por cuidado, mas sobretudo a demanda por escuta e reconhecimento de seu trabalho fica evidenciada em seu depoimento.

Tal demanda por escuta e reconhecimento encontrava, como se vê também acima, na oportunidade da entrevista para a pesquisa, um momento privilegiado de se fazer atender. Mais de um entrevistado fez alusão à *“importância da pesquisa”*, a *“este trabalho conosco”*, como observou uma recepcionista, dizendo ser a pesquisa *“fundamental”*. Um enfermeiro, ao longo da entrevista, se referiu, em tom de brincadeira, por duas vezes, à entrevista como uma *“terapia”*. Uma auxiliar de enfermagem passou longo tempo da entrevista falando de sua vida pessoal, de seus problemas familiares. Uma outra, após o término da entrevista de uma colega, pediu para ser entrevistada.

A demanda por escuta entre os profissionais parece ser, portanto, bem significativa e, no entanto, não atendida ou muito pouco atendida pelo hospital. A este respeito é interessante resgatar o episódio da criação de uma Ouvidoria, ainda na gestão da ex-diretora.

Uma assistente social da Porta de Entrada iniciou sua entrevista me contando sobre este projeto que ela e outra assistente social desenvolveram. Pelo que entendi, tal iniciativa ocorreu após o término da experiência malograda de terceirização da administração dos hospitais e ela, como era inicialmente contratada pela cooperativa, havia sido demandada, pela direção do hospital, a fazer um projeto para justificar a continuidade de sua contratação. Não ficou muito claro se houve por parte da direção uma demanda específica para um projeto de Ouvidoria ou se foi iniciativa dela. O que é, contudo, interessante deste caso é que, segundo a assistente social, a Ouvidoria acabou atendendo mais a funcionários do que a usuários. *“Com três meses do projeto, observamos que estávamos ouvindo mais funcionários do que a população.”*

Segundo ela, era uma época de muita insegurança – fim da terceirização da administração do hospital – muito conflito, muita insatisfação e até *“muito óbito entre os funcionários”*. Contou que levaram esta situação para a direção, que resolveu *“... suspender o trabalho da Ouvidoria, porque não estávamos conseguindo dar um retorno aos funcionários ...”* Disse que este retorno dependia dos vários setores do hospital, que estavam se reorganizando e também não podiam dar respostas. *“Não adianta você querer ouvir se não pode dar respostas ...”*

Aqui, cabe recuperar a crítica realizada por Dejours (1999b) à criação “autoritária”, nas empresas, de espaços de discussão, e a noção que formula de “escuta arriscada”. Segundo o autor, em todos os espaços de palavra instituídos autoritariamente, como nos “Círculos de Qualidade”, as pessoas falam porque foi pedido a elas que falassem, mas não dizem nada.

“A palavra só é realmente produtora de conhecimento e só contribui para transformar a organização do trabalho quando, diante das pessoas que falam, há pessoas que as escutam.” (Dejours, 1999b:41)

Escutar, segundo o autor, **é muito difícil e perigoso**. Daí sua noção de “escuta arriscada”. *“Qual é o risco da escuta? Ele é tão importante quanto o risco de falar e revelar um segredo. É o risco de ouvir e compreender.”* (Dejours, 1999b:41). O autor se refere aqui, me parece, ao engajamento, à implicação do gestor na escuta que, em última instância, pode desestabilizar suas certezas, questionar seu saber e seus próprios vínculos com a organização.

No caso em questão, a criação da Ouvidoria, embora não tenha sido concebida inicialmente como um espaço para os funcionários, parece ter sido logo ocupada por estes,

que, com suas demandas por escuta³⁸, acabaram, me parece, transformando-a num “dispositivo” que não só fugia ao controle da direção, como produzia questões ou fatos para os quais esta não estava preparada ou disponível para lidar, isto é, para **escutar** e **responder**.

Conversando posteriormente com a Gerente de Qualidade sobre o episódio, esta assumiu que a decisão de acabar com a Ouvidoria partiu dela, pois entendia que estava havendo certa “*confusão de papéis*” ou “*superposição*” entre as funções de assistente social e de ouvidora. Segundo a gerente, “[...] *não estavam muito claras essas diferentes atribuições, o que causava mais transtorno e confusão.*” Contou-me então que, “*visando atender a esta necessidade de escuta e apoio das equipes*”, a direção, ainda na época da ex-diretora, tentou “*desenvolver um trabalho de grupo*” nos vários setores do hospital, coordenado por uma psicóloga do próprio ambulatório do hospital. Segundo ela, chegaram a fazer algumas reuniões, mas o trabalho não foi à frente porque as psicólogas se recusaram a continuar, alegando que não era seu papel fazer “*psicoterapia de funcionário*” ou “*psicologia organizacional*”.

O caso da Ouvidoria e o do “trabalho de grupo” parecem ilustrar, na dinâmica organizacional, as dificuldades, tanto por parte da direção quanto por parte dos funcionários, de garantir a circulação da palavra, expressando também as vivências de risco em torno do falar e do escutar, a despeito das intenções de fato democráticas da direção do hospital.

Ajudando-nos a pensar sobre as dificuldades que acabaram por resultar no fechamento da Ouvidoria e no encerramento do referido trabalho com grupos no hospital, destacam-se algumas observações de Valadares (2000), que estabelecem, de modo muito interessante, relações entre o conceito de ideal na psicanálise, a possibilidade de constituição de grupos, a capacidade de ouvir e a de assumir responsabilidades:

Os grupos reúnem-se em torno de idéias encarnadas em alguém, alguém autorizado a trazer alguma provocação. A percepção e o chamado a assumir responsabilidades dependem de uma convocação que mereça ser ouvida. As pessoas ouvidas se predispõem a ouvir. O respeito vem de uma capacidade de olhar de novo (re-spectare) e a responsabilidade vem da capacidade de responder a chamados. (Valadares, 2000b:5)

³⁸ É curioso o depoimento de uma médica, aqui já citada, que se queixa enfaticamente por não ser ouvida e parece demonstrar certa inveja do (pouco) cuidado ou escuta dispensado pelos serviços à população, que pelo menos, segundo ela, conta com canais como as “Ouvidorias”: “*A população [...] existe um ‘Fala Cidadão’, uma ouvidoria para eles [...] eu já ouvi muito desaforo naquele ambulatório! [...] ter que ficar respondendo denúncia do ‘Fala Cidadão’, mas ninguém me pergunta se estou feliz ou infeliz aqui!*”

De todo modo, ainda que nem sempre possa ou saiba atender à demanda por escuta e cuidado dos trabalhadores do hospital, alguns sinais/sintomas de sofrimento de seus funcionários têm sido percebidos pela direção do hospital – especialmente quando resultam em algum prejuízo para o funcionamento do serviço - que tenta responder de alguma forma a eles, como é o caso da iniciativa dos grupos acima destacada e também do recém criado, no início da pesquisa, Núcleo de Saúde do Trabalhador, que iniciou suas atividades, como já observado, buscando ouvir e investigar as condições de saúde dos segmentos menos valorizados, como observou seu coordenador, e mais “invisíveis” (a meu ver) do hospital, como os funcionários da manutenção, da documentação médica e do serviço de patrimônio.

Um importante sinal de sofrimento psíquico entre os trabalhadores e que me foi informado pela própria direção é o elevado índice de alcoolismo. Segundo a direção, várias tentativas já foram feitas, sem sucesso, no sentido de encaminhamento desses funcionários para os Alcoólicos Anônimos. Tentativas de remanejamento interno ou de transferência desses funcionários também não têm sido bem sucedidas (“ninguém os quer”). De todo modo, me parece que embora se trate de um problema “percebido” ou reconhecido pela direção, esta ainda o circunscreve (talvez de forma defensiva, de modo a não refletir sobre suas implicações) a um problema **do** funcionário, não o tratando como um problema que diz respeito, sobretudo, à **relação** entre o trabalhador e a organização. Seria neste âmbito, o da relação ou dos vínculos que ligam o trabalhador ao hospital e ao seu trabalho, onde a intervenção sobre o problema talvez pudesse ser mais efetiva, ainda que mais exigente de trabalho (inclusive psíquico) e mais dolorosa para o conjunto.

Embora tenha sido mencionada espontaneamente por apenas uma das médicas aqui já citadas, cabe também lembrar a ocorrência, segundo esta médica, de um número significativo de médicos que fazem uso de antidepressivos, além de se valerem de “quaisquer” pretextos (como “quebrar um dedinho”) para não ir trabalhar.³⁹

³⁹ Embora haja referência na literatura científica a respeito do absenteísmo como estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores do hospital para se protegerem da sobrecarga emocional face ao contato com a dor e o sofrimento - mais propriamente falando, o absenteísmo seria a expressão da falência de defesas competentes para lidar com as dificuldades inerentes ao trabalho hospitalar (Libouban, 1985 *apud* Pitta, 1999) - é importante destacar que não estou considerando que o absenteísmo seja, necessariamente, uma defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho. Aqui, vários fatores devem também ser considerados, como a cultura de baixa responsabilidade nos serviços públicos no Brasil, a crescente precarização dos vínculos trabalhistas no setor público, aliada aos baixos salários, obrigando os trabalhadores a manter mais de um emprego, entre outros problemas. De todo modo, a força das imagens trazidas pela médica entrevistada - onde quebrar um dedo é uma dor desprezível (e desejada!) ante o “benefício” ou a “sorte” de ficar afastado do trabalho - é suficientemente sugestiva do sofrimento relacionado à situação específica de trabalho aqui examinada.

Assim, **sem saídas ou canais mais “institucionais” para expressão e equacionamento de seu sofrimento, os trabalhadores lançam mão de algumas estratégias de defesa**, tanto individuais quanto coletivas. **Algumas com impacto negativo sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado, enquanto outras - em alguns casos, tentativas de transformação do sofrimento, no sentido de uma vivência de prazer no trabalho – ampliando as possibilidades e a qualidade do cuidado.**

Do ponto de vista mais global ou coletivo, o imaginário compartilhado sobre o hospital pode ser considerado, como vimos no capítulo 4, como exercendo uma função defensiva ou tranquilizadora face às angústias decorrentes das condições extremamente precárias com que o trabalho se realiza. É assim com o imaginário do “hospital potente”, sustentado pelos funcionários numa espécie de contrato narcísico que, negando a precariedade e as falhas do hospital, atende a seus desejos de potência, de afirmação e reconhecimento de suas capacidades e identidades, preservando-os do desamparo de sentirem-se “sentados sobre um barril de pólvora”. É assim com a imagem do hospital que “protege, acolhe e cuida” de seus funcionários - o hospital como “pai”, “mãe”, “família”, “casa” – capaz de promover, como vimos, uma “ressignificação” do espaço hospitalar, tornando-o não só suportável, mas desejável, preferível a outros hospitais - um espaço onde o que é pequeno e bastante precário torna-se aconchegante, acolhedor, onde o que é indiscriminado e confuso torna-se comunhão, comunicação e facilidade de cooperação.

Como observei, as conseqüências desse tipo de “produção defensiva” talvez possam ser tanto “mortíferas” – anestesiando o sofrimento, mas turvando a visão sobre a dramaticidade da realidade cotidiana do hospital – quanto “vitais” (ou “motoras/motrizes⁴⁰”), mantendo “aceso” o desejo para com o trabalho (e possibilitando o prazer) numa realidade tão adversa. No entanto, vimos também que este imaginário de potência, proteção e segurança, apenas parcialmente cumpre a função de tranquilização psíquica perante as angústias de desintegração e o desamparo que a realidade de um hospital de emergência parece produzir no psiquismo dos que ali trabalham.

Assim, outros processos e mecanismos utilizados pelos trabalhadores em sua relação com a tarefa, com seu trabalho de um modo geral e com o hospital, podem estar cumprindo, ainda que não exclusivamente, um importante papel de defesa contra o sofrimento no trabalho (ou de saída deste). Numa apreciação mais do conjunto desses processos, pode-se dizer que, **de um lado, situam-se a desilusão, o desinvestimento, a incapacidade de eleger o hospital ou**

o trabalho como objeto de investimento, a acomodação, a apatia. Numa outra “ponta”, a idealização do trabalho e da profissão e a busca de reconhecimento como possibilidade de transformação do sofrimento, de construção de um sentido para este. Entre essas duas “pontas”, encontramos estratégias variadas, envolvendo, por exemplo, a divisão do trabalho e a responsabilização; a relação do trabalhador com as regras, normas e rotinas da organização do trabalho (incluindo aqui as transgressões, “quebra-galhos” e o zelo); a negação (da situação causadora de sofrimento) e suas variações, como as brincadeiras e zombarias; e a busca de apoio nos colegas para lidar com a situação problemática.

Um dos depoimentos mais significativos como expressão do desinvestimento, da desilusão com o trabalho e da acomodação (especialmente por se confrontar com a história do profissional de dedicação ao hospital) é dado por um médico cirurgião, aqui já citado. Queixando-se da falta de investimento da administração pública em seu aperfeiçoamento profissional, diz que não espera nada da instituição. *“Nos 23 anos que estou no hospital o [nível de governo ao qual se vincula o hospital] pagou 1 curso só para mim. Todo meu aprimoramento [...] foi às minhas custas.”* Diz que seu trabalho é razoável e vai sempre se aperfeiçoando, dentro dos limites do hospital, mas isso parece não fazer diferença aos “olhos” da instituição: *“[...] se quiser melhorar, bem, se não quiser, também [...]”* Diz que ali no hospital ninguém podia se queixar dele, faz seu trabalho “corretamente”. Apesar de chefiar o plantão, nunca deixou de operar, mesmo de madrugada. É pontual e nunca faltou ao serviço e sempre procura evitar que os problemas da equipe cheguem à direção, resolvendo-os diretamente. No entanto, os processos de defesa contra o sofrimento pelo não reconhecimento de seu esforço e dedicação deixam marcas visíveis sobre sua capacidade de investimento e criatividade no trabalho: *“Estímulo? Nenhum. O meu trabalho é burocrático... não tem mais tesão [...]”*

Um enfermeiro da Porta de Entrada, solicitado a falar de seu trabalho e, especificamente, de como procura resolver os problemas, revela seu conformismo e apatia: *“Você vai se adaptando às falhas ... porque quando tenta e não resolve ...”*

O depoimento de outro médico da emergência é um exemplo contundente de como a “apatia burocrática” (Campos, 1994) - como defesa contra o sofrimento pela impotência em que os serviços públicos de saúde lançam muitas vezes os profissionais - pode resultar facilmente na banalização do sofrimento e na morte dos pacientes. Em sua entrevista, este médico se queixou dos inúmeros casos de pacientes graves, que precisam ser transferidos em

⁴⁰ Num sentido mais próximo ao que Enriquez (1997a) denomina “imaginário motor”.

virtude da inexistência no hospital de algumas especialidades, como cirurgia vascular e de tórax, e destacou as dificuldades que enfrentam muitas vezes para conseguir vagas em outros hospitais. Tentei explorar como se sentia e o que fazia quando tinha dificuldade de transferir esses pacientes graves e ele se limitou a responder: “*Quando negam [a transferência] o único recurso que a gente tem é escrever na papeleta... antigamente a gente até ficava mais aflito... depois vê que não adianta ...*”

A omissão e a não responsabilização são freqüentemente observadas e parecem guardar relação, em parte, com as limitações estruturais e conjunturais que os serviços públicos de saúde impõem à realização do trabalho. Silva (1994), em estudo sobre o processo de trabalho hospitalar em enfermarias clínicas de um hospital público no Rio de Janeiro, observa:

“A constante impossibilidade de realizar seu trabalho, sendo cobrado pela sociedade através da mídia, pelos familiares e pelos pacientes, produz um profissional que está sempre na defesa: ‘ não temos tempo’, ‘ não temos material’, ‘ não temos nada’, e principalmente ‘ não temos culpa’. Os trabalhadores se defendem afirmando que não podem responder por nada que ali ocorre. [...] A responsabilidade e o sentimento de responsabilidade, não podendo ser coletivizados, são cuidadosamente evitados. Existe um pacto, uma cumplicidade, em que ninguém é considerado capaz de mudar o estabelecido.” (Silva, 1994:194-195).

Alguns profissionais, pela natureza da tarefa que executam, parecem estar, ou se consideram estar, menos expostos ao sofrimento ou mais “preparados” para lidar com ele⁴¹, o que permite levantar a hipótese de que a própria escolha da profissão e, dentro desta, da especialidade pode ter entre seus determinantes a relação do sujeito com o sofrimento que, como lembra Dejours (1999b), pré-existe à situação de trabalho. No entanto, algumas vezes, podemos observar que **a divisão técnica do trabalho justifica a segmentação do processo de trabalho como estratégia (defensiva) de não responsabilização.**

⁴¹ A este respeito é interessante recuperar os depoimentos de dois cirurgiões da emergência, ambos chefes de plantão. O primeiro, há 23 anos na emergência e há 17 na chefia de plantão, perguntado como suportava, por tanto tempo, esta situação de trabalho tão adversa, observou que o cirurgião suporta mais que o clínico, pois seu trabalho “depende menos” de outros e do Estado. Trata-se, segundo ele, de um trabalho mais pontual, garantido o mínimo necessário para a realização das cirurgias. Já o clínico, para ele, sofre mais com a pressão da demanda, especialmente pelo não funcionamento da rede pública. O segundo cirurgião me respondeu, quando disse-lhe que havia notado que todos os chefes de plantão da emergência eram cirurgiões, que “*Os cirurgiões geralmente têm tendência a liderar, a comandar ...*”

Assim, por exemplo, numa entrevista em grupo aqui já referida, duas enfermeiras discutiam sobre os critérios de admissão de pacientes na emergência e falavam, particularmente, do caso de um paciente tuberculoso, recentemente atendido. Uma delas achava que se tratava de mais um “caso social”, não havendo nada a fazer pelo paciente a não ser “encaminhá-lo”. “[...] *enquanto estiver aqui a gente encaminha, a gente procura ajudar no que for necessário, mas entrou na área social, não pertence mais à enfermagem, infelizmente. O máximo que podemos fazer é orientar o paciente e encaminhar [...] ao profissional do Serviço Social.*”

Outras vezes, o estabelecimento de fronteiras rígidas entre as atribuições de cada categoria profissional parece resultar de um processo de disputa micropolítica de territórios (com importantes prejuízos para as possibilidades de cooperação entre a equipe e para a integralidade do cuidado), que provavelmente tem, entre suas origens, uma luta dos sujeitos pelo reconhecimento de suas capacidades e potências, cotidianamente negadas ou postas à prova pela realidade organizacional. Aqui, é interessante recuperar uma entrevista de uma outra enfermeira que, solicitada a falar sobre o trabalho em equipe, se refere, com muita ênfase, aos “limites” de atuação de cada categoria profissional.

Então eu acho que flui direito. Que se você souber respeitar o limite do teu colega ... Não é você querer resolver um problema de Psicologia que você não estudou ... para aquilo! Então cada profissional estuda aquela situação, pra atender o paciente [...] Então na sua seção, psicologia, vai entender ... serviço social, parte social, o médico naquela... e o enfermeiro, no papel dele. Então cada um tem o seu papel. [...] É, a gente respeita muito a hierarquia, a gente respeita muito o nosso superior [...] cumprindo as normas, né, os limites: ‘Você só pode ir até ali.’ Então a gente só vai até ali... às vezes, sem querer, você como ser humano, sem querer você ultrapassa, mas aí vem um, te puxa, aí você ... você volta. Isso aí é toda parte profissional, porque às vezes você quer ajudar, e quando você vê, você está passando por uma coisa que você não deveria estar ali! Então, quando você vai se enxergar, você está ali, e você tem que voltar! [...] Não adianta você passar por ali. Porque o profissional mesmo, dali, não vai deixar você passar. Por quê? Porque ele está ocupando o espaço dele. [...] Porque quando chega da nossa parte, da parte lá dos enfermeiros, a gente não deixa, entendeu, não deixa passar por cima ... Principalmente [...] nossa parte de orientar, nossa parte de ver.

Se os profissionais (referindo-me aqui aos profissionais de nível superior, tradicionalmente considerados como detentores de uma *profissão*, no sentido estrito, em

saúde) parecem, assim, se utilizar muitas vezes da divisão técnica do trabalho para justificar uma segmentação rígida do processo de trabalho como defesa contra a responsabilização (a culpa) ou contra o não reconhecimento e a impotência, **outros trabalhadores** - provavelmente por não estarem tão atados ao “peso” das profissões e também por executarem tarefas que não exigem grande especialização - **talvez se permitam mais facilmente trocar de lugar com o colega, “fazer o trabalho do outro”, na tentativa igualmente de se defenderem do sofrimento no trabalho, mas pelo caminho da busca de solução para o sofrimento do paciente.**

Uma recepcionista volante, ao final de sua entrevista, e após falar com muito entusiasmo de seu trabalho, respondeu à minha observação de que ela gostava do trabalho com a seguinte frase: *“Eu gosto de gente!”* Disse então que não se limita a cumprir estritamente o que é considerado sua função. Muitas vezes *“[...] ajo como maqueiro, dou comida na boca de paciente ... Não é minha função, mas eu faço. Não vai cair a mão...”* Certa vez, quando observava a dinâmica de funcionamento do setor de Registro na Emergência, percebi um rapaz que, por duas ou três vezes, veio lá de dentro, trazendo uns papéis e solicitando ao funcionário do Registro que abrisse boletins de atendimento. Soube depois que se tratava do gesseiro⁴², que vinha abrir os boletins para pacientes que estavam sem condições de se locomover (o que, a rigor, seria função da recepcionista volante). Em sua conversa comigo, demonstrou também muita satisfação com seu trabalho.

Alguns outros processos observados e que podem ser considerados, acredito, como exercendo importantes funções de defesa contra o sofrimento, **dizem respeito às relações que os trabalhadores estabelecem, na realização de suas atividades, com as regras, normas e rotinas do trabalho** ou, na linguagem da Psicodinâmica do Trabalho, às relações entre trabalho prescrito e o real do trabalho.

Assim, e considerando o que já foi aqui discutido a respeito da pressão da demanda, do dilema, vivido pelos trabalhadores na Porta de Entrada, entre a urgência e o sofrimento e de sua angústia perante o risco de “não ver” a tempo um caso grave de urgência, é comum observarmos, especialmente entre os trabalhadores que ficam “cara a cara” com a demanda, a “flexibilização” dos critérios de acesso ao serviço. É o caso da enfermagem, como vimos, que, na triagem, muitas vezes permite o acesso ao SPA ou à Emergência de casos que não se caracterizam, a rigor, como casos de urgência (os casos de pacientes dependentes de

⁴² Trabalhador do setor de ortopedia encarregado de fazer as imobilizações com gesso, conforme orientação médica.

medicação de uso contínuo, que enfrentam dificuldades para conseguir o medicamento na rede básica e às vezes são encaminhados à consulta no SPA, são um bom exemplo; outro exemplo são os casos de pacientes da ortopedia que não se enquadram nos critérios de urgência/emergência estabelecidos pelo hospital, mas que apresentam muitas dores).

Durante uma observação que fiz no setor de Registro da Emergência, os dois funcionários que trabalhavam no guichê naquele dia fizeram muitas queixas às barreiras ao acesso da população aos serviços de saúde. Um deles reclamou do SPA, que, segundo ele, “*deveria atender a todos [...] é penoso ver as pessoas sem atendimento*” e queixou-se também da implantação da triagem de enfermagem, pelo tempo que as pessoas aguardavam na fila: “*Antes entravam direto*”. É curioso que este funcionário pareça não se dar conta de que, mesmo “*entrando direto*”, a população continuaria a esperar pelo atendimento, seja na sala de espera lotada do SPA ou, em pé, nos corredores tumultuados em frente às salas de atendimento da Emergência. Tal constatação sugere que talvez seja muito mais confortável para eles, inclusive do ponto de vista psíquico, abrir indiscriminadamente os boletins de atendimento, sem encaminhar o paciente para a triagem, “*deixar passar*” a população, transferindo assim, para os médicos, a “visão” do sofrimento na fila de espera e a responsabilidade de negar o atendimento, com todo o “ônus” psicológico e até mesmo físico (face às reclamações e ameaças de agressão⁴³) daí decorrente.

Por outro lado, é importante recuperar os vários relatos aqui já apontados, a respeito da pressão que os médicos muitas vezes exercem sobre os trabalhadores da Porta de Entrada para que contenham a demanda, seja estabelecendo um “teto” no número de pacientes que irão atender, como fazem alguns médicos clínicos do SPA, segundo relato da enfermagem, ou ainda adotando critérios rígidos quanto ao que consideram casos de urgência e outros critérios de atendimento, como os ortopedistas que, além de serem inflexíveis quanto a atenderem apenas traumas ocorridos até 48 horas, muitas vezes se negam a atender pacientes residentes fora da área de abrangência do hospital, como relatou um dos funcionários do registro.

⁴³ É interessante destacar, como já observei na apresentação do espaço e da dinâmica de funcionamento do hospital (cap. 3), que os funcionários do Registro, tanto no SPA como na Emergência, são separados da população por vidros, dificultando enormemente a comunicação. Skaba (1997) também identificou a mesma situação no hospital Miguel Couto, evidenciando o caráter “perverso” de tal dispositivo e sua utilização como proteção ou “defesa” pelos funcionários: “*Existe um enorme vidro que separa os pacientes dos funcionários, com pequenas aberturas, [...] Pacientes com dor, chorando, tentam se encurvar o mais que podem para serem ouvidos pelos funcionários, [...] a pessoa não sabe se abaixa o corpo ou levanta a voz e assume a postura ereta. [...] Segundo relato de um ex-componente da direção do hospital, este vidro foi uma reivindicação dos funcionários, pois, antes, existia uma grade que os protegia, mas os pacientes cuspiam nos profissionais que, agora, estariam protegidos destes atos.*” (Skaba, 1997:59)

A prática do “quebra-galho” também é outro processo observado e decorre, como o conceitua Dejours (1999b), do enfrentamento, pelo trabalhador, das dificuldades ou resistências impostas pelo real do trabalho. **No hospital, alguns quebra-galhos observados parecem adquirir mais claramente o sentido de uma estratégia de defesa contra o sofrimento** decorrente dos limites impostos pela realidade hospitalar a um bom atendimento. **Em outras situações de transgressão às regras ou às normas do trabalho prescrito, o caráter defensivo não fica tão claro**, não sendo possível distinguir se trata de fato de um “quebra-galho”, no sentido de uma prática que busca contornar os limites impostos pela realidade para garantir a execução da tarefa e o alcance de seus objetivos, ou, na verdade, de descuido ou negligência.

No primeiro caso, se destaca a seguinte situação que observei certo dia no SPA, quando observava a triagem da enfermagem. Assim que cheguei, e não querendo interromper os atendimentos, tentei aproveitar uma brecha entre a saída de um paciente e a entrada de outro na sala de triagem para avisar a enfermagem que iria começar a observação, conforme havíamos combinado em outro dia. Havia um enfermeiro e uma enfermeira fazendo a triagem. Num determinado momento, o enfermeiro saiu. Mais tarde, a enfermeira também saiu, se dirigiu à sala de hipodermia, ao lado, e voltou alguns minutos depois. Quando ela entrou na sala de triagem achei que estivesse sozinha e tentei logo entrar, mas a sala estava fechada à chave. Chamei-a pelo nome. Ela abriu e me atendeu da porta. Estava com um semblante sério. Perguntei se “dava” para começar a observar o trabalho deles e ela, com certo ar de contrariedade, disse: “*Dá, né?*”, como quem dissesse: “O que é que eu posso fazer ...”. Só quando entrei na sala é que percebi que havia uma paciente, uma senhora, sendo atendida por ela. Pedi desculpas por ter interrompido, dizendo-lhe que não sabia que estava atendendo. Então percebi que a enfermeira estava aplicando uma injeção na mulher (havia ido à sala de hipodermia buscar a injeção). Mais tarde, após alguns outros atendimentos, e quando percebi que a enfermeira já estava mais relaxada com a minha presença, fiz referência ao caso e perguntei-lhe se a enfermagem também aplicava medicação na triagem. Ela então me respondeu que naquele caso sim, pois a paciente estava com “dor ciática”, conforme seu diagnóstico, e o ortopedista assinaria a prescrição.

Tratava-se, evidentemente, de uma transgressão (e que pode ser considerada grave) às regras do exercício profissional da enfermagem e da medicina. Não sei até que ponto havia, de fato, algum acerto informal entre médicos e enfermeiros para tal procedimento ou se a enfermeira apenas me disse que o médico assinaria posteriormente a prescrição para

demonstrar que estava, de alguma forma, “respaldada” pela equipe médica. De todo modo, e considerando principalmente que, pela rigidez dos ortopedistas com relação aos critérios de urgência, os casos de dor ciática não são atendidos na emergência (há várias queixas de enfermeiros e assistentes sociais sobre o não atendimento dos casos de dor), a conduta da enfermeira me pareceu claramente motivada pela intenção de aliviar o sofrimento, a dor, da paciente, defendendo-se, com este quebra-galho, de seu próprio sofrimento diante da dor alheia.

Tive oportunidade de conversar posteriormente sobre este caso – obviamente sem identificar a enfermeira envolvida - com a Gerente da Porta de Entrada e, ao final da pesquisa, na última reunião que tive com o diretor do hospital e que acabou assumindo o caráter de uma entrevista de “devolução”. Ambos admitiram saber de casos semelhantes. A gerente me disse que receberam denúncias que haviam sido feitas diretamente ao próprio nível central. Rejeitou, no entanto, minha interpretação sobre o quebra-galho como defesa contra o sofrimento da enfermagem. Em sua opinião, estes casos expressam tentativas de *“afirmação de poder”* por enfermeiros que, segundo ela, *“querem ser médicos”*. Já o diretor pareceu bastante mobilizado com a questão. Queixou-se de “esquemas” entre enfermeiros e médicos que *“não querem atender”*, mas ficou muito sensibilizado com a interpretação que dei. O reconhecimento de que o hospital nem sempre garantia o alívio da dor, do sofrimento, na Emergência, particularmente o comoveu. Admitiu então o quanto essas situações são complexas, não necessariamente resultantes de esquemas ou de afirmação de poder dos profissionais.

A dimensão de sofrimento contida neste quebra-galho da enfermagem talvez também se revele a partir da própria permissão, pela enfermeira, para que eu presenciasse (testemunhasse) tal prática. Ainda que se possa considerar que não tenha tido coragem de negar minha entrada, acredito que poderia ter pedido para que eu aguardasse terminar aquele atendimento. Assim, e considerando ainda o fato de que este tipo de prática, embora seja do conhecimento das chefias, não parece ser coletivamente, publicamente, discutido, interpreto sua permissão para minha entrada na sala como uma demanda de reconhecimento e de visibilidade do quebra-galho e do seu sofrimento com o real do trabalho que lhe dava origem.

Dejours, discutindo as relações entre saúde do profissional e quebra-galho, observa:

A negação dessa dupla indissociável, entre o real do trabalho e o quebra-galho necessário, tem incidências maiores sobre a saúde do trabalhador. A falta de discussão sobre essa dimensão da realidade é

fonte de não-reconhecimento, desastrosa para a saúde dos trabalhadores, cuja própria criatividade é colocada sob o selo da culpa, da censura (Dejours, 1999b:63)

Numa segunda situação de transgressão observada, não é possível definir com clareza os limites entre o quebra-galho e a negligência ou descuido. Ocorreu num dia em que eu observava a dinâmica de funcionamento do Registro do SPA e de sua sala de espera. Um casal, com seu filho, chegou ao registro, após terem passado pela triagem. Tinham recomendação da enfermagem para serem atendidos com urgência, pois o menino estava com 39° de febre e tinha história de crise convulsiva. O funcionário do registro alertou a recepcionista sobre a urgência do caso e esta questionou o fato de a enfermagem ter mandado a criança para o SPA e não para a emergência. Pegou o boletim do menino e saiu para falar com o enfermeiro que o havia triado. Minutos depois voltou e foi falar com um dos pediatras de plantão no SPA. Saiu do consultório com a prescrição de injeção de Dipirona e banho já assinada pelo pediatra. Ela mesma perguntou ao pai se a criança tinha alergia a Dipirona. Ele respondeu que achava que não. Ela então o encaminhou para o Pronto Socorro, para a sala de hipodermia, onde a criança faria a injeção e o banho, e disse-lhe que voltasse em seguida para o SPA para aguardar a consulta médica, para a qual seria chamado na ordem de chegada.

Não havia, naquele momento, outras crianças tão graves que não pudessem aguardar que o médico priorizasse o atendimento daquele menino. Não ficou claro para mim se o médico, provavelmente porque estava atendendo outra criança, não quis postergar ainda mais a administração do antitérmico, confiando na avaliação da enfermagem, ou se apenas não quis ter um trabalho que considerou “desnecessário”.

Por fim, um outro tipo de processo que diz respeito às relações entre trabalho prescrito e o real do trabalho - e que, em certas situações, pode ser considerado como possuindo um caráter defensivo contra o sofrimento no trabalho - é, acredito, o zelo aportado pelo trabalhador à execução da tarefa. Neste caso se destaca a conduta de uma médica, pediatra do SPA, que sistematicamente orientava as mães a voltarem com as crianças para que pudesse avaliar sua evolução. Pude observar uma vez uma mãe chegar no SPA com sua filha a procura desta médica, dizendo à recepcionista que a menina estava bem, mas que havia retornado porque a médica havia pedido. Posteriormente, pude observar uma consulta desta médica, quando fez a mesma recomendação à mãe. A revisão é um procedimento esperado em um ambulatório, não em um serviço de Pronto Atendimento, destinado às urgências. Assim, o interesse da médica pela evolução da criança pode ser considerado uma tentativa de superar o sofrimento

possivelmente decorrente da pressão para trabalhar mal, para atender rapidamente, que as condições de trabalho no SPA acabam impondo ao profissional.

Próximas ao zelo, encontram-se, me parecem, outras saídas para o sofrimento que assumem o caráter de saídas individuais. São algumas condutas que podem ser classificadas de “jeitinho”, solidariedade ou, em alguns casos, “caridade”. Uma assistente social da Porta de Entrada queixou-se, em sua entrevista, do horário de funcionamento da farmácia (só até às 18:00 horas, não abrindo aos domingos). Isto faz com que os pacientes atendidos no fim de semana tenham que voltar na segunda-feira para buscar remédio. *“A mãezinha que volta na segunda é a que esteve aqui no fim de semana e volta com a criança pior ...”* Diz que na maioria das vezes a população é muito carente e não tem mesmo condições de comprar o remédio. Assim, nos fins de semana, quando esses casos chegam ao seu conhecimento, ela mesma pega a receita e vai até a farmácia do hospital (que funciona só para atendimento interno) pegar o remédio. Preocupa-se com o grande número de casos que não chegam a seu conhecimento.

A mesma assistente social reclamou das nutricionistas que, segundo ela, têm má vontade com relação aos pedidos que fazem para que liberem um copo de leite, uma refeição, para um paciente com fome. Refere-se aos pacientes ou mães de crianças que aguardam horas para o atendimento e não têm dinheiro para comprar nada para comer. Disse que as nutricionistas só costumam atender a estes pedidos quando vêm encaminhados pelos médicos, mesmo sabendo que a comida vai sobrar e estragar no final do dia. *“Então eu vou e tiro do meu bolso ... vou à cantina comprar um copo de leite, uns biscoitos para a criança ...”* Voltando a falar dos casos dos pacientes que não têm como comprar remédios, contou que alguns remédios da farmácia do hospital só estão disponíveis para uso interno, da internação, e que, nesses casos, alguns médicos internam o paciente, para garantir o tratamento. Disse que não considera caridade o que faz pelos pacientes: *“Não coloco como caridade ... são benefícios que a população tem que ter ...”*

A identificação do trabalhador com o paciente às vezes fica mais evidenciada em algumas atitudes de solidariedade observadas e que parecem funcionar como um mecanismo defensivo ou de minimização do sofrimento ante o sofrimento do outro. É o caso, por exemplo, de uma recepcionista que conta em sua entrevista que procura sempre ajudar os pacientes no que pode. Fala das vezes em que já dividiu o seu lanche com pacientes ou acompanhantes: *“Divido minhas coisas ... tem gente que acha que sou boba porque não posso ver ninguém precisando de nada ...”*

Por outro lado, alguns profissionais parecem ter consciência das limitações dessas saídas individuais, tanto como mecanismo de defesa contra o sofrimento no trabalho quanto como forma de minimizar o sofrimento dos próprios pacientes. Uma enfermeira da Porta de Entrada, queixando-se das dificuldades para referir pacientes para determinadas especialidades e contando que muitas vezes lança mão do conhecimento para estas referências, observa:

Então, a gente procura assim... eu trabalho em hospital, o meu colega trabalha em outro... e outro trabalha em outro, então, a gente vai por telefone, a gente pede: você pode me ajudar? Eu tô mandando um paciente... Só que aquilo ali, te deixa chateada, porque... então, você tem que escolher um! Aquele ali é o sorteado, aquele ali foi abençoado com aquela vaga! [...] chegou a hora dele de ser atendido, entendeu? Mas nem sempre a gente pode estar fazendo isso!

Um outro grupo de saídas ou defesas contra o sofrimento pode ser relacionado à negação da situação adversa, produtora de sofrimento. Observei que estas estratégias de negação podem assumir formas diversas, variando entre a brincadeira e a negação propriamente dita ou o não reconhecimento da situação.

Assim, um caso que me pareceu bastante “emblemático” da utilização da brincadeira como defesa, é o de um funcionário do registro de pacientes do SPA. Pude observá-lo em um turno de trabalho inteiro e em outras ocasiões mais pontuais. Brinca quase que invariavelmente com todos os pacientes. Chega uma senhora no guichê e ele brinca, perguntando: “Qual a idade da jovem senhora?” Ela tinha 59 anos, mas aparentava no mínimo uns 70. Para outra, fala: “Tá melhorando, querida? Vai arribar, viu?”. Durante minha observação, fazia também alguns comentários sobre mim, em tom de brincadeira, elogiando minha aparência. Em certo momento, desculpou-se pelas brincadeiras e se justificou, dizendo que está sempre brincando assim com as pessoas para poder levar melhor o trabalho. “Se a gente for se apegar ao sofrimento dos outros a gente chega em casa com a cabeça deste tamanho (...) a gente vai brincando e levanta o astral dos pacientes ...”. Às vezes suas brincadeiras contrastavam com a gravidade do caso, o que reforça a hipótese de que se tratava de um comportamento defensivo, de negação ou não reconhecimento da situação de sofrimento. Assim, por exemplo, se comportou diante de uma mulher, mãe de um menino de 10 anos, que havia chegado no guichê para abrir o boletim. Vinha com um pedido de prioridade da triagem, pois o menino estava “todo inchado”. Apesar da gravidade do caso, o funcionário brincava o tempo todo com ela enquanto preenchia o boletim. A mulher

respondia às perguntas com uma expressão impaciente e até mesmo irritada, diante das brincadeiras dele. O funcionário chamou a recepcionista e pediu que priorizasse o menino, mas sempre brincando com a mãe, inclusive chamando-a por um diminutivo de seu nome⁴⁴.

A zombaria também aparece como uma forma de defesa contra o sofrimento. Certa tarde em que observava a triagem no SPA, um funcionário abriu bruscamente a porta e, batendo forte, anunciou, em voz alta e empostada: “*Fechou a ortopedia*”. A forma como bateu na porta e falou expressava uma certa zombaria/brincadeira, contrastando, e esta parece ter sido a intenção, com a seriedade/gravidade da situação. Mais uma vez os dois ou três (não sei quantos havia naquele dia) ortopedistas de plantão haviam subido para o centro cirúrgico e o Pronto-Socorro ficava descoberto, sem previsão de retorno, pois a cirurgia podia durar horas. Parece que naquele momento também tinham algum desfalque de cirurgiões, pois a enfermeira comentou então que sem ortopedista e sem cirurgião teriam que fechar a emergência. A zombaria do funcionário diante de uma situação tão grave pode ser interpretada como uma estratégia análoga à identificada por Dejours (1999a) entre trabalhadores da construção civil, que lutam contra o medo dos riscos que o trabalho impõe à sua integridade física através de uma estratégia de escarnecer do risco, que implica por sua vez, uma negação da percepção do risco. No caso em questão, me parece que o risco que estava sendo negado era, em última instância, o da morte de um paciente pela ausência de médicos para intervir numa situação de emergência.

A negação também assume a forma de uma minimização do problema ou da situação causadora de sofrimento. Neste caso, além de algumas brincadeiras que cumpririam esta função, se destaca a resposta de uma recepcionista do SPA a um paciente que, ainda não informado sobre a triagem de enfermagem recentemente implantada, veio lhe perguntar se tinha que aguardar na fila. “*Tem que entrar na filinha.*” foi a resposta da recepcionista. O diminutivo utilizado contrastava enormemente com o tamanho da fila que, naquele momento, ultrapassava o portão do hospital. A negação neste caso se refere ao real do trabalho, onde as grandes filas continuam existindo, a despeito dos constantes arranjos e redesenhos na organização do processo de trabalho visando a agilização do atendimento.

Um exemplo bastante contundente, me pareceu, de negação do real do trabalho associado ao ressentimento pelo não reconhecimento do bom trabalho foi protagonizado pelo diretor do hospital. Em uma conversa que tive com ele num mês em que a Emergência estava

⁴⁴ Em sua forma brincalhona de tratar os pacientes/acompanhantes, costumava chamá-los por abreviações de seus nomes ou diminutivos. Assim, Cristina passa a ser “Cris”, Jaqueline, “Jacquie”, Maria Helena, “Leninha”,

especialmente superlotada, falamos dessa situação e das pressões de todos os tipos que a direção sofria. Haviam saído recentemente algumas reportagens sobre a precariedade dos hospitais da rede a qual pertence o hospital estudado. O diretor se referiu a uma reportagem na televisão, na qual se filmou um paciente do hospital saindo da Emergência, ainda com o soro, cujo suporte era carregado por um acompanhante. Acha que ali houve uma certa “armação”. Não consegui esclarecer a situação, pois ele logo comentou sobre outra matéria publicada em um jornal sobre os hospitais, onde consta uma foto da placa com o nome do hospital, toda deteriorada. Disse que fotografaram justamente o que eles ainda não haviam mudado, e logo acrescentou que se a placa foi “*a única coisa que destacaram*” deveria ter sido “ [...] *porque não encontraram muitos outros problemas para fotografar.*”

A experiência do real no trabalho se traduz pelo confronto com o fracasso. Tal fracasso, tanto pode ser concernente à ordem material da máquinas, das ferramentas, das instalações, etc., quanto à ordem humana e social. Para os que têm como tarefa principal dirigir os homens, o fracasso imposto ao savoir-faire gerencial pela resistência psíquica à mudança, pela insubmissão, a indisciplina, as greves, etc. está ligado ao real (no caso, o ‘real do social’). Na atualidade, o real do trabalho é objeto de uma negação generalizada, tanto por parte dos teóricos quanto dos gestores [...]. (Dejours, 1999a:61) (grifos do autor).

A placa deteriorada do Hospital João Silva é, na verdade, a metonímia da deterioração dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, constatação, todavia, por demais dolorosa para profissionais que, como este diretor, doam-se cotidianamente à tarefa de fazer funcionar esses hospitais, “administrando o caos” (como ele mesmo me disse certa vez) para mantê-los de portas abertas 24 horas - única opção de atendimento, muitas vezes, para a população. Neste contexto, o ressentimento pelo não reconhecimento (pela invisibilidade) do bom trabalho e a negação do real são respostas frequentes.

Um outro tipo de defesa contra o sofrimento no trabalho no hospital me pareceu ser o afastamento físico do trabalhador da “fonte” de sofrimento. Aqui, dois exemplos. No primeiro, o afastamento se daria através de interrupções frequentes do trabalho. Certo dia quando observava a dinâmica de funcionamento da recepção do SPA, a recepcionista da Emergência, em determinado momento, saiu de seu posto e veio conversar com a recepcionista do SPA. Pude ouvir quando falaram de um dos enfermeiros que faziam a triagem. Uma perguntou se a outra ainda não havia notado que ele “voava” muito – referindo-

se a suas saídas freqüentes da sala de triagem. Só então me dei conta de que o havia visto saindo algumas vezes da sala, mas não me pareceu que tivesse sido por muito tempo. De todo modo, tratava-se de um enfermeiro que, ao longo das observações e também na entrevista, pareceu bastante dedicado a seu trabalho, o que reforça a hipótese de que suas saídas tivessem uma função defensiva. É curioso destacar que as próprias recepcionistas também costumavam se ausentar com certa freqüência (ou se refugiar na sala de espera do SPA, como já observado).

Pitta (1999), referindo-se aos trabalhos de Wisner, na área de ergonomia, destaca que a “interrupção freqüente das tarefas” estaria entre os sinais de sofrimento psíquico, como uma espécie de “estereótipo” produzido pelos trabalhadores, “ [...] *encontrados em modalidades de organizações que expõem trabalhadores a atividades perigosas (caldeiras, plataformas) que costumam produzir mais situações de conflito que momentos de prazer no trabalho* [...]” (Pitta, 1999:69)

Loureiro dos Santos (2001), citando Pascale Molinier, observa que os momentos de pausa no trabalho da enfermagem são particularmente importantes “ [...] *para a construção de estratégias de defesa e mesmo para a construção da identidade das enfermeiras.*” (Loureiro dos Santos, 2001:115). São momentos em que conversam sobre o trabalho, sobre casos de doença e morte na família ou entre conhecidos, sobre filhos, religião, amor, sexualidade ... enquanto tomam chá ou café juntas. Rosa (2001) também identifica no “[...] *horário do cafezinho* [...] *um momento de encontro muito rico* [para as enfermeiras e demais profissionais] [...], *momento de descontração, em que as pessoas compartilhavam lanches, contavam suas histórias, parecendo que essa integração recarregava as energias dos profissionais que precisavam continuar o trabalho.*” (Rosa, 2001:49)

Outra forma de se afastar da “fonte” de sofrimento se verifica quando os profissionais saem literalmente de perto de pacientes ou acompanhantes em situações de conflito ou agressão verbal. É o caso de um médico que diz que sai de perto, não chama mais “*no canto para conversar*”, ou de uma recepcionista volante que, no caso de pacientes ou familiares agressivos, às vezes enfrenta o problema, põe “a cara na frente”, mas outras vezes procura “sair da frente” e busca a ajuda de colegas para resolver a situação em seu lugar.

Por fim, **é importante destacar que as saídas para o sofrimento no trabalho na Porta de Entrada do hospital assumem também a forma de uma busca de sentido e de prazer no trabalho** – tentativas de “subverter o sofrimento”, como observaria Dejours (1999b).

Nesses processos, a identificação e a ilusão, mas, principalmente, a idealização assumem um papel central, ao lado da busca de reconhecimento pelo trabalho bem feito.

Assim, por exemplo, os processos identificatórios se destacam no depoimento de uma auxiliar de enfermagem da Emergência, que já trabalhou na enfermaria. Fala com entusiasmo de seu trabalho, demonstrando o prazer que sente quando pode estreitar o relacionamento com os pacientes e seus parentes: *“Você vê o quadro dele, se torna até amigo do parente, quando ele vem aqui pra cima ... muito bom!”* No mesmo sentido se destaca a fala de outra auxiliar de enfermagem, aqui já mencionada, que deixa os pacientes *“à vontade”*, cuidando deles para que fiquem *“tão bem que a gente até se apega”*.

Do mesmo modo, uma recepcionista, referindo-se a diversas situações difíceis de relacionamento com o público, inclusive casos de agressão, ressalta os casos em que fez amizade com pacientes ou acompanhantes. *“Há também pessoas que fiz amizade ... (dá o exemplo da filha de um paciente que havia morrido) ... vou para a casa delas ... (sente-se e diz ser tratada como se fosse) ... uma terceira filha, uma segunda filha ...”*

A possibilidade de encontrar prazer no cuidar e na amizade – com os colegas, mas também com o paciente – é destacada por Loureiro dos Santos:

A relação sofrimento-prazer no trabalho é uma construção, como aponta Molinier (1994) em relação ao trabalho de enfermagem. O prazer sendo sempre secundário em relação ao sofrimento. Neste sentido, as auxiliares de enfermagem conferem sentido ao trabalho quando mencionam a importância do ‘companheirismo, da amizade’, ‘cuidar e conversar com o paciente’, ‘brincar, deixá-lo solto’ [...]” (Loureiro dos Santos, 2001:113)

Para outros profissionais, a ilusão parece ser o principal mecanismo para a transformação do sofrimento, como uma assistente social da Porta de Entrada que, encerrando sua entrevista, observa:

“Você ainda acredita que um dia vai trabalhar naquilo que você gosta com respeito (...), que ainda vai melhorar, até porque eu sou assistente social, acredito numa sociedade mais justa – motivo porque eu tenho paixão por isso aqui (...). Já tive outras oportunidades de trabalho (...). Meu marido diz que eu me autoflagelo (...), mas a gente tem coisas boas (...) e o processo democrático é assim mesmo (...)

Um das enfermeiras da Porta de Entrada, numa entrevista em grupo em que discutia, com outros enfermeiros, as dificuldades de integração da equipe e de reconhecimento, especialmente pelos médicos, da importância do trabalho da enfermagem na Porta de Entrada,

afirma veementemente sua crença no Projeto, cuja concepção, ao valorizar o trabalho da enfermagem, sustenta seu investimento no trabalho:

Eu quero acreditar, [...], eu quero acreditar porque é um projeto pioneiro, você tem que quebrar várias regras, principalmente esse império, essa monarquia [ênfase] da medicina! Se você tem enfermeiros na Porta, num hospital de emergência, fazendo consulta de enfermagem, eu acho que você tem que quebrar muita coisa, sim!

A ilusão e a crença com relação ao trabalho e ao exercício da profissão também parecem manter o vínculo de um dos médicos da Emergência com o hospital e com o trabalho: “O salário poderia ser melhor ... mas, fazer o quê? (...) moeda de médico é gasolina. Quando comecei aqui a gasolina era 59 centavos. Agora está a 1 (real) e tanto ... O médico, se tiver boas condições de trabalho (equipamentos, material), o médico trabalha mesmo com o salário baixo.”

A idealização do trabalho (e da profissão), para o qual é necessária uma espécie de “doação”, como no cumprimento de uma “missão”, **parece ser uma das vias mais utilizadas para a transformação do sofrimento em prazer no trabalho ou em algum outro sentido compensatório.**

“É um trabalho muito cansativo, um trabalho muito cansativo mesmo! Um trabalho que requer muita energia tua, muita... entendeu? Muita humanidade, muita humanização. Muito! Você tem que ser hiper humano! Se você não for humano, você não consegue trabalhar na Porta de Entrada!” (enfermeira da Porta de Entrada)

Uma recepcionista, queixando-se da adversidade das condições de trabalho e da precariedade de seus contratos, observa: “A gente tem que trabalhar muito com o coração... a gente tem que gostar muito do que faz para não transferir para o trabalho toda esta situação.”

Especialmente entre os enfermeiros, é comum - e provavelmente derivada da própria história da profissão - a saída para o sofrimento no trabalho através da idealização do papel da enfermagem como de orientação e “educação” da população, de “humanização” da assistência, especialmente apoiada no imaginário construído em torno da vocação para a profissão, vista quase como um “dom”, ressaltando-se a “abnegação”, “nobreza” e a “dignidade” de caráter dos enfermeiros, capazes de suportar as tarefas mais ansiogênicas e muitas vezes repulsivas e desvalorizadas socialmente. Numa das entrevistas em grupo

realizadas, da qual participaram três enfermeiros, destacam-se, entre outros trechos, os seguintes:

[...] nós, enfermeiros, somos educadores em saúde, porque nós temos a atenção primária,” (enfermeira 1)

“E a gente tem essa característica, que é a característica da Porta, né, que é uma preconização quando se criou a Porta de Entrada, que é a humanização,[...]. Mas nós mostramos isso, né, eu falo de mim e dos meus colegas que eu vejo, que trabalham comigo também: nós fazemos isso, não por ser humanização em Porta de Entrada, mas nós temos isso conosco...” (enfermeira 2)

“A vocação. É... que todos nós ... [...] nós gostamos do que fazemos, né?. É claro que cada um tem a sua personalidade, nós até brincamos que ela é a Madre Tereza de Calcutá, está sempre querendo ajudar [...] Mas nós gostamos do que fazemos, né, eu acho que isso é importante. Eu não me vejo dentro de um CTI, eu não me vejo lá no Posto de Saúde, eu não me vejo. Eu acho que eu tenho que liberar o dinamismo que eu tenho, sabe? Então, eu não me vejo em enfermaria, controlando medicação, controlando soro, ou fazendo um simples aprasamento. Eu gosto do que eu faço, eu estou no [ênfase] lugar certo. Então, o que me leva é a vocação.” (enfermeira 1, respondendo a pergunta sobre o que os faz gostar do trabalho na Porta de Entrada)

Olha só [...].eu ouvindo um programa de televisão, a menina falou uma coisa que ... [...] era o Norton que estava falando, sobre as auxiliares, sobre as enfermeiras, do quanto eles foram de tamanha dignidade, por estarem ali limpando as fezes dele, a urina, em trocar a roupa, de dar banho nele, o quanto essas pessoas são nobres! [...] E aí, a entrevistadora complementou: ‘Olha, essa profissão é uma profissão em que as pessoas jamais [ênfase] trabalham por dinheiro! Trabalham porque elas se doam [ênfase] para as pessoas!’ Porque o dinheiro não remunera, realmente. A gente faz porque gosta de ver o bem das pessoas! Não é por causa da grana! Eu falo isso muito claramente, é... eu já trabalhei em tudo quanto é setor que você possa imaginar de hospital... [...] E, realmente, aqui, no SPA, a gente sente que há uma possibilidade de melhoria de mil por cento do que acontece atualmente! [...] nada em troca, tá, a gente faz porque acha que está fazendo bem, e sempre se coloca no lugar da outra. Entendeu? Jamais faz por fazer. Apesar que a gente... de uns tempos pra cá, [...] infelizmente está se formando colegas que são um pouco mais mercenários [...] Eu, graças a Deus, eu não tenho nada que falar da enfermagem. Tudo que eu tenho hoje, graças a Deus, foi em cima da minha profissão, [...] Porque eu gosto de ser enfermeiro. Graças a Deus! Tá? Porque eu sei que isso me faz muito bem! E eu vejo... pô, eu fico super gratificado... [...]” (enfermeiro)

Para um outro enfermeiro da Porta de Entrada, a idealização da profissão através da imagem de abnegação e nobreza envolvida na assistência aos pobres e necessitados não é o único mecanismo de saída do sofrimento. Assim como uma das enfermeiras acima citadas, para quem a Porta de Entrada de um Hospital de Emergência é o “lugar certo” para trabalhar, onde pode “liberar” seu “dinamismo”, **este outro enfermeiro parece encontrar, na “agitação” da Porta de Entrada e na rapidez de decisões exigida dos que ali trabalham, a saída para outros sofrimentos, talvez anteriores ao próprio processo de trabalho.**

Eu faço a triagem na porta da Emergência [...]. É um trabalho que ninguém quer e eu adoro.” [Pergunto por que gosta do trabalho de triagem]. “É o povão ... é o povão. Quando eu me formei disse que só queria trabalhar com pobre [...] gosto do movimento ... da agitação. Não gosto de trabalhar à noite porque não tem movimento [...] Então é isso, é por causa do povo e do movimento ... com todo o desgaste que existe ... posso estar sendo masoquista, mas é isso aí. [...] com relação à profissão ... a profissão de enfermeiro é estigmatizada, mas eu gosto. Na minha família todos são médicos, só eu enfermeiro [...]. Eu gosto de trabalhar com o povo ... necessitado ... enfim, que as coisas melhorem um pouco mais para nosso país.

Aqui, é interessante destacar a discussão realizada por Azevedo (2005) que, analisando o trabalho gerencial de diretores de hospitais de emergência, examina a relação com o tempo, expressa na narrativa desses diretores. A partir do trabalho de Nicole Aubert sobre o culto da urgência na atualidade, Azevedo destaca que a urgência, além de ser uma construção societária e institucional, mostra-se, por vezes, como construção mental. Haveria uma ressonância, nestes casos, entre urgência interior e exterior. Trabalhar na urgência pode, assim, se constituir num meio de afirmação pessoal, de poder do sujeito, ou ainda uma forma de resposta à ansiedade.

No plano ainda da urgência como construção mental deve ser ressaltado, adotando a perspectiva de Aubert (2003), seu papel heróico, no percurso da vida profissional. [...] Lutar diariamente para dar conta de muitos problemas do hospital, agindo rapidamente sob tensão acrescenta intensidade à vida, certo prazer, funcionando imaginariamente como domínio do tempo. (Azevedo, 2005:192)

A discussão realizada por Azevedo (2005), trazida para a problemática do sofrimento dos profissionais no trabalho na Porta de Entrada de um Hospital de Emergência, sugere que a urgência, que até então tem sido tratada aqui como fonte de sofrimento para os profissionais do hospital, pode ser, para alguns, estruturante, fonte de prazer ou, pelo menos, de

minimização de outros sofrimentos, talvez mais primitivos que os desencadeados no processo de trabalho. Tal perspectiva nos faz pensar não apenas nas defesas contra o sofrimento advindo do trabalho Porta de Entrada de um Hospital de Emergência, mas na própria escolha por este tipo de trabalho como uma estratégia de defesa contra sofrimentos psíquicos de outra ordem.

Finalmente, entre as saídas para o sofrimento com o trabalho na Porta de Entrada do hospital voltadas, me parecem, para a busca do prazer e do sentido no trabalho, destaca-se a busca de reconhecimento pelo bom trabalho. Pelo trabalho não só realizado com correção, do ponto de vista técnico, mas, sobretudo, com dedicação, inventividade e qualidade, o que pressupõe um julgamento estético.

Uma recepcionista responde empolgada quando peço que me fale de seu trabalho: *“Adoro! Lidar com o público é a melhor coisa que tem ... me sinto muito bem em receber elogios sobre a forma como atendo ...”*. Fala do quanto é bom poder *“[...]passar informação para as pessoas ... elas virem no dia certinho ... [da consulta ou exame].”* Conta, com orgulho, que uma vez ajudou a uma senhora, filha de um paciente idoso, falecido após ter saído de alta do hospital, encaminhando-a para que pudesse providenciar o atestado de óbito de seu pai. Um mês depois a pessoa voltou ao hospital para lhe agradecer e levar-lhe um ovo de páscoa. *“É muito bom ... este reconhecimento ... e eu queria ter o mesmo tratamento.”*

Uma assistente social da Porta de Entrada, que antes de vir trabalhar no hospital só havia trabalhado em empresas, conta como foi difícil se habituar à realidade do trabalho hospitalar e como hoje se sente gratificada pelo trabalho na Emergência, demonstrando que soube encontrar no reconhecimento – ou na busca por reconhecimento – uma via de transformação/superação de seu sofrimento no trabalho.

Eu acredito que... habituei, porque não tinha, assim, conhecimento, trabalhava em empresa, trabalhei dez anos em empresa,[...] vim de empresa para a área de saúde! [...] áreas totalmente diferentes... mas eu lidava com funcionários, eu trabalhava com... é... pessoal de produção... então eu já tinha uma maneira de lidar com trabalhador, e tudo mais, e aí quando eu vim pra cá, eu não tive dificuldade, né, de trabalhar na Porta. Mas aí, passei a ver situações que eu não estava acostumada a ver, é ... no início a gente se choca... com as situações de emergência, né. Mas depois a gente trabalha, entendeu, às vezes a gente está chorando por dentro, junto com o familiar, numa situação de perda, mas você tem que ajudar, reforçar aquela situação, levantar a pessoa, e ... mas eu acho que a emergência ... é ... eu acho que eu ... poderia até desenvolver um trabalho, de ... enfermaria, ambulatório, trabalhar com grupos, entendeu? Porque eu sou assistente social!

Mas eu gosto de trabalhar em emergência! [Pergunto o que gosta no trabalho] Desse trabalho? De trabalhar com a família... entendeu, de trabalhar principalmente com a família. O paciente ... é... eles agradecem muito também, entendeu, quando você, é... trabalha ... você encontra o paciente sozinho, você avisa a família, vem a família, e ele passa... e... e: “ah, eu gostei!” E ... a gente não tem, assim, muitos registros de ... porque nem todos fazem registro por escrito, mas eles passam aquele ‘muito obrigado’, e você vê que é [ênfase] realmente um muito obrigado! [...] Elogiando realmente o trabalho da Porta, a maneira da gente acompanhar.

A problemática do reconhecimento encontra-se estreitamente vinculada, na perspectiva da Psicanálise e especialmente para a Psicodinâmica do Trabalho, à problemática da sublimação⁴⁵. A complexidade desta temática em muito ultrapassa os limites da presente pesquisa e o fôlego da pesquisadora. Trata-se, todavia, de questão extremamente cara para o trabalho em saúde e merece, pelo menos, ser pontuada.

Se pude compreender as argumentações de Laplanche (1989), penso que alguns de seus questionamentos se fazem sobre a “natureza” dos processos – incluindo o reconhecimento e a comunicação – capazes de, enquanto expressões de uma valorização social (processos conscientes), imprimir marcas, mudanças, nos processos psíquicos (em última instância, inconscientes). O que é questionamento ou dúvida para Laplanche parece ser, no entanto, certeza para Dejours, quando discute a sublimação no âmbito da problemática do

⁴⁵ Questão extremamente complexa e, de certo modo, inacabada, na obra freudiana, a sublimação será, como observa Laplanche (1989) muito mais citada do que desenvolvida e analisada em toda a obra de Freud, aparecendo, do começo ao fim, menos como um conceito do que “[...] como um indicador de um questionamento que era preciso fazer, tarefa a realizar, noção indispensável mas jamais ‘apreendida’ no Begriff.” [N.T. em alemão, no original: conceito, idéia básica] (Laplanche, 1989:10). Segundo Laplanche, não só a sublimação se mostra difícil de caracterizar em teoria como também escapa, na maioria dos casos, à descrição clínica, notadamente na cura, onde é mencionada como uma saída sem jamais ser mostrada em funcionamento, identificada como processo, o que, segundo o autor, leva a duvidar de que se trate de um processo consciente, que escapa ao recalque, como Freud quis sugerir em certas passagens. Recuperando a definição que, junto com Pontalis, propõe para a sublimação no *Vocabulaire de la Psychanalyse*, - “Processo postulado por Freud para explicar atividades humanas aparentemente sem relação com a sexualidade mas que encontrariam sua origem na força da pulsão sexual. Freud descreveu como atividade de sublimação principalmente a atividade artística e a investigação intelectual. Diz-se que a pulsão foi sublimada na medida em que ela é desviada para uma nova meta não-sexual e visa a objetos socialmente valorizados.” (Laplanche, 1989:11) – o autor chama a atenção para as dúvidas introduzidas intencionalmente na definição que propôs e que indicam a complexidade da temática. Assim, por exemplo, destacam-se a questão da relação entre o sexual e o não-sexual e da passagem de um ao outro - que deve ser apreendida não só do sexual para o não-sexual, mas no sentido inverso - e a noção de valorização social que desemboca num duplo questionamento: por um lado, saber se essa valorização é capital na própria definição de atividades sublimadas (o que leva a interrogar sobre o campo da sublimação e seus limites); por outro lado, supondo-se que se deva reter esta dimensão de valorização social, “[...] como compreende-la, como compreender que ela seja suscetível de marcar o próprio processo psíquico? O que está em questão será a utilidade para a sociedade, será, de modo mais profundo o ‘reconhecimento’ pelo outro ou pelos outros, será o valor de comunicação e até mesmo o valor de linguagem?” (Laplanche, 1989:12) Como reconhece o autor, o que está em jogo nesta noção de sublimação é a própria metapsicologia.

reconhecimento (Dejours, 2004), dada a centralidade teórica/explicativa que a questão do reconhecimento adquire para a psicodinâmica do trabalho.

Pitta (1999), numa breve discussão sobre os destinos das pulsões no trabalho em saúde, cita especialmente um trabalho de Dejours⁴⁶ que, além de fornecer algumas pistas sobre a pulsão de morte e seus destinos no trabalho em saúde, parece evidenciar sua compreensão sobre a importância dos processos conscientes na sublimação, em sua relação com o reconhecimento.

Assim, entre os destinos citados pelo autor, segundo Pitta, para a pulsão de morte, estaria a *realização pulsional pela percepção*, onde o indivíduo, observa a autora, se coloca, através de uma atividade, em contato com o horror e o sofrimento, e a profissão funciona como um álibi de um gozo secreto através da percepção de certas situações atroz.

Encontram-se numerosos exemplos entre as situações dos abatedouros e dos açougues, dos necrotérios, cemitérios etc. Frequentemente essas pessoas levam uma espécie de vida dupla, que reproduz fielmente o duplo funcionamento psíquico separado pela barra da clivagem. Durante o dia de trabalho exercem seu sadismo sem limite e, de volta a casa, aparecem como os personagens mais pacíficos, os mais urbanos e os mais sensíveis que existem. (Dejours, apud Pitta, 1999:76)

Na sublimação, como observa a autora ainda com base em Dejours, o que mais a caracteriza é a criação, pelo sujeito, da forma a ser percebida.

O criador age, portanto, sobre a realidade, não somente para encontrá-la, mas para enriquecê-la... aquilo sobre o que trabalha o artista ou o artesão não é a causa de um gozo que ocorre independentemente do seu conhecimento ... Necessita de autorização, ou da aprovação dos outros, senão duvida da legitimidade de sua obra. (Dejours, apud Pitta, 1999:76)

Percebe-se aqui a importância, para o autor, da dimensão consciente dos processos psíquicos envolvidos na relação entre reconhecimento (que, como vimos, passa por um julgamento da utilidade social e da beleza - julgamento estético - do trabalho) e sublimação. Buscando fundamentar o espaço e a função do outro no cumprimento desse processo, Dejours observa:

A sublimação aparece assim como:

⁴⁶ Dejours, C. *O Corpo entre a Biologia e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. – obra à qual não tive acesso.

- *processo intersubjetivo, no qual o outro não é um parceiro erótico, mas um sujeito-ator socialmente situado; e*
- *sobretudo, a intersubjetividade desempenha um papel na ordem coletiva e não na ordem individual.* (Dejours, 2004:189) (grifo do autor)

O autor destaca aqui o papel de reconhecimento exercido, sobretudo, pelos pares, pelo coletivo de trabalho, especialmente no que se refere ao julgamento estético. Como já observamos, o trabalho em saúde guarda especificidades, sendo necessário considerar também a importância do julgamento “estético” realizado pelo próprio paciente, com base em critérios como dedicação e atenção dispensados pelo profissional, por exemplo.

Se é correta esta argumentação, devemos concluir que o “outro” do trabalho em saúde não se circunscreve aos pares ou coletivos de trabalho⁴⁷ ou à hierarquia ou ainda à sociedade, outro abstrato. É o outro em “carne e osso”, simultaneamente “objeto” do trabalho - com suas dores, suas feridas, seus humores, seu sexo, seu desejo (quando não denegado, como vimos, através de processos de des-subjetivação do paciente) – obra, (re)criação, e juiz ou avalista (com seu próprio corpo) da obra. Tratam-se de questões que parecem trazer mais dificuldades para se pensar a sublimação no trabalho em saúde e suas efetivas possibilidades.

De todo modo, e a despeito de parecerem hegemônicos a invisibilidade do trabalhador de saúde e o não reconhecimento do “bom trabalho” (assim como parecem hegemônicos o descaso e a cegueira por parte dos serviços de saúde para com a população), alguns trabalhadores ainda conseguem, como vimos, tornar o reconhecimento (ou a busca por reconhecimento) uma saída para seu sofrimento no trabalho, dotando-o de sentido e até transformando-o em prazer.

Ao discutir por que o trabalho pode ser ora patogênico, ora estruturante, isto é, tanto pode contribuir para o agravamento do sofrimento, levando a pessoa progressivamente à loucura, ou, ao contrário, pode contribuir para subverter o sofrimento, transformando-o em prazer, Dejours (1999b) nos lembra que **o resultado dessa relação entre sofrimento e trabalho nunca é previamente determinado**, dependendo de uma dinâmica complexa que tem, entre seus principais elementos, se assim podemos sintetizar o pensamento do autor, os seguintes:

- Uma concepção de sofrimento como uma características dos estados mentais situados entre dois extremos: de um lado, a saúde mental, o bem-estar psíquico (por referência

⁴⁷ Espaços cada vez menos propícios à generosidade do reconhecimento, marcados que estão, especialmente na sociedade contemporânea, pela fragilidade dos mecanismos de cooperação, invadidos pelo individualismo e pela competição exacerbada.

à definição da OMS) e, de outro, a doença mental descompensada (objeto da psicopatologia);

- A normalidade, interpretada atualmente, como o resultado de um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa, individuais e coletivas;

A normalidade não supõe, portanto, ausência de sofrimento. Ao contrário, é preciso manter um conceito de normalidade ‘com sofrimento’, não como efeito de condicionamento passivo, vindo da sociedade, nem de conformismo nem de alguma ‘normalização pejorativa’ mas, sim, como resultado conquistado mediante uma luta feroz entre as exigências do trabalho e a ameaça de desestabilização psíquica e somática. (Dejours, 1999b:19)

(Convém destacar aqui a necessidade de não confundir esta concepção da normalidade com a chamada “normopatia”, discutida pelo próprio Dejours, com base na análise de Arendt a respeito do caso do carrasco nazista Eichmann – ícone da banalidade do mal)

- A concepção do sofrimento como uma vivência, como já sinalizamos no primeiro capítulo, que contém sempre uma parte inconsciente, desconhecida e, até mesmo, não representável;
- A compreensão, a partir da psicodinâmica do trabalho, de que o sofrimento preexiste ao encontro do sujeito com a situação do trabalho. O sofrimento do sujeito é herdeiro do sofrimento de seus pais – testemunho da incapacidade de seus pais para fazê-lo transpor obstáculos que os próprios pais, por suas próprias psiconeuroses, não conseguiram ultrapassar. O sofrimento é, portanto, ontologicamente primeiro e anterior ao trabalho.
- Mas, segundo o autor,

[...] o sofrimento também é expectativa. De certa forma, ele direciona o sujeito para o mundo na esperança de encontrar alívio e quietude. Dizemos que o sofrimento no trabalho é expectativa com relação à auto-realização [...] o sofrimento antecipa o futuro, prefigurando um futuro esperado. Entretanto, o sofrimento, tensionado entre o futuro e o passado, é vivido no presente. [...] O sofrimento, portanto, impele o sujeito no mundo e no trabalho, em busca das condições de auto-realização. (Dejours, 1999b:20)

Trata-se de uma busca, como observa o autor, que assume a forma de uma luta pela conquista da identidade no campo social, o que pressupõe o olhar, o julgamento, o reconhecimento do outro. Assim, a procura da identidade, da auto-realização e a expectativa

que o sofrimento envolve “ [...] *são sempre, ao mesmo tempo, um engajamento no mundo intersubjetivo.*” (Dejours, 1999b:21)

Os elementos acima destacados condicionam, portanto, os destinos do sofrimento no trabalho, sugerindo que os limites e possibilidades de sua transformação em prazer (ou em loucura, ou ainda, poderíamos acrescentar, em produção e/ou banalização de sofrimento de outros) não estão previamente determinados, nem estão dados exclusivamente a partir da organização do trabalho (e das condições em que este se realiza). São igualmente dependentes da história singular de cada sujeito, de sua capacidade de acesso (em termos de consciência), acredito, a seu próprio sofrimento e à sua subjetividade em geral, da singularidade de cada encontro que estabelece com o outro no trabalho e das estratégias defensivas – individuais ou coletivas – de que lança mão.

O sofrimento, portanto, na perspectiva de Dejours, lançando o sujeito no mundo e no trabalho, o lança na alteridade. Perspectiva, de todo modo, otimista, tanto sobre a subjetividade contemporânea, como sobre o papel do trabalho, e que merece ser confrontada com as discussões, desenvolvidas no primeiro capítulo do presente estudo, em torno do mal-estar na atualidade e das formas contemporâneas de subjetivação e sociabilidade.

A este respeito, é muito interessante a discussão realizada por Birman (2003) sobre as novas modalidades de mal-estar na pós-modernidade, destacando-se a distinção que realiza entre dor e sofrimento e seus impactos na relação da subjetividade com a alteridade. Para o autor, o mal-estar contemporâneo caracteriza-se principalmente como **dor** e não como **sofrimento**. A subjetividade atual não conseguiria mais, segundo Birman, transformar dor em sofrimento. A dor é uma experiência essencialmente solipsista, em que a subjetividade se volta e se fecha sobre si própria, não havendo qualquer lugar para o outro no seu mal-estar. A subjetividade contemporânea, imersa na dor, é essencialmente narcísica, não se abrindo ao outro, não podendo dirigir a este um apelo.

A interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe a um murmúrio e a um mero lamento, por mais aguda e intensa que seja aquela. Daí a passividade que domina sempre o indivíduo quando algo em si dói, esperando que alguém tome uma atitude por si na sua dor. Se isto não ocorre esta pode mortificar o corpo do indivíduo, minando o somático e forjando sempre o vazio da auto-estima. Ou, então, a dor pode fomentar as compulsões e a violência, maneira imaginária que são estas de descarga atabalhoada daquilo que dói. (Birman, 2003:5)

Já o sofrimento seria, para Birman, assim como o é para Dejours, uma experiência essencialmente alteritária. *“O outro está sempre presente na subjetividade sofrente, que se dirige a ele com seu apelo e lhe endereça uma demanda. [...] Isso porque a subjetividade reconhece aqui que não é auto-suficiente, como ocorre na experiência da dor.”* (Birman, 2003:5). O problema - que Birman claramente reconhece e denuncia e que Dejours, talvez por sua preocupação central com o mundo do trabalho (ainda reduto/refúgio do sentido na atualidade?), não consiga vislumbrar - é que a subjetividade contemporânea não consegue transformar mais dor em sofrimento, o que *“[...] se deve à impossibilidade de interlocução do sujeito que, lançado na vida nua e no mundo sem sentido, se chafurda no abismo da depressão. Enfim, o vazio da subjetividade atual é o correlato do mundo que perdeu o sentido.”* (Birman, 2003:6)

No texto acima referido, Birman acena superficialmente com a esperança de estabelecimento de “mediadores” no espaço social como condição de possibilidade de transformação da dor em sofrimento.

*Sem a presença da mediação a subjetividade pós-moderna se restringe cada vez mais à pura **negação**, afirmando-se simplesmente pelos murmúrios do negacionismo impotente. Com isso, a dor de existir não se transforma jamais em sofrimento, não podendo ser endereçada ao outro como demanda, de maneira a poder constituir efetivamente um mundo de iguais, isto é, de sujeitos que estão no mesmo barco.* (Birman, 2003:6-7)

Trata-se, como se pode ver, de uma discussão que remete também à problemática da ilusão narcísica da auto-suficiência e dos limites à fraternidade/solidariedade, tratada pelo autor em outro trabalho aqui já discutido (Birman, 2000). De todo modo, menos do que saídas, o autor no máximo aponta algumas pistas: ali, a própria fragilidade (seu reconhecimento) como “antídoto” ou remédio a ser tomado, diariamente, pelo sujeito contra as investidas do poderoso e ilusório imaginário da auto-suficiência; aqui, um vago apelo à “mediação”, no espaço social, cada vez mais empobrecido pela redução do discurso à sua dimensão informacional, instrumental, em detrimento da metáfora, da “poiesis”, da capacidade enfim de simbolização.

Seria o trabalho, a despeito de todos os discursos que apontam sua perda de centralidade na pós-modernidade, o que permitiria, privilegiadamente, tal mediação (ou, em outras palavras, a saída do pólo narcísico para o pólo alteritário da subjetividade)? Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, sim, como o demonstram as discussões até aqui

realizadas a respeito do reconhecimento no trabalho e da conformação da identidade social do sujeito a partir do mesmo. *“O trabalho, certamente, é o único mediador eficiente possível do desejo no campo social, ou, em outros termos, seria o intermediário insubstituível entre o inconsciente e o campo social.”* (Dejours, 2004:155)

Para isso, no entanto, uma concepção ampliada e mais generosa de trabalho se faz necessária. Dejours, em sua mais recente publicação no Brasil (Dejours, 2004) a sugere, embora não a desenvolva. Fala do trabalho como “atividade socialmente valorizada”, o que pressupõe o julgamento do outro (reconhecimento) sobre o valor do trabalho, ultrapassando o valor econômico e incluindo sua utilidade técnica e social. Definindo o trabalho como *“uma atividade coordenada útil.”* (Dejours, 2004:315), que engloba os empregos assalariados mas pode facilmente ultrapassá-los, aponta a necessidade de se *“[...] pensar as atividades associativas, artísticas, educativas, políticas em termos de relação com um trabalho.”* (Dejours, 2004:315). Considera, assim, “legítima”, *“[...]a necessidade de uma reflexão renovada sobre a própria idéia de trabalho.”* (Dejours, 2004).

No campo da teoria da gestão de serviços públicos de saúde, tal concepção ampliada de trabalho vem sendo aprofundada (e radicalizada) por Gastão Wagner de Souza Campos (2000), como condição para se avançar no processo simultâneo de “produção de sujeitos” e de coletivos voltados para a produção e de democratização nas instituições. Segundo o autor, o que está em crise é o trabalho conceituado, numa perspectiva capitalista, apenas como produtor de mercadorias, de valor de troca, restrito à produção de mais-valia. Propõe então uma recomposição conceitual e prática do trabalho, que, de uma atividade produtora de valores de troca (ou de mais-valia), fosse pensado e remunerado como atividade produtora de Valores de Uso – trabalho considerado como *“[...] todo e qualquer esforço humano, concentrado e organizado, capaz de produzir ‘Valores de Uso’ [...]”* (Campos, 2000:53). Todo o esforço humano voltado para a produção de valores socialmente construídos, toda e qualquer atividade humana voltada para o atendimento de necessidades sociais, devem ser considerados, segundo o autor, como trabalho, digno de remuneração.

Trabalho necessário à solidariedade, à arte, ao cuidado do ecossistema e da humanidade, ao lazer e à criação do novo. Uma nova categoria: Trabalho Criativo de Valores de Uso. Uma categoria aplicada não somente à ciência e à arte, mas à área de serviços e produção de bens. (Campos, 2000:53)

O autor reconhece a distância entre esta concepção ampliada de trabalho e a realidade da gestão do trabalho nas organizações, mas aposta profundamente na organização da gestão de coletivos, na co-gestão, na democratização das instituições como possibilidade de construção de “Obras”, como resultados de trabalhos produtores de valores de uso, caminho para o aumento do prazer no trabalho.

No entanto, embora tenha, entre muitos outros méritos, o de trazer, para a problemática da gestão do trabalho em saúde a questão do sujeito, do desejo, da sublimação, numa perspectiva em parte apoiada em alguns conceitos da psicanálise, a contribuição de Campos - talvez por subestimar questões como a destrutividade ou a morte enquanto dimensão inerente aos processos intersubjetivos e as atuais modalidades narcísicas de subjetivação – acaba, me parece, constituindo uma visão extremamente otimista da capacidade de criação, de ligação e de sublimação dos sujeitos.

6. OS RESULTADOS DO TRABALHO NA PORTA DE ENTRADA

“Eu até acho que a sua tese é uma tese interessante, só que ... vai ser difícil. As suas conclusões não vão ser nada felizes!”
(de uma médica ortopedista, recém concursada)

O título escolhido para o último capítulo deste trabalho apresenta, pelo menos, três sentidos. O primeiro diz respeito ao impacto ou às consequências que os processos psicossociológicos observados com relação ao **trabalho em saúde** realizado na Porta de Entrada do hospital estudado apresentam sobre as possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado com a vida. Os outros dois referem-se ao próprio **trabalho de pesquisa**, aos resultados deste trabalho, isto é, suas consequências ou impactos na vida (psíquica) da pesquisadora e na vida do hospital pesquisado (vida organizacional e vida psíquica dos sujeitos da pesquisa).

Considerando que dos últimos sentidos só posso falar parcialmente (na verdade, mais parcialmente ainda que do primeiro), começo pelo primeiro e o faço numa dupla perspectiva: os resultados do trabalho em saúde na Porta de Entrada do Hospital “João Silva” e nas portas de entrada dos demais hospitais de emergência do Rio de Janeiro, cuja crise que irrompeu violentamente nos últimos meses, sem precedentes em tantas outras crises já vividas por esses hospitais, pôs nos jornais, de forma condensada e superlativa, muitos dos problemas que aqui vimos discutindo.

6.1 Os Destinos da Solidariedade, da Cooperação e do Cuidado com a Vida nos Hospitais de Emergência do Rio de Janeiro

Em cada um dos capítulos deste trabalho já se encontram os elementos que apontam os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado no hospital estudado. Trata-se agora de fazer um balanço mais “fino” desta situação que, tendo por paradigma um dos casos aqui apresentados, pode ser de antemão classificada como de “pouco cuidado, muito descuido”.

Em primeiro lugar, e como condição essencial para que possamos ter alguma chance de reencontrarmos algum dia os caminhos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com

a vida nos hospitais públicos, é preciso reconhecer que ali não só produzimos a indiferença em relação à dor e sofrimento alheios, sua banalização, mas contribuímos para o agravamento do sofrimento e, mais ainda, é preciso reconhecer que **nos serviços públicos** de saúde também **produzimos** dor e sofrimento, **também produzimos o mal**.

A utilização dos verbos *contribuir* e *produzir* na primeira pessoa do plural é intencional e chama a atenção para processos que, como vimos no primeiro capítulo desta tese, têm sua origem na dinâmica mais ampla da sociedade, especialmente da sociedade brasileira. Não se trata, no entanto, de uma diluição geral das responsabilidades pelas dores, sofrimentos, seqüelas e óbitos produzidos ou não evitados – “efeitos dominó” na porta de entrada dos hospitais. É preciso identificar/responsabilizar, todos os “dedos” que “apertam esses gatilhos” – desde os profissionais de saúde, que atendem mal ou não atendem, e seus órgãos de classe, que geralmente os “cobrem” com seu silêncio, passando pelos gestores, dirigentes, políticos e governantes em geral, que não investem e/ou gastam mal e/ou “desviam” (para usar um eufemismo) os poucos recursos da saúde, chegando até aos chamados “formadores de opinião”, como a imprensa, as lideranças do movimento sanitário e a “academia”, isto é, aos nossos próprios dedos.

Perguntando-se como a sociedade civil e a opinião pública foram tão tolerantes com a degradação dos serviços de saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos (2005) reconhece uma espécie de “[...] *acomodação social com a desvalorização da vida no Rio e no Brasil. Se tanta gente morre assassinada, se a contínua degradação de serviços públicos é assistida sem reclamação, por que seria diferente com o SUS?*” (Campos, 2005:21). O autor ainda observa:

“Tenho a impressão que as lideranças do movimento sanitário se distanciaram do povo e das equipes de saúde, talvez porque se partidariaram muito e isso emburrece as pessoas, cresce a porcentagem de assuntos proibidos, comentá-los seria provocar esse ou aquele governo e com isso perder algum emprego eventual, pode ser isso também [...] Por outro lado, há um ‘denuncismo’, em princípio sempre quando o governo tem posição distinta dos militantes. Essa postura [...] é incapaz de reconhecer ou de apoiar iniciativas positivas, mas que fortaleceriam políticos de outra extração.” (Campos, 2005:21)

As discussões aqui realizadas (e a própria observação do autor sobre a “omissão” de algumas lideranças) demonstram que nas raízes dessa “acomodação” com a desvalorização da vida encontram-se complexos processos defensivos contra a consciência da responsabilidade pela participação na produção dessa situação.

Mais uma vez recorremos a Dejours (1999a), em sua discussão sobre a tolerância da maioria dos cidadãos às injustiças sociais. Segundo o autor, há, para muitos cidadãos, uma **clivagem entre sofrimento e injustiça**. Embora considerem o sofrimento uma adversidade, esta não irá necessariamente dar origem a uma reação política, ou provocar indignação, cólera ou apelo à ação coletiva. *“O sofrimento somente suscita um movimento de solidariedade e de protesto quando se estabelece uma associação entre a percepção do sofrimento alheio e a convicção de que esse sofrimento resulta de uma injustiça.”* (Dejours, 1999a:19). Segundo o autor, essa dissociação entre a percepção do sofrimento alheio e o reconhecimento da injustiça de sua produção resulta numa resignação diante de um “fenômeno” - a crise do emprego ou a crise na saúde pública, podemos acrescentar - visto como uma “fatalidade”

[...] comparável a uma epidemia, à peste, ao cólera e até à Aids. [...] No entanto, mesmo no caso de uma epidemia como a Aids, constata-se que as reações de mobilização coletiva são possíveis [...] acreditar que o desemprego e a exclusão resulta de uma injustiça ou concluir, ao contrário, que são fruto de uma crise pela qual ninguém tem responsabilidade, não é algo que dependa de uma percepção, de um sentimento ou de uma intuição, como o é no caso do sofrimento. A questão da justiça ou da injustiça implica antes de tudo a questão da responsabilidade pessoal: a responsabilidade de certos dirigentes e a nossa responsabilidade pessoal estão ou não implicadas nessa adversidade?” (Dejours, 1999a:20)

Evidentemente a percepção do sofrimento alheio é pré-condição. Como observa o autor, se não se percebe o sofrimento do outro, a questão da justiça ou injustiça e a da mobilização política não se colocam. Neste sentido, é importante destacarmos ainda a compreensão do autor a respeito dos processos envolvidos na percepção pelo sujeito do sofrimento infligido a outrem.

A percepção do sofrimento alheio não diz respeito apenas a um processo cognitivo, de resto bastante complexo, em sua construção psíquica e social (Pharo,1996)¹. Sempre implica, também, uma participação pática² do sujeito que percebe. Perceber o sofrimento alheio provoca uma experiência sensível e uma emoção a partir das quais se associam pensamentos cujo conteúdo depende da história particular do sujeito que percebe: culpa, agressividade, prazer, etc.

¹ Pharo, P. *L'injustice et le mal*. Paris, L'Harmattan, 1996. (apud. Dejours, 1999a)

² O autor esclarece que “o termo ‘pático’ tornará a ser empregado [...], remetendo ao sofrer e ao sofrimento, ao padecer e à paixão, com suas conotações de passar por, sentir, experimentar, suportar, aguentar situações que gerem dor ou prazer.” (Dejours, 1999a:45, nota de rodapé)

A percepção do sofrimento provoca pois um processo afetivo. Por sua vez, esse processo afetivo parece indispensável à concretização da percepção pela tomada de consciência. (Dejours, 1999a:45-46)

Trata-se, portanto, de um processo não só cognitivo, de tomada de consciência, mas afetivo. O sofrimento alheio deve ser de certa forma experimentado, sentido pelo sujeito para dar origem à uma reação contra o mesmo. É o mesmo processo identificado por Sawaia (2001) em Simone Weil, ao sentir a condição operária, aqui já citado³. Como observará Dejours nas conclusões de seu trabalho,

Somente se pode esperar reação individual e coletiva diante da injustiça infligida a outrem – à feição de solidariedade ou ação política – se o sofrimento e o sentido desse sofrimento forem acessíveis às testemunhas. Em outras palavras, a mobilização depende da natureza e da inteligibilidade do drama vivido pela vítima da injustiça, do sofrimento e do mal. Porém o sentido do drama é ainda insuficiente para mobilizar uma ação coletiva contra o sofrimento, a injustiça e a violência. Para tanto, é necessário não apenas que o drama e a intriga sejam compreensíveis, mas também que ocasionem o sofrimento da testemunha, que lhe despertem compaixão. [...] A compaixão não depende apenas da natureza do drama, mas também dos meios empregados para comover a testemunha, para atingir-lhe a sensibilidade. Trata-se, pois, da dramaturgia ou da retórica de apresentação, ou ainda da ‘encenação’ – no sentido que Goffman (1973⁴) confere ao termo – do drama a ser compreendido ” (Dejours, 1999a:142-141).

Essas últimas observações de Dejours remetem também à nossa responsabilidade ética e estética, enquanto pesquisadores, isto é, não só com os objetivos, processos e resultados das pesquisas, mas com a forma e os meios de sua divulgação. Voltemos, portanto, ao balanço a que nos referimos no início deste capítulo.

6.1.1 A indiferença pelo sofrimento alheio, os descuidos e a produção do mal

³ “Estando na fábrica... a infelicidade dos outros entra na minha carne e na minha alma...[...]” Weil, S. A condição Operária e outros Estudos sobre a Opressão.” Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979:120 (apud Sawaia, 2001:105)

⁴ Goffman, E. *The presentation of self in every day life*. New York, Doubleday Anchor, 1973 (apud Dejours, 1999a)

O objetivo aqui não é fazer um balanço “quantitativo” dessas situações, muitas já mencionadas nos capítulos anteriores. Como vimos, nem sempre o hospital cumpre sua função de aliviar a dor e o sofrimento. Às vezes, deliberadamente se nega a fazê-lo, como os médicos da ortopedia, por exemplo, que não aliviam, na emergência, as “dores de coluna”, as dores de “nervo ciático”, ou ainda quando se negam a dar atestados, mesmo quando pertinentes: *“Eles simplesmente dizem: ‘Não dou e pronto!’.”*

Assim, não se trata aqui de recuperar tudo o que já foi narrado. Trata-se apenas de destacar alguns exemplos (nunca suficientes para traduzir o drama em questão). Uma das falas que de modo mais contundente retratam a falta de solidariedade dos profissionais com o sofrimento dos pacientes e também a falta de solidariedade entre os profissionais, resultando em falta de cooperação, é a de uma antiga médica do hospital estudado, cirurgiã da emergência:

Agora chega um politraumatizado ... um edema agudo ... ninguém ajuda. Antes, até o motorista da ambulância vinha ajudar! Antes, as pessoas corriam para perto do paciente, hoje, correm para longe ...”
Em outro trecho de sua entrevista, observa: *“Hoje a gente não vê espírito de equipe. Hoje, você vê um colega sozinho atendendo uma grande emergência ... e o outro passando lá no corredor ... o colega tem que chamar, pedir por favor ... e mesmo assim ele ainda titubeia ...*

Uma das cenas de indiferença pelo sofrimento alheio que pude presenciar ocorreu num dia em que o SPA estava cheio. Já passava das nove horas da manhã e, até àquela hora, nenhum clínico havia chegado (o SPA abre às 07:00 h.). A recepcionista do SPA veio se queixar, aflita com a assistente social da Porta de Entrada, de plantão no balcão da recepção da Emergência. Até àquele momento, aproximadamente 09:20 horas, nem o chefe do plantão nem o Coordenador da Emergência haviam chegado. A assistente social saiu para averiguar e voltou mais tarde dizendo que uma das médicas de clínica geral já havia chegado – na verdade já havia chegado *“desde cedo”*, mas não tinha encontrado vaga para seu carro dentro do hospital e, por isso, não havia entrado para trabalhar. Cabe destacar que o estacionamento do hospital é pequeno, sendo prioridade para as chefias e os plantonistas de 24 horas, e as ruas laterais ao hospital são tranquilas e são usadas, sem problemas, como opção de estacionamento por funcionários e usuários do hospital.

A indiferença e o descuido também são evidenciados na queixa que presenciei de uma moça no balcão da recepção da emergência. Chegou perguntando por notícias de um familiar,

internado na sala de Repouso da Emergência. Parece que havia conseguido autorização para entrar no horário das refeições porque o paciente não conseguia se alimentar sozinho. Contou que na véspera, havia encontrado o paciente todo sujo de urina e com muita sede. Havia também esperado horas para falar com os médicos, mas não conseguiu. Soube que havia sido “transferido” para o isolamento, fazia alguns dias, com suspeita de tuberculose, e ninguém sabia lhe esclarecer se já havia feito o exame de escarro e qual seu resultado.

A esse respeito, destaca-se o depoimento indignado (e o sentimento de impotência) de uma médica da Grande Emergência, queixando-se da não responsabilização e da omissão de colegas:

Então você diz: - ‘Fulano, olha só, chegaram os exames do paciente aqui. Aqui ó, chegou o exame do seu paciente, quer dar uma olhada? ... Tá com a leucocitose muito alta ... não sei o quê, não sei o quê lá.’ - ‘Olha só: faz o favor de não interferir no meu trabalho! Quando eu quiser olhar, eu vou olhar! E, afinal de contas, eu nunca vi resultado de exame de paciente aqui nesse hospital! Eu não vejo resultado de exame!’ - ‘Mas como assim, não vê resultado?’ Tá na emergência, o paciente gravíssimo, tem que olhar o resultado?!’ Então, são essas ondas altas, esses pedaços de toco, que eu acho que tudo isso é falta de rotina [ênfase] de trabalho, de protocolo de trabalho, porque a coordenação da emergência, a direção dos hospitais ... não estou falando só daqui desse hospital, não, todos os hospitais!... eles não têm protocolos de serviço para os médicos nas grandes emergências! Não definem: ‘Você tem que fazer isso, isso e isso!’ Entendeu? Não cobra, também! A gente faz o que pode, ali, no meio das ondas, e...”

Sentindo-se engolida por um “mar” de descompromissos, “nadando sem conseguir chegar na margem”, esta médica ainda agarra-se à esperança de que as “rotinas” e “protocolos” possam vir a produzir a solidariedade, a cooperação e a responsabilidade corroídas na dinâmica dos serviços de saúde.

A mesma médica, num outro dia em que eu observava a grande emergência, mostrava-me uma paciente idosa, numa maca, no corredor, sem roupa, coberta apenas por um pequeno lençol. Ao seu lado, a roupa de cama e o travesseiro que a família havia mandado. “Ninguém acha que é sua obrigação ... (colocar a roupa)”. Conta sobre outro paciente, grave, com uma medicação que exigia verificação freqüente de pressão arterial e no seu prontuário só constava registrada a informação “sinais vitais”. Ninguém havia verificado sua pressão arterial. “A enfermagem acha que não é sua responsabilidade. De quem é a responsabilidade?”

O cuidado que é negado ao paciente - seja por sobrecarga de trabalho, apatia, omissão ou falta de responsabilidade – é novamente negado, ou duplamente negado, através das

inúmeras barreiras à presença de acompanhantes ou a visitas na emergência. Num diálogo entre uma médica e uma assistente social numa entrevista em grupo, aqui parcialmente já destacado, esta questão foi enfaticamente discutida. Abaixo alguns fragmentos:

E eu acho que o sofrimento do paciente... um dos sofrimentos, é justamente estar separado do acompanhante, quando ele entra, e é proibido o acompanhante, né... ele sabe que ele não pode se movimentar sozinho na cama, ele sabe que ele não pode mudar a fralda, porque está encharcada... e não tem, assim, uma ternura... um olhar... mais afetuoso... não tem alguém que ele sente afeto! (médica)

[...] um paciente do PS, né, que... quando é bem idoso, ou adolescente, você até consente... ele, ele pode entrar com o acompanhante, e... às vezes, não. 'Ah, tá numa idade assim ..' 'Ah, tá andando, não pode entrar!' [refere-se à não permissão para entrada de acompanhantes de adultos, a menos que não consigam se locomover sozinhos] *tudo bem, você não pode deixar todo paciente entrar com acompanhante, porque o PS é pequeno, ali lota logo, porque chega emergência toda hora, e os familiares às vezes interferem, ficam discutindo, porque priorizou um, aí ele começa a discutir: 'Não, mas era a vez do meu!' E às vezes está mais grave, e ele não quer entender aquilo, então, você realmente não pode deixar muitos familiares ali! Mas existem casos e casos, né! (assistente social)*

A defesa, por alguns profissionais, para a presença de acompanhantes às vezes assume argumentos polêmicos, como o recurso ao acompanhante para fazer o trabalho que o serviço de saúde não faz, oferecer a assistência que falta:

Já que ele não tem uma terapia intensiva, ele não tem cuidados intensivos, pela falta que o Estado oferece de funcionários, então o Estado deve abrir para essa ... deve estudar uma maneira de eles serem acompanhados pelos familiares! Eles vão ajudar, com certeza, na assistência! Vão ajudar, com certeza! Eu acho!.[...] Não tem como impedir, de um parente entrar, se ele está mal assistido! O Estado não oferece essa assistência! Então, também não tem o direito de proibir, se um familiar quer ajudar! Entendeu? Não tem direito! Tem hospitais que chegam ao cúmulo de dizer com a gente, que a gente não deve falar para o familiar o que o paciente está precisando! Entendeu? Isso não existe! Tem que falar!

O autoritarismo de funcionários na porta de entrada se manifesta freqüentemente com relação à questão dos acompanhantes. Certa vez, observei a assistente social com quem conversava no balcão da emergência sair rapidamente para procurar uma mãe que havia

entrado com um filho para atendimento no Pronto Socorro e deixado o outro sozinho na recepção. A mãe lhe disse que o vigilante havia impedido a entrada da outra criança porque ela “*não podia entrar comendo biscoito*”! A assistente social, indignada, contou que deu uma “bronca” na mãe: “*Vigilante não manda no seu filho!*” e foi repreender o vigilante. Aparentemente não se deu conta do quanto também havia sido autoritária com a mulher, impotente ante o poder do vigilante. Assistindo a cena, a auxiliar de enfermagem que trabalha na sala de hipodermia, próxima à entrada do Pronto Socorro, não perdeu a chance de também recriminar o vigilante: “*Se a criança sumisse, a mãe iria na polícia e você seria responsabilizado.*” Logo a seguir, no entanto, ao perceber que um homem entrava acompanhando uma moça para ser medicada na sala de hipodermia, grita para o vigilante: “*Acompanhante, só se estiver[o paciente] caindo!*”

A rigidez do vigilante (porta-voz do autoritarismo de outros funcionários) no cumprimento de regras – mesmo que informais – de acesso ao serviço parece ser mais uma das manifestações do que aqui vimos nos referindo como “apatia burocrática” (Campos, 1994), impedindo o pensamento, a avaliação da singularidade dos casos. Muitas vezes, estes processos têm consequências muito mais graves, levando ao agravamento da dor e sofrimento dos pacientes.

Numa tarde em que observava o atendimento no SPA, uma funcionária do ambulatório entrou na sala de espera e avisou a recepcionista de que o ambulatório tinha ainda “30 números” (30 vagas para consultas) em pediatria. A recepcionista, no entanto, disse contrariada que não poderia encaminhar nenhuma das crianças ali presentes porque, pelas “regras”, “*não pode ser crianças com febre ou vômito*”.

Muitas vezes, as “regras” ou “normas” são usadas como desculpa para a não responsabilização dos profissionais. Numa outra tarde em que observava a triagem de enfermagem no SPA, vi quando uma mulher entrou com seu filho pequeno, ainda bebê. Esta contou que estava desde as 5 horas da manhã no ambulatório. O menino foi consultado e a médica pediu vários exames, que fez no hospital no mesmo dia. Segundo a mãe, a médica havia dito que seu filho tinha uma infecção, mas não sabia onde. Por isso pediu os exames. Quando estes ficaram prontos, àquela hora da tarde, a mãe voltou a procurar a médica, mas esta “*nem olhou os exames ... disse que já estava indo embora e mandou vir prá cá ...*” (para o SPA). Queixava-se que o menino estava com muita febre e tremores. A enfermeira olhou para mim e, com ar de indignação, disse: “*Este é o problema do ambulatório!*” Queixou-se da falta de compromisso dos médicos do ambulatório, dizendo que não custava nada ela ter

olhado os exames, que nem se importava se o paciente estava mal. Saiu levando a mãe e o bebê para a sala de atendimento do SPA para ser priorizado.

Uma outra situação que me pareceu bastante grave do ponto de vista das conseqüências para a saúde e a vida dos pacientes da apatia burocrática dos funcionários, foi a de um menino, que vi chegar para atendimento na fila do SPA. Tinha um edema na perna e estava acompanhando de sua mãe e um homem que depois se identificou como seu tio. Assim que a mãe entrou com o menino na sala de triagem, o tio veio falar com a recepcionista, dirigindo-se também a mim, que estava a seu lado. Pediu a ela que falasse com os médicos para examinarem direito o menino, pois temia que sua cunhada não desse uma idéia exata da gravidade da situação. Por fim, acabou dizendo que desconfiava que o menino havia apanhado do padrasto. Achava que a cunhada não iria contar, e tentava desculpá-los, dizendo que na hora do nervosismo a pessoa acaba exagerando. Depois insinuou que se tratava de uma situação que se repetia, pois havia mais de um mês o menino estava assim, e não melhorava, com lesões não só na perna mas também nas costas.

A recepcionista lhe respondeu que não podia fazer nada se a mãe do menino não resolvesse falar e recomendou que ela procurasse a assistente social. O rapaz continuou insistindo, dizendo que estava só pedindo para que os médicos examinassem melhor a criança, pois podiam achar que não era nada demais, se não fossem alertados. A recepcionista tornou a lhe dizer que procurasse a assistente social e indicou o balcão de atendimento da emergência, do outro lado do pátio. Depois a recepcionista se afastou, para longe, e o rapaz continuou na minha frente, ainda comentando a situação. Eu não me contive e acabei reforçando o conselho para que fossem conversar com a assistente social. Disse-lhe que achava que ele deveria conversar com sua cunhada e convencê-la a buscar ajuda, pois não apenas a criança estava precisando de ajuda, mas também a mãe, e por mais difícil que fosse falar disso, era preciso, para evitar situações futuras. Vi que a mãe saiu com a criança da triagem com encaminhamento para o SPA. Mais tarde, a vi de longe, do outro lado do pátio, com o menino, mas não sei se foi buscar a assistente social. Não sei também se a enfermagem ou o médico que atendeu a criança chegou a perceber sinais de maus tratos.

Esta foi uma das situações que me causaram um grande mal-estar. Um sentimento de aflição e impotência por não poder intervir de modo mais direto. Achei que não custaria nada a recepcionista ter ido falar com os enfermeiros da triagem ou com os médicos, ou ainda ter acompanhado o tio e a mãe ao serviço social, já que evidentemente lhes faltava coragem

para denunciar a situação. Quanto à recepcionista, me pareceu que o drama do outro não a comovia.

Se em muitas situações o descuido ou a indiferença pelo sofrimento alheio se “embaralham” ou são alimentados (como defesa face ao sofrimento psíquico) na impotência dos trabalhadores ante a precariedade das condições de funcionamento do serviço, em algumas fica-se com a sensação de que são genuínas manifestações da produção do mal pelos serviços de saúde.

Certa vez, quando observava o setor de registro de pacientes ao lado do balcão da recepção da emergência, pude conversar longamente com o enfermeiro que estava ali “lotado” para dar apoio à triagem realizada no SPA. Queixava-se bastante da falta de condições adequadas para a triagem da enfermagem, particularmente no que se refere à falta de privacidade para os pacientes, pois ao contrário dos enfermeiros do SPA, ele não tinha uma sala exclusiva. Tinha que avaliar os pacientes ali, no guichê do registro. Uma mulher chegou então ao balcão queixando-se de algum problema nos seios. Parece que estava amamentando e queixava-se de o leite ter “empedrado”. Sentia dores e febre. O enfermeiro pediu que ela contornasse o guichê e chegasse à porta. Pediu a ela para examinar seus seios e ela os expôs ali, na frente de todos. O enfermeiro a encaminhou então para o médico do Pronto-Socorro e depois, para mim, comentou que a moça havia feito uma mastite. Fiquei um pouco incomodada com a exposição a que foi submetida a moça e com a sensação de que talvez aquele exame físico não fosse necessário, podendo-se buscar outros sinais clínicos (verificação da temperatura, por exemplo,) ou encaminhá-la a um lugar mais reservado para o exame. Pareceu-me que talvez a paciente tivesse sido “poupada” se eu não estivesse ali e se o enfermeiro não tivesse tão interessado em “demonstrar” a inadequação de suas condições de trabalho.

Por fim, é preciso também reconhecermos que o mal, nas práticas cotidianas do trabalho e na forma como este se organiza, é também, como observa Dejours (1999 a),

a tolerância à mentira, sua não-denúncia e, além disso, a cooperação em sua produção e difusão. [...] Trata-se sobretudo de infrações cada vez mais freqüentes e cínicas das leis trabalhistas: empregar pessoas sem carteira de trabalho para não pagar as contribuições da Previdência Social e poder demiti-las em caso de acidente de trabalho, sem penalidade [...] exigir um trabalho cuja duração ultrapassa as autorizações legais [...] diz respeito igualmente á todas as práticas discriminatórias e manipuladoras para as funções mais penosas e arriscadas [...] o mal é ainda manipular a ameaça de

precarização para submeter o outro [...] Qualificamos aqui como mal todas essas condutas quando elas são:

- *instituídas como sistema de direção, de comando, de organização ou de gestão [...];*
- *públicas, banalizadas, conscientes, deliberadas, admitidas ou reivindicadas, em vez de clandestinas, ocasionais ou excepcionais, e até quando são consideradas corajosas (Dejours, 1999a:76-77) (grifos do autor).*

Assim, no caso do trabalho em saúde nos serviços públicos, o mal, podemos dizer, não é apenas o agravamento ou a produção do sofrimento da população pelos trabalhadores, pelos serviços, mas, entre outras manifestações, a imposição, a cada vez um número maior de trabalhadores de contratos de trabalhos cada vez mais precários, ou até a inexistência, como vimos no hospital estudado e nos demais que pertencem à mesma rede, de qualquer contrato de trabalho, conformando a figura dos chamados “prestadores”, sem quaisquer direitos trabalhistas e ameaçados constantemente pela perda do “emprego”, realizando muitas vezes o trabalho mais penoso (como é o da Porta de Entrada) e tratados pejorativamente como aqueles que *“só prestam para aquilo”*.

No entanto, no trabalho em saúde nos serviços públicos, o mal também é, por exemplo, a *instituição*, como sistema de gestão de pessoal, de certas práticas, tornadas públicas e banalizadas (substitutas da luta pela valorização do trabalho), como o *“day-off”*, a venda de plantões e os “esquemas”. Práticas que contribuem para a diminuição da responsabilização, das possibilidades efetivas de cooperação e para a deterioração crescente das relações entre trabalhadores e entre estes e a população. O mal, sobretudo, é não só a tolerância para com estas práticas, mas sua naturalização e “incorporação” como instrumentos de gestão.

Nos últimos meses em que esta tese era redigida, os hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro foram palco talvez da mais severa crise em toda a sua história (ou da mais severa “agudização” de sua histórica “carência crônica e incerteza cíclica”). O hospital estudado, por suas características específicas e as da rede a qual pertence, não estava no “epicentro” desta tragédia, mas já viveu ou ainda vive, como drama cotidiano, muitas de suas manifestações e, provavelmente⁵, deve ter sofrido com o aumento da pressão da demanda gerada pelo fechamento de algumas emergências e desabastecimento geral de outros

⁵ No momento da crise dos hospitais, já fazia quase um ano que havia encerrado meu trabalho de campo no Hospital João Silva e não pude fazer contato com sua equipe. Portanto, não disponho de dados para analisar os impactos da crise especificamente sobre o hospital estudado.

hospitais. Algumas manchetes e matérias de jornais do período destacam a agudização do drama vivido pelos hospitais e seus pacientes⁶, evidenciando até onde pode chegar o descaso para com a dor e o sofrimento alheios e outras formas de produção do mal nos serviços de saúde, cuja responsabilidade em muito extrapola as ações (ou omissões) isoladas de alguns profissionais.

Assim, enquanto o Município e a União trocavam acusações sobre a responsabilidade da crise e não chegavam a um acordo para solucionar o grave problema de desabastecimento dos hospitais, no dia 24/02/2005, o **Hospital do Andaraí, superlotado, com falta de medicamentos, equipamentos e especialistas, fechava sua emergência. Uma semana antes, o Hospital Cardoso Fontes já havia fechado sua emergência**, pelas mesmas razões. No Andaraí, pacientes eram atendidos nos corredores. Cadeiras transformadas em leito para quase vinte pessoas. Uma delas, um senhor de 62 anos, com uma ferida (erisipela) infeccionada na perna, aguardava sentado na emergência havia 1 semana por cirurgia. Uma estudante com prescrição para cirurgia abdominal, com dores, desistiu de consulta após 6 horas de espera. Era o segundo hospital público por que passava em 24 horas. O chefe da Oncologia do hospital é testemunha de como os serviços de saúde, paradoxalmente, podem ser o braço executor (ou co-produtor) das mortes causadas pelo descaso e incompetência dos dirigentes públicos. *“Na realidade, muito do que fazemos é apenas paliativo. Me sinto impotente em meio a esta situação. Como tratar alguém se desde julho o tratamento de quimioterápicos está irregular?”* (O Globo, 24/02/05)

No dia 01/03/2005, o drama de um paciente vira manchete de jornal - **“O Drama dos Maxwels – paciente à beira da morte consegue transferência, mas outros continuam sofrendo sem aparelhos”**, representando muitos outros casos de pacientes internados em hospitais sem equipamentos necessários a seu correto diagnóstico e tratamento. Vítima também da falta de manutenção dos hospitais, Maxwell ainda sofreu porque o elevador enguiçou quando finalmente estava sendo transferido do Cardoso Fontes para o Hospital Universitário para fazer uma ultrassonografia e a drenagem de um tumor no fígado. Dias antes, um médico havia pago do próprio bolso ambulância para levar o paciente para fazer exame em uma clínica conveniada do SUS, quando se diagnosticou seu tumor. Assim como ele, há um ano no CTI infantil, bebê aguardava conserto de tomógrafo para avaliação de seu quadro.

⁶ Material colhido assistematicamente das publicações do **jornal O Globo**, entre os dias 22 de fevereiro a 10 de maio de 2005. As manchetes, subtítulos e frases/declarações publicadas estão entre aspas.

A situação de desabastecimento e de falta de manutenção dos hospitais atingiu níveis sem precedentes. No dia 03/03/2005, o jornal noticiava que no hospital do Andaraí as cirurgias haviam sido suspensas pela quebra do ar-condicionado e pacientes queimados esperavam mais de 3 horas para fazer curativos. Além do sofrimento com a doença, as **reportagens mostravam a angústia de pacientes por não saber se poderiam dar continuidade ao tratamento pela falta e/ou irregularidade na entrega de medicamentos e outros insumos.** No Hospital Albert Schweitzer, 3 andares com 150 leitos estavam fechados. (O Globo, 03/03/05)

O desabastecimento dos hospitais pela não renovação dos contratos ou não pagamento dos fornecedores também se destaca na manchete do dia 15/03/2005: **“Médicos Receitam em Papel de Pão”**. O jornal informava que o Hospital Souza Aguiar tinha 40 de 50 contratos com fornecedores vencidos. Do mesmo modo, no dia 27/03/2005, com a matéria **“Hospitais correm risco de colapso”**, o jornal noticiava que 14 empresas que fornecem alimentação para os hospitais municipais, incluindo os que estavam sob intervenção, sem receber pagamentos referentes ao período de julho a dezembro de 2004, poderiam interromper o fornecimento de 70 mil refeições/dia. Na área de limpeza a situação noticiada também era crítica.

A precariedade da situação de manutenção e conservação das instalações físicas dos hospitais também se manifestou dramaticamente através do **desabamento do teto do setor de emergência de dois hospitais.** No Hospital Albert Schweitzer, no dia 23/02/2005, o teto da sala anexa à emergência desabou atingindo uma paciente deitada em uma maca. O teto ficou com um buraco de um metro de diâmetro e quatro carrinhos de mão de entulho foram retirados. No dia 23/04/2005, parte do teto de gesso do setor de coleta de sangue do Hospital Geral de Bonsucesso desabou, por causa de um temporal, levando ao alagamento de parte do setor de emergência e à remoção de 72 pacientes para outras áreas. O setor foi temporariamente fechado, encaminhando os pacientes para outros hospitais. Esta não é a primeira vez que tetos de hospitais desabam. Quando coordenávamos uma experiência com um grupo de diretores de hospitais (Sá&Azevedo, 2002), tivemos notícia semelhante ocorrida com outro hospital de emergência. Ironicamente, parece ser a “concretização” da metáfora da crise, do descaso do poder público para com os serviços de saúde e o sofrimento da população.

Este mesmo descaso dos governos com os serviços públicos em geral (não só os de saúde) também se representou na crise, através de notícias de **invasão e alagamento de dois hospitais pelo esgoto.** No dia 22/03/2005, novamente o Hospital Albert Schweitzer, um dia

antes do desabamento do teto de sua emergência, teve sua **emergência esvaziada** porque, diante de fortes chuvas, um **valão que passa ao lado do hospital transbordou**, levando esgoto para dentro da sala do policial de plantão, próxima à emergência. Um mês depois, no dia 25 de abril, o jornal noticiava: **“Maternidade interna apesar de inundação”**: “Se cai chuva forte, os médicos da Maternidade Municipal Leila Diniz, em Jacarepaguá, têm de largar seus estetoscópios para limpar o chão, invadido pelo esgoto.” (Relato do Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, deputado Paulo Pinheiro – O Globo, 25/04/2005)

Como se não bastasse serem invadidos pelas chuvas, pelo esgoto, pela apatia burocrática, pelos desmandos e brigas políticas entre as esferas de governo, pela incompetência administrativa, pelos desvios de recursos para outros fins que não a saúde, pela indiferença das elites econômicas e políticas para com os cidadãos que não têm outra porta onde bater em seu sofrimento, os **hospitais públicos** de emergência são também **invadidos**, como já mencionamos neste trabalho, **pela exacerbação da violência urbana**, pela criminalidade, numa cidade quase sem controle. Estas notícias também não ficaram de fora da cobertura jornalística da crise dos hospitais. Em 21/04/2005, o jornal noticiava: **“Bando invade hospital e assassina dois presos”** (Ainda no Hospital Albert Schweitzer, a respeito de dois pacientes custodiados que estavam na enfermaria). No dia seguinte, a notícia de que policiais cercaram o hospital Rocha Faria para proteger um colega, pois dois homens haviam tentado entrar no hospital ameaçando o inspetor de plantão de morte, por ter matado um PM numa briga.

Ameaças de morte por cartas e por telefonemas foram feitas ao Coordenador da Intervenção Federal nos hospitais do Rio de Janeiro - já ameaçado outras vezes, por rever contratos fraudulentos, à frente do hospital que dirigia - e até uma bomba foi encontrada em sua sala. (jornal O Globo, 01/04/2005 e 17/04/2005)

No dia 11 de março, o Presidente da República havia assinado decreto declarando estado de calamidade pública na saúde carioca e a intervenção federal em seis dos mais importantes hospitais cariocas: Hospital da Lagoa, do Andaraí, de Ipanema e Cardoso Fontes (ex-hospitais federais, municipalizados) e dois hospitais municipais – Miguel Couto e Souza Aguiar.

A intervenção veio como uma “operação de guerra”, expressão usada pelo próprio Ministro da Saúde para anunciar as primeiras medidas. No hospital Cardoso Fontes, **“Operação de Guerra: mutirão é convocado, emergência é reaberta e equipamentos**

chegam de caminhão” (O Globo, 12/03/2005). O jornal destaca a observação do chefe do corpo clínico do hospital, quando tirou a faixa que havia na porta da unidade avisando pacientes sobre não funcionamento do setor: *“Espero que eu não tenha que colocar a faixa novamente.”* No Hospital do Andaraí, era preciso regularizar pagamento de fornecedores para o fornecimento de comida para funcionários e pacientes. No Hospital da Lagoa, o jornal destaca, no mesmo dia, o drama de uma paciente com uma nefropatia, que aguardava consulta desmarcada em dezembro e remarcada para 15 de abril por falta de médico: *“Já estou com os rins e a visão comprometidos. A cada dia que passa a situação se agrava. Estou aqui há 8 meses e nunca consegui os medicamentos (...) (na próxima terça, completará 83 anos) “Espero ganhar uma consulta de presente de aniversário”*

À frágil esperança do médico do hospital Cardoso Fontes - em não passar novamente por uma situação tão dramática como a que resultou no fechamento da emergência – se une a tênue e resignada esperança da paciente de 83 anos, em seus esforços quase vãos para, respectivamente, seguir trabalhando e vivendo. **O sofrimento psíquico dos profissionais de saúde pela incerteza quanto à continuidade dos projetos, de seus empregos e do próprio funcionamento dos hospitais**, sofrimento que já mostramos no Hospital “João Silva” – *“Sempre tem alguma coisa que pára.”* – **encontra seu eco na angústia dos pacientes pela incerteza sobre a continuidade de seu tratamento ou mesmo sobre a possibilidade de acesso a alguma assistência**, tão preciosa e rara como um prêmio, um “presente de aniversário” - imagem radicalmente oposta a do “acesso universal, equânime e integral” aos serviços de saúde, contida no ideário da Reforma Sanitária.

Dois dias depois da intervenção, o jornal noticia: **“A longa Fila por uma Cirurgia”** (14.811 pessoas aguardando para serem operadas em 10 hospitais) (O Globo, 13/03). No dia seguinte, **“Mutirão realiza 35 cirurgias só num dia.”** Podemos perguntar: Quantos mutirões serão ainda necessários e em quanto tempo, para “colocar em dia” o acesso às cirurgias? Como observou uma médica do Hospital “João Silva”, *“Tem gente hoje sendo operada com 2 meses de fratura! É desumano! Você tá criando uma fábrica de monstrinhos aleijados!”* Os dados fornecidos pelos jornais se referiam a tempos de espera muito maiores, inclusive para doenças que podem levar à morte.

De todo modo, a receptividade da intervenção parece ter sido muito boa, tanto entre profissionais quanto na população. Ambos ávidos por alguma esperança – tanto melhor se apoiada no imaginário de força, poder e proteção que ainda parece existir em torno do “governo federal”, a despeito da degradação das instituições públicas em todos os níveis - os

primeiros atenderam prontamente aos chamados para os mutirões e se apresentaram para trabalhar nos hospitais sob intervenção, inclusive pessoal terceirizado com até dois salários atrasados⁷, os segundos acorreram em massa aos hospitais sob intervenção e aos hospitais de campanha montados pela Aeronáutica e pela Marinha: **“Drama por atendimento continua: procura aumenta nas unidades sob intervenção do governo federal”** // **“Desespero na fila de espera por atendimento: os seis hospitais sob intervenção federal tem recebido mais pacientes.”** *“Corri então pra cá, porque sabia que o governo federal estava no hospital e que havia imprensa.”* (Declaração, no Souza Aguiar, de enteado de paciente de 76 anos, com dificuldade para respirar, que já havia tentado atendimento no hospital de Saracuruna) (O Globo, 21/03/2005) **“Sob tendas, quase 400 atendimentos no 1º dia.”** **“Todo o pessoal é muito atencioso e o atendimento é rápido”** (*paciente*) (O Globo, 22/03/2005)

A crise logo se mostrou para os jornais, através do aumento exponencial da demanda aos hospitais de campanha, e pelo perfil desta demanda, como uma crise que começava muito antes das portas das emergências, nos postos de saúde (o que os gestores há muito já sabem mas não conseguem – ou não se empenham para – resolver): **“Tendas sem Milagres: hospital de campanha superlota no 2º dia e leva militares a restringir atendimentos.”** (O Globo, 23/03/2005). **“Pronto-socorro para tratar cárie: sem atendimento nos postos, pacientes lotam hospital de campanha com problemas banais”** **“Remédio de sarna acaba rapidamente”** (O Globo, 25/03/2005). **“Marinha faz apelo para que ninguém madrugue na fila.”** (O Globo, 26/03/2005)

A violência também não poupou os hospitais de campanha: **“Sem saúde básica nem segurança: pessoas que passam a noite em fila de hospital de campanha são assaltadas”** (O Globo, 30/03/2005)

A intervenção federal nos hospitais do Rio de Janeiro reabasteceu e reequipou minimamente essas unidades, garantindo-lhes condições mínimas de funcionamento e reabriu canais de discussão, mesmo que mediados pelas vias do judiciário, para a (re)definição das responsabilidades do Governos Federal e Municipal sobre o sistema de saúde no Município, pós-intervenção. Não foi capaz de evitar que continuem ocorrendo muitos sofrimentos e óbitos evitáveis – nem é de se esperar que medidas verticais e pontuais como estas o sejam – como a morte de um aposentado de 58 anos, de infarto, na porta de uma policlínica – que não tem serviço de emergência – e onde teria ido à procura de um pneumologista, especialidade que “julgava” adequada ao seu problema (mas que ali, ao contrário do que haviam lhe

⁷ Dados da revista Radis: Comunicação em Saúde, nº 33, maio de 2005.

informado, também não havia). Há um ano se queixava de fortes dores no peito e falta de ar, mas só havia conseguido marcar exame, em outro hospital, para julho. (O Globo, 10/05/2005)

No entanto, todo este processo teve outros saldos e que podem ser ilustrados pela ênfase que a imprensa deu a determinadas questões:

Quando a barraca é melhor: pacientes elogiam atendimento no hospital de campanha :*As barracas de lona são quentes – com sol, a temperatura média chega a 35 graus – e precisam ser molhadas por fora para reduzir o calor. Do lado de fora, no gramado, insetos. Mesmo com essas condições (...) o hospital de campanha da Aeronáutica, na Barra, só recebe elogios dos mais de mil pacientes que procuraram a unidade nos três primeiros dias. A precariedade é só aparente, já que dentro das lonas os equipamentos são modernos (...) os militares médicos podem fazer exames laboratoriais simples em menos de quinze minutos, além de pequenas cirurgias e outros procedimentos. (...) ‘O carinho com que eles tratam as pessoas mais humildes é maravilhoso e não existe nos hospitais do Rio, onde o atendimento é deprimente. Isso prova que é possível ter um atendimento de qualidade’ (declaração de uma aposentada) “A organização militar também agrada. (...) Mas é o tratamento dos médicos o que mais encanta os pacientes. A orientação dos militares é para que os profissionais sejam compreensivos e ouçam com atenção as reclamações e os problemas levados pelos pacientes. Parece bobagem, mas em alguns casos é a cura. O major médico (...) conta que um paciente da ortopedia chegou carregado. Depois de 20 minutos de conversa, saiu andando.” (O Globo, 26/03/2005)*

As tendas que já deixam saudades no Centro: hospital de campanha da Marinha, onde pacientes buscam a atenção perdida na rede pública, deve fechar em 45 dias. O jornal destaca o caso de um paciente de 83 anos, que foi se consultar pela segunda vez na semana, no hospital de campanha: *“Assim como cerca de 80% dos pacientes, trouxe, ao menos aparentemente, um pequeno problema. É a busca por uma atenção cada vez mais rara (...) na rede pública de saúde: ‘Da outra vez, fui no ortopedista ver uma dor nas costas. Fui muito bem tratado. Por isso vim aqui de novo, desta vez em busca de um clínico geral’. [Diz que tentou marcar uma consulta no Pam 13 de maio, mas lá a espera é de no mínimo um mês.] ‘É tempo suficiente para eu esquecer com que problema estou.’ ‘Não sei se os funcionários não têm estímulo ou não são bem pagos, mas a verdade é que em geral a gente é muito mal atendido. Pra mim, a culpa é de todos os governos. Não tem um mais culpado.’ [Viúvo há menos de um mês, queixa-se de um ‘formigamento’ na orelha esquerda que toda a manhã insiste em aparecer.] ‘Recebemos pacientes graves, mas fica claro que as pessoas estão atrás de atenção, carinho’ (Vice-Almirante, Diretor de Saúde da Marinha) (O Globo, 17/04/2005)*

Assim, me parece que os saldos mais importantes deste drama tão intenso tenham sido justamente demonstrar, em primeiro lugar, que as pessoas batem à porta dos serviços de saúde buscando não só assistência à saúde de qualidade, mas igualmente (e de modo indissociável desta) atenção, carinho, respeito, escuta, atendimento com dignidade ... Em segundo lugar, demonstrar que, em alguma medida, ambos são possíveis nos serviços públicos e que talvez possam ser ampliados para além das ações verticais, das “operações de guerra”, das “tendas de campanha”, das medidas emergenciais.

6.1.2 *O Cuidado Possível*

O presente trabalho mostrou, acredito, quase com exaustão, o quanto são potentes os mecanismos e processos psicossociológicos que, no hospital estudado, resultam na produção do descuido e do descaso, na estranheza radical em relação ao outro, destituído muitas vezes de sua condição de humanidade. No entanto, também vimos que, a despeito do peso desses processos e das condições objetivas de funcionamento do hospital que produzem a insuficiência e até mesmo a cegueira do olhar para o sofrimento do outro, alguns olhares e cuidados ainda parecem ser possíveis, mesmo que frágeis.

Em determinado momento do trabalho, observo que a face “mortífera” dos processos organizacionais e psíquicos é apenas uma de suas faces (Enriquez, 1989, 1997a), se dominante ou não no caso em questão é do que tratava este estudo, que tem como uma das hipóteses que o espaço cotidiano de realização do trabalho - espaço do trabalho vivo em ato (Merhy, 1997, 2002) - tanto pode ser o espaço privilegiado de manifestação desses processos mortíferos, como de seu contrário, isto é, de rompimento com a repetição, com a estereotipia, e de desencadeamento de processos criativos e de ligação com o outro.

Fazer este balanço “mais fino” agora não é tarefa nada fácil, tanto do ponto de vista teórico, quanto do ponto de vista de minhas implicações como pesquisadora – minhas relações com a problemática estudada e com os sujeitos da pesquisa.

Numa avaliação mais geral, tomando o conjunto de processos observados no hospital (e mais ainda se considero como pano de fundo o quadro do setor saúde no Rio de Janeiro) posso afirmar que a face mortífera desses processos é, infelizmente, a face dominante. Como me disse uma das médicas entrevistadas, as minhas conclusões não vão ser nada felizes. E esta não é, para mim, uma afirmação nada fácil. Não apenas porque a problemática

da solidariedade, da cooperação e do cuidado é, como disse na Introdução, muito cara na minha trajetória pessoal e profissional, mas porque, ao olhar para a experiência, de modo a fazer este “balanço”, vejo, em sua singularidade, cada um dos rostos dos trabalhadores do hospital com quem tive a oportunidade de um maior convívio ou de alguns encontros ao longo de quase dois anos, entre o início e o final da pesquisa de campo.

Mas porque credito que **tanto o mal como o cuidado (o bem que aqui se discute) devem ser examinados em sua singularidade**, na singularidade de cada caso, de cada situação - pois esta é a condição não só para a melhor compreensão dos processos que os geram, mas para sua mais exata caracterização/qualificação e, conseqüentemente, **para que tenhamos maior eficácia no combate ao primeiro e na promoção do segundo** - não posso “fechar este balanço” sem trazer à cena a singularidade de algumas manifestações do cuidado com a vida que pude observar no Hospital “João Silva”, entre outras aqui já narradas.

Antes, no entanto, uma certa digressão, a título de esclarecimentos. Desenvolvi o parágrafo acima a partir de algumas idéias sustentadas por Alain Badiou (1995) em sua crítica radical (porque vai às raízes desse pensamento) à ética concebida ao mesmo tempo como capacidade *a priori* de distinguir o Mal (supõe-se um consenso sobre o que é bárbaro) e como princípio último do julgamento político (sendo exatamente o que intervém de maneira visível contra um Mal identificável *a priori*).

Entre os principais pontos que o autor critica nesta doutrina, estariam a compreensão do Mal como aquilo a partir do que se dispõe o Bem, e não o inverso; e a compreensão, decorrente desta forma de conceber a ética, dos “direitos humanos” como os direitos ao não-Mal: “[...] *não ser ofendido em sua vida (horror à morte e à execução), em seu corpo (horror à tortura, às sevícias e à fome), nem em sua identidade cultural (horror à humilhação das mulheres, das minorias etc.).*” (Badiou, 1995:24) Para o autor, a força desta doutrina reside em sua evidência – “[...] *sabe-se, por experiência, que o sofrimento é visível*⁸ [...]” (Badiou, 1995:24) – e, no entanto, “[...] *a corrupção, a indiferença ou a crueldade dos dirigentes políticos são as causas maiores do seu descrédito* [...]” (Badiou, 1995:24). Além disso, a força deste tipo de doutrina se apoiaria também no reconhecimento de que é mais fácil construir um consenso sobre o errado do que sobre o certo (experiência que as igrejas, segundo o autor, já tiveram).

⁸ No presente trabalho, vimos que o senso comum aqui se engana, o sofrimento do outro nem sempre é visível e não é igualmente visível para os diferentes sujeitos, alguns inclusive totalmente cegos para ele.

[...] sempre lhes foi mais fácil indicar o que não deve ser feito - ou seja, contentar-se com as abstinências – que destrinchar o que deve ser feito. Por outro lado, toda a política digna desse nome tem seu ponto de partida na representação que as pessoas constroem de sua vida e de seus direitos. (Badiou, 1995:24)

Além de sua crítica à suposição, nesta concepção de ética, de um Sujeito humano universal, que seria capaz de coordenar a ética com os direitos do homem e com as ações humanitárias – pensamento que estaria, em última instância, à serviço de uma “razão intervencionista”⁹ ocidental¹⁰ segundo a qual “[...] a miséria do terceiro mundo é o resultado de sua imperícia, de sua própria inanidade, em suma: de sua subumanidade.” (Badiou, 1995:27, grifo do autor) – Badiou argumenta contra a “sofística devastadora” que, com base no pressuposto de que o “consenso” ético se baseia no reconhecimento do Mal, entenderia que toda a tentativa de reunir os homens em torno de uma idéia positiva de Bem seria a “verdadeira fonte” do próprio Mal. “[...] todo projeto de revolução, qualificado de ‘utópico’, converte-se, dizem, em pesadelo totalitário. Toda vontade de inscrever uma idéia da justiça ou da igualdade acaba dando errado. Toda a vontade coletiva de Bem faz o Mal.” (Badiou, 1995:28)

Questão complexa e espinhosa esta última, exigindo uma discussão – que não tenho capacidade de fazer no momento – sobre o próprio estatuto teórico e a validade do que se poderia considerar como uma “vontade coletiva do Bem”, sua relação com o totalitarismo e ainda, considerando um dos eixos centrais de leitura adotados no presente trabalho, a relação dessas questões com a concepção psicanalítica de sujeito.

Quanto a esta última questão, limito-me aqui a observar, a partir de Kehl (2002) alguns pontos. Em primeiro lugar, a psicanálise rompe com a concepção aristotélica clássica, segundo a qual haveria uma coincidência necessária entre o bem supremo e a verdade do sujeito, de modo que a prática do bem, por si só, seria suficiente para produzir bem-estar. Tal concepção daria lugar, segundo a autora, a alguns mal-entendidos ou expectativas equivocadas dos que buscam a psicanálise julgando haver, no inconsciente, uma coincidência

⁹ Expressão minha.

¹⁰ “Quem não se dá conta de que nas expedições humanitárias, nas intervenções, nos desembarques de legionários caritativos, o suposto Sujeito universal está cindido? Do lado das vítimas, o animal feroz que é exposto na tela. Do lado do benfeitor, a consciência e o imperativo.” (Badiou, 1995:27). A política externa norte-americana para os países árabes (e para o Terceiro Mundo em geral) é um exemplo claro, me parece, desse processo.

entre o ser e o bem, tendo a cura, a saúde mental, como consequência a produção de pessoas boas, em paz com sua “verdade interior”.

Infelizmente, a psicanálise, por várias razões, não produziu uma concepção do ser humano capaz de restaurar a harmonia aristotélica [...] Em primeiro lugar porque a psicanálise não parte do ser, mas da falta-a-ser. Não pensa o homem como ser de natureza e sim como ser de linguagem, criador de significações e valores. De acordo com essa abordagem, qualquer bem, qualquer valor já perde o predicado de supremo. Devemos nos contentar com bens parciais, satisfações parciais e com a idéia de um sujeito dividido quanto ao seu bem. [...] (Kehl, 2002:30-31)

Além disso, observa a autora: “[...]ainda que exista alguma coincidência entre o desejo inconsciente e a verdade do sujeito, não se pode dizer que o desejo seja ético. Tampouco antiético. Ele é, isto sim, indiferente às razões éticas. O inconsciente desconhece o bem e o mal.” (Kehl, 2002:31) Tal compreensão não nos autoriza, como adverte Kehl, a nos tornarmos imorais, “[...] mas apenas um pouco mais tolerantes com as falhas alheias, um pouco mais humildes em relação a nossas qualidades.” (Kehl, 2002:29)

Ao contrário do que possa sugerir uma leitura apressada da perspectiva psicanalítica acima destacada, não se trata de isentar de responsabilidade o sujeito pelos seus atos. Ao contrário. Kehl chama a atenção para as consequências **éticas** desta perspectiva. A autora parte da discussão realizada por Freud em “A responsabilidade moral pelo conteúdo dos sonhos”¹¹. A responsabilidade, por sua vez, oposto da culpa neurótica, seria uma solução de compromisso entre o sujeito e seu desejo. Escreve a autora:

O sujeito da psicanálise é responsabilizado, sim, por seu inconsciente [...] Como escreve Freud: quem mais, além de mim pode se responsabilizar por algo que, embora eu não controle, não posso deixar de admitir como parte de mim mesmo? Responsabilidade difícil de assumir esta - pelo estranho que existe em nós, age em nós e com o qual não queremos nos identificar. No entanto, eticamente, é preferível que o sujeito arque com as consequências dos efeitos do

¹¹ S. Freud. “A responsabilidade moral pelo conteúdo dos sonhos” (1925) in Obras Completas (OC) Madrid, Biblioteca Nueva, 1976. vol. III, pp. 2893-5. (apud Kehl, 2002:31) Aqui a autora abre uma outra questão que deixo em rodapé pois admite, me parece, outras leituras na psicanálise. A autora destaca, inicialmente, a diferença que para ela existiria entre responsabilidade e culpa (neurótica) – onde esta última seria incompatível, para a psicanálise, com a ética porque poderia ser entendida como “[...] sintoma de nosso desejo de uma submissão sem limites, portanto impossível, ao Outro.” [modo masoquista de o sujeito gozar com a crueldade do supereu e que, como gozo, não tende à modificação mas à reprodução de suas condições] (Kehl, 2002:32). Nesta perspectiva, não poderíamos esperar da culpa uma função estruturante do laço social?

seu inconsciente, fazendo deles o início de uma investigação sobre o seu desejo, a que ele permita que tais efeitos se manifestem apenas na forma do sintoma. Ou, o que é ainda mais grave, que o sujeito tente se desembaraçar do inconsciente, por meio dos atos de intolerância que projetam no outro o que o eu não quer admitir em si mesmo. (Kehl, 2002:32).

Nesta perspectiva, Kehl destaca a importância da análise (e aqui, podemos dizer, do acesso à subjetividade) que torna o sujeito não só mais responsável pelo desejo que o habita, mas também para preservar as pessoas que lhes são mais próximas – não só familiares, mas parceiros, subordinados ... – das passagens ao ato e das projeções próprias dos que não podem assumir as condições de seu conflito psíquico.

Retornando mais precisamente às argumentações de Badiou contra a doutrina “das abstinências” da ideologia ética moderna, em que sempre seria mais fácil dizer o que **não deve** ser feito, ao invés do que deve ser feito, caberia lembrar que, ao contrário da moral civilizada da modernidade, a sociedade contemporânea, como observa ainda Kehl (2002) ao invés de proibir, obriga os sujeitos a gozarem. Nem por isso, todavia,

[...] conseguiu estabelecer um compromisso ético entre os prazeres e o bem – não me refiro a um bem supremo, e sim, mais modestamente, ao que pode ser tido como o bem de cada um [...] Pelo contrário, os prazeres e os bens podem funcionar, na sociedade de consumo, como peças da muralha na qual o sujeito vai instalando as convicções necessárias à sua alienação (Kehl, 2002:103)

Por fim, cabe destacar um argumento da autora que talvez seja um elemento importante para um futuro debate da proposta de uma “ética das verdades”, defendida por Badiou (1995). Embora reconheça que hoje pareça inconcebível a vigência de um imperativo ético totalitário que não leve em conta as diferenças entre as pessoas, a autora rejeita a possibilidade de uma ética fundada apenas em razões pessoais, chamando atenção para a necessidade de se buscar um referente fora “[...] do tempo presente daquela sociedade, fora do âmbito dos pactos e das lutas circunstanciais entre os membros do grupo [...]” (Kehl, 2002:104) para organizar o laço social, orientar os homens em sociedade.

É impossível fundar uma ética com base apenas nas pequenas decisões morais do cotidiano, no caso a caso negociado com o outro - pois o que nos garante que cada pequena negociação de interesses divergentes não venha a se resolver pela lei do mais forte, na ponta da faca ou a bala? [...] [insiste então na necessidade da Lei, da palavra, como possibilidade de construção de algum parâmetro ético] A palavra é aquilo que reinterpreta, para o humano, o fato inelutável de que existe o outro. [...] é o que impede que o humano tome o outro, sem mais rodeios, como objeto de gozo. Entre o sujeito e o outro, a palavra é o que impõe o rodeio. Mas, a partir desse ponto, a Lei já não garante nada: tudo deve ser negociado.” (Kehl, 2002:103)

Se a posição da autora nos ajuda a evitar o que poderia se considerar como a defesa de um relativismo total e o não reconhecimento da distribuição desigual de poder entre os sujeitos - “[...] *na lógica fálica que rege a circulação de mercadorias*, [a circulação dos prazeres e dos bens] *na sociedade de consumo* [...]” (Kehl, 2002:102 – por outro lado, cabe lembrar, que a palavra ou a linguagem encontra-se cada vez mais fragilizada em sua possibilidade de mediação ou, poderíamos dizer, de fundamento ético. Como vimos com Birman (2003), a linguagem na sociedade contemporânea estaria submetida a um esvaziamento progressivo de sua dimensão simbólica em favor de uma dimensão informacional, de uma “retórica instrumental”.

Esta talvez seja então a “deixa” de que precisamos para, sem perder de vista a necessidade de algum referente, algum “significante”, externo à singularidade das situações que represente no inconsciente a Lei que barre o excesso de gozo e imponha a renúncia à plena satisfação pulsional – fundamento da ética, como observa Kehl (2002), lançarmos simultaneamente nosso olhar para a singularidade das situações, até como condição para recuperarmos das palavras sua dimensão “metafórica”, de “deslocamento” entre o singular e o geral, ou entre o singular e o coletivo/plural.

Voltemos então à Badiou, pelo menos a alguns argumentos de sua “ética das verdades”, referida a situações concretas, especialmente um que me pareceu importante para pensarmos o **cuidado possível** nos serviços de saúde.

Enfim, por sua determinação negativa e a priori do Mal, a ética se nega a pensar a singularidade das situações, princípio obrigatório de toda ação propriamente humana. Assim, o médico ligado à ideologia “ética” fará em suas reuniões todo o tipo de considerações sobre “os doentes”, considerados exatamente como o é, pelo partidários dos direitos humanos, a multidão indistinta das vítimas: totalidade

“humana” de reais subumanos. Mas o mesmo médico não verá nenhum inconveniente em que essa pessoa não seja tratada no hospital, com todos os meios necessários, porque ela está sem documentos ou não tem matrícula na seguridade social. A responsabilidade ‘coletiva’ mais uma vez se impõe! O que aqui está dissimulado é que não há senão uma única situação médica: a situação clínica, e que não há necessidade de nenhuma ‘ética’ (mas apenas uma visão clara dessa situação) para saber que na circunstância o médico não é médico a não ser que encare a situação pela regra do máximo possível: cuidar dessa pessoa que lhe solicita isso [...] até o fim, com tudo o que sabe, todos os meios que sabe existirem e sem nada considerar de diferente. E se quiserem impedi-lo de atuar devido ao orçamento do estado, das estatísticas de morbidade ou de leis sobre fluxos migratórios, que mandem a polícia! Ainda assim, seu estrito dever hipocrático seria recebê-las a tiros.” (Badiou, 1995:29, grifos do autor)

Se interpretamos corretamente seu pensamento, Badiou faz uma crítica radical a todas as racionalidades que possam estar informando as práticas de saúde (por exemplo, a da epidemiologia, da saúde Coletiva, a da gestão, a da economia, da ciência política, ... a da filosofia, com sua ética) e que acabariam, em última análise, levando a escolhas de quem vive e quem morre, nas decisões sobre alocação e distribuição de recursos. Todas essas razões “[...] *radicalmente exteriores à única situação propriamente médica* [a situação clínica] *não podem na realidade impedir senão que sejamos fiéis a ela. Pois ser-lhe fiel significaria: tratar o possível dessa situação até o fim.*” (Badiou, 1995:29)

Para o autor, não há ética em geral, apenas **ética de processos** pelos quais se tratam **os possíveis de uma situação**, numa compreensão rigorosa da situação clínica, com seus imperativos levados ao extremo. Em sua interpretação estrita, tal argumento não admitiria, se aplicado ao setor saúde, quaisquer restrições ou limitações de recursos, pois nenhuma situação, nenhum caso, nenhum paciente, poderia ser preterido no cuidado que demanda. Trata-se, de todo modo, de um poderoso argumento. Mesmo assumindo a “impossibilidade” de adotá-lo até às últimas consequências (que poderiam ser, por exemplo, o “enfrentamento a tiros da polícia”!), o critério de **ser fiel à situação clínica, tratando o possível de cada situação até o fim**, pode ser um bom parâmetro para a avaliação do cuidado produzido pelos serviços públicos de saúde – desde que garantidos, obviamente, os espaços para discussão democrática, entre profissionais de saúde e também com os próprios pacientes e familiares, do possível (não em abstrato, mas concreto, singular) de cada situação.

O que esta ética das situações concretas parece não considerar, todavia – tampouco o faz a Ética em geral – é que o “ser fiel à clínica, tratando o possível de cada situação até o fim”, não depende exclusivamente de uma disposição volitiva ou voluntária (consciente) do sujeito que, por todas as razões aqui já discutidas, nem sempre tem “*uma visão clara* dessa *situação*”, ao contrário do que acredita Badiou (Em outras palavras, significa dizer que os argumentos éticos não são dispositivos suficientes para mover os sujeitos – o que não invalida a utilização dos argumentos do autor como critério de avaliação ou julgamento de situações concretas de ação dos sujeitos).

Voltemos agora a algumas situações singulares observadas no Hospital “João Silva” e que nos falam do **cuidado possível** ali produzido. Não se trata, mais uma vez convém ressaltar, de apresentar um inventário dessas situações, a maioria registrada ao longo desta tese. A intenção aqui é iluminar algumas cenas cotidianas observadas, pequenas histórias de atendimentos que ilustram um certo modo de cuidar definido pelas condições e limites encontrados na dinâmica organizacional do hospital e de seus conjuntos intersubjetivos.

Diferentemente das situações hipotéticas (sobre o acesso ao sistema de saúde/seguridade social francês) levantadas por Badiou nos parágrafos anteriores, o cuidado possível na Porta de Entrada do Hospital “João Silva” é produzido, muitas vezes, especialmente quando se trata da Emergência, dentro do espaço de possibilidades definido pelo dilema, caracterizado por uma recepcionista como “**se atender é risco, se não atender também.**” Tal situação, obviamente, faz, em geral, desse “possível” “muito pouco”, às vezes, “quase nenhum”. Algumas situações, no entanto fogem, de forma positiva, deste padrão.

Talvez o espaço do trabalho da enfermagem seja o que maior margem apresente para as possibilidades de cuidado, o que parece se relacionar não só à própria história da profissão, mas, ali no hospital, à influência do que chamamos “braço humanitário/acolhedor” do projeto Porta de Entrada e do papel atribuído à enfermagem nele.

Em várias situações que pude observar, o cuidado produzido pela enfermagem se manifestou como um olhar e uma escuta mais “integral” às demandas e queixas trazidas pelos pacientes. Em alguns casos, no entanto, esse “prolongamento” do tempo de escuta ou de conversa, na consulta de enfermagem, parece ter-se mostrado funcional à afirmação de seu saber/poder técnico, o que, por sua vez, aumenta ou diminui, dependendo de cada situação concreta, “o possível” do cuidado.

Uma das pacientes examinadas certa vez por uma enfermeira, na triagem, era uma jovem que se queixava de ter diarreia fazia “alguns meses”. A enfermeira estranhou a queixa

e fez um exame minucioso. A moça havia levado todos os exames que já havia feito. A enfermeira leu-os cuidadosamente e lhe disse que, pelos exames, ela não tinha nada. Perguntou-lhe várias coisas, inclusive sobre sua família. Parece que a moça vivia só. Seus parentes viviam em Minas. A enfermeira, chamando então a paciente pelo nome, concluiu que seu caso era “psicológico”, já que ela já havia feito todos os exames possíveis. Disse-lhe ainda - no que me pareceu uma “interpretação” um pouco “selvagem” - que quando ela não encontrava nenhum problema, passava a ter outro sintoma e que, portanto, ela precisava de um apoio psicológico. Disse-lhe que faria seu encaminhamento para o ambulatório de psicologia. A moça, obviamente, não se conformou e “reagiu” àquela interpretação tão direta. Disse que queria fazer outro exame de fezes para “ (...) *saber se os vermes morreram ...*” e que tinha certeza que tinha alguma coisa, pois sentia “*dor na barriga, a boca amarga, tonteira ...*”. A enfermeira manteve o encaminhamento para o ambulatório, dizendo-lhe que ela fosse buscar a psicologia e que, se quisesse, poderia procurar um clínico lá no ambulatório, mas, justificando que seu caso não era de urgência, manteve-se firme na decisão de não encaminhá-la para o SPA. Foram cerca de 15 minutos de consulta.

Na situação acima, mesmo que se possa considerar que a enfermeira não tenha sido muito hábil na interpretação que fez do sintoma da paciente, destaca-se sua capacidade de escuta, atenção, e seu olhar para dimensões – como os processos sociais e subjetivos - geralmente não valorizadas pelos serviços. Por outro lado, a demanda explícita da paciente por uma consulta com um clínico não foi atendida. Podemos considerar que poderia ter sido atendida através de encaminhamento formal para um clínico do ambulatório, já que o caso não era de “urgência”. A lógica da restrição de recursos públicos, aliada provavelmente a um certo sentimento de auto-suficiência da enfermeira quanto à sua capacidade “diagnóstica”, parece ter “legitimado”, assim, o não atendimento de uma demanda da paciente.

A capacidade de escuta e cuidado para com aspectos psíquicos ou psicossociológicos das queixas trazidas pelos pacientes também se revela no trabalho de um enfermeiro destacado a seguir.

Atendia um rapaz que achava estar com pneumonia. O pai havia morrido de pneumonia ali no mesmo hospital no último final de semana e ele achava que, como tinha se revezado com a mãe nos cuidados com o pai, poderia ter “prego” pneumonia também. O enfermeiro fez-lhe uma explicação detalhada sobre a pneumonia, tentando tranquilizá-lo quanto ao suposto risco de contágio. Fez-lhe várias perguntas sobre seu estado de saúde,

sintomas, auscultou seu pulmão, examinou-o cuidadosamente e concluiu que ele tinha apenas um resfriado, não necessitando se preocupar ou ser encaminhado para o médico.

É interessante notar que logo depois que o rapaz foi atendido, o enfermeiro atendeu a uma senhora com a mesma preocupação. Achava que tinha pneumonia e, ao contar sua história, vimos que era a mãe do rapaz que havia sido atendido, viúva do paciente que havia morrido recentemente. Tratava-se, me pareceu, de um caso “familiar” de demanda para um atendimento em psicologia, mas o enfermeiro, apesar de sua capacidade de escuta, não o percebeu ou não cogitou a possibilidade de encaminhar.

Do mesmo modo, um outro caso atendido no mesmo dia por esse enfermeiro foi o de uma senhora que disse estar “muito nervosa”. Estava quase chorando. O enfermeiro conversou longamente com ela. Ela falou de seus problemas de família. O enfermeiro mediu sua pressão arterial. Disse a ela que aqueles problemas de família só ela poderia resolver. Parece que sua pressão estava bem e não havia outro sintoma clínico. Ele não a encaminhou, contudo, à psicologia.

Logo depois, o mesmo enfermeiro atendeu a uma moça com queixa de desmaios “*a toda hora*”. Sua consulta evidenciou seu cuidado com o estado clínico da paciente. Procurou então saber/entender melhor a queixa. Perguntou o que acontecia realmente, como eram os desmaios, quando tinham acontecido, se naquele dia ela já havia desmaiado. Era uma moça bem jovem. O enfermeiro perguntou se ela havia se alimentado de manhã, o que havia comido e a que horas. Depois mediu sua glicose. A glicose da moça estava bem baixa, segundo ele, e sua pressão arterial também estava com alguma alteração. O enfermeiro então explicou-lhe que ela jamais poderia ficar muito tempo sem se alimentar pois poderia de fato desmaiar “e até morrer”. Não “fechou”, no entanto, nenhum diagnóstico. Não mencionou para a paciente sua suspeita de diabetes. Encaminhou-a para o médico do SPA. Parece ter sido, neste sentido, mais modesto que sua colega, acima citada.

A preocupação com o bem-estar do paciente, numa perspectiva que vai além da sintomatologia apresentada também se destaca no exemplo abaixo:

A enfermeira da triagem atendeu a uma moça jovem, que trazia a filha, um bebê de 2 meses, muito encatarrada. Auscultou a criança e perguntou à mãe sobre outros sintomas. Encaminhou a criança para consulta pediátrica no SPA, mas antes observou que a menina estava com as pernas descobertas (usava um macaquinho curto e apenas um casaquinho). Perguntou à mãe se ela não achava que estava frio para a menina estar vestida daquele jeito e a mãe disse que não, que estava calor lá fora, no sol. Quando mãe e filha saíram, olhou para

mim com ar de desaprovação sobre a roupa do bebê. Eu também tinha achado, logo que vi o bebê, que aquela roupa estava inadequada. O dia estava frio.

O cuidado, na triagem do SPA, também se manifesta, muitas vezes, na realização de consulta de enfermagem para casos considerados “de ambulatório”, “não urgentes”, evidenciando o zelo dos profissionais.

Certo dia uma mãe com uma criança (bebê) atendida por uma das enfermeiras disse que havia trazido a filha para uma “revisão”, pois esteve doente na semana anterior, com bronquite, e havia sido medicada ali no SPA. A mulher queria saber se a criança estava bem. A enfermeira perguntou-lhe se ela havia sido orientada a voltar ao SPA e ela disse que não, que havia vindo por conta própria. A enfermeira lhe explicou que ali era para atendimento de urgência, que não poderia encaminhar sua filha para o pediatra se não fosse um caso de urgência. De todo modo, examinou cuidadosamente a menina e fez algumas perguntas à mãe. A menina estava sem nenhum sintoma. A enfermeira a encaminhou para o ambulatório.

Neste dia pude observar vários “casos de ambulatório” que buscavam o SPA. Observei também que alguns pacientes, especialmente idosos, entravam com seus acompanhantes na sala de triagem, o que não vi com frequência em outros plantões. Um deles, um senhor já idoso acompanhado da filha, queixava-se para a enfermeira de ter “água no joelho”. A enfermeira, de modo afetuoso, brincalhão, lhe repreendeu por ele não se tratar regularmente no ambulatório. Disse que o encaminharia para a ortopedia, na emergência, para drenarem o líquido, mas observou que o atendimento poderia demorar, pois eram poucos ortopedistas e às vezes tinham que interromper o atendimento para alguma cirurgia de emergência. Depois a enfermeira lhe deu explicações detalhadas sobre o seu problema no joelho e sobre a importância de um tratamento ambulatorial. Aqui também me pareceu evidente a satisfação, e um certo orgulho, da enfermeira em poder demonstrar, para o paciente e para mim, naturalmente, sua experiência e seus conhecimentos clínicos. A problemática do reconhecimento coloca-se, assim, como uma dimensão essencial da produção do cuidado possível.

Um outro caso “de ambulatório” atendido com cuidado no SPA ocorreu num fim de tarde, com uma das pacientes que pude observar “longitudinalmente”, isto é, desde a chegada no SPA até a saída. Eram 16:05 quando dona Jane chegou, buscando atendimento para a filha adolescente. Foi até o guichê do registro se informar (a recepcionista estava dentro da sala de espera) e encaminharam-na para a fila da triagem. A filha, Cláudia, de 16 anos, tinha um furúnculo embaixo do braço. Fiquei um pouco preocupada com a situação, pois sabia que

aquele não era considerado um “caso de SPA” e que seria provavelmente encaminhada para a sala 3 (curativos infectados), que, no entanto, àquela hora, já estava fechada. Além disso, preocupava-me o fato de ela ter que esperar tanto tempo na fila da triagem para, no final, talvez não ser atendida. Se a recepcionista ou alguém da enfermagem estivesse “olhando a fila” evitaria a espera desnecessária. Apesar da fila estar relativamente pequena, comparada ao grande movimento de costume, o atendimento estava num ritmo muito lento. Somente às 17:03, portanto uma hora depois de sua chegada, é que dona Jane entrou com Cláudia na sala de triagem. A enfermeira a examinou cuidadosamente. Cláudia tinha dois furúnculos. A enfermeira perguntou sobre antecedentes e sobre medicamentos que estava tomando. Orientou sobre assepsia do local e disse à mãe que encaminharia sua filha para o atendimento médico no SPA, embora não se caracterizasse como um caso de emergência, pois a moça precisava ser medicada (ainda não havia tomado nenhum remédio) e a sala de curativos especiais (curativos infectados) não estava mais funcionando àquela hora. Dona Jane e Cláudia foram então logo atendidas pelo clínico geral – o único no SPA àquela hora - que também fez um atendimento cuidadoso e deu uma orientação bem detalhada de como fazer a assepsia do local, orientando-a sobre a necessidade de buscar um ambulatório de cirurgia, para exame de sangue, caso viesse a ter outros furúnculos. Prescreveu um antibiótico. A consulta durou 17 minutos.

O cuidado da enfermagem também se manifesta como toque, contato corporal com o paciente, com a intenção de aliviar alguma dor. Um dia de SPA muito movimentado, com uma longa fila, uma das enfermeiras resolveu vir para a varanda e agilizar a triagem. Uma das pacientes da fila se queixou de dor nas costas, no ombro. A enfermeira então a examinou e disse-lhe que ela tinha feito uma contratura muscular. Massageou-lhe então longamente os ombros, ali mesmo, em pé, na fila.

Num outro dia de observação, antes de me despedir das enfermeiras, ainda pude observar uma delas atendendo a uma mulher que se queixava de dor nas costas. Estava amamentando e a enfermeira a orientou quanto à postura para segurar o bebê. Examinou suas costas e lhe massageou por algum tempo, orientando-a novamente com relação à postura e informando, no entanto, que o ambulatório não oferecia consultas de ortopedia.

A possibilidade de prestar atenção no paciente, ouvi-lo com cuidado, em meio ao tumulto, ao barulho, e às vezes às brigas que se formam na fila do SPA, também me chamou a atenção.

Num desses dias de tumulto, a enfermeira que tentava agilizar a triagem na própria fila, falava com um paciente quando foi abordada por outra. Respondeu irritada: *“Aguarda, senhora, eu sou uma só! A senhora não percebeu ainda?!”* Percebi que ela estava em geral irritada, o que se manifestava mais com alguns pacientes, mas com outros ainda brincava. De todo modo, a todos com quem falava procurava ouvir com cuidado, conversava detalhadamente.

Numa outra tarde em que, como disse o vigilante, “os ânimos estavam exaltados” na fila, pude observar também que as duas enfermeiras da triagem conseguiam, apesar dos tumultos, atender e dar orientações aos pacientes de forma cuidadosa.

Como já observamos em várias oportunidades no presente trabalho, os processos identificatórios entre profissionais e pacientes jogam um importante papel nas possibilidades do cuidado.

Em uma entrevista em grupo, uma enfermeira se refere indignada às falhas no fornecimento de informações à população sobre os serviços: *“Pô, é fazer a pessoa de pingue-pongue! Eu acho isso uma coisa ... tremenda! Enfim, eu penso sempre, se fosse meu pai, se fosse minha mãe, se for meu filho, enfim ...”*

Uma auxiliar de enfermagem, da enfermaria de clínica médica, conta que tem um lema que aprendeu, quando entrou na profissão, com um colega, um enfermeiro muito antigo:

“Você faça o seu serviço, da melhor forma possível que é para quando chegar em casa deitar a cabeça no travesseiro e dormir tranqüila. Sempre pensando que hoje é um desconhecido que está deitado, amanhã é um parente seu.” (...) *“Então eu procuro fazer isso. As pessoas até me chamam de bobona, tá, mas eu gosto. Eu procuro fazer as coisas da melhor forma possível. (...)”*

Pergunto mais especificamente sobre seu trabalho ali na enfermaria de clínica médica: *“É dessa forma. Eu gosto de fazer o paciente se sentir gente, né. Eu acho que o mais importante é fazer a pessoa se levantar, né, se sentir gente, não se sentir inútil, achar que amanhã tá de pé, amanhã tá andando (...)”*

Numa consulta pediátrica que observei no ambulatório (tratava-se de um paciente que foi encaminhado do SPA por não ser considerado urgência) a condição de mulher trabalhadora e mãe, compartilhada entre a pediatra e a mãe da criança doente, parece ter tido um papel importante na possibilidade de escuta e cuidado. A mãe conta que no dia anterior havia estado com o filho num posto, pois a criança apresentava febre, tosse, a garganta vermelha e o corpo “empolado”. Disse que a médica que o atendeu pediu um Raio X de tórax (mostrou o pedido)

e como lá não havia, mandou-o para o hospital. A pediatra fez um exame cuidadoso no menino e questionou o pedido de RX porque o menino não apresentava, ao exame clínico, nenhuma alteração que justificasse tal pedido.

Já no fim da consulta, explicou para a mãe que não pediria RX por não ser necessário expor o menino à radiação, já que o que ele tinha era uma virose, mas seus pulmões estavam bem. Disse-lhe que se quisesse saber qual a virose teria que fazer um exame de sangue não disponível no hospital e que não valeria a pena, pois logo estaria bom. Recomendou líquidos, repouso, alimentação etc. Disse, no entanto, à mãe que ela deveria se preocupar, sim, com a feridinha que estava se formando próximo às narinas do menino, que poderia se transformar em um impetigo e orientou-a quanto à limpeza do local.

Após a prescrição do medicamento, a mãe lhe pediu um “atestado” para que pudesse justificar a falta no trabalho. A médica prontamente a atendeu e as duas começaram a conversar sobre atestados. A mãe queixou-se da firma onde trabalha, que não gosta de aceitar essas faltas ou atrasos. A médica lhe disse que é direito dela, mas observou: “*tem gente que arma*”. Falaram da importância de poder cuidar dos filhos doentes. A médica contou, indignada, que às vezes atende a umas mães que não sabem responder nenhuma pergunta sobre os filhos porque dizem que trabalham o tempo todo. “*Tem mãe que não olha o filho*”. Diz que também é mãe e trabalha, mas nem por isso deixa de olhar seu filho.

Tais processos identificatórios, como já foi visto, não significam necessariamente o estabelecimento de vínculos positivos com o paciente, já que pressupõem a ambivalência originária com as primeiras identificações. Portanto, podem também se manifestar sob a forma do descuido ou da incapacidade de olhar o outro. Isto parece produzir, por outro lado, uma certa “plasticidade” de condutas ou de papéis entre os profissionais que, dependendo de cada encontro singular, com os diferentes pacientes e em diferentes circunstâncias, podem resultar no alargamento ou estreitamento do “cuidado possível”.

Foi assim, por exemplo, que pude observar a “recepcionista coronel”, aqui já referida, brincando amorosamente com uma criança que aguardava a consulta médica, ou ainda a auxiliar de enfermagem da emergência que, num momento de raiva pela presença de muitos acompanhantes em um corredor superlotado de macas, se refere a eles como “escória” e, um tempo depois, tenta afetuosamente tranquilizar uma paciente idosa deitada em uma maca no corredor. Outros casos como este se encontram aqui registrados.

Contudo, o “estranhamento” ou o preconceito com relação a um paciente considerado muito diferente, não necessariamente leva à falta de cuidado no seu atendimento, pelo menos

para alguns profissionais que, lançando mão de algumas estratégias defensivas, como as brincadeiras, parecem ficar a uma distância suficientemente confortável (protegida) sem prejudicar a possibilidade de atenção.

Assim, num dia em que estava na sala de triagem, antes da entrada de um paciente, a enfermeira, após olhar pelo basculante a fila lá fora, virou-se para mim e disse: “*Hum ... vai cair para mim, espia.*” Depois que o paciente entrou, compreendi o que quis dizer. Tratava-se de um travesti. Tinha as escleróticas totalmente amarelas. Apesar do comentário, a enfermeira o atendeu cuidadosamente, perguntando-lhe sobre seus sintomas e palpando seu abdômen, especialmente na altura do fígado. Encaminhou-o para a consulta médica no SPA e depois, tornou a falar comigo: “*Isso é que é um caso de urgência*”

Muito além (ou aquém) do exame clínico cuidadoso e do tratamento dos agravos, o cuidado possível na Porta de Entrada do hospital se estende da higiene e alimentação do paciente ao “alívio” de sua angústia ou a de seus familiares.

Brigando, às vezes, com nutricionistas e enfermagem, as assistentes sociais, como já relatado, proporcionam aos pacientes o que, freqüentemente, é o principal “remédio” que necessitam: a comida e a higiene.

Nós temos muita população de rua, [...] eles vêm, às vezes ficam por aqui, passam mal, aí, vêm pro PS, então, isso aí, cai às vezes pro assistente social, aí às vezes é a questão da higiene... o paciente, às vezes, tá no soro, e aí, como ele não se alimentou, está associado também à questão da alimentação... que ele passou mal, e desmaiou, não se alimentou! Aí, como ele é paciente de atendimento de PS, a gente... a nutrição... a gente bate porque a nutrição não pode liberar, porque o paciente está em atendimento... aí a gente tem que solicitar um médico que prescreva, que a gente leve o paciente até lá dentro, aí a gente tem que correr atrás de higiene! Entendeu?... Seria isso ... da Porta.

Já nas salas e corredores da emergência superlotada, a comida e a higiene é o cuidado que se torna possível muitas vezes com a ajuda do familiar, como já foi visto.

Falando do sofrimento com que tem que lidar no seu trabalho, uma assistente social da emergência observa:

O sofrimento aí, é... chega num ponto... numa angústia, ... eu acho que o que eu vejo mais ali, é do familiar, tá! Porque o paciente, não! Ele entra passando mal, ele tá com dor, ou... ele entra! Mas a família,

não! A família é que sofre... é... a perda,, no momento do óbito... é... a angústia do familiar que chegou, e de repente está num atendimento, que normalmente não pode entrar, porque... está numa sutura, ou está num trauma... a angústia do familiar do paciente que subiu pra... cirurgia!... Entendeu? A gente trabalha muito com isso, para amenizar esta angústia, daquele momento.

Desculpando-se através de supostas exigências profissionais de distanciamento do paciente, ou alegando falta de tempo ou de preparo, uma médica da Grande Emergência tenta resumir a “extensão” (e os limites) dos olhares dos profissionais para o paciente, do cuidado possível no hospital estudado:

Os nossos olhares ao paciente, por mais que a gente queira ser bonzinho, no atendimento, nós somos profissionais! A gente, também... a gente não tem às vezes tempo, a gente não tem nem um... preparo para atender nessa parte, a gente não tem como dar esse afeto, esse carinho! E não é isso ... na verdade, eu acho que nada substitui a família, o familiar. A gente faz às vezes o que pode, às vezes a gente também não faz [ênfase] o que pode [...]

6.2 Em Busca de uma Porta de Saída

Chegamos ao final do balanço. Iniciei esta pesquisa me perguntando sobre os “limites” e “possibilidades” da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde, particularmente, na porta de entrada de um hospital de emergência. Ao longo do caminho, meu olhar, que desde o início já enxergava os processos de “banalização da dor e sofrimento” e de “desvalorização da vida” na sociedade em geral e nos serviços de saúde, começou a enxergar o que muitos de nós ainda não queremos ver – porque extremamente doloroso e porque nos implica, a todos, como co-autores do drama. Mais do que a banalização da dor e do sofrimento alheios na porta de entrada dos serviços de saúde, encontrei o seu agravamento. Mais do que o seu agravamento, encontrei a sua produção. Descobri que os serviços de saúde produzem morte, nas suas mais variadas formas ou mortalhas. Não acidentalmente, mas deliberadamente¹². Descobri, enfim, que nos serviços de saúde se produz o mal.

¹² Mesmo que este “deliberadamente” nem sempre possa ser atribuído a um processo exclusivamente cognitivo e consciente dos sujeitos/atores envolvidos, mas que não deixa de ser deliberado. Como vimos com Kehl (2002), o

Gradativamente, fui então remodelando minhas perguntas. Dos “limites e possibilidades” – questão que, pude posteriormente perceber, ainda continha um grau de otimismo incompatível com a realidade estudada e talvez uma certa “pré-disposição” para enxergar mais possibilidades que limites – passei a me perguntar pelos “desafios” e, finalmente, a indagar sobre os **destinos** da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida nos serviços de saúde. Onde? Ainda se encontram nos serviços de saúde? Sob que formas? Em que circunstâncias? Admito que, se por um lado, pude “continuar o trabalho de questionar”, como recomenda Enriquez (2001), não consegui, ao contrário do que sugere o autor, deixar de estar “obcecada pelas respostas”, o que provavelmente contribuiu para a “extensão” do trabalho, mas que talvez eu possa atribuir a algumas ilusões que ainda me movem – para o bem ou para o mal – aquelas sobre os destinos do coletivo na nossa sociedade e, particularmente, da Saúde Pública, e outras que remetem às minhas próprias ilusões de onipotência narcísica. (Das primeiras, que em minha trajetória profissional já foram muito maiores, resisto em perder o muito pouco que resta. Das segundas, luto cotidianamente para me livrar – se não totalmente, porque até determinado “ponto” são constitutivas da subjetividade – pelo menos naquilo em que possam produzir cegueira para o outro¹³, nas minhas relações profissionais e pessoais).

Acredito que este estudo tenha mostrado que se a solidariedade, a cooperação e o cuidado com a vida ainda não foram definitivamente banidos dos serviços de saúde isto se deve, pelo menos no hospital estudado, ao trabalho ainda realizado pelos processos de idealização, ilusão, crença e pela dinâmica do reconhecimento, observados nas relações que os trabalhadores de saúde estabelecem entre si, com seu próprio trabalho e com a população, bem como aos vínculos (imaginários, em sua dimensão “motora”) que ainda mantêm com a organização.

Tais mecanismos, todavia, não só são muito frágeis, ante a força dos processos mortíferos aqui descritos, como são cada vez menos expressivos, cada vez mais insignificantes, corroídos cotidianamente que são pelo mal que também contra os trabalhadores é produzido, como vimos, assim como pelo cinismo generalizado que parece ter definitivamente dominado a sociedade e que “autoriza” ou “legitima”, através de imagens como o “rouba mas faz”, a corrupção, o roubo, a dilapidação dos recursos e bens públicos, o nepotismo escancarado do “se mais filhos tivesse, mais filhos nomearia...”, o clientelismo e a

fato de não controlarmos os processos inconscientes - que são indiferentes à moral ou à ética - não nos exime de responsabilidade pelos nossos desejos e pelos destinos que “damos” às pulsões.

absoluta falta de limites para os acordos, “pactos”, e troca de favores políticos com base na máxima “franciscana” do “é dando que se recebe”.

Vivemos entre a impossibilidade da culpa (pela ausência de referências estruturantes, pelas falhas do ideal na sociedade, pela falta da Lei) **e a falta de vergonha** (na cara). Cenário muito pior do que o previsto por Enriquez (1994a) que observou, como destacamos no primeiro capítulo, que estaríamos passando de uma “civilização da culpabilidade” para uma “civilização da vergonha”. A cultura das “aparências”, da “performance”, do “espetáculo” parece ter conseguido, pelo menos no Brasil, acabar com a vergonha, tornando também “performática”, e por isso talvez até digna de admiração, a desfaçatez, por exemplo, com que se negam crimes diante das provas mais cabais – extratos de contas bancárias, ações de corrupção não só gravadas em som, mas filmadas etc. As imagens são pulverizadas cotidianamente pela hipérbole dos efeitos especiais e pela velocidade de sua própria produção (Daqui a alguns meses, qual terá sido o destino das imagens dramáticas produzidas pela mídia sobre a crise sem precedentes nos hospitais do Rio de Janeiro?)

Neste cenário de impossibilidade da culpa e de falta de vergonha – que não isenta o Poder Judiciário, freqüentemente manchete de jornais por navegar ao sabor de interesses privados, na troca de favores em prol de seus interesses corporativos, para não falar dos casos paradigmáticos de juízes corruptos - o que pensar, por exemplo, da “Lei de Responsabilidade Sanitária”, cujo projeto, como se informou recentemente em um debate sobre a crise dos hospitais de emergência do Rio de Janeiro (RADIS, 2005), estaria em fase de finalização no Ministério da Saúde? Inspirada na Lei de Responsabilidade Fiscal, a “Lei de Responsabilidade Sanitária” prevê punição para gestores que fazem mau uso dos recursos públicos. Não se trata aqui de negar a importância e a necessidade de instrumentos e mecanismos gerenciais e legais/jurídicos de petição e prestação de contas e de responsabilização dos gestores públicos, em todos os níveis. O que não podemos é ser ingênuos – aliás, como pesquisadores, homens e mulheres de “ciência” e/ou de “governo” (sim, pois eventualmente nossa “bagagem acadêmica” e/ou de “militância” no movimento sanitário ainda nos leva a assumir funções executivas na Saúde), não temos o direito de sermos ingênuos, pois isto tem um elevado custo social – a ponto de acreditarmos numa efetividade “intrínseca” desses instrumentos exclusivamente normativos sobre a atual realidade social e sanitária do país. Tampouco podemos alegar “desconhecimento” sobre a

¹³ Sempre produzem. A questão é como minimizar a cegueira sobre si mesmo e sobre o outro.

gênese (e a complexidade) da crise social e sanitária por que passamos, que há muito vem sendo diagnosticada.

Há dezoito anos atrás, por exemplo, no auge do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, Aquino (1987) defendia sua dissertação de mestrado, um estudo sobre o perfil da demanda a hospitais de emergência no Município do Rio de Janeiro. Neste estudo, que por sua vez teve sua origem num projeto mais amplo intitulado “Avaliação e Reorganização dos Serviços de Emergência da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro”, a autora cita ainda um documento anteriormente elaborado por um grupo de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, em 1984, que já diagnosticava a “[...] *inexpressiva ou inexistente atuação* [dos postos de saúde] *nos primeiros atendimentos aos agravos à Saúde* [...]” (Aquino, 1987:193), contribuindo para o aumento da demanda de atendimentos considerados de “não urgência” nos hospitais de emergência. Nos três hospitais estudados pela autora (Souza Aguiar, Salgado Filho e Miguel Couto),

[...] a proporção de “não-urgências”, que variou de 50 a mais de 70% dos atendimentos realizados [...] indica a existência de demandas insatisfeitas pelos serviços de saúde em geral e que evidentemente não podem ser resolvidas de modo conveniente nos serviços de emergência.

O congestionamento desses serviços por essas condições implica o deterioramento da atenção prestada às emergências/urgências e o consumo de recursos especializados e de maior custo por um grande contingente de casos passíveis de serem solucionados de modo mais eficaz e racional em ambulatórios médicos e odontológicos. (Aquino, 1987:196)

Além disso, a autora já defendia que, do ponto de vista do usuário, “[...] *não seria legítimo criar ou reforçar mecanismos de restrição ao atendimento nos serviços de emergência, sem modificar o quadro precário da oferta de serviços de saúde em geral.*” (Aquino, 1987:196)

No que se refere à crise social, por exemplo – e coincidentemente um ano antes da regulamentação do SUS – Jurandir Freire Costa proferiu a aula magna que abriu o ano letivo da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, posteriormente publicada sob o título “Por uma Questão de Vergonha: psicanálise e moral” (Costa, 1989). O autor iniciou a aula recuperando um pequeno texto de Hélio Pellegrino¹⁴, que, já em 1983, preocupava-se com o

¹⁴ Pellegrino, Hélio. *Pacto Edípico e Pacto Social: da gramática do desejo à ausência de vergonha*. Mimeo. Texto apresentado no Teatro Ruth Escobar. 1983 (apud Costa, 1989)

mal-estar na sociedade brasileira face ao incremento da violência e concluía que a sociopatia e a delinquência eram faces da mesma moeda. *“A ruptura com o pacto social precipita, com frequência nefasta, a ruptura com a Lei da Cultura. É preciso mudar o modelo econômico e social brasileiro, por uma questão de higiene mental, moral e política. Por uma questão de vergonha.”* (Pellegrino *apud* Costa, 1989:17)

Segundo Costa, falar de vergonha naquele contexto era, ao mesmo tempo, “[...] empurrar a psicanálise para a vizinhança de seu Outro, de seu exterior, daquilo que não é redutível a seus próprios princípios [...]” (Costa, 1989:19), como procurar devolver à palavra sua densidade perdida, reabilitando “[...] uma noção que aos olhos de muitos parecia indigna de figurar no vocabulário oficial sobre o público ou o político.” (Costa, 1989:19). O autor então, abordando não a diferença entre as culturas japonesa e ocidental em que se baseou Enriquez (1994a) para discutir a questão da culpa e da vergonha, mas o trabalho de Dodds¹⁵ sobre a “irracionalidade” na Grécia, que fala da passagem de uma “cultura da vergonha” para uma “cultura da culpa” - e que, a meu ver, evidencia a necessidade de ambas - observava:

Na primeira, os deuses como os homens ressentem-se do desprezo.¹⁶ [...] O herói homérico não tinha “qualquer concepção daquilo a que chamamos alma ou personalidade”, diz o autor. [...] Desprovido desta medida interna, interior, capaz de fornecer padrões suficientes para a avaliação de atos sociais, “o maior bem do herói homérico não era o prazer de uma consciência tranqüila, mas o prazer da time, a consideração da opinião pública (...) e sua maior força moral não era o receio de Deus, mas o respeito pela opinião pública.”¹⁷

O autor observa então que uma das feições modernas desta cultura que resultou de uma passagem gradual de um *ethos* predominantemente centrado no público para um outro dirigido ao culto do privado e do indivíduo, é a desqualificação sistemática da política como meio de participação dos indivíduos na gestão do bem-comum, através de uma “reviravolta imaginária” que fez da política e do Estado instituições acessórias, quando não parasitárias. O autor demonstra ainda – o que é, acredito, fundamental para entendermos a crise social que hoje vivemos – o quanto a “cultura narcísica” adquiriu traços particulares na sociedade brasileira, não restrita mais à vida das elites, mas “abocanhando” outras áreas da vida social com especial intensidade.

¹⁵ Dodds, E. R. *Os Gregos e o Irracional*. Lisboa: Gradiva, 1988. p.24. (*apud* Costa, 1989:20)

¹⁶ Idem, *ibidem*.

¹⁷ Idem, *ibidem*. p.26.

Um novo tipo de individualismo daninho começou a infiltrar-se nas lacunas abertas pelo centralismo político autoritário e pelo desenvolvimento construído às expensas de enormes injustiças sociais. É o individualismo desesperado e cínico, dos que perderam a crença na viabilidade da idéia de justiça no Brasil.

Banido há muito tempo da cidade política, o cidadão viu-se, agora, despido do direito à justiça. [...] Sem o exercício da justiça, perde-se o critério que permite o ‘cálculo da equivalência’ na distribuição de bens. [...] Por conseguinte, à perda do direito de participar, soma-se agora a perda do direito de partilhar. [...] Entregues a uma espécie de ‘relativismo’ prático e generalizado, fruto da decadência da justiça, os indivíduos nada mais podem fazer, exceto sobreviver segundo a lei do mais forte. [...] Donde o recurso sistemático à violência, à delinqüência, à mentira, à escroqueria, ao banditismo ‘legalizado’ e à demissão de responsabilidade, que caracterizam a ‘cultura cínico-narcísica’ nos dias de hoje.” (Costa, 1989:29-31)

Outro indicativo importante dessa cultura “cínico-narcísica” seria, segundo o autor, o refrão do “não tem jeito”, “nada mais se deve esperar” ... A partir daí, não há qualquer possibilidade de se pensar em médio ou longo prazos (pré-condições do planejamento e da gestão) ou qualquer possibilidade de preocupação (e cuidado, poderíamos pensar) com o outro. “*Pouco importa o outro ou o amanhã: importa sobreviver hoje.*” (Costa, 1989:37).

Como podemos ver pelo exemplo dos dois estudos acima apresentados, a gênese dos problemas sociais e sanitários atualmente enfrentados, ou de boa parte deles, já vem há muito sendo denunciada. Não podemos alegar desconhecimento. Mas podemos, talvez, começar a buscar novos ângulos para olhar os mesmos e velhos problemas, ou procurar outras dimensões até então não exploradas ou “esquecidas” ou ainda, como sugere Santos (1999), tentar um olhar, simultaneamente, “telescópico” para o que é central ou hegemônico na realidade problemática e “microscópico” para o que dela é periférico, subalterno e silenciado. Retomando então a pergunta anteriormente formulada, neste contexto, o que podemos pensar, por exemplo, desta proposta de “Lei de Responsabilidade Sanitária” e de outras exclusivamente “normativas” ou “estratégico-normativas” de intervenção?

Não há, obviamente, uma única porta de saída para os problemas aqui discutidos. Tampouco podemos saber, de antemão, antes de tentar alguns caminhos, onde exatamente elas se encontram e onde nos levarão.

De certeza, apenas a convicção de que os caminhos para a solidariedade, para a cooperação e para o cuidado com a vida nos serviços de saúde se cruzam com os da busca desses valores e práticas em todos os outros espaços da sociedade e devem ser trilhados simultaneamente. Tarefa para muitos sujeitos, na acepção mais radical da palavra. Recupero

aqui o sentido que lhe é atribuído por Enriquez (1994c), já mencionado no início do presente trabalho. A figura do sujeito se opõe a do indivíduo preso à massificação, que só sabe repetir, reproduzir o funcionamento social. O sujeito é o que tenta sair da clausura social, da clausura psíquica e da tranquilização narcísica. É um ser criativo, que busca mudanças - pequenas, cotidianas – capaz de perceber a alteridade do outro e a sua própria e fazer de suas contradições e conflitos a própria condição de sua vida.

Quando digo que o sujeito transforma o mundo, as relações sociais, as significações das ações, não quero identificá-lo ao grande homem que tem uma visão globalizante, que visa à transformação da totalidade enquanto tal. Quero simplesmente dizer que cada um, aceitando as determinações que o fizeram tal como é, tem como projeto voluntário, nos lugares da vida cotidiana, em sua vida de trabalho, em suas relações sociais todos os dias, tentar introduzir uma mudança em si mesmo e nos outros, por mínima que seja, a respeito de qualquer tipo de problema. (Enriquez, 1994c:32)

Trata-se, em cada um desses “lugares da vida cotidiana”, de agir no sentido de reabilitar a política enquanto espaço de afirmação (e não de instrumentalização) dos sujeitos e, simultaneamente, de reconhecimento da alteridade e afirmação do coletivo. Trata-se, igualmente, de recuperar a possibilidade de exercício da justiça e, principalmente, de eliminar a clivagem, aqui já mencionada, entre sofrimento e justiça (Dejours, 1999), tornando visíveis as injustiças. Trata-se de recuperar a credibilidade das instituições públicas e, principalmente, de recuperar a imagem da gestão pública, totalmente corroída. Especificamente no setor saúde, trata-se, por exemplo, de recuperar a capacidade motora do imaginário social construído em torno do Projeto de Reforma Sanitária. Trata-se, enfim, de recuperar a capacidade de sonhar e de idealizar - sem cair na alienação - necessárias à vida psíquica e à vida em sociedade.

Essas talvez sejam algumas bússolas que possam orientar, na nossa vida cotidiana, as tentativas de criação, como sugere Costa (2000), de novas modalidades de relações sociais, familiares, afetivas, sexuais, amorosas, novos estilos de sociabilidade e de convivência. Bússolas que também não nos deixariam transigir, no cotidiano, com as menores atitudes que possam representar o conformismo massacrante (Costa, 2000) com a produção do mal ou, principalmente, contribuir para sua produção.

Claro que não há caminhos totalmente já trilhados e limpos nessas direções. Nem métodos ou instrumentos que isoladamente os assegurem. As leis e normas são necessárias,

mas podem muito pouco isoladamente, especialmente quando o que falta é a “internalização” da Lei.

No entanto, no campo específico da Saúde Pública, acredito que o presente estudo permite, se não o desenho, pelo menos a indicação um pouco mais precisa de um desses possíveis caminhos ou uma das possíveis portas de saída.

Penso que um desses caminhos se faz justamente trazendo o cuidado para o “mundo” da gestão em saúde. Trazer o cuidado para o mundo da gestão, na verdade, tirá-lo da periferia deste mundo e alçá-lo ao centro compreende duas perspectivas. Uma delas - e que de certa forma já começou a adquirir algum destaque em meio às preocupações acadêmicas e às discussões e propostas em andamento nos serviços de saúde, embora ainda continue periférica no mundo da gestão em saúde – diz respeito à produção propriamente dita do cuidado em saúde, ou melhor, à **garantia do cuidado com a vida no modo de produzir o cuidado em saúde**. Trazer tal perspectiva para o centro do mundo da gestão significa, sobretudo, ter como preocupação central a garantia das condições materiais, tecnológicas, humanas e organizacionais em geral necessárias à escuta e ao acolhimento das demandas por cuidado que os sujeitos trazem aos serviços de saúde, bem como à intervenção no sentido de eliminar ou (quando isto não for tecnicamente possível) reduzir ao mínimo seus sofrimentos.

A outra perspectiva, na verdade uma pré-condição para a primeira, diz respeito ao modo de produzir a gestão em saúde, a rigor, à **garantia de cuidado com a vida no modo de produzir a gestão em saúde**. Tal perspectiva, ainda mais periférica que a primeira no mundo da gestão dos serviços de saúde no Brasil e da produção acadêmica a respeito¹⁸ - significa, a meu ver, trazer para o centro das preocupações da gestão em saúde os sujeitos e os processos intersubjetivos (e inconscientes – a pesquisa aqui apresentada me permite concluir) presentes nas organizações de saúde. Esta perspectiva impõe, tanto para o cotidiano da gestão dos serviços e para a formulação de políticas de saúde, quanto para as práticas pedagógicas e para a formulação de políticas de formação de gestores, importantes desafios. Em linhas gerais, podemos considerar que a adoção dessa perspectiva exige não propriamente desviar o olhar dos temas e problemas tradicionalmente tratados, mas iluminá-los, tornar a olhá-los, (re)vê-los, a partir de lentes capazes de focalizar os efeitos dos processos intersubjetivos e inconscientes sobre o funcionamento da organização e, particularmente sobre o trabalho em saúde, seus processos e resultados, sobre, por exemplo, a capacidade de autonomia e de

¹⁸ São exceções importantes os trabalhos de Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos e Luis Carlos de Oliveira Cecílio, alguns aqui já referidos.

responsabilidade dos trabalhadores e, conseqüentemente, de cooperação e construção coletiva.

Mais do que o desenvolvimento de uma nova forma de olhar os fenômenos organizacionais, tal perspectiva pressupõe o desenvolvimento da **capacidade de escuta (e de resposta ou encaminhamento) do sofrimento e das demandas por sentido que atravessam a vida organizacional**. Em outras palavras, esta perspectiva significa trazer a clínica para o âmbito da gestão¹⁹. A responsabilidade - e aí, sim, talvez tenha sentido falar em “responsabilidade sanitária” - para poder ser responsabilidade com os gastos públicos tem que ser, antes, responsabilidade para com o outro. Não se tem responsabilidade fiscal ou responsabilidade com os gastos em saúde se não se tem responsabilidade com o outro (trabalhador de saúde, pacientes e população em geral). **A responsabilidade com o outro é a essência do cuidado e, igualmente, a base para a solidariedade e para a cooperação.**

Para isso, no entanto, para que possamos ser responsáveis com o outro precisamos ser responsáveis, como vimos (Kehl, 2002), pelos nossos próprios desejos e pelo nosso conflito psíquico. Dito de outro modo, para termos capacidade de escuta e resposta (ou encaminhamento) para o sofrimento do outro precisamos ter acesso ao nosso próprio sofrimento²⁰, à nossa própria subjetividade. Precisamos, assim, reconhecer que o acesso à subjetividade, coloca-se não só como uma necessidade individual, mas como uma necessidade social.

Trabalhar na compreensão das lógicas internas das pessoas e dos grupos, em suas ligações com as lógicas internas das organizações, implica necessariamente levar em conta os componentes subjetivos. Portanto, a questão do sentido não diz respeito somente ao privado ou individual, ela também se refere ao social. (Giust-Desprairies, 2001:231)

Trazer a necessidade de acesso à subjetividade como uma questão central para a gestão dos serviços de saúde se coloca, acredito, como uma das portas de saída para a solidariedade,

¹⁹ Como observa Carreteiro (2003), “[...] é importante ressaltar aos gestores de políticas públicas que quaisquer que sejam as dimensões políticas propostas, elas estarão sempre lidando com sujeitos. [...] Em síntese torna-se urgente acompanhar qualquer política pública de uma visão clínica, de uma sensibilidade á experiência do outro [...]” (Carreteiro, 2003:70)

²⁰ O mito grego do “curador ferido” é uma interessante e sábia alegoria do cuidado e dos processos nele envolvidos. “Conta a lenda que a arte de curar foi ensinada por Apolo ao centauro Quíron, Este, por sua vez, a transmitiu a Esculápio, o deus da medicina. Com Quíron, Esculápio aprendeu a praticar a cura pelas ervas. Entretanto, Quíron tinha uma ferida que jamais cicatrizava: ele vivia curando os outros mas estava sempre

a cooperação e o cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde. Porta que, espero - considerando já os possíveis resultados desta pesquisa - as situações aqui relatadas e as discussões realizadas venham ajudar a abrir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANZIEU D. **O Grupo e o Inconsciente: o imaginário grupal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1990.

AQUINO, Estela Maria M. L. Leão de. **Socorro: Quem precisa disso? Um estudo sobre Usuários de Serviços de Emergência no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Dissertação de Mestrado. 212 p. 1987.

AZEVEDO, Creuza, BRAGA NETO, Francisco Campos & SÁ, Marilene de Castilho. 2002. O Indivíduo e a Mudança nas Organizações de Saúde: Contribuições da Psicossociologia. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1):235-247, jan-fev, 2002.

AZEVEDO, Creuza da S. **Liderança e Processos Intersubjetivos em Organizações Públicas de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(2):349-361,2002.

_____. **Trabalho Gerencial como Prática Social e Intersubjetiva: narrativas de diretores de hospitais públicos**. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo. Versão Preliminar de Tese de Doutorado, apresentada em Exame de Qualificação. Abril, 2005.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Humanização da Assistência Hospitalar e o Cuidado como Categoria Reconstitutiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):15-17, 2004.

BADIOU, Alain. **Ética: um ensaio sobre a consciência do Mal**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

BAUMAN, Zigmund. **O Mal-Estar na Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora. 1995.

BION WR. “**Dinâmica de Grupo: uma revisão**”. In: Klein, M. *et al.* (orgs.). *Temas de Psicanálise Aplicada*. Rio de Janeiro: Zahar. 1969.

BIRMAN, Joel. **Dor e Sofrimento num Mundo sem Mediação**. Rio de Janeiro: Estados Gerais da Psicanálise, II Encontro Mundial. Disponível em:

http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf Consulta em 01/09/2003.

_____. **Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos!** In: KEHL, Maria Rita (org.). *Função Fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará Editora, 2000.

_____. **A Dádiva e o Outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9 (2). 1999.

_____. **Estilo e Modernidade em Psicanálise**. São Paulo: Editora 34., 1997.

_____. **Interpretação e Representação em Saúde Coletiva**. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol. 1, nº2, 1991.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1451/95 disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm Consulta em 16/02/2005.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2001. Disponível em www.humaniza.org.br Consulta em 20/05/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048/GM, em 5 de novembro de 2002. In: Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde: 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **QUALISUS – Política de Qualificação da Atenção à Saúde.** Versão inacabada para discussão interna (distribuída pelo MS a ENSP/FIOCRUZ, para recolhimento de subsídios), 2004.

_____**Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Entrevista: “É preciso fazer a reforma da reforma e dar fim aos desmandos.” Radis: Comunicação em Saúde.* Nº 33, maio de 2005. pp. 19-21. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

_____**Um Método para a Análise e Co-Gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições:** o Método da Roda. São Paulo: Hucitec. (Saúde em debate, 131), 2000.

_____**Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas.** In: Cecílio, Luís Carlos de Oliveira (org). *Inventando a Mudança na Saúde.* São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, Rosana Onocko. **Mudando os Processos de Subjetivação em prol da Humanização da Assistência.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):23-25, 2004.

CARRETEIRO, Teresa Cristina.. **Sofrimentos Sociais em Debate.** *Psicologia USP*, 14(3), 57-72. 2003.

_____**A Doença como Projeto:** uma contribuição à análise das formas de afiliações e desafiliações sociais. In: Sawaia, Bader (org.) *As Artimanhas da Exclusão Social: análise psicossocial e ética da desigualdade social.* Petrópolis: Vozes, 2001. 2ª ed.

_____ **Exclusion Sociale et Construction de L'Identité.** Paris: Éditions L'Harmattan, 1993, 265 p.

CASTORIADIS, Cornelius. **O Mundo Fragmentado. As Encruzilhadas do Labirinto III.** Ed. Paz e Terra. São Paulo, 1992.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde.** In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.

_____ **Uma Sistematização e Discussão de Tecnologia Leve de Planejamento Estratégico Aplicada ao Setor Governamental.** In: Merhy & Onocko (orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo/Buenos Aires: Editora Hucitec/Lugar Editorial. 1997, pp. 151-167.

COSTA, Jurandir Freire. **A Ética Democrática e seus Inimigos.** In: Roitman, Ari (org.) *O Desafio Ético.* Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2000.

_____ **Por uma Questão de Vergonha: psicanálise e moral.** São Paulo: Educ, 1989, 47 p.

DEJOURS, Christophe. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. In: Lancman, Selma & Sznclwar, Laerte Idal (orgs.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. 346 p.

_____ **A Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999a

_____ **Conferências Brasileiras: Identidade, Reconhecimento e Transgressão no Trabalho.** São Paulo: FUNDAP, 1999b.

_____ **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** São Paulo: Ed. Atlas, 1994.

DESLANDES, Suely F. **Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

_____**Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recreação da vida.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, (coleção Antropologia e Saúde vol. 8), 2002.

ENRIQUEZ, Eugène. **Instituições, Poder e “Desconhecimento”.** In: Araújo, José Newton Garcia & Carreteiro, Teresa Cristina (orgs). *Cenários Sociais e Aborda Abordagem Clínica.* São Paulo: Escuta/Belo Horizonte: Fumec, 2001.

_____**Vida Psíquica e Organização.** In: Motta, P. & Freitas, M.E. (orgs.) *Vida Psíquica e Organização.* São Paulo: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2000.

_____**A Organização em Análise.** Petrópolis: Vozes. 1997a.

_____**Prefácio.** In: Davel, E. & Vasconcelos, J. (orgs.). *“Recursos” Humanos e Subjetividade.* Petrópolis: Vozes. Segunda edição, 1997b.

_____**A Interioridade está Acabando?** In Lévy *et al*/Machado *et al.* (orgs.) – *Psicossociologia: análise social e intervenção.* Petrópolis: Vozes, 1994a.

_____**O Fanatismo Religioso e Político.** In Lévy *et al*/Machado *et al.* (orgs.) *op. Cit*, 1994b

_____**O Papel do Sujeito Humano na dinâmica Social.** In: Lévy *et al/ Machado et al* (orgs)*op.cit*, 1994c.

_____**O Vínculo Grupal.** In Lévy *et al*/Machado *et al* (orgs.) *op.cit* , 1994d.

_____**O trabalho da Morte nas Instituições.** In: Kaës, René (org.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. **Sobrecarga do Serviço de Emergência do Hospital.** Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento Estratégico em Saúde. Exercício. Mimeo, 1998.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento Sanitário.** Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde, 1988. Pública/FIOCRUZ.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. 2003. **Mestiçagem e Ideologia: algumas reflexões sobre a negatividade na construção dos laços sociais.** São Paulo: Universidade de São Paulo/Instituto de Psicologia. Trabalho apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para outorga do Título de Livre-Docente em Psicologia.

FORNARI, Franco. **Por uma Psicanálise das Instituições.** In R KAËS *et al.* *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos.* Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1989. pp 103 – 134.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento do Hospital.** In: Foucault, M. *Microfísica do Poder.* Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3ª ed., 1982.

FRANCO, Túlio Batista; Bueno, Wanderley Silva; & Merhy, Emerson Elias. **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG).** In: Merhy, E. E. *et al.* *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; Panizzi, Mirvaine & Foschiera, Marlene. 2004. **O ‘Acolher Chapecó’ e a Mudança do Processo de Trabalho da Rede Básica de Saúde.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.30, p. 30-35, março 2004.

FREITAS, Maria Ester. **Cultura organizacional: identidade, sedução ou carisma?** São Paulo: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

FREUD, Sigmund. **Psicologia de Grupo e Análise do Ego**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (1921) pp. 87-179.

_____. **Inibições, Sintomas e Ansiedade**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1976 (1926/25) pp. 95-201.

_____. **O Mal-Estar na Civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (1930), p.81-171.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1983.

GAULEJAC, Vincent de. **Psicossociologia e Sociologia Clínica**. In: ARAÚJO, José Newton Garcia ; CARRETEIRO, Teresa Cristina (orgs). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta/Belo Horizonte: Fumec, 2001.

GIUST-DESPRAIRIES, Florence. **Representación et Imaginaire**. In: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. (orgs.) *Vocabulaire de Psychosociologie: Références et positions*. Paris: Érès, 2002.

_____. O Acesso à Subjetividade: uma necessidade social. In: Araújo, José Newton Garcia e Carreiro, Teresa Cristina (orgs). *op cit*. 231-244. 2001.

KAËS, René. **O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. **La Invención Psicoanalítica del Grupo**. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 1994.

_____. **Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições**. In: Kaës, R. et al. *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1989.

KEHL, Maria Rita. **As Máquinas Falantes**. In: NOVAES, Adauto (org.) *O Homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras. 2003 p. 243-259.

_____. *Sobre Ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.

LÈVY, A. **Ciências Clínicas e Organizações Sociais**. Belo Horizonte: Autêntica Ed./FUMEC, 2001.

_____. **A Psicossociologia: crise ou renovação?** In LÈVY *et al* & MACHADO *et al* (orgs.) *op. cit.* 1994a.

_____. **A Mudança: este obscuro objeto do desejo**. In: LÈVY *et al.* (orgs.) *op. cit.* 1994b.

LAPLANCHE, Jean. **Problemáticas III: a sublimação**. São Paulo: Martins Fontes.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean-Baptiste. 1986. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 9ª ed. 1989.

LOSICER, Eduardo. **Segurança?** Trabalho apresentado como contribuição aos Estados gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro 2003. Consulta em: http://www.estadosgerais.org/mundial_rj, em 01/09//2003.

_____. **A pro-cura da subjetividade**: a organização pede análise. In: Davel. E. & Vasconcelos, J. (orgs.) *Op.cit.* 1997

LOUREIRO DOS SANTOS, Mônica. **Cuidados Paliativos e Organização do Trabalho**: A Concepção na Atividade de Técnicas e Auxiliares de Enfermagem. *Rio de Janeiro*: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia - COPPE. Tese de Doutorado. 2001. 221 pp.

LUZ, Madel T. **Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil Hoje**. In: Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araújo (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. 320 p.

MACHADO, Felipe R. S., Pinheiro, Roseni & Guizardi, Francini L. **As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. 320 p.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Três Cenários da Prática Psicossociológica**. In: Araújo, J. N. e Carreteiro, T. C. (orgs.) *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/Fumec. Pp.187-206, 2001.

_____. **Apresentação**. In: Lévy *et al.*/Machado *et al.* (orgs.) – *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes. 1994.

MATUS, Carlos. **Políticas, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 2 vols. 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O SUS que Temos e o SUS que Queremos**: uma agenda. Belo Horizonte: texto preparado para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. Mimeo. 2004. 42 pp.

MENZIES, Isabel. **O Funcionamento das Organizações como Sistemas Sociais de Defesa contra a Ansiedade**. mimeo (Traduzido e adaptado por Arakcy Martins Rodrigues, de Menzies, I. *The Functioning of Organizations as Social Systems of Defense against Anxiety*. Londres: Tavistok Institute of Human Relations), 1970.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Ed. Hucitec. 2002.

_____. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. & Onocko, R. (orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Ed. Hucitec/Lugar Editorial. 1997.

_____. **Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida.** In: Cecílio, L. (org.) 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Dilemas do Setor Saúde diante de suas Propostas Humanistas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-20, 2004.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1993.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique. **Cidadãos Peregrinos: Os “Usuários do SUS e os Significados de sua Demanda a Pronto-Socorros e Hospitais no Contexto de um Processo de Reorientação do Modelo Assistencial:** uma análise a partir de usuários do SUS no Município de Juiz de Fora. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Tese de Doutorado. 2004. 209 p.

PAGÉS, Max. **A Vida Afetiva dos Grupos:** esboço de uma teoria da relação humana. Petrópolis/São Paulo: Vozes/Edusp. 1974.

PALMADE, Guy; PALMADE, Jacqueline. **Identification.** In: BARUS- MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. (orgs.) *Vocabulaire de Psychosociologie: Références et positions*. Paris: Érès, 2002.

PAUGAM, Serge. **O Enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais:** uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: Sawaia, Bader (org.) *As Artimanhas da Exclusão Social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001. 2ª ed.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Grupal.** São Paulo: Martins Fontes. 1983.

PINHEIRO, Roseni. **As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. (orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. 180 p.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: CUT/Ed. Annablume. 1998.

PITTA, Ana. **Hospital: Dor e Morte como Ofício**. São Paulo: Hucitec, 4ª edição, 1999.

RADIS: Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, nº 33, maio de 2005.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir Comunicativo e Planejamento Social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 1995. 213pp.

_____. **Planejamento e Programação em Saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco. 1989.

ROSA, Ninon Girardon. **Dilemas Éticos no Mundo do Cuidar de um Serviço de Emergência**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Dissertação de Mestrado. 2001. 138 pp.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), 1994.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Ed. 1998.

SÁ, Marilene de Castilho. **Subjetividade e Projetos Coletivos**: Mal-Estar e Governabilidade nas Organizações de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001, 6:151-154.

_____**O mal-Estar nas Organizações de Saúde:** planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999, 4(2): 255-258.

_____**Planejamento Estratégico em Saúde:** problemas conceituais e metodológicos. Tese de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. 1993. 425pp.

SÁ, Marilene de Castilho; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento Estratégico em Saúde: desafios e perspectivas para o nível local.** In: MENDES, E. V. (org). *Planejamento e Programação da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: OPAS, pp. 19-44. 1994.

SÁ, Marilene de Castilho; AZEVEDO, Creuza da Silva. **Trabalho Gerencial e Processos Intersubjetivos:** uma experiência com diretores de hospitais públicos. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 36(1):507-27. jan/fev. 2002

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice:** o social e o político na *pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 5ª ed. 1999.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a Cegueira.** São Paulo: Companhia das Letras, 17ª Reimpressão. 2001.

SAWAIA, Bader. **O Sofrimento Ético-Político como Categoria de Análise da Dialética Exclusão/Inclusão.** In: Sawaia, B. (orgs.) *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, Vozes, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Medicina Tecnologia e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas.** São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva. Tese de Livre-Docência. 1997.

_____**O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: Hucitec. 1993.

SCHRAIBER LB *et al.* **Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde:** identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (2): 221-261. 1999.

SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes. **O Vício da Adrenalina:** Etnografia da Violência num Hospital de Emergência. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado. 1997. 135 pp.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJÚ/SE. **Acolhimento enquanto Tecnologia de Garantia de Acesso e Organização do Processo produtivo nas Unidades Básicas de Saúde.** Experiência exitosa premiada, pelo Ministério da Saúde, com o Prêmio David Capistrano da Política Nacional de Humanização –Humaniza SUS, instituído em 2004. mimeo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver.** São Paulo: SMS - São Paulo; Associação Palas Athena; Unesco. 2002. 144 p.

SÉVIGNY, Robert. **Abordagem Clínica nas Ciências Humanas.** In: ARAÚJO, José Newton Garcia; CARRETEIRO, Teresa Cristina (orgs). *op.cit.* 2001.

SILVA, Cláudia Meneses. **Da Condição de Patinho Feio ao Sonho da Transformação em Cisne:** um estudo sobre a recepção aos pacientes ambulatoriais numa unidade de saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ. Dissertação de Mestrado. 2002.

SILVA, Cláudia Osório. **Curar Adoecendo:** um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado. 1994. 230 pp.

TRAVASSOS, Cláudia. **Equidade e o Sistema Único de Saúde:** uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública* 13(2): 182-183. 1997

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações**. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A.(orgs) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO. 1997.

VALADARES, Jorge de Campos. **Registros pessoais de sua supervisão do trabalho com grupo “Laboratório de Práticas Gerenciais e Processos Intersubjetivos”**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. 2000 a.

_____. **A Diversidade da Sociedade e dos Seres Vivos, e o Comportamento Humano**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Mimeo. (trabalho posteriormente apresentado no Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento: 11 a 14 de julho de 2000. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.83-91.) 2000b.

ANEXOS

ANEXO A

Relação de Documentos Consultados sobre o Projeto Porta de Entrada

ANEXO B

Termo de Autorização do Hospital para realização da Pesquisa

Anexo A - Relação dos Documentos Consultados sobre o Projeto Porta de Entrada

- 1- Porta de Entrada do Serviço de Pronto Atendimento e da Emergência do Grupo da Recepção. Julho/1999.
- 2-Projeto de Implantação da Qualidade no Atendimento ao Usuário desenvolvido pelo Setor de Psicologia. Outubro de 1999.
- 3- Cinco Perguntas Básicas para o Projeto Porta de Entrada.
- 4- Projeto Sala de Espera do Hospital. Março/2000.
- 5- Trabalho Institucional do Serviço de Psicologia Emergência/SPA do Hospital - Questionário de Levantamento de dados sobre Qualidade de Atendimento/ Condições de Trabalho aplicado às equipes médicas da Emergência/SPA. Abril/2000.
- 6- Projeto de Humanização – Porta de Entrada do Hospital – Avaliação de Desempenho. Ago/2001
- 7- Avaliação de Desempenho do Projeto de Humanização da Porta de Entrada.
- 8- Projeto Porta de Entrada – Documento elaborado pela gerente do projeto. Fevereiro/2003.
- 9- Projeto de Humanização da Porta de Entrada do hospital. Maio/2003.
- 10- Projeto de Humanização da Porta de Entrada dos hospitais de Emergência da rede a qual pertence o hospital estudado. Março/2004.
- 11-Perfil da Organização. Abril de 2004.
- 12-Questionário de Avaliação de Qualidade no Ambulatório Geral Aplicado aos Médicos do Setor.
- 13- Projeto HOLIVIDA – Melhorias na Qualidade de Atendimento ao Usuário.

ANEXO C

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados para os profissionais entrevistados e usuários observados durante o estudo exploratório e a pesquisa