

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO

ALVARO KNIESTEDT

NOS BASTIDORES DE UMA EMERGÊNCIA:
ETNOGRAFIA DA AMBIÊNCIA NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE
PORTO ALEGRE

Prof. Dr. Airton Luiz Jungblut
Orientador

Porto Alegre
2010

ALVARO KNIESTEDT

NOS BASTIDORES DE UMA EMERGÊNCIA:
ETNOGRAFIA DA AMBIÊNCIA NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE
PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito
para obtenção do grau de Mestre, pelo
Programa de Pós-graduação de Ciências
Sociais da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Airton Luiz Jungblut

Porto Alegre
2010

ALVARO KNIESTEDT

NOS BASTIDORES DE UMA EMERGÊNCIA:
ETNOGRAFIA DA AMBIÊNCIA NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE
PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito
para obtenção do grau de Mestre, pelo
Programa de Pós-graduação de Ciências
Sociais da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Claudia Turra Magni – UFPEL

Prof. Dr. Hermilio Pereira dos Santos Filho – PUCRS

Prof. Dr. Airton Luiz Jungblut – PUCRS

RESUMO

Essa dissertação é o resultado de uma investigação etnográfica a respeito da ambiência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Adotou-se para a tematização, uma abordagem que privilegia o espaço como categoria de análise, agregando a ele a dinâmica das interações, a presença cotidiana de simbologias e a prática da decomposição do tempo de trabalho. Seu objetivo central foi o de apreender, numa perspectiva compreensiva, as representações que a ambiência adquire nas múltiplas redes que se apresentam no cotidiano da instituição. O estudo descortina parte das relações de poder e hierarquia que atravessam a organização, e traz ao foco, a prática de subversão, por seus trabalhadores, de espaços que são concebidos para o cuidado à saúde.

Palavras-chave: Hospital. Saúde. Espaço.

ABSTRACT

This dissertation is the result of an ethnographic research about the environment of the Emergency Hospital of Porto Alegre. Was adopted for the topicalization, an approach that focuses on space as a category of analysis, adding to it the dynamics of interactions, the daily presence of symbols and practice of decomposition of the working time. Its main objective was to capture in a comprehensive perspective, the representations that the ambience takes on multiple networks that arise in daily life of the institution. The study reveals part of relations of power and hierarchy that cross the organization, and brings into focus the practice of subversion, for their employees, in spaces that are designed for health care.

Keywords: Hospital. Health. Area.

LISTA DE SIGLAS

AMB CLI – Ambulatório de Clínica.

AMB SUT – Ambulatório de Suturas.

AMB TRA – Ambulatório de Traumato.

AMBU – Ressuscitador manual.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

DAH – Divisão de Administração Hospitalar.

DG – Direção Geral.

EAS – Estabelecimento Assistencial de Saúde.

ENG – Arquitetura Planejamento e Engenharia.

ERGR – Equipe de Registro Geral e Recepção.

HPS – Hospital de Pronto Socorro.

IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários.

IML – Instituto Médico Legal.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

POLI – Politraumatizados.

RX – Radiologia.

SAMU – Serviço de Assistência Médica de Urgência.

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

SSO – Serviço Social.

UTI CAR - Unidade de Tratamento Intensivo de Cardio-Clínica.

UTI PED – Unidade de Tratamento Intensivo de Trauma Pediátrico.

UTI QUE - Unidade de Tratamento Intensivo de Queimados.

UTI TRA – Unidade de Tratamento Intensivo de Trauma Adultos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1 – O HOSPITAL COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA	16
1.1. A ORIGEM DOS HOSPITAIS	18
1.2. A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	28
1.3. A DINÂMICA DE OCUPAÇÃO DOS NOVOS ESPAÇOS DE PRODUÇÃO.....	34
CAPÍTULO 2 – A AMBIÊNCIA	52
2.1. NÚCLEO DURO.....	67
2.2. A INSTITUIÇÃO	75
2.2.1. Pacientes externos.....	87
2.2.2. Pacientes internos	88
2.2.3. Programa de Necessidades e a Territorialização	90
2.3. TEMPO CÍCLICO E ÁREAS DE BASTIDOR.....	99
2.4. A SUBVERSÃO DOS ESPAÇOS	114
CAPÍTULO 3 – OS ESPAÇOS DO HPS E SUAS REPRESENTAÇÕES	126
3.1. A DEMARCAÇÃO DOS ESPAÇOS E A FLEXÃO DOS LIMITES DA NORMA.	128
3.2. A MORTE	144
3.3. QUEM É O RESPONSÁVEL POR ESSAS ALGEMAS?.....	159
CONCLUSÕES	168
BIBLIOGRAFIA	172

INTRODUÇÃO

Por estar vivenciando a mais de vinte anos práticas de concepção e manutenção de espaços físicos de cuidado à saúde em uma organização hospitalar, foi possível perceber que o processo de elaboração destes espaços, e, especialmente, sua efetiva ocupação, se faz permeado por fatores de origens diversas. Dentre eles há os que encontram guarida em elementos normativos, outros que se originam em relações de hierarquia entre seus habitantes, simbolismos, disputas e ainda por necessidades diferentes daquelas indicadas pelas regras que compõem a norma. Esses elementos interferem de forma sensível no uso e significado que os espaços recebem. Num primeiro momento eles se manifestam na distribuição ou alocação destes para a realização das ações que compõem o processo do cuidado. Num segundo momento há a interferência na forma como se dá efetivamente a ocupação e uso destes espaços pelo usuário. Por fim, esses elementos se mantêm presentes no cotidiano, promovendo realocações advindas de disputas e negociações que são realizadas no sinergismo de tempo espaço e interações.

Essa interferência apresenta importância significativa não só na conformação física dos ambientes, mas na sua “ambiência”, que é entendida aqui como o espaço e as relações que nele se dão, com suas interferências recíprocas, ou seja, os espaços interferindo nas relações estabelecidas entre seus habitantes e essas interferindo na concepção e uso dos espaços ocupados. A percepção dessas interferências foi o que gerou inquietação e questionamentos sobre o tema e motivaram a pesquisa.

Nesta aproximação foi necessário que elementos da origem destas instituições fossem estudados, pois era importante conhecer a forma como ocorreu a evolução dos estabelecimentos assistenciais de saúde, que foram responsáveis pelo cuidado da saúde, da sua gênese até os “tempos modernos”. Essa aproximação fez conhecer a origem das práticas instintivas do cuidado, promotoras na antiguidade, de uma hegemonia de gênero, disputada pela Igreja e pela “ciência” em seu processo de reconhecimento como prática de poder sobre a preservação da vida.

Esse estudo permitiu a compreensão do processo evolutivo dos espaços destinados à atenção dos doentes e os elementos que contribuíram para o atingimento da atual conformação destes espaços de cuidado à saúde. A aproximação ao tema ajudou também a identificar elementos que originaram as disputas de classe presentes até hoje entre os trabalhadores que são responsáveis pelo mosaico de ações que compõem o processo de cuidado em saúde.

A reconstrução das fases evolutivas da conformação dos espaços de cuidado não se pôde realizar sem tratar das disputas, simbolismos e hegemonias que fazem parte dessa ambiência. O estudo desses espaços e suas representações mostram os hospitais como aquelas instituições que mantêm um fio que liga a evolução do processo do cuidado à saúde com a evolução do espaço que abriga esse cuidado, carregando no seu interior, em grande medida, as relações que compõem a sua ambiência. O contato com esses elementos fez ver que o espaço, tempo e interação são partes que se mantêm em correspondência, e assim devem ser analisados, com uma visão de conjunto.

No início os hospitais acolhiam todo o tipo de “mal”, porém a evolução do cuidado à saúde conduziu muitas dessas instituições pelo caminho de sua especialização, direcionando-as para o cuidado de patologias específicas. Essa característica traz a necessidade do ordenamento de uma rede assistencial, ou um sistema de atenção. Nessa visão, por conta da necessária organização do sistema de atenção, os hospitais passam a ter definida sua vocação principal. É o caso do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, onde se realizou o presente estudo, que é uma instituição pública especializada no atendimento de pacientes vítimas de trauma.¹

A prospecção para identificar historicamente o início de atividades organizadas para a assistência às emergências indica que a atividade inicia-se por conta da necessidade de assistência aos exércitos que combatiam na “guerra santa” (cruzadas).

Com alguma licença histórica, Bossaert (1993) aponta que o primeiro protótipo ocidental de um serviço de emergência foi criado no século XI, pelas ordens cruzadas de Malta e de St. John. Nascia, assim, um serviço de cuidados emergentes para vítimas da guerra santa. (Deslandes, 2000, p.12)

Ao longo do tempo as atividades de assistência às emergências se mantiveram sempre ligadas à prática de guerrear, por isso, se constituíam em uma das estratégias para a vitória. A utilização de práticas exitosas no processo do cuidado dos combatentes feridos trazia

¹ O Trauma é uma lesão, mais ou menos extensa, produzida por uma ação violenta, que pode ser de natureza física ou química, e externa ao organismo.

vantagem nas batalhas. Assim, essas práticas passaram a ser registradas, de forma a produzir documentação que permitisse a sua reprodução no campo de batalha e nos lugares de cuidado à saúde. Essa via foi um caminho pelo qual, ao longo de muito tempo, as práticas do cuidado à saúde foram comunicadas e atravessaram os tempos até a modernidade.

Mantendo esse vínculo com a necessidade de cuidados emergentes, os serviços de atenção às urgências e emergências apresentaram importante crescimento nos anos 50, principalmente nos EUA. Esse crescimento é creditado especialmente a dois fatores; o primeiro é o aumento de vítimas das chamadas “causas externas”, em grande medida pelo crescente número de acidentes de trânsito (Aquino, 1987), o segundo motivo é a incorporação de técnicas cirúrgicas e das práticas de atendimento ao trauma que foram adquiridas nas guerras da Coreia e do Vietnã.

Essas novas práticas desembocaram na elaboração de protocolos de atendimento, que indicam a forma de manejo do paciente em situações de primeiros socorros onde há risco de vida, cuja base conceitual é o “encadeamento para a sobrevivência” (Deslandes, 2000).

A utilização por parte dos serviços de emergência desses protocolos, bem como a especialização desses serviços para prestarem atenção de urgência, apresentou impacto positivo nas estatísticas de sobrevivência dos pacientes vítimas desses agravos à saúde. Esse impacto provoca a difusão de métodos, técnicas e tecnologias que são objeto de desejo pela sociedade, por sua capacidade de potencializar a reversão de estados críticos do limiar da vida.

Na década de 60, países da Europa passam a construir suas redes nacionais de assistência às urgências e emergências.² Uma das redes de atenção nacional foi o SAMU - Service D'Aide Médicate Urgente -, na França (Aquino, 1987), que serviu de modelo para a implantação do SAMU no Brasil. Esse processo efetivou-se através de cooperação técnica, que proporcionou a adoção do modelo inicialmente em Porto Alegre – RS, em 1992.

Essa ambiência, que passa a se constituir numa porta de entrada no sistema de saúde, mescla na sua imagem a disciplina coordenada por um saber específico, com a brutalidade da violência e a proximidade da morte.

Há que se reconhecer que a implantação deste serviço no Brasil acabou por apresentar uma inversão no processo de atendimento, já que grande parte dos pacientes que poderiam ser atendidos em unidades de saúde com menor complexidade, acaba aportando nos serviços de emergência. Isso se explica em função da estrutura disponível nas 24 horas do dia, o que se

² Genericamente, a emergência é toda a situação crítica, incidente ou acontecimento perigoso; por sua vez, a urgência é a situação que apresenta o atributo de exigir uma ação imediata ou indispensável.

torna um elemento atrativo para o usuário. Com o passar do tempo esses espaços passam a ter a resolutividade como um atributo identificado pelo usuário. Esse atributo faz as emergências ascenderem, no imaginário dos usuários, como serviços de alta capacidade técnica e tecnológica, conferindo aos seus trabalhadores certa distinção. De outro lado, essa percepção do usuário faz multiplicar a procura por seus serviços, inchando sua porta de entrada e desequilibrando o sistema.

A intensificação da violência no país, em grande medida, gerada pelo rápido processo de urbanização, com o aumento do nível de desocupação da população urbana, forçando os índices de criminalidade, juntamente com a soberania automotiva na forma de locomoção das populações, tendo como consequência o volumoso número de acidentes de trânsito, agravou as já precárias condições das emergências, também afetadas pelo sucateamento generalizado dos serviços públicos de saúde. É enorme a demanda com necessidades reais de cuidados médicos emergenciais, juntando-se a essa, também a clientela oriunda dos ambulatórios que oferecem baixa resolutividade. Observe-se ainda, que em certa medida, esses pacientes são indivíduos com diversas carências, já que pertencem a faixas de populações com condições sociais de grande vulnerabilidade. Essas carências não satisfeitas de forma adequada pela “rede básica”,³ acabam por se apresentar nas portas de emergência do sistema. Esse fato aponta para a inclusão de outras dificuldades para o cuidado, já que esses indivíduos portadores de carências não relacionadas à especialidade da instituição, que é de cuidados de emergência, também não conseguem supri-las adequadamente. Essa dicotomia pode levar a uma situação onde esses pacientes sob cuidado nestas instituições, permaneçam por mais tempo do que o necessário para sua cura. Ou seja, os pronto socorros, em alguma medida, tratam de pacientes que têm necessidades diferentes do que é sua vocação, o que contribui para uma baixa resolutividade destes casos, além de sobrecarregar os leitos de emergência.

No Brasil, frente ao crescimento da violência, as políticas de saúde têm dado especial atenção ao atendimento das Urgências e Emergências. A própria consagração do SAMU como instrumento de qualificação da assistência, é exemplo disso (Portaria GM 2.048, 2002).

A organização do sistema de atenção às urgências e emergências no Brasil segue modelo descentralizado de gestão, com responsabilidades partilhadas entre as três esferas de governo. Esse modelo reflete os Princípios Doutrinários e Diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde (Portaria GM 1.864, 2003).

³ Rede básica aqui quer indicar a rede assistencial básica de saúde, que compõe serviços de baixa complexidade.

Em Porto Alegre, o Sistema Municipal de atenção às urgências e emergências foi concebido de forma a contemplar a regionalização e a hierarquização dos serviços, onde o Hospital de Pronto Socorro deve desempenhar função de articulação do sistema (Portaria GM 2.048, 2002).

No caminho desta tendência, foi necessária a normalização para conceber espaços de trabalho seguros e suficientemente adaptados para a produção destes serviços de saúde. Isso se fez através do disciplinamento das soluções para a “programação das necessidades”,⁴ que introduziram significativa quantidade de orientações mínimas para edificações de ambientes de assistência à saúde, que resultaram em regulamentação nacional (RDC-50, 2000). Essa normalização, não há dúvidas, encaminha a solução sob o ponto de vista da eficiência e eficácia, porém sem tocar nas questões subjetivas do espaço.

Ainda que fique encaminhada, por normas e protocolos técnicos, a concepção do espaço e o seu preparo para suportar as ações que nele se desenvolverão, não há como formalizar a maneira como o mesmo será ocupado. Sua ocupação levará em conta outros fatores além daqueles definidos pelos procedimentos que ali se realizarão.

O presente estudo tem como proposta identificar como se dá a ocupação, por seus trabalhadores, dos espaços que se constituem em um “equipamento público” de atenção às urgências e emergências, buscando perceber a rede de representações, significados e comunicações que se apresenta nesse processo.

O objeto do presente trabalho focaliza as percepções do espaço pelos trabalhadores que habitam as áreas de atendimento e atenção de urgência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Esse espaço caracteriza-se por ser um local que atende pacientes com risco de vida, em situações que normalmente estão relacionadas a causas externas,⁵ muitas vezes originadas por situações de violência ou provocadas por eventos de grande energia cinética. Por essas características, esse ambiente é de permanente tensão, e acaba submetendo seus habitantes a uma situação de pressão emocional.

A referida instituição, guarda na sua forma de organização, traços de uma estrutura burocrática, já que, por ser um órgão público municipal, apresenta características de uma dominação legal (Weber, 1981), onde os direitos podem ser alterados pela sanção de um estatuto. No entanto, tem, na base de sua atuação para atender a finalidade institucional, uma

⁴ “programação das necessidades”, aqui deve ser entendido como o conjunto de elementos necessários para a elaboração de espaços que permitam a execução segura de processos de atenção à saúde, considerando o modelo biomédico de intervenção.

⁵ “causas externas” se refere a um atributo do trauma, ou seja, causa externa ao organismo.

estrutura tecnocrática, legitimada na ciência e na técnica, que agrupa sob o mesmo comando, atividades ligadas a um serviço (Enriquez, 2007).

Ainda outras características tornam o espaço das emergências complexo sob o ponto de vista das relações individuais e de grupo. A necessidade de uma apurada disciplina – como forma de tornar ações eficazes – (Foucault, 1977), “o bom soldado é o soldado dócil”, a questão da “apropriação” (Fischer, 2001) de um espaço que carrega a simbologia de “vida x morte”, as disputas por territórios e saberes que formam o mosaico do processo de cuidado à saúde, bem como a estratégia dos trabalhadores de romper a longa jornada de um plantão, são exemplos destas características de complexificação do espaço que se busca estudar.

Esse espaço não é um espaço qualquer, assim como não é qualquer outro. Cada espaço apresenta características que resultam em atributos que são percebidos por seus habitantes que com ele interagem. Essa interação, que compõe a ambiência, interfere no tipo e intensidade das relações, transformando os “espaços” em “lugares”, para os quais são construídas representações, e é pano de fundo de reflexões (Auge, 2007).

Então, o estudo da ambiência deste lugar, cuja área é preparada para permitir ações de manutenção da vida, onde é exigido um conjunto de saberes específicos que são disputados por conta do poder simbólico que apropriam, que é gerador de ansiedade por efeito de seu objeto, e que produz um tempo complexo que decompõe as tarefas do cuidado, é que se aponta como o desafio desse trabalho.

O tema proposto se inscreve no estudo das relações entre os indivíduos e estes com o seu tempo e ambiente, verificando suas influências sobre o comportamento humano. O estudo dessas relações apreende o espaço como objeto social, explorando as suas percepções como elemento importante para a construção de representações.

Uma das questões que se coloca é: Em que medida a realização do “inventário da ocupação” propicia a interpretação das redes de poder e submissão em que os seus habitantes estão enredados? É possível inferir que exista um código que permeia a determinação de territórios que são ocupados e defendidos por grupos de trabalhadores/habitantes que desempenham atividades nesses espaços?

Existem situações em que os indivíduos agem a partir de objetivos comuns, que podem ser estratégicos para atingir obrigações de determinado ofício, noutras situações as ações podem estar relacionadas a questões individuais, aproximando-se das disputas por poder.

Goffman (2001) identifica que existem propriedades comuns entre os indivíduos que pertencem a um mesmo grupo, ou a um mesmo espaço social. Segundo o autor isso estaria

relacionado com a partilha do mesmo tipo de responsabilidades e obrigações semelhantes, mesma profissão, função ou tarefa a ser cumprida. Ainda outro aspecto é citado sobre essa questão; que essas propriedades seriam uma espécie de ligação emocional com a entidade, tornando-se uma referência.

Mary Douglas (2000) entende que há uma sistemática tentativa dos indivíduos de controlar a experiência e isso se faz de forma objetiva quando os indivíduos ou grupo tentam perpetuar certa forma de cultura. Ainda que informações presentes possam estar indicando que determinado objeto deve apresentar finalisticamente determinada forma, há uma resistência natural de oposição, se essa nova forma significar a perda de alguma facilidade ou diferenciação que a situação atual oferece.

Portanto não há um único caminho para compreender as motivações que levam os indivíduos a operarem a ocupação dos territórios, mas sim uma sinergia de motivações. Sob essa dimensão uma questão complementar se apresenta: Qual o limite entre a natural existência de uma propriedade comum entre os indivíduos de uma mesma entidade ou espaço social estar relacionada com obrigações semelhantes, mesmo tipo de ofício ou tarefa a ser cumprida (Gofman, 2001), e o esforço dos homens, através de ritos, em criar ou perpetuar certa forma de cultura e postulados que lhes permitam controlar a experiência (Douglas, 2000)?

Podemos trazer para a convivência do cotidiano os limites demarcados que devem ser respeitados. Algumas dessas linhas são ferozmente protegidas por sanções vigorosas e eficazes, que demarcam mais do que a divisão do trabalho, demarcam a manutenção e o alargamento do poder.

No estudo etnográfico realizado, esses questionamentos tiveram uma abordagem onde se buscou compreender, em especial, a influência de três aspectos sobre a dinâmica de ocupação dos espaços; um dos aspectos está relacionado à questão da hierarquia que permeia as relações de disputa pela obtenção e domínio dos espaços, observando a maneira como os diversos níveis hierárquicos da organização se apropriam e defendem os espaços conquistados. O segundo aspecto é a relação que os espaços, ocupados para a realização de determinadas atividades, mantém com o simbolismo sagrado x profano, o limpo x sujo, a casa x a rua, cotejando a influência desses símbolos com a construção das representações dos trabalhadores. Por fim, o terceiro aspecto está na abordagem da ocorrência do respeito e acato às normas estabelecidas, bem como o reconhecimento das ações de resistência, que apontam para a prática de subversão dos espaços por seus habitantes.

O trabalho de campo se realizou durante o período de 2008 e 2009, porém foram consideradas e trazidas ao texto, observações realizadas num período bem mais ao longe no tempo, fato que se apresenta em função de minha atividade na instituição ter se iniciado em 1989.

É importante relatar, no entanto, que a sistematização do trabalho de campo foi organizada a partir de 2006, após a conclusão de outro trabalho de pesquisa realizado como requisito para o curso de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Kniestedt, 2007).

O trabalho recorta, em seu objeto, uma parcela específica dos habitantes da Instituição, os trabalhadores, e reconhece que ao não trazer para a análise os usuários, acompanhantes e familiares, deixa de refletir sobre uma parte importante das interações, que poderão ser incorporadas noutra empreendimento.

Os relatos trazidos ao texto contam um pouco da dinâmica do hospital, mostram seu funcionamento visto pelos trabalhadores e apresentam percepções destes em relação aos modos de ocupação e interações. As vozes colhidas durante o trabalho de pesquisa, especialmente aquelas trazidas das “áreas de bastidor”, permitiram fazer aflorar a ambiência da instituição, consentindo que gírias, confissões de sentimentos, modos de fazer e compreender os eventos fossem apresentados.

A produção da matéria-prima da pesquisa se fez por meio de um caminho plural. A opção inicial apontava para prospectar a maneira com se definiam os espaços de atenção, verificando como as possíveis disputas e atravessamentos de poderes interferiam nesta definição.

O foco lógico indicava que o fórum onde se discutia e definia a concepção dos espaços de atenção, seria o principal campo de análise. Assim o trabalho inicia-se por analisar as interações que ocorrem com os profissionais nas reuniões que definem o “Programa de Necessidades”⁶ para a concepção dos espaços de atenção. Na medida em que o trabalho avançou, essa opção se mostrou um olhar parcial em relação ao que se pretendia perceber. Optamos então por uma perspectiva diferente, tendo esse foco, entendido inicialmente como principal, passado a um papel secundário.

Trazer para o trabalho as experiências da convivência cotidiana nas áreas de “bastidores”, embrenhar-se nos espaços viscerais da instituição, agora tentando o afastamento de um pesquisador, foi a técnica que possibilitou a maior parte das compreensões sobre essa ambiência. O exercício da pergunta foi amadurecendo a maneira de corrigir o foco, buscando

⁶ Programa de Necessidades é um documento elaborado em conjunto com projetistas e usuários, que servirá de base para a elaboração do projeto da área física a ser edificada.

articular em extensão e profundidade, vencendo o desafio de interpretar a realidade que se apresentava no cotidiano da instituição estudada.

Essa guinada por fim mostrou-se um movimento semelhante ao de sair do camarote atrás do gol e assistir o jogo dentro do campo, ficando mais próximo de perceber os diferentes tipos de “piscadelas” de que fala Geertz (1973), as enganações e malandragens que definem o resultado e estão além das regras do jogo, que aliás, operam subversões que nem sempre são percebidas pelo juiz, a autoridade.

Penso que foi possível empreender uma trajetória predominantemente hermenêutica, mas sem deixar de captar descrições, sentimentos e a costura do tempo, que fazem o diálogo permanente na ambiência.

É importante referir que a presente pesquisa se fez em condições especiais, já que sou trabalhador da instituição, cuja ambiência foi objeto da etnografia que a seguir se apresentará. Essa condição, por um lado trouxe a facilidade de circular por seus setores sem restrições, como se verá no decorrer do trabalho, por outro lado exigiu um esforço, que espero ter sido capaz de isentar o pesquisador das armadilhas de tomar vieses que prejudicariam os resultados deste empreendimento.

O trabalho foi estruturado da seguinte forma:

O primeiro capítulo faz uma retomada da evolução histórica do processo do cuidado à saúde, buscando alinhar junto ao avanço das práticas que objetivavam a cura de doentes, a transformação do espaço em que se davam essas práticas. Foi possível ainda, o resgate de questões que apontam para a existência de certa hegemonia dos grupos que dominavam as práticas do cuidado em determinados momentos desta evolução.

O segundo capítulo aborda a forma como algumas disciplinas refletem e avaliam os espaços, especialmente os de cuidado à saúde, estabelecendo métodos para a análise. Essa abordagem, busca reconhecer aspectos da ambiência do HPS que ajudam a refletir sobre as interações observadas, especialmente aquelas que envolvem a dominação sobre territórios, compreendendo a disputa pela obtenção desse domínio, seu alargamento e manutenção.

O terceiro capítulo circula pela realidade da organização, colhendo episódios que são capazes de fazer aflorar a ambiência e sua influência na construção das representações de seus trabalhadores.

CAPÍTULO 1 – O HOSPITAL COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA

Esse primeiro capítulo busca de imediato apresentar sumariamente a motivação que me levou ao tema que se anuncia na introdução. Resgatando desde já minha inquietação em relação ao assunto, pretendo trazer alguns aspectos relativos à espacialidade, concepção, constituição e ocupação de lugares na área da saúde.

Como seu título sugere, esse primeiro capítulo transcreve aspectos importantes que me aproximaram da dinâmica que permeou a evolução dos espaços em saúde ao longo do tempo. A compreensão dessa dinâmica permite entender algumas questões de sua complexidade e perceber a fundamentação de determinadas representações que são construídas por seus habitantes em relação a ambiência que constitui seu lugar de trabalho.

Compreendo que o espaço é objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento, que, com abordagens diversas, buscam a compreensão do ser humano nas suas relações com o mundo. A Engenharia faz isso no cotidiano, assim como a Arquitetura, a Geografia e a Antropologia. Ainda que as abordagens possam ser distintas há uma inter relação presente nelas. Apenas são descritas ou explicadas de forma separada, às vezes estanque, como se estivéssemos em um laboratório isolando variáveis para que o estudo seja “menos difícil de ser observado”.

Minha motivação em estudar aspectos da ambiência, nos quais se realizam as ações de cuidado à saúde, e sua relação com seus ocupantes, fundamenta-se na constatação que a ocupação e o uso destes espaços obedecem, além das questões fundadas numa lógica de obediência a esses processos de cuidado, que utilizamos para concebê-los, também questões diversas dessas. Essa outra ordem de questões que interfere na ocupação destes espaços, pode ser melhor compreendida e analisada levando em conta questões relacionadas à influência de relações de hierarquia entre os seus habitantes, símbolos e representações que estes constroem sobre os espaços que ocupam na sua atividade de trabalho.

Os espaços de atenção à saúde, por suas características de especialização do uso, foram ao longo do tempo adquirindo um arsenal normativo extremamente rígido para sua concepção. Esse arsenal é conferido por normas e regras, que foram estabelecidas através de um processo que dedicou atenção aos resultados obtidos com as diversas conformações pelas quais as edificações hospitalares passaram a tomar na medida da evolução das práticas do cuidado à saúde.⁷ O que se pode observar, no entanto, é que essa evolução assimilou também aspectos relacionados às disputas que se travam para o direito de sua propriedade, bem como para a posse e ocupação desses espaços como territórios que demarcam processos de autoridade, hierarquia e submissão, podendo ser base para a identificação de processos mais globais como a consagração de hegemônias de determinadas profissões na área da saúde.

De forma bastante importante apresenta-se também, na formulação dos espaços de cuidado à saúde, e especialmente na forma de sua ocupação, questões relacionadas às representações que são construídas em relação ao objeto do cuidado ou de seus subprodutos. Existem na área da saúde resultados das ações de cuidado que parecem merecer um tratamento que garanta o seu afastamento ou isolamento. São subprodutos que “exigem” uma imediata segregação. A morte, com presença permanente no mosaico de ações que compõem o cuidado da saúde e manutenção da vida, traz consigo um significado que diverge do objetivo das instituições e dos processos de trabalho que nelas são travados. Também o sangue, ao mesmo tempo em que é a mensagem de vida, deve ser afastado, já que pode ser transmissor de inúmeros “males”. Esse conjunto de representações pode ser verificado na própria forma de denominação técnica dos espaços, que são chamadas de “áreas limpas” e “áreas sujas”, dando assim um significado a essas áreas, dependendo de sua função ou da ação que abriga.

Além das questões acima referidas existem ainda outras que interferem na forma de conceber, projetar, executar e ocupar os espaços de atenção à saúde e que não serão tratados em profundidade no presente trabalho. Trata-se dos aspectos relacionados às formas de ocupação destes espaços pelos pacientes, acompanhantes e familiares. Essa dimensão tem importância na análise, porém não será o foco principal do presente estudo, ficando esse aspecto para uma possível iniciativa de continuidade futura. O presente trabalho tratará dos aspectos relacionados às formas de concepção dos espaços, sua ocupação, subversão, modificação e a influência da ambiência nas representações que são construídas por seus

⁷ Cabe reconhecer que essas normas estão baseadas em modelos. Neste caso há por trás da regra, um “modelo de realidade”, que trata dos atributos que o espaço de cuidado deve ter para comportar as ações do cuidado com segurança e eficácia (Geertz, 1973).

trabalhadores, não alcançando com a merecida amplitude, esses mesmos aspectos em relação aos usuários do serviço.

As conseqüências práticas da análise do inventário dos espaços, da forma como se dá sua ocupação e das forças que interferem nessa dinâmica, assim como os modos de subversão desses espaços, podem auxiliar na melhor planificação destes. Minha percepção é que a introdução destes ingredientes neste processo, inclusive os não focados por esse trabalho e que causam uma sensação de descontinuidade, tende a auxiliar no oferecimento de ambientes mais adequados a sua finalidade.

Pois bem, para que possamos tratar do tema - espaço de atenção à saúde - entendi necessário que, preliminarmente, informações acerca da constituição destes espaços ao longo do tempo, fossem trazidos ao trabalho. Essa necessidade concretizou-se no presente capítulo, que de forma sintética, resgata informações que são importantes lembrar sobre a evolução na forma de concepção, objetivos e uso dos espaços de cuidado à saúde. A abordagem tenta trazer, com algum respeito cronológico, essa evolução, juntamente com alguns referenciais que ajudam a compreender os formatos que esses espaços, tratados como lugares especiais, tomaram.

A marcha do capítulo considera de forma geral o comportamento e a evolução destes espaços no mundo, focando na seqüência, como essa tecnologia foi introduzida e evoluiu no Brasil, passando pela política de saúde adotada pelo Estado Brasileiro. O capítulo prossegue fazendo a contextualização da instituição estudada no sistema de atenção a saúde, apontando o enquadramento tipológico do hospital de emergência recortado como foco de análise no presente trabalho. Por fim, o capítulo trata de algumas informações sobre as forças que interferem na dinâmica de ocupação dos espaços que são concebidos para suportar procedimentos e ações de assistência à saúde, trazendo a análise de alguns autores sobre o objeto de estudo. Sua conclusão se faz através do relato de um episódio que expõe ações claras de subversão e apropriação de espaços destinados ao cuidado da saúde.

1.1. A ORIGEM DOS HOSPITAIS

As práticas de saúde têm seu desenvolvimento relacionado à forma como as sociedades se organizam, ou seja, as práticas de saúde sofrem alterações em consonância com as alterações que ocorrem nas sociedades.

Historicamente, as práticas de saúde têm sido identificadas pelas mudanças de paradigmas, o que significa que, segundo a teoria de enfermagem, podem-se considerar algumas mudanças históricas nessas práticas que ocorreram justamente porque houve alterações na sociedade, ocasionando o esgotamento de determinados paradigmas relativos às práticas de saúde. (Florentino, 2006, p.24).

Primeiramente essas práticas eram instintivas e ocorriam nos grupos nômades primitivos, marcados por saberes que estavam relacionados ao núcleo familiar. Essas ações garantiam ao homem a manutenção da vida e estavam relacionadas ao trabalho feminino. Nessa época, cabia à mulher a função de mãe, educadora e cuidadora, com forte sentido de afeição, essa prática se alastrava para certa responsabilidade e preocupação com as pessoas necessitadas, fazendo com que também as crianças, idosos e doentes estivessem no foco dessa preocupação da mulher (Geovanini, 1995).

Com essa função estabelecida naquela sociedade, essas mulheres eram identificadas como sábias pelo povo em geral, porém as autoridades, se ressentindo do domínio dessa prática pelas mulheres, assim como o poder resultante deste domínio, as considerava feiticeiras ou charlatãs. Essa objeção, de certa forma, operava a marginalização desta prática (Florentino, 2006).

A fixação destes grupos nômades só se dá a partir do domínio das práticas do cultivo da terra, tornando-a produtiva. Essa fixação propicia a organização dos grupos em tribos, onde os homens passam a exercer a função patriarcal, reforçando a função do cuidado como um encargo das mulheres. A função do cuidado expande-se para o suprimento de necessidades de conforto e bem-estar, “restauração do corpo e da alma e a dignidade”. Assim as mulheres, para Giovanini (1995), são as primeiras a realizar o atendimento de necessidades de saúde, já que a própria divisão social do trabalho as colocou nesse papel.

Essa atividade acaba por proporcionar às mulheres o desenvolvimento de conhecimentos relacionados à anatomia, relações de causalidade, bem como conhecimentos relacionados ao uso de ervas que eram administradas para o tratamento de determinadas doenças. Esse arcabouço de saberes, que tinha a capacidade de preservação e sobrevivência do homem, trazia para as mulheres um poder cobiçado por outros. A percepção pelo homem, que esse poder detido pelas mulheres ocupava um espaço de autoridade, cria uma disputa por sua propriedade. Essa disputa desemboca na associação das práticas de cuidar ao misticismo, fazendo surgir as práticas de saúde “místico-sacerdotais”, reconhecidas a partir da Grécia clássica, onde são desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos.

Assim, por um importante período, a prática do cuidado à saúde esteve associada à prática religiosa, realizada em espaços, na realidade santuários, freqüentados por entidades que eram acessadas a partir de rituais e sacrifícios que propiciavam a cura dos doentes.

Essa prática místico-sacerdotal caracterizada pela “luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e da alma” (Geovanini, 1995, p. 7), manteve-se até o início do século V a. C., tendo como espaço de sua realização os templos que ainda abrigavam, além das funções do cuidado, as escolas onde eram ensinadas as práticas e conceitos primitivos de saúde.

Posteriormente, no sul da Itália e na Sicília, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar, propagando-se pelos centros comerciais das ilhas e cidades da costa. Essas escolas, denominadas “pré-hipocráticas”, apresentavam variadas concepções de estudos acerca da função do corpo humano, por meio do conhecimento indutivo e dedutivo. Saíram dessas escolas homens que trabalhavam nas cortes, nas cidades e nos exércitos e eram bem remunerados pelos cofres públicos. Essa elite atendia à classe abastada, ao passo que os segmentos mais pobres da população eram tratados por sacerdotes, que recebiam ínfima remuneração. Assim os indivíduos recebiam assistência de acordo com o grupo social em que estavam inseridos. (Florentino, 2006, p. 27)

Historicamente o hospital, ou espaço hospitalar, originou-se como um local para isolamento de indivíduos “diferentes”. Com palavras de mesma raiz latina, os hospitais, hospícios e hospedarias já existiam antes de Cristo na China e no Egito, e assim como na Roma antiga e na Grécia tinham o objetivo de abrigar os pobres, idosos e os enfermos.

No início, o cuidado da saúde da população em geral esteve relacionado exclusivamente à necessidade de mão de obra civil e militar para o empoderamento e enriquecimento dos que dominavam. Essa relação esteve presente nas expedições do além mar, que foram responsáveis pela expansão dos domínios do chamado mundo civilizado.

A perspectiva de retorno nas viagens de expansão portuguesa era de 30% dos embarcados, motivo pelo qual o soldo de um ano dos marujos era pago antecipadamente à família do mesmo. As esquadras eram armadas por mercadores e banqueiros em parceria com a Corôa. As expedições buscavam ampliação de mercados, domínio de novas terras com ampliação do poder da realeza. Esses interesses acobertavam-se na justificativa da Guerra Santa.

Alguns relatos dão conta de como era escassa a preocupação com a higiene e segurança das embarcações que levavam e traziam homens. Porém com projetos bem definidos para o transporte de grande volume de carga, a construção dos barcos utilizados

para as viagens, tinha à sua disposição a mais moderna tecnologia naval até então desenvolvida, que era guardada como segredo estratégico das nações da época.

O interior das naus e caravelas do século XVI era um lugar escuro, sujo e perigoso. Embora não se livravam da imundície das ruas e das cidades medievais da Europa. (Bueno ,1998, p. 40)

O vinagre não era usado apenas nas refeições: também servia para desinfetar a imundície do porão, no qual parecia esconder a mais horrível fatalidade da vida do mar: o escorbuto. (Bueno ,1998, p. 34)

O escorbuto era a mais repulsiva e uma das mais mortíferas doenças que acometiam os navegadores dos séculos XVI e XVII. Causado pela carência de vitamina C, o escorbuto provoca hemorragias e causa o rompimento dos vasos sanguíneos. Os primeiros marinheiros ocidentais afetados por essa terrível enfermidade foram os homens da esquadra de Vasco da Gama, em 1497. A doença em geral se manifestava após setenta dias em alto-mar. O nome “escorbuto” provém da palavra Holandesa “scherbuik”, que quer dizer “ventre aberto” de origem ao francês “scorbut”. Há inúmeras e horrendas descrições dos estragos feitos pelo escorbuto entre os passageiros da chamada “Carreira da Índia”. O efeito mais conhecido da doença é o inchaço das gengivas, “que apodreciam, ficavam muitíssimo mal cheirosas e tinham que ser cortadas à navalha” (Bueno, 1998, p. 41).

Não há relatos da época que dêem conta de iniciativas para tratar esse mal. As naus ou caravelas não dispunham de espaços destinados para o isolamento ou tratamento de seus enfermos. Em geral essas questões eram resolvidas pelo próprio capitão da embarcação, no convés, com os demais tripulantes como espectadores. No século XVIII, o capitão inglês James Cook concluiu que o consumo de limões e laranjas (ricos em vitamina C) evitava a doença.

Com os mesmos ideais mercantilistas e a busca de ampliação do poder nacional na Europa do século XVI, foram desencadeadas políticas de saúde que objetivavam diminuir a perda de produtividade por doença e morte, garantindo a geração de riqueza (Costa, 1986).

Especialmente na Europa, os hospitais da Idade Média assumem uma função mais espiritual, prestando atendimento religioso e socorrendo os velhos, doentes e desenganados (Ribeiro, 1993). O espaço físico destas instituições era edificado com o objetivo de abrigar os indivíduos que buscavam a salvação do seu espírito e poucas eram as iniciativas no sentido de proporcionar a organização do cuidado da saúde. É possível inferir que em determinadas situações, da forma como se processava o abrigo aos que necessitavam, os hospitais acabavam contribuindo para a piora da situação de saúde dos seus internados. Haja vista as condições de

acomodação que eram proporcionadas, o contágio entre os pacientes tinha uma grande probabilidade de ocorrer. Não havia qualquer tipo de controle de doenças ou qualquer estratégia terapêutica. A aproximação do indivíduo de seu Deus era a missão destas instituições.

A falta de vínculo com a atenção à saúde e a ausência da aplicação de algum conhecimento científico para o tratamento dos necessitados, não apontava para a existência de profissionais que tivessem atribuições para a realização do cuidado das doenças que acometiam os indivíduos que eram abrigados nos hospitais da Idade Média. Os religiosos da época detinham a “verdade” sobre essa questão, motivo pelo qual acabavam por dominar a atividade, mantendo certa hegemonia nesse campo de atuação.

As transformações políticas, sociais e econômicas ocorridas na Europa após o renascimento, apresentam uma nova fase de ocupação espacial do território geográfico. A urbanização é acelerada e acaba por atrair um exército de trabalhadores que saem do campo em direção às cidades em busca de trabalho remunerado.

Esse rápido aumento da população nas cidades traz consigo problemas de saúde que são especialmente agravados pelo pouco conhecimento, na época, da causalidade das moléstias que acometiam a população em geral. Esse desconhecimento concorria para a falta de cuidados na questão sanitária das cidades. Era comum, na época, o despejo dos esgotos sanitários na via pública, à céu aberto, facilitando a propagação de doenças na população.

Neste cenário de espaço urbano, com sérios problemas de higiene e baixo acesso da população ao cuidado à saúde, a resultante era a fácil propagação das doenças e a ausência de tratamento da população em geral que sofria destas doenças. É comum nessa época que as cidades fossem acometidas por importantes eventos que levavam centenas, e mesmo dezenas de milhares de seus habitantes à morte em um curto espaço de tempo, como no caso das “pestes”. Esses eventos em geral estiveram associados à total despreocupação com medidas de higiene no meio urbano, o que tornava o controle e tratamento dessas doenças praticamente impossível de ser realizado.

Associado a esse cenário, que proporcionava o rápido avanço de agravos à saúde, especialmente por doenças transmissíveis, as instituições que recebiam os enfermos mantinham-se ainda, na época, vazias de conhecimento científico e processos de atenção à saúde. Sem capacidade curativa e forte vínculo religioso, os hospitais são reconhecidos como locais para morrer, um espaço de controle e coerção dos desvalidos, onde a sua principal função passa a ser o processo pelo qual seria garantida a salvação da alma (Oliveira, 1998). A

questão terapêutica/curativa não é a missão destas instituições e ainda não há especialização do espaço ou definição de tarefas de um cuidado organizado que objetive a cura do enfermo.

Esses espaços, que passam a cuidar da alma dos enfermos, mantêm por longo período um vínculo religioso. Essa estreita relação entre os espaços de morrer, que se firmarão com o tempo como os atuais hospitais, e as ordens religiosas, que se ocupavam dessa tarefa, explica em certa medida a rede de atenção à saúde que atravessou o tempo, mantendo o simbolismo até hoje presente nos Hospitais Filantrópicos, as Santas Casas de Misericórdia.

Como o tema que se aborda aqui, acaba entrelaçando o espaço do cuidado e sua concepção arquitetural, é curioso verificar que a arquitetura, denominada como “a arte precária” ou “a infância da arte” por Hegel, (Boutinet, 2002), tem suas origens a partir da morte e de sua memorização pelo mausoléu,⁸ que é uma edificação que permite sua celebração ritual.

Só no final do século XVIII, após o ingresso da Clínica no ambiente hospitalar, que proporcionou a pesquisa de doenças, formação e transmissão do conhecimento adquirido, é que o espaço hospitalar passou a ser reconhecido como um local onde se dava a cura. O objeto de estudo era o doente, que observado através de estudos comparativos, passa a permitir a relação de causa e efeito nas doenças. Esse espaço, já nessa época, é considerado um ambiente de grande complexidade e que interfere sobre a doença e sua evolução (Foucault, 1996).

São desse período os primeiros estudos que procuram reconhecer os atributos e processos presentes no ambiente hospitalar, que interferem na evolução das doenças, em especial inventários que traçam comparativos entre hospitais visitados por estudiosos da época.

Foucault (1996), destaca ainda, as viagens realizadas por Howard e Tenon pela Europa. Em seus relatos aparecem o número de doentes por hospital e sua relação com o número de leitos; as taxas de mortalidade e de cura; descrições sobre a área física e sua forma de ocupação; as trajetórias seguidas pelos fluxos de roupas e lençóis utilizados, etc. Entre outras informações, aparece também uma pesquisa que correlaciona fenômenos patológicos e espaciais. (Braga, 2000, p. 75)

Assim, no final do século XVIII, o hospital deixa de ser apenas o lugar em que se faz a exclusão dos “diferentes” e passa a contar com técnicas terapêuticas, onde o espaço, as rotinas e técnicas vão apontar para o domínio do corpo e a possibilidade de cura dos indivíduos. Essa ruptura vem com a assimilação de que a doença não é uma forma de existência que invade o

⁸ Segundo Jean-Pierre Boutinet (2002), a invenção arquitetural ocorreu a partir da edificação de monumentos funerários do paleolítico superior.

corpo, mas sim um processo que pode ser identificado nos componentes materiais do próprio corpo físico. As descobertas científicas nos campos da biologia e anatomia permitem um distanciamento da medicina de seu empirismo (Ribeiro, 1993).

"A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais" (Czeresnia, 1997, p. 61).

Essa racionalidade científica aponta para a organização do espaço de forma que possam ser desenvolvidas as práticas do cuidado. Os tratamentos passam a ser baseados na imunização e uso de medicamentos, consagrando a forma de intervenção centrada em aspectos biológicos. Nesse período ocorre uma maior disseminação de recomendações e busca de atributos que os espaços para atenção à saúde deveriam incorporar. Essas recomendações contribuíram para a qualificação desses espaços, especialmente aquelas recomendações que incorporavam aos espaços atributos de segurança em relação à transmissão de doenças entre os pacientes internados. Esse conhecimento é incorporado às regras para a elaboração dos edifícios que abrigam funções de internação de pacientes, independente do tipo de patologia.

Uma personagem teve especial importância na origem do processo que passou a pensar o espaço como elemento que influenciava na cura dos pacientes: trata-se de Florence Nightingale. Florence Nightingale (1820 - 1910) foi uma enfermeira britânica que ganhou fama por seu pioneirismo no tratamento a feridos, durante a Guerra da Criméia. Ficou conhecida na história pelo apelido de "A dama da lâmpada", pelo fato de servir-se de uma lamparina para auxiliar na iluminação ao atender os feridos durante a noite. Também contribuiu no campo da Estatística, sendo pioneira na utilização de métodos de representação visual de informações de forma organizada.

O papel de enfermeira foi tradicionalmente exercido, no passado, por mulheres que atuavam como ajudantes em hospitais ou acompanhando os exércitos. Muitas cozinheiras e prostitutas acabavam tornando-se enfermeiras, sendo que estas últimas eram obrigadas a realizar essa tarefa como castigo, o que dá uma idéia do quanto penosa e pouco valorizada era essa atividade.

A história conta que trabalho que Florence Nightingale desenvolveu na área do cuidado à saúde foi provocado por sua indignação em relação às condições de tratamento médico que era dispensado aos mais pobres e indigentes. Aos 25 anos decidiu dedicar-se a essa atividade, iniciando-se então uma carreira que fez mudar a forma de avaliar e conceber os espaços destinados ao cuidado à saúde. Movida especialmente por um fato ocorrido em dezembro de 1844 que resultou na morte de um mendigo numa enfermaria em Londres, que

acabou evoluindo para escândalo público, ela se tornou a principal defensora de melhorias no tratamento médico. Sua iniciativa imediatamente obteve o apoio de Charles Villiers,⁹ então presidente do Poor Law Board (Comitê de Lei para os Pobres). Florence passou a ter então um papel ativo na reforma das Leis dos Pobres, estendendo o papel do Estado para muito além do fornecimento de tratamento médico.

Em 1846, Florence visitou um hospital pioneiro criado e dirigido por uma ordem de freiras católicas na Alemanha, ficando impressionada pela qualidade do tratamento médico e pelo comprometimento e prática das religiosas, e perseverou na sua meta de atuar na assistência aos doentes.

A mais famosa contribuição de Florence foi durante a Guerra da Criméia, que se tornou seu principal foco quando relatos de guerra começaram a chegar à Inglaterra contando sobre as condições horríveis em que eram tratados os feridos. Em outubro de 1854, Florence e uma equipe de 38 enfermeiras voluntárias treinadas por ela, partem para os Campos de Scutari localizados na Turquia Otomana.

Através de sua experiência, que era relatada e documentada de forma sistemática, foi possível estabelecer uma nova disciplina, que dava conta de procedimentos a serem adotados nas instituições de cuidado à saúde. Esses procedimentos passaram a representar um marco divisório na forma de tratar os ambientes de internação de indivíduos enfermos. Atitudes simples que estavam relacionadas aos ambientes, acabaram significando uma sensível melhoria nas estatísticas de recuperação dos pacientes. Algumas recomendações, como a garantia de ventilação das enfermarias e acomodação dos pacientes em leitos individuais, de forma a ficarem um em cada cama (usualmente os pacientes eram internados em camas do tipo casal, ficando ali acomodados três pacientes em cada cama), trouxeram resultados importantes no recuo das estatísticas de mortes (Florentino, 2006).

Os doentes eram colocados nos leitos sem nenhum critério, normalmente dois em cada leito, e não raras eram as situações em que os que morriam permaneciam na mesma cama com outros doentes por várias horas. (Florentino, 2006, p. 46)

Com as melhorias introduzidas, os hospitais ou casas de cuidado passam a ter um novo status, ganhando importância nas comunidades e oferecendo certa sensação de segurança aos indivíduos que se socorriam nestes estabelecimentos quando acometidos por alguma doença. Esse fato pode ser creditado aos resultados que passam a ser obtidos com a inserção da clínica

⁹ Villiers foi eleito membro do Parlamento de Wolverhampton em 1835, e serviu como Presidente do Poor Law Board, entidade criada no Reino Unido em 1847 para supervisionar a aplicação da chamada Lei para os pobres, de 1859 até 1866.

e a preocupação com os cuidados à saúde em relação aos espaços onde ele se dá. Tendo em vista que agora esses espaços promovem a cura, eles passam a ser objeto de desejo das comunidades, e não mais edifícios que os indivíduos preferiam ver afastados de sua vizinhança.

A história da evolução das cidades está apegada à construção de casas de cuidado de saúde. Não diferente das demais localidades que prosperaram, também Porto Alegre tem na sua história relatos desse importante evento.

Quando em 23 de agosto de 1808 a freguesia de Nossa Senhora Madre de Deus de Porto Alegre foi elevada a Vila contava com 6.000 habitantes e com uma Santa Casa de Misericórdia. (resumo histórico de Porto Alegre, inserido em edição de Mapas da Cidade de Porto Alegre. O documento não cita autoria. Porto Alegre: Livraria do Globo. 1980)

Esses lugares, ainda muito ligados a ordens religiosas, tinham a missão do cuidado já com a vinculação da possibilidade de cura, com o uso de tecnologias específicas para a realização da cura. Os espaços de cuidado já mantinham relação com as descobertas da Clínica e eram reconhecidos como “centros médicos” para onde migravam os doentes da região. Como se pode ver no relato a seguir, a existência dessas casas de cuidado estava também tramado com uma série de significados, dentre eles a possibilidade de segregar os doentes, tornando a cidade segura para os seus habitantes. A Divindade presente nesses espaços garantia ainda que os mais ilustres e abonados cidadãos da cidade pudessem ofertar recursos que potencializavam a capacidade de fazer o bem a que essas instituições se propunham.

Em 1801, apenas raiara o século XIX, fundou-se a Santa Casa de Misericórdia, em lugar que o naturalista e viajante Saint- Hilaire, em 1820, diria estar “fora da cidade, sobre um dos pontos mais altos da colina... bastante distanciado da cidade para evitar contágios”. (resumo histórico de Porto Alegre, inserido em edição de Mapas da Cidade de Porto Alegre. O documento não cita autoria. Porto Alegre: Livraria do Globo. 1980)

No século XX, o hospital, por ofertar um importante campo de experiências diversas, passa também a ser local privilegiado para o ensino e a pesquisa de diferentes disciplinas (Ribeiro, 1993). O hospital passa a assumir em seu espaço, além da tarefa do cuidado, também a tarefa de incorporar tecnologias; o que lhe propicia desfrutar de uma posição privilegiada de poder científico. Essa posição se apresenta como um atrativo de diversas profissões e também de disputas por hegemonia. Apresenta-se para essas instituições um desafio, é necessário compatibilizar o conhecimento científico e a prática clínica derivada

deste conhecimento, com a forte vinculação religiosa ainda existente. Por um período considerável, essa acomodação se fez de forma que alguns dos papéis passam a ser definidos considerando essa particularidade. O conhecimento médico-científico toma a função da tarefa de prescrição do ato do cuidado, enquanto a relação do cuidado, dada no contato diário e permanente com o paciente, é realizada pela mão-de-obra disponível naquelas instituições da época, as religiosas.

Sob o ponto de vista da especialidade das funções, essa divisão de tarefas se fez de uma forma lógica, permitindo a convivência de saberes diversos. Ao mesmo tempo em que a interferência da clínica moveu essas instituições para a busca da cura, também vergou a linha de hierarquia predominante nas mesmas.

Já nesse período o médico havia assumido no hospital, não só o controle terapêutico, mas também o controle administrativo e econômico, que tinha sido até então exercido pelos religiosos. Apesar dessa apropriação, o médico não é residente no hospital como outras categorias, ele apenas o visita de acordo com as necessidades e demandas geradas pelos pacientes.

A migração do poder sobre o processo de cura para o profissional médico, apontando para certa hegemonia, se apresenta nas recomendações a serem observadas quando da visita do médico aos hospitais, que mais parecem um ritual preparado para uma cerimônia da passagem da autoridade do saber e do fazer. Cada espaço do hospital acolherá o médico de forma a lhe proporcionar as melhores condições para o desempenho de suas atividades, não sendo importunado por tarefas menores.

Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, onde se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando entrar. (Foucault, 1989, p.110)

Talvez porque os profissionais que detinham o conhecimento da técnica clínica (em geral os médicos) fossem pouco numerosos, os serviços “auxiliares” ou do ato direto do cuidado com o paciente tenham sido delegados aos “demais”, traços que virão a se consagrar ao longo dessa evolução, chegando até os nossos dias, como no relato:

Os “profissionais” são menos numerosos e passam menos tempo nesses corredores: a puericultora trabalha meio turno (pela manhã), o pediatra só fica durante o período das visitas. Pela manhã, um pequeno comitê de profissionais (o pediatra, a puericultora, às vezes um ginecologista, talvez uma parteira uniformizada, e um ou dois internos) passa de quarto em quarto, e vão embora. Os detalhes mais

monótonos da rotina diária (os gestos corporais que limpam e cuidam) ficam a cargo das “funcionárias”. (Fonseca, 2010, p. 245)

Ao trazer essa reflexão no que toca a força da hegemonia médica que se apresenta de forma evidente nos escritos, é oportuno avaliar essa questão sob o ponto de vista do ensinamento de Bourdieu (2002). Lembremos que a fabricação contínua de crenças que ocorre no processo de socialização, acaba por induzir o indivíduo a posicionar-se no espaço social seguindo padrões e critérios do discurso dominante. O conceito elaborado pelo sociólogo Pierre Bourdieu (2002) de “violência simbólica” indica uma forma de coação apoiada no reconhecimento de determinada imposição, que pode ser econômica, social ou simbólica. Neste caso a “violência simbólica” é operada pelo reconhecimento de um discurso dominante, que se faz fluir pela hegemonia médica no espaço de atenção, cuja realidade pode ser identificada até os dias atuais. Segundo Pierre Bourdieu, a violência simbólica é o meio de exercício do poder simbólico, que é conferido ao profissional médico, como veremos mais adiante.

1.2. A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, durante o período Colonial, não existiram políticas de saúde. Somente com a chegada da família real e a corte portuguesa, em 1808, é que começam a acontecer medidas sanitárias de caráter governamental. Dom João VI criou em 1811 a Junta Vacínica da Corte, responsável pela difusão da vacina antivariólica no Reino. Seu principal objetivo foi enfrentar o problema das doenças infecciosas, agravado pela vinda de aproximadamente 15 mil pessoas que compunham a corte. A Junta Vacínica da Corte foi criada com subordinação à Intendência Geral de Polícia e fazia cumprir as medidas propostas. Esta iniciativa figura como a iniciação da prática médica estatal no Brasil que, no entanto, não causou o impacto epidemiológico esperado (Fernandes, 1999).

Enquanto na Europa os serviços de saúde voltavam-se para a preservação da mão-de-obra em função da revolução industrial, no Brasil, onde dominava a produção agrícola, a economia não exigia atenção ao seu proletariado, não existindo, portanto, medidas coletivas e de prevenção.

No início do século XX o Brasil contava com oitenta por cento da população analfabeta. Aceitava-se que a população dos trópicos era sensual, passiva, preguiçosa, suscetível às doenças endêmicas, o que prejudicava o progresso enquanto civilização e impossibilitava realizar no Brasil um trabalho sério para o controle das doenças que

acometiam a população (Stepan, 1976). É importante verificar que essas idéias eram propagadas por estudiosos do hemisfério norte, bastante distantes fisicamente, e principalmente da realidade social da população brasileira. Apesar da falta de vinculação com a realidade brasileira, essa crença colocou mais um obstáculo para o desenvolvimento de medidas para o tratamento e controle de doenças. Não obstante o atual reconhecimento do Brasil, pela comunidade internacional, de sua importância no estabelecimento de medidas saneadoras para prevenção da saúde e implantação de um sistema de saúde, cujo modelo vem sendo copiado, a atenção necessária para o desencadeamento da base para essas ações se fez de forma lenta e empurrada pela necessidade de solução de problemas graves de saúde da população.

Após eventos recorrentes de agravos à saúde no Brasil, principalmente decorrentes da facilidade de propagação de doenças infecto-contagiosas oferecida pelas péssimas condições de saneamento, em 1899 ingressa pelo porto de Santos a peste bubônica. Este evento acaba por promover a entrada em cena de Oswaldo Gonçalves Cruz, chegado recentemente do Instituto Pasteur, Vital Brasil Mineiro da Campanha, do Instituto Bacteriológico de São Paulo e Adolfo Lutz, que já havia afirmado tratar-se da temida peste mesmo antes de Oswaldo Cruz e Vital Brasil terem se convencido deste diagnóstico.

Como o soro contra a peste só era fabricado em pequena quantidade pelo Instituto Pasteur, foram criados o Instituto Soroterápico Federal – ISF, e o Instituto Butantan que tinham como objetivo a produção de soros e vacinas contra a peste (Martins, 2005).

Em março de 1903 Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública do Distrito Federal com um plano de ação que atacava a febre amarela, a varíola e a peste. Esse plano de ação potencializava o projeto de transformar o Rio de Janeiro em um centro de atração de capitais da América do Sul, o que facilitou uma importante aliança entre o poder político, capitalismo modernizante, e a proposta de controle de doenças (Benchimol, 1990).

O programa de governo foi encaminhado à Câmara dos Deputados (1903) e incluía a obrigatoriedade da vacina contra a varíola, a criação das brigadas mata-mosquitos para controle da febre amarela e a implantação da higiene domiciliar. Ocorre que as medidas, inseridas com caráter autoritário, interferiram na vida das pessoas, gerando insatisfação, que adicionadas a outros descontentamentos da época, desembocaram em movimentos como a criação da “Liga Contra a Vacina Obrigatória” e a “Revolta da Vacina”, que culminou com a tomada de praças e avenidas com confronto com a polícia que acabou com várias mortes (Benchimol, 1990). Esses fatos demonstram o quanto afastados da população usuária e dos grupos formadores de opinião estavam as iniciativas promovidas pelo poder público na área

da saúde. Apesar de estarem plenamente justificadas em conhecimento científico, essas iniciativas eram amparadas e conduzidas com poder de polícia. Nestas atividades prevalecia sobre as demais profissões, aquelas de caráter policial e/ou militares.

É possível inferir que a formulação técnica, que apontava para a necessidade das ações de saúde, era produzida com base em conhecimento científico adequado para a situação a ser enfrentada, porém a forma como essas ações eram implementadas dispunham de outra base de conhecimento e interpretação. De forma autoritária, utilizando-se do poder de polícia, o cuidado da saúde era imposto à população, criando constrangimentos que levavam à resistência. Por fim, a produção da ação se fazia sem compreender a relação de conveniência e receptividade da população “alvo”.

Nestas primeiras iniciativas de atenção à saúde da população, que ocorriam em formato de campanha, não era clara a existência de um espaço delimitado fisicamente, onde se dava o cuidado. O acesso a espaços físicos específicos para o tratamento da saúde era possível para poucos, e não havia tampouco um espaço de discussão suficientemente ampliado para a captura das diversas subjetividades presentes no processo.

A pandemia da gripe espanhola que chegou ao Brasil a bordo do navio Demerara, da Royal Mail Britânica em 1918, acometeu 600.000 habitantes dos 915.000 habitantes do Rio de Janeiro, levando ao óbito 11.953 destes. Esse trauma levou à aprovação pela Câmara dos Deputados, da lei de criação da Diretoria de Saúde no Ministério da Justiça. Sua proposta foi a centralização das ações de saúde, fazendo valer que o bem coletivo deve suplantar o individual. Essa iniciativa acelerou o processo de responsabilização do governo e conseqüente intervenção do Estado na área de saúde (Hochman, 1998).

Esses fatos, de certa forma, explicam porque as ações de saúde no Brasil acabaram trilhando o caminho “campanhista”, ou seja, as ações têm características de foco e tempo restritos. Ainda hoje esse movimento está presente, basta que olhemos para as tradicionais campanhas de vacinação, combate a AIDS, aleitamento materno, câncer de mama, etc.

O Brasil, influenciado pelos movimentos operários pós-guerra na Europa, avançou na formulação de uma política de previdência social e saúde, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) e os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), donde germinaram a previdência social e a assistência médica aos trabalhadores. Na década de 1930 prevaleciam as ações de campanhas como da tuberculose, lepra, malária. Em 1940 foram criados os Serviços Especiais de Saúde Pública que instalaram serviços de saúde em áreas de fronteira do desenvolvimento, como a da Amazônia. Em 1950 esses serviços foram agrupados

no Departamento Nacional de Endemias Rurais. Neste período ocorre importante expansão da rede de assistência à saúde, incentivado pelo próprio governo Federal.

Após o golpe militar de 1964, os IAPs foram fundidos num só instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social. Em 1975, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social que absorveu as CAPs e os IAPs, mantendo, porém, a atenção médica para a força de trabalho no INAMPS (Brasil, Gesthos, 2002).

A partir de 1970 o sistema de saúde no Brasil passou a ter um crescimento progressivo e constante, o que significou o desafio de projetar, construir e disponibilizar para a ocupação, um enorme volume de espaços destinados às ações de saúde. Esse crescimento caracterizou-se pela entrega de novas unidades de saúde, incorporação de tecnologias, compra de equipamentos e implantação de sistemas de diagnóstico e terapia. Nos últimos 30 anos o número de unidades de saúde pulou de 8.000 para 47.000 em todo o país (CNES – MS).

Esse crescimento estabelece um novo desafio, que é o de avaliar os resultados obtidos em relação aos propostos, com a implantação desta rede de espaços de saúde. Se verificarmos sob o ângulo de área construída, adotando como parâmetro a RDC-50, que estabelece o padrão construtivo para EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, teremos que apenas a rede pública possuía, em 2000, aproximadamente 4,1 milhões de metros quadrados construídos para atenção à saúde, com escassos trabalhos dirigidos à dinâmica de ocupação dos mesmos (Brasil, Gesthos, 2002).

As pesquisas para avaliação de serviços de saúde tem sido tema permanente de estudos, tendo já consolidadas algumas linhas de abordagem. Prevaecem as linhas que se utilizam de indicadores, obtidos através de quantificações e sua relação com os resultados, ou seja, a análise quantitativa se apresenta como forma dominante (Ramos, 2003). São tímidas, no Brasil, as avaliações que levam em conta as informações sobre desempenho, sustentabilidade, satisfação dos pacientes, usuários e trabalhadores em relação ao espaço construído e ocupado (Alencar, 2005).

A pesquisa em saúde, no âmbito mundial, é a que historicamente apresenta as maiores contribuições. É também a que despende o maior volume de recursos. Em 1998, estimava-se terem sido algo em torno de US\$ 73,5 bilhões, dos quais mais de 90% nos países ricos e visando resolver os seus próprios problemas (Guimarães, 2005).

No Centro Internacional para o Desenvolvimento da Pesquisa do Canadá – IDRC, em 1986, com participação de outras quinze instituições, foi estruturada a Commission on Health Research for Development – COHRED. Essa comissão elaborou estudo que se tornou famoso, o “10/90 Gap in Health Research”. Esse estudo demonstra que 10% dos recursos gastos com

pesquisa em saúde no mundo, destinam-se ao estudo de doenças que acometem 90% da população mundial e que os restantes 90% dos recursos são gastos para desenvolver pesquisas de doenças que acometem 10% da população mundial, que também constitui a parcela 10% mais rica do mundo. Quatro anos depois, em 1990, representantes de 28 países e três agências das Nações Unidas ratificaram as recomendações do trabalho da COHRED (Global Forum, 2004).

O Brasil, quando comparado no quadro geral dos países em desenvolvimento, levando-se em conta os recursos financeiros públicos destinados à pesquisa em saúde e também os recursos humanos envolvidos com ela, tem posição adequada. Porém quando essa análise é aprofundada verificamos a existência de evidências que indicam que poucos pesquisadores estabelecem suas prioridades de acordo com as diretrizes emanadas das políticas de saúde do país.

Quanto aos recursos humanos, esses problemas ficam mais claros quando se estabelece a seguinte pergunta: “quantos dentre os 18.000 pesquisadores envolvidos com pesquisa em saúde estabelecem suas prioridades de pesquisa a partir de prioridades explícitas oriundas da Política Nacional de Saúde?” (Guimarães, 2004, p. 2)

Há, portanto, marcadas as posições acima, a necessidade de proporcionar um maior vínculo entre os estudos realizados na área de saúde, no Brasil e sua efetiva necessidade para o sistema. Não podemos ignorar que a construção do sistema de saúde no Brasil passa pela permanente necessidade de avaliação do mesmo. Dos resultados da política nacional e das instituições que compõem o sistema. Referências indicam ainda que, de um modo geral, as avaliações têm tido caráter quantitativo, referindo a análise de produção de procedimentos, o que não é, por si só um indicativo suficientemente competente para a análise dos resultados esperados.

Segundo Avedis Donabedian¹⁰ (1988), a avaliação de serviços de saúde deve ser realizada sob 3 enfoques: Estrutura, Processo e Resultado.

As medidas de estrutura tratam das informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização, normas e procedimentos de funcionamento, etc.. Ou seja, tudo o que está disponível: característica dos edifícios, credenciais médicas, protocolos e procedimentos padrão. A abordagem de avaliação do processo envolve as atividades

¹⁰ Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output.

realizadas pelos provedores de assistência, aí incluídas as diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação, sua abordagem leva em conta o componente técnico (formação técnica) e também as relações interpessoais. A avaliação de resultados se refere ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre o estado geral de saúde dos pacientes atendidos. Têm sido adotados como indicadores de Resultados: óbitos, patologias, incapacidades, desconforto, consequência do atendimento: prolongamento da vida, alívio da dor e satisfação do usuário.

Em 1988 foi promulgada a nova constituição e com ela a criação do Sistema Único de Saúde, subordinado ao Ministério da Saúde, criado em 1953. O SUS torna-se responsável por toda atenção à saúde da população e é, até hoje, o norteador das políticas de saúde.

O Sistema Único de Saúde apresenta-se como o maior “Plano de Saúde” existente. Essa leitura podendo ser realizada, mostra suas enormes responsabilidades. Sua criação estabeleceu uma relação com o controle social não existente em políticas anteriores, tornando a responsabilidade de acompanhamento de seus resultados uma tarefa que exige a organização da população em conselhos nas três esferas de governo. Isso tornou, por determinado tempo, surpresos os trabalhadores e usuários do sistema de saúde, que gradativamente começam a manifestar-se de lugares ou posições diferentes.

Em 1º de Janeiro de 2003 assume no Brasil um novo governo, sua eleição se deu com uma forte perspectiva de mudança nos rumos políticos. Na saúde isso se apresenta com o aprofundamento do processo de reforma sanitária, fortalecendo o Sistema Único de Saúde, que é o cerne desta reforma (Martins, 2005).

A organização dos sistemas municipais de atenção às Urgências e Emergências é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), definido como prioridade pelo Ministério da Saúde, conforme explicita a Portaria 2048, de 5 de novembro de 2002, e as Portarias 1863 e 1864, de 29 de setembro de 2003 e a Portaria 2072, de 30 de outubro de 2003, que foram editadas em seguimento.

Em 2004, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS. Na esteira desta Política, que compreende a humanização como o processo de “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (Brasil, 2004), está anunciada a preocupação do Ministério da Saúde com a questão específica da ambiência. Uma das Cartilhas dedicadas à divulgação e compreensão dos objetivos desta política, trata da ambiência nos hospitais, e explicita sua definição como o tratamento dado ao ambiente físico

entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutive, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço. A idéia de ambiência segue primordialmente três eixos:

O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.

O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social.

O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutive. (Brasil, 2004, p. 02)

Depreende-se desta definição que o ambiente é compreendido como um objeto social, capaz de, através das percepções tidas desse espaço, contribuir como elemento importante para a construção de representações de seus habitantes.

A compreensão que se quer dar ao termo ambiência neste trabalho está para além do tratamento do espaço e sua utilização como elemento facilitador do processo de trabalho. A expansão que se proporcionará ao termo permitirá que na nossa análise, a ambiência corresponda, além do espaço, também às relações que nele se fazem, produzidas num tempo, que além de estabelecer cronologia, insere uma representação construída por seus habitantes.

Maria do Carmo dos Santos Gonçalves, em seu trabalho de pesquisa sobre políticas de humanização no Rio Grande do Sul, ao aprofundar a análise sobre os diversos aspectos que compõem o processo de humanização do cuidado, infere que há um claro posicionamento institucional em considerar o ambiente como um elemento contribuinte para a produção do sujeito e do processo de trabalho. Esse posicionamento abre uma nova perspectiva de estudo ainda pouco valorizada. É possível perceber, porém, que seu principal vetor permanece sendo a humanização do atendimento, que toma múltiplas definições (Goçaves, 1999).

A humanização do atendimento acaba por interferir numa matriz de relações que pode significar a alteração do projeto do espaço físico, bem como redistribuir esse espaço contribuindo para incorporar, de forma mais permanente, atributos como privacidade, acolhimento com escuta qualificada e formas de comunicação mais interativas com o paciente e seus familiares.

1.3. A DINÂMICA DE OCUPAÇÃO DOS NOVOS ESPAÇOS DE PRODUÇÃO

Há, no entanto a questão da forma como se dá a ocupação dos espaços nas instituições que realizam o cuidado, e que não se apresenta como um foco importante para o Programa de

Humanização, ao menos como é exposto. A identificação de necessidades espaciais que devem atender aos requisitos de conforto e sociabilidade é um argumento que interfere na conformação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde, mas outras questões irão também interferir nesta conformação. Essas outras questões valem-se de argumentos diferentes dos anteriores, e empurram as áreas físicas, destas instituições, para processos de territorialização de seus espaços. A ocupação dos espaços se dará também através da utilização de uma rede de comunicação, interesses e disputas por poder, diferente da etapa anterior. Após as etapas de levantamento das necessidades e programação dos espaços, outros atores entrarão em cena. Estes novos atores, que farão a ocupação dos espaços, poderão admitir em maior ou menor grau as conformações estabelecidas na etapa anterior. Esse processo se dará levando em conta uma rede complexa de interesses de ordens diversas, desde elementos de ergonomia, com a busca da minoração da carga de trabalho, disputas de poder, de hierarquias e até questões relacionadas aos planos de visão, o chamado “pan-óptico”,¹¹ que é estabelecido na medida em que se apresentam planos de visão distintos.

O pan-óptico permite que determinado observador possa visualizar a quase totalidade dos movimentos dos “outros” sem ser visto, e faz com isso que determinado indivíduo ou grupo de indivíduos seja observado sem saber com certeza quem o observa. A principal característica desta estratégia é que se instala no indivíduo ou grupo observado a permanente sensação de ser foco de observação, mesmo que isso possa não estar ocorrendo momentaneamente, já que não há como confirmar a efetiva observação.

Para Foucault (1979), o *panótico*, como chamou, é um dispositivo de poder disciplinar. Valendo-se de um sistema arquitetural constituído de uma torre central com um anel periférico, é possível criar uma separação dos que são submetidos à observação, proporcionando o funcionamento automático do poder. (Foucault, 1979).

Independente de quais sejam os diversos elementos que interferem na forma de ocupação e das relações que se darão na operação desses espaços, o que entendo importante reter aqui é que esses elementos estão, em grande parte, afastados dos elementos definidores do espaço que foi concebido. Este processo não se faz sem uma intensa negociação onde estão presentes as disputas pelo poder e a ocupação ou consentimento de uso dos espaços.

Quando ingressamos na discussão sobre o espaço físico e as práticas dos atores na organização hospitalar, encontramos em Michael Foucault um importante referencial

¹¹ Pan-óptico é o termo utilizado para designar um centro penitenciário ideal, originalmente desenhado pelo filósofo Jeremy Bentham em 1785. Seu conceito é permitir que um vigilante observe todos os prisioneiros sem que estes saibam que estão sendo vigiados (Barton, 1993).

histórico. Esse autor sustenta que a introdução de mecanismos que buscam disciplinar o confuso espaço hospitalar é que propiciam as condições de medicalização dessas organizações (Foucault, 1979). A disciplina é uma tecnologia de gestão dos homens, que visa o adestramento, proporcionando o controle de tempo, de espaço e de movimentos. Isso se traduz em uma “técnica de exercício de poder” e se manifestará nas instituições onde há o tipo de organização disciplinar, forjando “corpos dóceis”. (Foucault, 1979: p. 105)

Foucault aponta a organização hospitalar como um novo “espaço de produção”, que é possível pela sujeição disciplinar, seja dos trabalhadores, seja dos pacientes. Essa produção singular se afirma a partir da “docilização” de corpos, resultante da organização do tempo e do espaço que é produzido pelos processos de individualização, classificação e vigília. Então, a disciplina enquanto tecnologia de poder e a clínica como campo de saber se entrelaçam num campo único e novo de saberes e poderes, conformando um novo campo de poder institucional (Deslandes, 2000).

A questão da disciplina e saber, sem dúvida, apresentam-se de forma cristalina na estrutura hospitalar, obtendo contornos rigorosos nas áreas em que mais “presteza de movimentos” é exigida. Não obstante a área da saúde em geral possa ser enquadrada enquanto atividade onde se encontra um forte apelo a disciplina e o uso do saber, os hospitais parecem representar de forma mais próxima essa realidade. E, dentre esses, os hospitais especializados e os hospitais de urgência parecem representar de forma mais saliente essa característica.

Ainda que Antony Giddens (1989) discorde da idéia de confinamento, ou “instituições totais” formulada por Goffman (2001), por entender que a “docilização” não é um processo sem resistências e sem negociação, há convergência na compreensão de que o ambiente não é mero espaço físico (Giddens, 1989).

Segundo esse autor, as dimensões tempo e espaço são fundamentais para a compreensão das interações entre os agentes sociais. São linhas, que no cotidiano tecem o sistema social. O espaço não pode ser relegado como simples “local de trabalho” onde transcorrem as ações sociais promovidas por agentes. O espaço é antes de tudo, um "contexto de interação" onde os indivíduos produzem, reproduzem e transformam as estruturas sociais.

Giddens acrescenta ainda que os locais são sempre referidos em um sistema coordenado e regionalizado em seu interior, apontados por relações simbólicas e de poder que são vividas no cotidiano. Essa regionalização do espaço obedece a contextos específicos de interação, onde se particularizam modelos de ação dos atores (Giddens, 1989).

Essa compreensão, de que os agentes particularizam modelos de ação, encontra acolhida por Mary Douglas (2000). Essa autora, ao tratar aspectos de Magia traz a questão dos tipos de manifestações que podem estar referenciados a determinadas situações ou ambientes.

Os bosquímanos acreditam que se o homem se sentar do lado feminino, a sua virilidade diminuirá. (Douglas, 1970, p. 87)

A referência aponta para a constatação de que a utilização de símbolos diferentes em ambientes diferentes é um fator social passível de observação. Seu estudo pode ser encaminhado de forma a permitir a identificação de influências na construção das representações.

A autora infere que as manifestações vividas no cotidiano obedecem a contextos específicos.

Nós tememos os microorganismos patogênicos: muitas vezes, os pretextos higiênicos que damos para justificar o nosso medo da impureza, são meras fantasias. Portanto, não é verdade que o nosso comportamento se funde em conhecimentos científicos e o deles num sistema simbólico: o nosso comportamento também tem uma significação simbólica. A verdadeira diferença entre nós e os bosquímanos, é que não transferimos de um contexto para outro a mesma série de símbolos cada vez mais poderosa: a nossa experiência é fragmentária. (Douglas, 1970, p. 87)

A particularização dos modelos de ação pode indicar a presença de objetivos comuns ou individuais de um determinado grupo. O mais comum, no entanto, é apontar para os dois sentidos, ou seja, ora as ações focam num objetivo comum, ora as ações pulverizam os esforços em disputas por poder. Isso reforça a necessidade de manter sob determinados limites do ambiente as ações do cotidiano que lhe são contextualizados.

Douglas, quando defende que há uma relação entre as preocupações individuais e os ritos primitivos, admite que:

os homens se esforçam, por meio de seus ritos, por criar ou perpetuar uma certa forma de cultura, um certo número de postulados, que lhes permite controlar a experiência. (Douglas, 1970, p. 152)

Podemos trazer para a convivência do cotidiano os limites demarcados que devem ser respeitados. Algumas dessas linhas são ferozmente protegidas por sanções vigorosas e eficazes, que demarcam, mais do que a divisão do trabalho, demarcam a manutenção e o alargamento do poder. Esse aspecto produzirá no trabalho importante contribuição para a identificação da disputa por manutenção e ampliação do poder.

Outro aspecto que introduz importância nas relações é o tratado por Erving Goffman, que identifica a existência de propriedades comuns entre os indivíduos que pertencem a uma mesma entidade ou espaço social. Segundo o autor, esse fio comum poderá estar relacionado com obrigações semelhantes, mesmo tipo de ofício ou tarefa a ser cumprida, ou ainda com a identificação pessoal ou ligação emocional com a entidade. Essa entidade ou espaço social exige de seus integrantes determinadas formas de conduta e deles é esperado um padrão de comportamento (2001).

A constatação de relação entre a existência de propriedades comuns entre indivíduos ou grupos de mesmo ofício, tem evidência na área de atenção à saúde, e de forma especial no segmento hospitalar. O hospital, em certo modelo de atenção, acaba por ser percebido como uma instituição que opera a chamada alta complexidade da atenção, o que lhe credita o reconhecimento de espaço de atenção onde são encontrados os “especialistas”. Ainda que a questão de especialização e complexidade seja discutível, o fato é que o funcionamento do hospital se faz, em grande medida, com uma clara divisão de tarefas e responsabilidades. Inserido neste contexto, as atividades se encadeiam de forma que essa divisão das tarefas e responsabilidades entre os indivíduos e grupos interfere na construção de representações, assim os trabalhadores passam a desfrutar de ocupações territoriais de acordo com essas tarefas, que se revestem de significados. É possível identificar que até mesmo determinados procedimentos têm identidade de melhor performance quando realizados por determinado grupo, que aqui seria representado por determinada equipe, o que lhe concede a apropriação de determinado recurso e/ou espaço, de maneira diferenciada.

O mesmo autor aborda ainda outro aspecto que auxilia na identificação dos limites, das obrigações e ações dos trabalhadores e dos grupos que mantém entre si certa coesão de vínculo. Trata-se aqui do aspecto contratual firmado entre a instituição e o indivíduo. Segundo Goffman, aqui:

encontramos um tema duplo e clássico da sociologia. Na sociedade ocidental, o acordo formal ou contrato é um símbolo desse tema duplo, celebrando, com a assinatura, os vínculos que liga e os limites conhecidos daquilo que liga. (Goffman, 2001, p. 148)

No bojo deste contrato está compreendida a existência de uma capacidade de realização pelo contratado e a expectativa de realização de determinado objeto por parte de quem contrata, o que Durkheim (1975) chamou de “caráter dos participantes”. Esses elementos ficam subentendidos e estabelecem um vínculo entre as partes. Esse aspecto

contratual citado, ajuda a analisar a prática e os padrões de comportamento dos atores envolvidos nas relações, comunicação e a disputa por espaços.

Nas discussões entre os profissionais, independente de sua posição hierárquica, é comum comentários sobre a consciência profissional. Há um sentimento geral de que não se está numa determinada profissão por acaso, trata-se de uma escolha que só é feita por aqueles que têm vocação para isso. A opção por ingresso em um serviço público de saúde, se por um lado oferece a segurança no emprego, já que o regramento do estatuto de servidor público garante sua estabilidade, por outro lado exige o compromisso de permanente contato com a parcela da população menos abonada financeiramente, portanto com muitas necessidades associadas ao seu padrão sócio econômico.

Não raramente a profissão na área de saúde é referida por seus trabalhadores como um sacerdócio, de vocação religiosa. Um cirurgião geral ao tratar do assunto disse que:

Esse trabalho que fazemos aqui é como uma cachaça, ruim no início, mas logo vicia e dá prazer. Pode perguntar aos meus colegas, porque estão aqui na madrugada, no Bloco (cirúrgico) com casos gravíssimos nas mãos, pode ter certeza que pelo dinheiro não é. Essa coisa acabava fazendo com que os profissionais não mais se afastassem daqueles plantões na emergência. Aqui a gente se sente mais vivo, e sabe que fez a diferença. (cirurgião geral - Med)

Há uma mística em torno da prática profissional nas emergências. Ainda que os hospitais privados mantenham certo “glamour” por suas instalações requintadas e o desfile de pacientes “importantes”, são nas salas de emergência dos hospitais públicos que estão os “profissionais mais preparados para salvar vidas”. (INF. Sala 06)

Sempre há a possibilidade de transferir-se para áreas mais “tranquilas”, mas isso nem sempre é motivo de disputa, pois o afastamento por muito tempo para áreas afastadas do foco de atenção das emergências deixa o profissional desatualizado e mais “lento”. Mesmo um motorista de ambulância, que substituía férias de um colega, num dos carros administrativos, se dizia inquieto para voltar para a “agitação da rua”, pois lá se sentia muito mais útil do que na atual função.

É possível perceber que especialmente nas áreas de atendimento de pacientes críticos o trabalho dos profissionais recebe outra recompensa. Essa, de ordem simbólica, é recebida em função da gratidão dos pacientes, familiares e acompanhantes, que expressam de forma generosa sua satisfação com a presteza do atendimento recebido.

Loyola reconhece que os indivíduos agem para além de uma recompensa financeira ou material, ou seja, a ordem utilitária destas recompensas tem um caráter importante, porém não único nessa relação. Os indivíduos buscam alcançar também outro tipo de recompensa, como

o reconhecimento e o prestígio pessoal observado por seus pares, isso não só o faz distinguir dos demais, mas também tem o caráter de situar esse indivíduo, em seu meio, numa escala de poder (Loyola, 2002).

Essa recompensa, porém, não atinge da mesma forma toda a equipe, normalmente tendo uma relação direta com o nível hierárquico dos trabalhadores. O endereçamento do elogio ou reconhecimento de competência e eficácia é feito, usualmente, para a Direção do Hospital ou ao chefe da equipe responsável pelo atendimento, que normalmente está representado pelo profissional médico. Ou ainda, mesmo que não haja, de direito, essa representação por parte do médico, no imaginário dos pacientes a referência de responsabilidade pela cura está fortemente associada à figura do profissional médico.

Aqui, também atento ao aporte fornecido por Bourdieu, é possível observar ser o profissional médico quem detém o maior “capital simbólico” na área da saúde. Em certa medida esse fato pode ser explicado em função do forte paradigma “biomédico”.¹² Apesar de outras profissões também possuírem importante capital intelectual, sem dúvida, a profissão médica acabou por focar, na sua atuação, o caminho e o conhecimento da cura, originando o seu “capital simbólico”, que é reconhecido pela sociedade desde o início da medicina. Esse está fortemente relacionado ao domínio e sedimentação do conhecimento científico, que abrange as áreas de diagnóstico e terapia. Em última instância, o poder da cura está retido no profissional médico, mais do que em outros profissionais.

O capital simbólico enunciado por Bourdieu como um poder invisível, difundido por toda a sociedade, é estruturador de condutas e valores que acabam por viabilizar a continuidade da hegemonia médica, sendo representado pela legitimação das relações de poder e estratégias de acúmulo histórico de prestígio que acompanha a profissão (Bourdieu, 1989).

Ainda sobre o tema das relações, alguns trabalhos como Deslandes, 2000, Pitta, 1994 e Aquino, 1987, expõem um sentimento ambíguo dos trabalhadores em emergências. Ao mesmo tempo em que se sentem desvalorizados em relação à recompensa material e também desmotivados pela falta de estrutura ideal para o desempenho do trabalho, referem muita satisfação em momentos de sua atividade.

¹² O modelo biomédico tradicional baseia-se, em grande parte, numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste numa avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (Engel, 1977; Noack, 1987).

A referência feita por Deslandes ao tratar da forma como a violência é percebida nas instituições que realizam atendimentos de emergência, aponta também para a verificação deste tipo de comportamento e o sentimento dos trabalhadores nestes momentos:

Entretanto, ainda que possa soar contraditório, o mesmo trabalho que produz sofrimento é fonte de realização. Assim, os profissionais identificam habilidades especiais e um perfil diferenciado que não dependem só do conhecimento técnico. Há uma nítida auto-imagem que conjuga prerrogativas de iniciativa individual, capacidade de decisão rápida e domínio técnico. Há, explícito, um prazer em deter e exercer tais habilidades. (Deslandes, 2000, p. 73)

Essa satisfação compõe-se a partir da auto identificação de habilidades especiais. Essas habilidades estão além do domínio técnico, muito relacionadas com a capacidade de decisão rápida e correta, inserindo um diferencial muito precioso.

Douglas (1986), ao refletir sobre a capacidade das instituições de elaborar classificações, faz conhecer que, para analisarmos as representações coletivas, dependemos de classificações que “são fornecidas já feitas, com a nossa vida social” (p. 135). Essa análise permite compreender que há uma primeira instância classificatória que permeia vários dos aspectos da vida social, fornecendo uma infinidade de possibilidades classificatórias, que podem ser baseadas no sexo, tempo, lugar, origem, ofício, etc.. Assim, nossa percepção indica que somos homens ou mulheres, crianças ou adultos, médicos ou pedreiros, ricos ou pobres, etc.. Isso se faz construir, a partir das relações, onde, como membros da sociedade, falamos uns com os outros sobre nós mesmos, e assim, ficam estabelecidas as categorias. No entanto, existe outra forma de “rotulagem”,¹³ essa baseada numa resposta de auto-realização. Esses rótulos interferem no fluxo da vida social, e tem o poder de criar, em certa medida, “as realidades às quais se aplicam” (Douglas, 1986, p.136).

Portanto, é possível inferir que, além da classificação institucional, que estabelece a possibilidade de relacionar os indivíduos de acordo com seus atributos de formação profissional e atribuições, na ambiência que habita, há a possibilidade de alguma diferenciação que se dará a partir do processo de “rotulagem”. O que deve admitir que as pessoas atuam pessoalmente no processo de classificação, ou seja, as pessoas têm algum nível de autonomia no processo de classificação. Essa poderá somar-se ao nível classificatório geral, e adquirir um novo status, diferenciando esse indivíduo dentre seus pares de mesma classificação geral.

¹³ Douglas (1986) utiliza o termo *rótulo* como o resultado de classificações. Essas classificações são elaboradas pelas instituições e podem ser analisadas em níveis que comunicam posições ou atributos.

Ainda que Douglas, aparentemente, discorde da idéia de que as pessoas, ao serem rotuladas, comportem-se de uma maneira diferente do que faziam antes:

Para uma comparação justa, o processo de colocar rótulos em ambos os casos é parte de uma maior ação constrangedora e, em ambos os casos as plantas, os animais e os micróbios respondem ainda mais veementemente do que os seres humanos. (Douglas, 1986, p.138)

A autora admite que algo acontece com o indivíduo que é rotulado:

A diferença real pode ser que a vida exterior à sociedade humana se transforme longe dos rótulos em autodefesa, enquanto a sociedade humana se transforma na sua direção esperando a libertação ou vantagens. (Douglas, 1986, p.138)

Esse diferencial, além de satisfação pessoal, é muitas vezes percebido pelo trabalhador como um elemento que lhe fornece o direito de transgredir o que está estabelecido. Não raramente essa transgressão estará ocorrendo no âmbito da ampliação de domínios espaciais que podem ser, por exemplo, as ocupações e usos diversos daqueles projetados para ambientes onde deveriam se dar ações específicas. Essa força transgressora, que se origina no reconhecimento e respeito de certa capacidade ou habilidade profissional, respalda a ampliação de limites de domínio, atenuando imposições da norma, levando à flexão de seus limites.

Ao mesmo tempo em que essas habilidades contribuem de forma decisiva no atendimento dos pacientes, elas também têm influência quando devolvem à organização as atitudes de despersonalização da autoridade. Essa despersonalização, comum nas organizações burocráticas,¹⁴ poderá, delimitando a jurisdição da atividade individual, funcionar como uma auto-proteção, repassando aos escalões superiores a responsabilidade das soluções fora do seu estrito saber. Essa postura, já percebida e estudada por Weber (1981), pode, em situações de disputa, transformar-se em moeda para negociação de vantagens que em última instância significa o alargamento do poder do indivíduo ou de grupos que se articulam com objetivos comuns.

A instituição aqui focada apresentou, durante o período de estudo, uma condição favorável para a observação das questões a serem estudadas, já que neste período passou por reformas em sua área física. Isso permitiu a observação e análise da forma como se dá o processo de ocupação dos espaços concebidos. No tocante à normatização para a concepção

¹⁴ Como referido anteriormente, o HPS apresenta traços de uma estrutura burocrática, por conta de características inerentes ao serviço público, onde a Dominação Legal (Weber, 1981) está presente. Ainda que sua estrutura de atuação possa ser mais bem enquadrada como tecnocrática (Enriquez, 2007).

dos espaços de assistência, há uma já consolidada Legislação, que se apresenta como Resolução Nacional. Essa é tomada por base para a organização dos espaços e sugere a sua ocupação de acordo com os procedimentos a serem desenvolvidos em cada um desses espaços. De outro lado há a possibilidade de observar e interpretar a forma como seus habitantes procedem a ocupação e utilização desses espaços. Nesse processo, passam a contribuir elementos de outra ordem, agora mais relacionados aos aspectos de disputa e manutenção de privilégios.

A instituição apresenta ainda outra característica que alargou a possibilidade de observação do mosaico de ações que constituem o processo do cuidado, as relações e disputas nele envolvidas. Por suas características e função no sistema, o Hospital de Pronto Socorro, possui, além das áreas de atendimento imediato, chamadas de “ambulatórios de emergências”, também áreas de internação dos pacientes, cujo estado de saúde requer especial atenção da equipe e suporte tecnológico específico.

Esse processo, que transfere a responsabilidade do cuidado do paciente para outra equipe, também mostra limites de territorialização, ainda que se reconheça a existência de uma linha de cuidado que firma protocolos e condutas. A transferência de paciente de uma equipe para outra, transfere também uma bagagem de prescrição a que foi submetido o paciente até então. Essa bagagem está baseada em conhecimento técnico retido pelo profissional ou equipe de atendimento, que pode ser comparada ou compreendida como a tecnologia “leve-dura”¹⁵ – de uma das valises de Merhy - , e será por óbvio objeto de observação pela nova equipe que passa a ser a responsável pelo paciente. Mesclam-se assim territórios no âmbito da opção por uma conduta que poderá ou não ter sua continuidade garantida de acordo com a interferência dos diversos fatores que influenciarão essa decisão. Acrescente-se ainda que a migração de determinado paciente para a atenção de outra equipe o faz migrar também de ambiente de atenção, cuja tecnologia (agora “dura”¹⁶) será diferente da anterior em determinados aspectos que interferirão na forma como a ação de atenção à saúde se dará, portanto da forma de sua territorialização (1994).

Durante o período de observação realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, foi possível identificar que a forma como se dá a ocupação dos espaços obedece a fatores que estão relacionados às regras normativas, que são base para o processo de

¹⁵ Segundo Emerson Merhy, tecnologia leve-dura indica os saberes estruturados e a experiência profissional. (o conceito será melhor tratado no capítulo 2).

¹⁶ Segundo Emerson Merhy, tecnologia dura é aquela relacionada a o uso de máquinas (o conceito será melhor tratado no capítulo 2).

concepção destes espaços, e também por uma intensa negociação entre seus habitantes. Nesse processo de negociação estão presentes ações de imposição e submissão baseadas em relações hierárquicas de fundamentação institucional ou hegemônica, disputas pela manutenção de privilégios e alargamento do poder de grupos. Ainda que essa ocupação tenha um momento de definição inicial, onde os corpos setorizam-se de acordo com uma regra ou símbolo de prevalência, que se constitui num núcleo defendido de forma vigorosa, há uma “franja” espacial que migra de domínio de acordo com contingências e trocas negociadas.

É importante perceber que as relações que são percebidas como se fossem jogos de poder, tem que admitir jogadores dos seus dois lados, ou seja, o exercício de poder tem que admitir a existência da submissão por outro jogador. Essa dinâmica se faz por necessidades e interesses de cada uma das partes, o que pode ser observado na instituição estudada.

Esse jogo de poder é estimulado pela disputa desta franja espacial que não se trata apenas de disputa do espaço físico, mas vai além disso, avançando sobre processos de ganhos e perdas que se fazem aparentes na ambiência da instituição estudada.

Para além das regras que conformam os espaços de cuidado à saúde, das suas origens e do seu processo de evolução, para além das disputas que podem ser observadas e analisadas, é preciso também considerar que cada instituição está referida a uma situação particular. Ou seja, cada lugar além da sua referência espacial que segundo Giddens (1989) poderá se dar a partir de coordenadas, mas não só por elas, não deve ser considerado apenas como simples “local de trabalho” onde acontecem ações sociais. O espaço é mais do que isso, antes de tudo é um contexto de interação onde os indivíduos transformam as estruturas sociais.

A instituição estudada não é diferente, e também tem um referencial que é construído a partir de interações entre seus habitantes, que produzem concessões e impedimentos, e tem respostas baseadas numa cultura própria. Portanto, para além da aproximação que se fez, fechando o foco até os limites físicos específicos do HPS, não se deve admitir que chegamos tão perto da instituição estudada como se deveria. Isso só será possível na medida em que suas entranhas puderem ser observadas. Assim ao olhar por dentro a instituição, o que se propõe é que seja possível apreender suas particularidades para além do escudo institucional, penetrando nas suas áreas protegidas.

Como já foi descrito, os espaços onde se dão o cuidado à saúde, especialmente os que cuidam das urgências e emergências, são reconhecidos como lugares cuja dinâmica confere aos seus trabalhadores uma especial valoração. De um lado, pela sua dedicação e capacidade técnica para a realização da tarefa do cuidado de pacientes com importantes agravos à saúde, de outro, pelo reconhecimento de que a natureza desse trabalho é penoso. Ainda outra

referência, essa trazida pelos trabalhadores, é de que essa atividade é considerada um sacerdócio, ou seja, é necessário que exista uma vocação para essa tarefa, não sendo a remuneração o seu principal atrativo.

Há, no entanto outro ângulo para observar a dinâmica da instituição. Trata-se de uma visão de um ângulo interno, que possibilita identificar ações e comportamentos muito específicos. Essa visada permite que se observe um intenso processo de subversão das áreas de atendimento em espaços para outras finalidades não diretamente relacionadas ao processo de cuidado. Há ainda um processo de apropriação pelos trabalhadores que pode ser observado em vários aspectos, mas especialmente a apropriação de espaços e objetos que possam proporcionar-lhes conforto. Esses processos de subversão e apropriação mostram uma atitude de não aceitação da ambiência da forma prescrita, desembocando em ações que propõe um rearranjo que faz flexionar os limites da norma. Esses rearranjos acabam por transfigurar os espaços funcionais, dando-lhes uma utilidade que guarda pouca relação com o processo de cuidado, no entanto estabelecem um campo de observação importante para a etnografia da instituição, que será analisado nos capítulos seguintes.

Neste sentido podemos referir a idéia de processo de apropriação proposto por Fisher (2001), que para esse autor, trata-se de um dos processos mais complexos. Indicações mostram que o indivíduo jamais se mantém inscrito nos limites estritos dos espaços funcionais, ou seja, o indivíduo não se submeterá integralmente aos limites impostos pelo arranjo estritamente funcional. A tendência será de modificar esse arranjo, dando-lhe novos limites e operando a apropriação através da inclusão de elementos diferenciadores. Esses elementos, que Fischer chamou de “suportes ambientais”, podem ser diversos, incluindo aí os de posição, relação com fluxos, diminuição da exposição e mobilidade.

Podemos interpretá-lo (o fenômeno de apropriação) como um processo de nidificação, isto é, um estilo de ocupação que transforma determinado espaço na casa da gente. (Fischer, 2001, p. 97)

Há ainda considerações que devem fazer parte dessa aproximação, trata-se de elementos que são inerentes ao indivíduo, humano e suscetível à ambiência a qual está submetido. Temos que reconhecer, que, para além de sua condição de trabalhador, esse indivíduo é também um ser que carrega a complexidade inerente de sua natureza. Ainda que a observação deste indivíduo se faça com foco nas suas relações de trabalho, sua integralidade não é desfeita por esse recorte. O indivíduo permanece um ser completo e se manifestará como inteiro que é.

As pessoas não se reduzem a ser apenas mão-de-obra ou criadores de significações. Eles são necessariamente, ao mesmo tempo sujeitos dos dois e submetidas subjetivamente aos dois, ou seja, elas se definem como mão-de-obra e ao mesmo tempo como portadoras de diferentes identidades sociais múltiplas e interligadas. (Clegg, 1986, p. 56)

Recentemente acompanhei um episódio no HPS que ficou marcado como um dos mais inusitados, e que dá, em alguma medida, elementos que caracterizam essa particular instituição. Desde já devo advertir que faço parte da grande maioria dos trabalhadores da instituição, e dos cidadãos da cidade, que coloca no HPS o mais profundo respeito e reconhecimento pelo trabalho que desenvolve.

O episódio faz parte de um contexto onde estávamos realizando obras de reforma dos quadros elétricos do hospital. Trata-se de uma obra que exige uma série de cuidados especiais já que não é possível a desativação total destes quadros para as operações de conexão dos alimentadores elétricos. Ou seja, a energia elétrica não pode ser desligada sem cuidados que garantam a permanência em funcionamento dos equipamentos que estão assistindo os pacientes. Assim, é importante que todas as áreas passem por um processo de preparação, é necessário que os responsáveis por cada uma das áreas de atendimento saibam o que será desligado em cada momento, e então, atue no sentido de providenciar os remanejamentos de equipamentos ou o uso de fontes alternativas de energia que garantam o funcionamento dos equipamentos de necessidade vital para os pacientes.

Na tarde em que ocorreu o incidente, havíamos planejado o desligamento de determinado grupo de cargas elétricas, para o quê, nos dias anteriores, havíamos realizado reunião e apontado todas as providências necessárias para que nenhuma unidade ficasse sem energia.

Tudo havia sido planejado para a realização do desligamento, que incluía as áreas de Laboratório, Unidade Coronariana e Central de Abastecimento. A indicação é de que o desligamento ocorreria com tranqüilidade, como haviam sido os anteriores em outras áreas. Às 13horas e 30min desligamos o quadro que abastecia as áreas, como programado. Passado o período crítico inicial,¹⁷ os trabalhos foram iniciados. A previsão de término da operação e religamento dos quadros estava acertada para as 17 horas. Já eram 15 horas quando foi recebido um chamado urgente. A solicitação vinha de uma UTI e informava que dois boxes estavam sem energia. Os alarmes dos equipamentos haviam disparado (respiradores e

¹⁷ Consideram-se os primeiros 15 min. de um desligamento, como os mais críticos já que pode ocorrer a necessidade de reverter o desligamento por alguma anomalia não prevista. São silenciosos 15min em que todo o grupo que realizará o trabalho espera sem realizar desmontagem ou transferências. Se algo der errado tudo é imediatamente restabelecido sem a realização dos trabalhos planejados.

monitores estavam acusando falta de energia). De imediato um dos eletricitistas foi verificar o que ocorria, mas o que mais preocupava a todos é que essa informação não tinha lógica se cotejada com a operação que se realizava. Uma coisa não tinha nada a ver com outra, e isso era o pior, porque não havia um modo de solução imediato. Como poderia ocorrer falta de energia em uma área sem que estivesse no plano de desligamento, e ainda quase duas horas depois de termos desligado o quadro? Tinha que ser uma ocorrência isolada e independente. Mas porque só dois boxes? Nada fechava com a lógica ali pensada. Havia passado um “longo” minuto de total silêncio no interior da subestação, onde estávamos, e ninguém conseguia entender o que ocorrera, quando veio a informação pelo rádio: *“rearme os disjuntores tá tudo normal de novo, mas preciso de alguém por aqui”*. Essa informação, dada pelo rádio, era do eletricitista que havia subido para a UTI origem do chamado, e tinha pelo menos três mensagens incluídas na frase; a primeira era que todos nós podíamos respirar novamente, a segunda era que o problema estava resolvido e a terceira era que o eletricitista precisava que “alguém”, com hierarquia superior à sua, fosse em breve até o local do incidente onde ele esperaria. Tomadas as providências necessárias, o serviço foi concluído, e após isso, as informações sobre o que havia causado o incidente foram recolhidas e discutidas.

O que foi apurado é que os funcionários da unidade de trabalho haviam obtido, não se sabe onde, uma extensão elétrica para ligar o forno elétrico que é mantido na copa, já que com o desligamento de energia, a tomada elétrica onde o mesmo funciona, plugado ficou desligada, ou seja sem energia. Ocorre que a extensão utilizada para fornecer energia ao forno foi plugada na rede elétrica que abastecia os boxes de pacientes, como a potência elétrica do forno excedeu a capacidade do ponto de consumo, os disjuntores acabaram desarmando por “sobre corrente”. Isso ocorrendo, os equipamentos entraram em “modo de segurança” com o consumo das baterias internas e sinalizaram a ocorrência, soando os alarmes. Complementarmente, foi apurado que o forno havia sido ligado com o objetivo de preparar uma “cuca doce” para consumo dos trabalhadores da unidade, naquela tarde gelada de julho.

O que se pode perceber aqui é uma modalidade de subversão que vai para além de uma iniciativa com o intuito de obter vantagem no âmbito da conquista de um espaço, de um território, ou mesmo um ato focado na demarcação de limites de certo domínio. Não estava em jogo alguma disputa de poder que se pudesse evidenciar. A atitude dos trabalhadores, observada neste episódio, mostra uma forte resistência, ou incapacidade, em adequar seu cotidiano ao procedimento antecipadamente acordado e programado. Rompendo a lógica que havia orientado os cuidados necessários para a realização do desligamento de energia, a atitude de utilizar uma extensão elétrica, e ligar um forno para o preparo de uma cuca, se fez

contrariando os mais elementares princípios de segurança. Neste caso poderíamos classificar o ato, que não se deu individualmente, mas sim pelo grupo de trabalhadores da unidade, como um protesto simbólico.

Encaminhando para a finalização deste primeiro capítulo, entendo que sua importância foi a de trazer a forma como ocorreu a evolução das práticas de atenção à saúde, que ao longo do tempo a sociedade provocou. Verificar que junto a essa evolução dos cuidados na atenção à saúde, ocorreu a conformação dos espaços que proporcionariam a atenção praticada em cada momento de sua evolução, e nestes se desenrolaram relações entre seus habitantes que apontam disputas por poder e hegemonia.

A pretensão foi de afunilar, a partir de uma visão geral das ações em saúde praticadas pela sociedade, passando para o contexto brasileiro de atenção, a visualização de sistema, e do hospital como um de seus componentes. A contextualização da instituição estudada no sistema de atenção às Urgências, sua especificidade, e a particularização dos espaços que a compõem sua ambiência, ajudarão na abordagem que se pretende fazer.

Penso que o presente capítulo foi ainda capaz de trazer para o foco algumas questões importantes para a seqüência do estudo no qual se pretende embrenhar. Parece correta a inferência de Fátima Florentino (2006) que as práticas de saúde se desenvolvem numa engastada relação com a forma como as sociedades se organizam. Apontam para essa conclusão algumas indicações da evolução dos espaços e das relações que se dão no processo da atenção à saúde. A evolução das práticas de saúde se deu inicialmente em movimentos com o interesse de preservar a mão de obra, seja para a produção de bens, para a ampliação de domínios ou para a sobrevivência dos exércitos, que representam necessidades para a manutenção de um modo organizativo da sociedade. Parece ainda, que seja assim em grande medida, o que ocorre com outras práticas, como a indústria e o comércio, também guardando essa relação. Assim, o reconhecimento de que existe essa relação não oferece uma novidade e não particulariza a prática de atenção à saúde, no entanto fica saliente a necessidade de se verificar como essa relação se deu ao longo do tempo e o que transfere para os dias atuais, seja na sua base conceitual, seja na relação simbólica.

O resgate da evolução dos processos de atenção à saúde possibilitou ver a migração do poder que essa atividade ofereceu aos seus operadores. Como abordado por Giovanini, o início do cuidado da saúde se deu no âmbito familiar e teve como protagonista a mulher. A questão de gênero, ligada a cura e a sobrevivência, deu à mulher um poder que passou a ser cobiçado na sociedade da época. Identifica-se então a conduta da Igreja em absorver para si essa tarefa, o que acaba levando ao processo de mistificação da cura. Esse movimento afastou

a possibilidade de uma evolução com maior fundamentação científica. Migrando para a igreja o poder relacionado ao cuidado e para os altares o espaço da salvação.

O afastamento de fundamentação científica deslocou o eixo do cuidado do corpo para o cuidado do espírito. Os atos de atenção à saúde não são mais realizados no âmbito da família ou da pequena comunidade, mas sim em espaços onde se dão simultaneamente o culto e o ensino religioso. Recebendo os velhos e doentes, os hospitais são lugares para morrer, onde se faz a salvação da alma.

No século XVIII ocorre nova migração do poder da cura, agora proporcionado pelo ingresso da clínica. A figura do médico passa a ser hegemônica, ligando a vitória da cura sobre a doença como consequência do conhecimento científico representado por esse profissional. A identidade do capital intelectual percebido pela população na figura do profissional médico, segundo Bourdieu, acaba por lhe conferir o “capital simbólico” que se mantém até hoje. Essa hegemonia é capaz de aferir às relações entre as diversas carreiras da área da assistência à saúde, o que pode ser identificado como uma “violência simbólica”, que se apresenta na forma de ações e procedimentos que são aceitos e não questionados.

Parece sedimentar-se a percepção de que a cura, em grande medida, está associada ao conhecimento científico. Avedis Donabedian (1988) esclarece que não há como avaliar serviços de saúde sem considerar aspectos relacionados à estrutura, processo e resultado, incluindo no conceito desses elementos a questão do acúmulo científico do staff profissional como elemento que associa qualidade ao processo de cuidado.

Fica evidenciado, pelo resgate realizado, que, como um movimento pendular, o objeto do cuidado esteve focado, hora no espírito, hora no corpo do paciente. Essa seqüência de migração no objeto do cuidado levou junto a hegemonia do cuidador. Primeiramente uma questão de gênero concedeu o poder da cura para a mulher, que acaba sendo capturado pela igreja, e após pelo profissional médico, por conta do ingresso da clínica no processo do cuidado. Creio que seja importante reter aqui, que subordinado a esse movimento migratório do objeto do cuidado, os espaços para essa prática alteraram-se. Primeiramente o cuidado estava circunscrito ao ambiente familiar, após, com o objetivo da salvação da alma, as ações passaram a ser desenvolvidas em santuários, e por fim, com o ingresso da clínica, os espaços particularizaram-se, dando origem aos hospitais.

Assim, a evolução das práticas do cuidado e da cura traz consigo a alteração dos espaços onde se dão as ações do cuidado. Essas alterações são importantes e se fazem refletir nos resultados obtidos em relação à cura e sobrevivência dos pacientes.

O espaço de atenção passa a ter o olhar crítico dos estudiosos que já se apercebem que os resultados têm relação com sua conformação e uso. Mais do que o inventário desses espaços são observadas as relações entre seus habitantes e as características comportamentais. Sob este ponto de vista são importantes as contribuições de Michael Foucault (1977), com a percepção, entre outras contribuições teóricas, que a sujeição disciplinar que molda corpos dóceis auxilia na tarefa do cuidado permitindo a administração do complexo espaço de produção em saúde. Irwin Goffman (2001), auxilia na compreensão dos laços que se formam entre trabalhadores com obrigações semelhantes que interferem na existência de propriedades comuns, podendo também explicar a convergência de esforços quando para manter e alargar domínios de determinado grupo. Também contribuem Antony Giddens (1989) ao apontar que os espaços estão referenciados por um sistema de coordenadas e por isso não são meros espaços físicos, mas sim elementos que interferem nas representações, e Émile Durkheim (1975) que faz refletir sobre o caráter dos participantes onde está tensionado o contrato firmado que tem de um lado a capacidade do contratado e de outro a expectativa de realização do contratante.

Essas abordagens permitem trazer à luz questões fundamentais para a compreensão das interações de seus habitantes e estes com os espaços que habitam. Ainda que com enfoques não idênticos, os autores acabam apontando para a percepção de que esses espaços, onde se dão as ações que compõem o cuidado da saúde, são portadores de elementos particulares. Esses elementos fazem parte do cotidiano da instituição de saúde e adquirem importância preliminar para compreender a dinâmica que atua nessas instituições.

Também aqui Donabedian (1988) identifica elementos que são importantes para a avaliação dos serviços de saúde. Como já referido, o aspecto da estrutura está intimamente aderido ao espaço, referido como elemento que não pode ser considerado apenas como um local onde acontecem os eventos. Mas também os aspectos que Donabedian chamou de “relações interpessoais”, devem ser consideradas na avaliação qualitativa dos serviços de saúde.

Mary Douglas (2000) apresenta razões que justificam a forma de agir dos indivíduos baseada na perpetuação da operação de modos que garantam controlar a experiência. A autora identifica a ritualização das formas de fazer associada a elementos simbólicos. Afirma que o nosso comportamento também tem uma significação simbólica, residindo a nossa diferença em relação aos povos primitivos, no fato de nossa experiência ser fragmentada porque limitamos nossos comportamentos a contextos que vestem de normalidade nossa atuação.

A observação mostrou que a prática profissional nas emergências é acompanhada de certa mística, e que esse “sacerdócio” é para poucos. Loyola (2002) encontra justificativa para esse exercício, fundamentando que os indivíduos “agem para além de uma recompensa financeira ou material”. Está em jogo obter outro tipo de recompensa: o prestígio e a distinção.

O capítulo identifica que há certa regulamentação na relação dos trabalhadores com sua ambiência. Parte dessa regulamentação, mais normativa, diz respeito a ocupação setorializada que se dá por força de atribuições, e que outra parte se manifesta numa intensa negociação que pode ser compreendida como um jogo de poder.

CAPÍTULO 2 – A AMBIÊNCIA

O termo ambiência, dado ao título deste capítulo, é interpretado como o conjunto de elementos que interferem na construção das representações. Participam desse conjunto o espaço físico, as relações que se dão nesse espaço entre seus habitantes, bem como as relações destes com o ambiente físico que habitam, tendo no tempo o seu elemento de situação. Essa interpretação busca auxiliar na observação e análise do sítio que compõe a instituição estudada, permitindo visualizar elementos que interferem nas representações e que estão fora de seus limites geográficos.

Este trabalho foca a observação e análise da ambiência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre recortando um grupo específico de habitantes, os trabalhadores. Esse recorte retira a possibilidade da análise das relações travadas entre os trabalhadores e usuários, e entre os usuários (pacientes ou não), nesta mesma ambiência. Feita a confissão, justifico o pecado em função da necessidade de estabelecer os limites necessários para o empreendimento proposto. Ainda que esse recorte, assim como outros realizados no presente trabalho, de forma consciente ou não, possam causar discontinuidades, o estudo não teve a pretensão de abordar todos os aspectos da ambiência da Instituição estudada, mas aqueles que se puseram como os mais instigantes para o pesquisador.

Assim, dando seqüência a essa proposta, o presente capítulo tratará inicialmente do modo como se deu minha inserção no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, quando nomeado para a função de Engenheiro responsável pela organização e concepção de seus espaços de atenção. O texto traz o relato de alguns episódios que mostram a forma como são atribuídas, conquistadas e demarcadas as linhas de autoridade nas equipes de trabalho, bem como a maneira como essas linhas influenciam a ocupação dos espaços da instituição.

Foram trazidas para o capítulo a conceituação de tecnologia e a reflexão sobre uma possível forma de enquadramento para os diversos “tipos” de tecnologias que podem ser identificadas na área de saúde. Essa reflexão amplia o contato com atributos que os espaços de atenção devem abrigar. Também a abordagem que configura a possibilidade de distinção

de “espaços” e “lugares”, mesmo não sendo aprofundada, ajudou a compreender que a função dos habitantes, o ‘ver’ ou o ‘fazer’ nos espaços que habitam ou percebem, transforma-os em objetos diferentes (Augé, 2007).

O capítulo trata também sobre as visões que algumas disciplinas utilizam para abordar os espaços de atenção em saúde, especialmente os seus edifícios, focando a análise na sua espacialidade e posicionamento estratégico enquanto empreendimento, que tem como função abrigar as ações do cuidado em saúde. Essas disciplinas propõem métodos que buscam analisar os resultados que esses espaços oferecem para a ação do cuidado, levando em conta questões de eficiência, eficácia, segurança e relação com o meio ambiente de inserção.

Ao apresentar o hospital estudado, o texto marca qual é a sua missão no sistema de atenção à saúde em que está inserido, e mostra sua dinâmica de funcionamento. O capítulo trata do processo técnico e conceitual que apóia o planejamento e a concepção dos espaços de atenção à saúde. Também apresenta exemplos de subversão destes espaços quando da sua ocupação e após esta, que os transforma para atenderem outras atividades e funções, não previstas no planejamento realizado, pelo que foi chamado de “núcleo duro”.

No andamento do capítulo está explicitada uma confissão metodológica que resultou na estratégia de análise mais focada na ocupação daqueles espaços que são habitados pelos trabalhadores nos momentos de afastamento do foco de tensão,¹⁸ os “territórios primários” (Altman, 1975). Essa opção, baseada nos conceitos de “tempo cíclico” (Hassard, 2001) e “áreas de bastidor” (Goffman, 2001), permitiu analisar aspectos de hierarquia e de adesão ou resistência à norma, proporcionando que os próprios habitantes buscassem justificativas para os fatos constatados.

Em 12 de janeiro de 1989 assumi a função de engenheiro no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Ainda que me sentisse preparado para a função, sabia ter pela frente uma importante carga de aprendizado a absorver. Já havia trabalhado em hospitais, conhecia algumas das dinâmicas que operam nestes espaços, mas sabia também que cada hospital possui suas características próprias.

Uma das atribuições das áreas de engenharia e arquitetura nos hospitais consiste em garantir que seus espaços sejam capazes de acolher tecnologias de cuidado, e assim colocá-las à disposição do processo de trabalho. Essas tecnologias podem ser de tipos diferentes e ter aplicação em âmbitos diversos.

¹⁸ “Foco de tensão” aqui quer representar a situação de atendimento de um paciente, especialmente quando esse cuidado é gerador de tensão e ansiedade nos trabalhadores que realizam as tarefas que compõem o cuidado que é prestado. Haja vista o HPS ser uma instituição que atende pacientes com risco de vida, essa tensão é referida de forma sistemática pelos trabalhadores.

O termo tecnologia pode representar “um corpo de conhecimentos, ferramentas e técnicas, derivados da ciência e da experiência prática, que é usado no desenvolvimento, projeto, produção e aplicação de produtos, processos, sistemas e serviços” (Abetti – 1989), ou ainda de forma mais abrangente, como no Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, de Lalande (1993), onde tecnologia é o termo que, por metonímia, vem freqüentemente substituir o termo técnica, o qual designa:

... o conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis... São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos. (Lalande, 1993, p.1109)

Não raro, na área da saúde, os processos de incorporação de tecnologias são criticados por seus usuários, em função do forte apelo da indústria que passa a idéia de soluções fora do alcance possível, especialmente na expectativa de seus resultados.

As pessoas imaginavam que com a instalação do tomógrafo teríamos muito mais tranquilidade no diagnóstico. Mas não é bem assim. Na verdade agora identificamos “coisas” que antes não eram identificadas com a radiologia convencional. Às vezes não sabemos o que fazer com essa informação. (informante 11 SAE)

Há ainda situações em que a utilização de novas tecnologias encontra forte resistência para sua utilização. Isso se explica na medida em que a introdução de uma nova tecnologia pode representar a alteração de determinado processo de trabalho que se fez seguro e confiável por muito tempo. É um tropeço na marcha do processo de trabalho que vem se desenvolvendo de determinada forma. A implantação de uma nova tecnologia exige o aprendizado de novos métodos e processos, o que faz com que exista a necessidade de admitir uma quebra na segurança e/ou autonomia, provocada pela mudança. Ainda que possa parecer contraditório, já que o segmento saúde vive constantes avanços tecnológicos, há uma permanente necessidade de convencimento para a utilização de processos que significam abandonar rotinas mantidas por longo tempo na área.

Não obstante haja um manifesto entusiasmo na utilização de um novo equipamento, outras tecnologias como protocolos assistenciais, que inserem padrões universais de método e supervisão, não recebem a mesma manifestação, assim como também a implantação de tecnologias que estabelecem a possibilidade de maior controle, da organização, sobre a eficiência do processo de trabalho estabelecido. É o caso da utilização do Prontuário Eletrônico.

Segundo Stewart Clegg (1996), é característico das organizações, a busca de ferramentas que proporcionem a implantação de práticas estratégicas globais de disciplina. No entanto, é evidenciada a presença de forte resistência dos indivíduos a controles¹⁹ formais, em todos os processos fundamentados em práticas disciplinares, no âmbito de um contexto hierárquico.

Assim, não obstante a implantação do processo de prescrição eletrônica – Prontuário Eletrônico – propicie maior segurança e organização, já que nele pode ser estabelecida a necessidade de diagnóstico e o plano terapêutico para os pacientes em atendimento, o temor da possibilidade de utilização do instrumento como um método de controle, inibe de forma veemente a implantação da tecnologia.

Essa invenção de realizar a prescrição do paciente no sistema de informática serve para policiar os médicos. Uma receita pode ser escrita “à lápis em papel de pão” que terá o mesmo resultado de toda essa parafernália. (Informante JKL)

A tecnologia pode representar ainda o estabelecimento de um ambiente protegido, onde os que dominam esse saber e fazer se utilizam daquela fração de ambiência como ferramenta de domínio, facilitando ou constringendo a interação para fora daqueles limites.

Há ainda percepções que se referem aos aspectos positivos de novas tecnologias, porém admitem que elas devam ser emparelhadas com processos de escuta suficientemente potentes para não fecharem-se em si mesmas. Esse ponto de vista ressalta a importância das tecnologias que abrigam as interações que ocorrem no atendimento, entre os profissionais e esses com os pacientes.

Emerson Elias Merhy, em “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas” (Merhy, 1994), traz para a reflexão no âmbito da análise da disponibilização e uso de tecnologia na área da saúde, uma classificação dos tipos de tecnologias que podem ser percebidas no ato do cuidado. Esse autor propõe que se imaginem as tecnologias utilizadas no ato do cuidado médico, como se fossem o conteúdo de valises. Essas valises seriam capazes de conter determinadas modalidades ou tipos de tecnologias que são acessadas de acordo com as necessidades do mosaico de ações que compõem o cuidado da saúde.

A primeira valise estaria vinculada com a mão do profissional, nela estariam guardados: o estetoscópio, o termômetro, o aparelho para verificação de pressão, o ecógrafo, etc.. Seria a valise onde estariam também muitos outros equipamentos de diagnóstico e terapia, que expressam uma grande “caixa de ferramentas tecnológicas”. Essa primeira valise,

¹⁹ A temática que refere mecanismos de controle, onde é regulamentada a avaliação interna e são estabelecidos os deveres dos membros da organização, é chamada por Foucault (1970) de “práticas disciplinares”.

segundo Merhy (1994), seria aquela que representa o que chamou de “tecnologias duras”. A tecnologia dura tem em si própria, uma dose de sedução que está relacionada com a sensação de modernidade. De maneira geral essa “modernidade” tem certo grau de relação com os hospitais, especialmente os que rotulam especialidades para o tratamento de determinadas doenças.

A segunda valise estaria na cabeça do profissional, essa valise conteria os saberes bem estruturados, a experiência profissional, a capacidade de relação entre causa e efeito, o conhecimento clínico, a epidemiologia e outras disciplinas que o autor chamou de tecnologias “leve-duras”. Não há dúvidas que essa valise representa, em grande medida, a formação profissional e a construção de saberes que são acessados na medida em que as informações sobre o paciente, ou conjunto de pacientes são processadas.

Por fim, a última valise conteria o conjunto de tecnologias que foram chamadas pelo autor de tecnologias “leves”. Estas seriam produzidas no espaço relacional trabalhador-usuário, resultantes das relações entre dois sujeitos, que só teriam materialidade “em ato”. Representam também a capacidade de formação de vínculo entre o profissional e o paciente e para elas concorre uma série complexa de questões como a capacidade de interpretação e confiança que se estabelecem no ato da prática.

Essa forma de pensar a questão das tecnologias ajuda a apurar a percepção quando se faz a análise do que está em ocorrência, e qual a prevalência das modalidades distinguidas no exercício proposto se sobressai sobre as demais. É, porém, limitada em dois aspectos, já que o foco na atuação do profissional médico traz parte da multiplicidade de saberes e fazeres do cuidado, e, por óbvio, as tecnologias distinguidas não ocorrem separadamente, mas num sinergismo delas. O que se deve reconhecer é que essa contribuição de Merhy (1994) é das poucas que traz essa discussão, especialmente ao vincular a construção “em ato” da prática da tecnologia do cuidado. A reflexão admite a participação do paciente e de outros elementos nesta construção, reconhecendo que a tecnologia do cuidado não está pronta, mas que o cuidado se constrói com a interferência da ambiência.

Importante observar que, sob a ótica da micropolítica dos processos, todas as três formas de tecnologia apontadas são processos produtivos singulares relacionados com determinados tipos de produtos. De forma complementar, as tecnologias se interferem, mesclam focalizações e tendem a habitar uma arena de disputas com incentivos e constrangimentos. Essas disputas ocorrem com base em elementos como os de ordem da formação profissional, do interesse comercial, da análise do custo efetividade e da política de

atenção à saúde adotada pela Instituição ou pelo conjunto de instituições que constituem um sistema de atenção.

Há, via de regra, uma tendência a valorizar mais uma ou outra tecnologia, o que interferirá na forma de conceber e concretizar espaços físicos que possam garantir o acolhimento das tecnologias de atenção.

Eis aqui uma necessidade fundamental para a prática de engenho espaços que comportem tecnologias de atenção à saúde. É necessário compreender que certas tecnologias passam por lugares às vezes distantes da lógica aprendida na academia. Junto a essa necessidade está também outra; a de perceber os espaços além de sua materialidade concreta, enxergando além dessa materialidade, as representações que são construídas a partir dela. Talvez melhor compreendê-los como objetos sociais, que representam algo mais do que o abrigo de determinada atividade.

É aqui que podemos conhecer de fato as pessoas (colegas de trabalho), lá dentro na hora do atendimento todo mundo está concentrado em fazer o que foi treinado para fazer, depois que nos conhecemos um pouco mais, sabemos ler até a expressão do rosto das pessoas. Aí sim entendemos o que se passa com elas na hora do atendimento. (Informante 33 POLI)

É impossível atender pacientes sem que venham lembranças de outros atendimentos ou até mesmo de momentos que já passamos e que nos dão a mesma sensação. (Enf. SAE3)

Às vezes um gesto faz reviver uma lembrança do que foi tratado entre nós. (Informante 33 POLI)

Não adianta termos o "supra-sumo", o equipamento mais desejado ou os melhores medicamentos, tem uma parte que está na maneira de tratar o outro que está ali, indefeso e sofrendo. Se não tiver confiança o resultado não é o melhor. (Informante DHZ)

Segundo Giddens (1989), as duas categorias, espaço e tempo, são de importância fundamental para a compreensão das interações entre os agentes sociais, por isso, ao considerar os espaços onde se realizam as atividades de trabalho, esses não podem ser reduzidos a uma descrição do local de trabalho, mas sim como um sistema complexo de relações que acaba por ligar os elementos espaciais, físicos e simbólicos à vida do serviço.

O espaço é, na verdade, um complexo contexto de interação e não um mero palco que ambienta as ações sociais promovidas pelos agentes. Nesse contexto de interação é onde os indivíduos expõem, reproduzem e transformam as estruturas sociais (Giddens, 1989).

O espaço é concebido pela sociedade que o ocupa em função de um conjunto de determinações que compreendem desde a utilização que se dará ao mesmo até o seu sistema

de representação do mundo. Baseado nesse conjunto de determinações, a sociedade o constrói, modifica e substitui o espaço. Assim, a forma como os espaços são concebidos e ocupados por determinada sociedade ou grupo social, pode permitir interpretações acerca da forma como essa sociedade vê o mundo. Fazendo de sua relação com o espaço a universalização de sua particularidade, ficam transcritos para os territórios ocupados, modificados e abandonados, muitas informações que permitem interpretar a sociedade.

A ação da sociedade sobre o espaço é percebida primeiramente na forma de prover abrigo e segurança, por isso é marcada primeiramente nas formas de habitação. Porém, além desta primeira forma de ocupação, também a forma de exploração dos recursos para sobrevivência indicam uma maneira própria de ocupação e alteração do espaço físico das sociedades. Independente das modalidades de ocupação dos espaços - seja para abrigo, para exploração dos recursos necessários à sobrevivência, ou territorializações para a administração da própria sociedade que ocupa o espaço - essas formas de ocupação e modificação dos espaços são inseparáveis de uma codificação simbólica.

Segundo Gustave-Nicolas Fischer “O espaço foi, durante muito tempo, uma dimensão desconhecida das Ciências Sociais”. (Fischer, 2001, p. 82) Os trabalhos científicos, preocupados em estudar os fenômenos que ocorrem no espaço de trabalho, tiveram ao longo do tempo, como foco fundamental, objetos distintos. Inicialmente os trabalhos de Psicologia do Trabalho, focaram-se no estudo de questões cujo objetivo preponderante era facilitar a realização das tarefas que compunham os processos de trabalho. Por essa motivação, a abordagem desses estudos buscava fundamentalmente, evitar que os processos de trabalho fossem demasiadamente perturbados por contratemplos. Desta forma, os aspectos relacionados ao controle de incidentes e acidentes de trabalho prevaleciam como o interesse mais comum. Esse interesse justificava-se pela constante necessidade de aumento de produtividade. Assim, os estudos focavam a obtenção de maior eficiência, levando em conta aspectos de uma relação em que o ambiente deveria ser capaz de oferecer ao homem uma condição de trabalho que contribuísse para a obtenção de um produto desejado, no menor tempo, e com o menor custo possível. Por esse viés, os estudos fixaram-se nas condições físicas dos ambientes, como luminosidade, calor, ruído e umidade, normalmente desconsiderando os demais elementos do próprio ambiente e de outras dimensões deste processo.

De forma progressiva, os estudos passaram a focar o fator humano, abandonando em certa medida, os aspectos ambientais. Considerando as diferentes motivações dos homens (Maslow, 1933), a organização do trabalho colocou o trabalhador no centro das discussões. A análise do trabalho foi então contextualizada de forma ampliada, considerando a importância

dos mecanismos sociais. Foram enfatizadas as relações intergrupais, de poder e de comunicação no espaço de trabalho, porém sem integrar o espaço de forma valorativa. Essa abordagem, intitulada Psicologia Organizacional, apesar de trazer avanços significativos nessa discussão, não estudou de forma integrada essas relações com o espaço habitado pelos indivíduos (Fischer, 2001).

A Ergonomia, como disciplina, trouxe à luz estudos que ajudaram a compreender a relação do trabalhador com o seu espaço de trabalho, considerando a interação dinâmica trabalhador-ambiente. Ainda que tenha contribuído com estudos que ajudaram a compreender essa dinâmica, o limite de contribuição da Ergonomia é ainda insuficiente. Tendo como principal preocupação a análise dos postos de trabalho, dedicou-se ao aprofundamento dos elementos de carga física e /ou mental a que são submetidos os trabalhadores. Esse campo de estudo também não promoveu a abordagem integrada das relações, de forma mais ampla, dos habitantes com o seu espaço.

Somente com a Psicologia Ambiental é que as relações entre o indivíduo e seu ambiente, considerando as múltiplas influências do espaço sobre o comportamento humano, é que o espaço passa a ser apreendido como um objeto social (Fischer, 2001).

Nessa perspectiva, o ambiente físico, bem como os objetos que o compõem, passa a ter significado, fazendo parte do conjunto de elementos que participam da construção das representações dos seus habitantes.

Com atenção nesse aspecto compreensivo das relações dos habitantes com o seu espaço de trabalho, os significados, as influências desse espaço na construção das representações e as disputas existentes nesses ambientes, é que foi estudada a instituição em questão.

O que se pode reter fundamentalmente até aqui, é que o espaço, ao mesmo tempo em que não pode ser analisado sem considerar outros elementos como tempo e interações, ele também não deve ser considerado uma “paisagem”, onde tudo ocorre, mas sim “um complexo contexto de interação”. Cada espaço deve ser considerado a partir de sua ambiência, ou através da análise desse conjunto de elementos. Desta maneira é que se poderá perceber a forma como essa materialidade se fez. Talvez se possa inferir que há um ato contínuo, onde o espaço novo é produzido a partir de uma ambiência e esse novo espaço se transformará pela ambiência produzida em sua atmosfera, que produzirá novos espaços.

Por observações que pude realizar durante o período de pesquisa, e mesmo antes disso, percebi que os indivíduos naturalmente fazem associações de imagens ou sensações a locais ou nomenclatura de locais. Em pesquisa que realizei em Pronto Atendimentos (Kniestedt,

2004), imagens de sangue, brilho metálico e choro são associações comuns a esses estabelecimentos, assim como limpeza e sujeira, alívio e sofrimento, branco e nudez são atributos percebidos ou atribuídos a esses locais mesmo antes do seu efetivo reconhecimento.

Assim, os espaços não são espaços quaisquer, são revestidos de sensações e sentimentos pelos indivíduos, mesmo através de seu imaginário. Também são dessa forma os espaços de atenção à saúde, com suas especificidades e a vasta possibilidade de construção das representações individuais ou coletivas que sobre eles se fazem.

O Hospital de Pronto Socorro é uma organização que opera no sentido de atender determinada missão no sistema de saúde, tendo na sua estrutura a materialização de espaços que buscam contemplar essa missão. Assim, essa organização se apresenta com limites que a diferencia do seu exterior, mantendo uma “ruptura” com forte descontinuidade em relação ao cotidiano do “cidadão comum”.

A organização se caracteriza, antes de mais nada, como uma unidade distinta e se constitui em um domínio próprio em ruptura com o meio e o ambiente social mais amplo. Define-se, portanto, como um espaço relativamente fechado que estrutura a relação dentro-fora, com base no critério de afiliação à organização. Outro elemento se impõe desde logo numa organização, os espaços correspondem a critérios de especialização que determinam localizações, distâncias, relações de vizinhança, separação de funções. (Fischer, 2001, p. 90)

Não obstante os locais de atenção à saúde guardarem entre si diversas situações “iguais ou semelhantes”, e possam produzir sensações e construir representações de mesma ordem, existem características que estão mais próximas dos espaços de atenção às emergências.

Como foi possível abordar no capítulo anterior, as emergências carregam particularidades que foram cristalizadas no imaginário dos usuários e na população em geral. As emergências, desde sua gênese, passam a gozar de um status especial, em que a imagem de uma ambiência onde convivem a disciplina de movimentos orquestrados por um saber especial, num tempo preciso e oportuno para cada procedimento, mistura-se com a imagem brutal de amputações, sangue e morte.

No final dos anos sessenta, a administração municipal promoveu um conjunto de benefícios para que servidores com graduação superior se dispusessem a trabalhar no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Esses benefícios incluíam uma gratificação salarial e a possibilidade de realizar curso de Especialização na área da saúde, integralmente custeado pela municipalidade. Essa iniciativa tinha o objetivo de preencher cargos na instituição, cuja

“nomeação” não se efetivava em “posse do cargo” pelos servidores, que optavam por outros locais de lotação.

A postura dos servidores ao não aceitar sua lotação de trabalho na instituição, segundo informantes, estava relacionada com a imagem da mesma. O Pronto Socorro representava para esses servidores a proximidade com situações de sofrimento, haja vista ser um hospital que atende casos graves, fazendo parte de seu cotidiano a presença de mutilações e da morte.

Também a referência que a instituição mantém com pessoas doentes, sujas, marginalizadas, indigentes, alcoolistas, decorrente de seu atendimento universal e gratuito, e as imagens de sangue, vômito e outros subprodutos do atendimento estavam presentes na figura do Pronto Socorro, o que levava à atitude de não aceitação deste local de trabalho por parte significativa dos servidores.

Permanece até hoje uma diferenciação na remuneração dos trabalhadores que são lotados no HPS, o que estabelece outras representações, como a de um local onde os servidores “diferenciados”, com capacidade de suportar essa proximidade com o sofrimento e a morte “salvam vidas”, ou o local dos “horrores” de onde não se sai indiferente, “sem marcas”.

Entretanto, é possível capturar uma ordem diferente de associações de boa parte de seus trabalhadores, que não obstante reconheçam que o trabalho na área da saúde, especialmente nas emergências, seja “difícil”, tem uma visão diferente da instituição.

... é um trabalho apaixonante porque é diferente de tudo, cada dia é uma aventura, não sei como serão as próximas horas, eu adoro isso aqui, senão já tinha saído.
(informante do poli)

Aqui é onde eu me sinto útil, é o lugar aonde as pessoas chegam e são de fato atendidas, não dá para pedalar, deixar para o próximo plantão, enrolar... temos todos os recursos que precisamos, é claro que existem muitas coisas que poderiam melhorar, mas para atender urgências é o lugar mais bem preparado. Tem quem não goste de estar sob a pressão e de frente com o problema, mas ou a gente se acostuma ou vai procurar outro local para trabalhar. (informante poli)

Essa percepção de um lugar “nojento” e “carregado de sofrimento” acaba por se tornar um sítio indesejável para o trabalho, pois será obrigatório um permanente convívio com essas situações que denotam um lugar do qual se deseja afastamento. Trata-se de um submundo, onde a própria administração da cidade reconhece dificuldades para recrutar trabalhadores dispostos a enfrentar uma jornada diária de trabalho. Fica explicitado nas vozes as sensações e sentimentos que levaram um grande número de servidores a rejeitar esse lugar. Ressalte-se, no entanto, que essas vozes pouco falaram de terem experienciado “in loco” essas situações e,

a partir dessa experiência, terem então decidido abandoná-lo. Essa constatação mereceria ter seu estudo aprofundado, perseguindo evidências que ajudassem a compreender melhor essa atitude profilática para o “sossego do espírito”²⁰ como propõe Foucault (2004), porém devo assumir mais essa descontinuidade para seguir a proposta do trabalho.

Se de um lado, o primeiro grupo de vozes dá ao HPS atributos que o caracterizam como um local do qual se deseja afastamento, de outro lado, vozes diversas das primeiras, essas dentro da ambiência, trazem uma percepção diferente. Relatam que o Pronto Socorro é um local capaz de cumprir uma importante missão de saúde pública, sendo muito bem preparado para tanto. É ressaltada a sensação de importância e capacidade de fazer a diferença que é percebida por seus trabalhadores. Chamada por alguns como uma “cachaça”, para muitos é uma atividade da qual se orgulham de realizar. Há, pelo que posso perceber, a sensação dos trabalhadores de pertencimento a um grupo, que sabe o que fazer e faz muito bem. Junto a essas vozes percebe-se, na prática, que não há um movimento de evasão de servidores para outras unidades do município, mas sim uma relativa perenidade na vida funcional do Pronto Socorro, tendo a quase totalidade de saídas relacionadas aos processos de aposentadoria.

Desfaz-se pelo segundo grupo de vozes, a imagem do primeiro grupo, o que deixa uma questão a ser respondida. O que leva essas percepções a progredirem com essa divergência? Uma das possibilidades seria pensar que essas percepções acometem o indivíduo em lugares diferentes, um dentro e outro fora da ambiência. O que é acometido a certa distância, reproduz a figura do seu imaginário e assim preenche as informações para sua tomada de decisão. Isso se faz tomando as informações que circulam fora da ambiência, por quem a desconhece, prevalecendo a figura do insalubre ambiente de sofrimento. De outro lado, aquele que percebe a ambiência, o faz de forma experimentada, pesa e suporta as situações que vive, e ao vivê-las, é tocado por elas. Prevalece a sensação de que sua existência é importante para seu semelhante, percebe-se parte de algo importante e valoriza o que dispõe dessa ambiência.

Há, porém, sobre essa hipótese, uma fragilidade insuperável. Na prática a decisão de opção pelo local de trabalho é feita à distância da ambiência, ou seja, o indivíduo irá sempre se utilizar das informações de seu imaginário, já que não experimentou a ambiência, para por ela ser tocado. Então, é de outra ordem o motivo que leva essas percepções a progredirem divergentes.

²⁰ Em “A Hermenêutica do Sujeito”, Michel Foucault (2004), discute a necessidade do indivíduo buscar, através de atitudes que lhe são prazerosas, bem como do afastamento de imagens e convivências chocantes, o sossego da alma, importante para o seu bem viver, o cuidado de si.

Penso que parte dos elementos que ajudarão a compreender essa questão está nas representações que o indivíduo terá construído do espaço. Essa construção contará com referências e símbolos. Assim, determinado indivíduo pode reconhecer de forma diferente os lugares que habita. Essa diferenciação poderá estabelecer distinção de “espaços” e “lugares”.

Marc Augé (2007), tratando da definição do que é pesquisa antropológica, aborda essa questão levando em conta na sua fundamentação duas “ocorrências”. A primeira registra que a pesquisa antropológica trata, no presente da questão do outro, o que não é um tema que se encontre ocasionalmente. A pesquisa se faz no presente e trata simultaneamente seu objeto de estudo em vários sentidos. A pesquisa antropológica trata de “todos” os outros, não somente os exóticos ou os distanciados de “nós”, outros culturalmente identificados como grupos, ou conjuntos de “outros supostamente idênticos”. Ainda que seu foco traga à luz formas de relação e ocorrências em grupos ou sistemas recortados por diferenças, uma das questões de relevância é a alteridade essencial ou íntima. Ao situar a importância e a necessidade dessa alteridade no centro da individualidade, impedem que a identidade coletiva seja dissociada da individual.

A segunda ocorrência trata sobre o mundo onde estão mergulhados os seus objetos de estudo, e não mais a antropologia em si. Essa ocorrência foca em especial o mundo contemporâneo e suas transformações aceleradas. Augé (2007) chama atenção para algumas dessas transformações aceleradas, que compõem o que chamou de “supermodernidade”.

A primeira diz respeito à nossa percepção do tempo, e a forma como fazemos uso dele. A multiplicação de acontecimentos, na maioria das vezes não previstos pelas escolas de economia, sociologia e história, batem no presente, apresentando a face da aceleração da história, a “superabundância factual”.

Estamos com a história em nossos calcanhars. Ela nos segue como nossa sombra, como a morte. A história: isto é uma série de acontecimentos reconhecidos como acontecimentos por muitos... (Marc Augé, 2007 p.29)

Outra figura que faz parte da composição da situação de supermodernidade é a figura do ego, do indivíduo. A individuação das referências por um lado, identificada especialmente na constatação de que as “histórias individuais nunca foram tão explicitamente referidas pela história coletiva”, mesmo que, ou por conta disso, o fato de uma permanente migração dos pontos de identificação coletiva seja evidente. A imagem do corpo, dos sentidos, das vantagens ideais adicionadas como referências pela indústria publicitária, bem como a provocação de uma acirrada disputa por liberdades individuais, se faz baseada em

focalizações individuais que indicam modelos de aceitação. Por outro lado, a individuação de procedimentos, reforça a imagem da supermodernidade.

Nas sociedades ocidentais, pelo menos, o indivíduo quer um mundo para ser um mundo. Ele pretende interpretar por e para si mesmo as informações que lhe são entregues. Os sociólogos da religião puseram em evidência o caráter singular da própria prática católica: os praticantes querem praticar à sua maneira. (Augé, 2007 p.39)

A terceira transformação acelerada refere-se ao espaço. Atualmente é possível acessar qualquer capital do mundo em algumas horas, os meios de transporte fazem essa mágica em função de uma evolução muito rápida. Esse fenômeno causou o “encolhimento do planeta”, mas não só por isso. Também a imagem do nosso planeta, lá distante e observado pelos astronautas, nos passa a imagem do quanto pequeno somos, e paradoxalmente o quanto grande é o espaço, a distância. Há uma superabundância espacial.

As imagens instantâneas de outros espaços podem ser assistidas, por meios de comunicação, como se lá estivéssemos. Vivemos um momento em que há necessidade de perceber as mudanças na escala da geografia, e a forma como as distâncias nos são informadas mostram duas dimensões, uma verificada nos mapas e outra no âmbito da virtualidade. Somos capazes de reconhecer cidades onde nunca estivemos, mas cujas imagens várias vezes se repetiram na programação de TV.

É importante perceber que o termo espaço admite a interpretação de uma entidade abstrata. A expressão espaço permite indiferentemente a nomeação de uma extensão física ou uma distância entre limites, ou entre dois pontos. Podemos nos referir a determinado período como o “espaço de tempo” entre um e outro evento, o “espaço medido” entre um determinado objeto e outro, ou ainda o “espaço físico” definido para a prática de determinada atividade a ser desenvolvida, e que é delimitado por linhas geométricas que se encontram, dando uma conformação específica.

Os “espaços”, no entanto, podem se transformar em “lugares” na medida em que a eles forem referidos, por exemplo, algum acontecimento, um mito ou uma história. Esse apontamento tornará o espaço singular em relação ao elemento que o alçará a uma identificação diferencial, passando a ter significado para o indivíduo que a ele se refere ou que o reconhece como espaço de ocorrência de um destes acontecimentos. Uma vez revestido desta particularidade, esse espaço apresentará um diferencial que o identificará como um “lugar”.

Para Menezes (2000), o lugar é uma estrutura basilar para a compreensão do espaço, a representação do lugar, sua organização, arranjo e relação de contigüidade, anunciam a sua existência e importância.

Segundo Augé, os lugares têm pelo menos três características comuns:

1. Possuem uma identidade, que pode ser delegada através de um nome ou símbolo que o torna identificável por um conjunto de indivíduos.
2. É relacional, ou seja, pode ser referido de forma relacional.
3. O lugar será necessariamente histórico por sua existência temporal ou estabilidade mínima, conferido pelas características de identidade e relação.

Assim são os lugares que no cotidiano são referidos em conversas, e são também assim os lugares que ocupamos na rotina diária. Temos consciência de significados que revestem aqueles lugares, e assim nos referimos a eles.

A reflexão trazida pelo autor aponta, no entanto, para o fato que a supermodernidade, assim como foi explicitada, com suas características que buscam justificar sua existência no presente, é produtora de “espaços” que não mantêm as características que os transformam em “lugares”. Especialmente pela necessidade de locomoção das populações, são produzidos espaços que não reservam significados para seus habitantes, que fazem uso dos mesmos nos momentos “em trânsito”. Os meios de transporte, como domicílios móveis que são para percorrer distâncias, (aviões, trens, ônibus) e seus parados de transição entre os domicílios móveis ou superfícies de passagem para a conquista do ingresso no lugar almejado (aeroportos, rodoviárias, estações de trens), fazem parte desses espaços produzidos pela supermodernidade.

A esses espaços foi dado o nome de

“não-lugares”, por oposição à noção sociológica de lugar, associada por Mauss e por toda uma tradição etnológica àquela de cultura localizada no tempo e no espaço. Os não-lugares são tanto as instalações necessárias à circulação acelerada das pessoas e bens (vias expressas, trevos rodoviários, aeroportos) quanto os próprios meios de transportes ou os grandes centros comerciais, ou ainda os campos de trânsito prolongado onde são alojados os refugiados do planeta. (Augé, 2007 p. 36)

Os lugares podem ser estudados levando em conta o ponto de vista de quem o está ocupando. Marc Augé, ao fazer essa reflexão, demonstra que um determinado indivíduo pode reconhecer de forma diferente os lugares que habita. Por exemplo, um aeroporto ou uma rodoviária, que o autor denomina “não lugares”, será tomado por um cidadão que faz uso deste de forma eventual como um local com significado completamente diferente do espaço

de sua moradia ou ainda seu trabalho ou de determinado parque que frequenta de forma recorrente. Um hospital, se tomado como exemplo para essa reflexão, pode nos oferecer também significados diferentes para habitantes distintos ou o mesmo habitante em momentos diferentes. No caso de um paciente que recebe atendimento numa destas instituições de forma a não ser tocado por outro evento senão o de sua rápida estada, terá a construção de representações bastante diferentes de outro paciente que possa ter ficado internado por um período maior, onde estarão presentes a observação de uma rotina da qual fará parte, ou terá participado, fazendo parte do seu cotidiano por um período, inclusive com a formação de vínculos com trabalhadores ou outro paciente nas mesmas condições que a sua. Ainda outro paciente poderá ter uma rápida estada na mesma instituição, porém reter um episódio traumatizante ou de grande gratidão por determinado resultado obtido no seu atendimento, o que será referido àquele espaço, este terá construído sobre ele uma representação diferente dos demais.

Por outro lado, o trabalhador desta instituição obtém outro conjunto de representações sobre o mesmo espaço, já que opera uma relação com esse, muito diversa dos exemplos anteriores. Esse mesmo trabalhador poderá circular por “espaços” e “lugares” da instituição, pois poderá relacionar a esses determinados significados ou não.

Há que se admitir ainda que os trabalhadores vivem uma situação de formação e desfazimento de vínculos, para a qual concorrem aspectos especiais. Não diferentes de outras instituições, mas especialmente nas “Instituições Totais” (Goffman, 1989), é possível inferir que a formação de vínculos entre os profissionais/trabalhadores e os internos, aqui os pacientes, é uma questão a ser visitada. Em algumas das entrevistas realizadas foi possível perceber que a alta de pacientes, especialmente crianças que estiveram internadas por períodos maiores, é percebida com certo sofrimento pelos trabalhadores, afinal “eles vão e a gente fica” (inf. 33 Ped).

Assim, num exercício de compreensão, da mesma forma como os indivíduos acabam por construir representações sobre os espaços e os lugares, sendo influenciados por essas representações como elementos para a tomada de decisão, a possível proximidade com o sofrimento que esses lugares podem representar, faz valer uma opção pelo afastamento. Essa reflexão poderia ainda auxiliar na compreensão das atitudes de “frieza” ou “dureza” referidas pelos trabalhadores que se dizem levados a essa postura para se protegerem de envolvimento emocional (Deslandes, 2000).

No presente trabalho são focadas as percepções e a construção das representações dos trabalhadores em relação ao espaço por eles habitado nas atividades do cotidiano, bem como

os demais aspectos que compõem a ambiência do hospital de emergência. Ainda que se constitua em uma análise importante, esses mesmos aspectos não são focados em relação aos pacientes na mesma profundidade, o que admite uma descontinuidade na análise mais pormenorizada das representações dos usuários ou pacientes em relação aos mesmos aspectos. Há, no entanto, uma questão particular que se faz presente na maior parte dos contatos entre os pacientes e profissionais em suas interações. Essa particularidade reside na posição assimétrica em que os participantes (paciente e profissional) se encontram no tempo da interação. O profissional percorre a relação com a possibilidade de um amplo domínio sobre as decisões, enquanto o paciente dificilmente terá a possibilidade sequer de uma opinião sobre qualquer conduta. Tal assimetria reforça a presença de uma robusta estrutura hierárquica, onde caberia a análise do papel de um e outro, paciente e profissional, explorando o quanto a ambiência estabelecida naquele encontro, que reconhece uma das partes imersa numa “crise da vida” contribui para a deformação do vínculo que se estabelece e a possibilidade do exercício de “violência simbólica” (Bourdieu, 2000).

2.1. NÚCLEO DURO

Como já foi visto no capítulo anterior, os espaços destinados ao cuidado e à cura, migraram ladeados com a busca de poder e hegemonia. Fruto dessa evolução criaram-se os espaços que hoje suportam as ações de saúde. O lugar de atenção à saúde, por suas características, deve possibilitar a prática específica do cuidado, por isso apresenta conformações especiais que objetivam a garantia de sua utilização de acordo com rígidas regras de ocupação e circulação. Essa conformação é baseada em aspectos normativos e legais, que são balizadores dos projetos elaborados para abrigar espaços onde se darão ações de atenção à saúde.

Esses aspectos normativos têm o objetivo de estabelecer atributos que devem estar presentes nesses ambientes, dentre estes, por exemplo, os seus limites de alocação, requisitos de resistência física, mecânica e química dos seus componentes construtivos, assim como proximidades dos ambientes com outros espaços de funções similares ou de interdependência, vias rápidas, bloqueios, segregações, etc. Esse conjunto de normativas, busca ainda estabelecer as ocupações e atividades que se darão em cada um dos espaços que compõem o ambiente de trabalho, bem como a forma de transitar entre eles, o que se constitui em regras de acesso, contato e circulação.

Nicolas Fischer (2001) reconhece que nas organizações, os espaços acabam por corresponder a critérios de sua especialização, determinando distâncias, relações de vizinhança e segregação de funções. Ainda:

Toda organização aparece como um espaço fragmentado, diretamente ligado aos recortes das atividades, essa fragmentação repousa sobre um princípio de monofuncionalidade que, teoricamente, permite acolher num local apenas atividades previstas para ele. (Fischer, 2001, p. 90)

Esse conjunto de aspectos, baseado em regulamentos técnicos e protocolos, poderia ser chamado de “núcleo duro”, que objetiva estabelecer, conformar, manter e disciplinar a ocupação e o uso dos espaços.

Marluci Menezes (2000), ajuda a complementar as componentes de percepção do espaço sinalizando que:

... a objetividade e a respectiva visibilidade do espaço são possíveis porque o lugar se expressa por propriedades concretas e é uma componente da própria noção de espaço. (Menezes, 2000, p. 157)

Então, o lugar deve ser entendido também como um mundo habitado. Mais do que isso, um lugar que é planejado, produzido, organizado, ocupado e mantido por indivíduos, pela sociedade ou por grupos sociais, que ali articulam as suas relações. Isso coloca o espaço como produto e produtor de relações sociais.

Os atos de uso, apropriação e percepção provocam a construção de representações do espaço, e essas, ligadas às práticas podem estabelecer uma relação entre a organização social e a organização espacial, contribuindo na construção de um lugar (Menezes, 2000).

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde são estruturas cuja definição encontra descritores específicos na legislação, bem como são concebidos de acordo com normas e regulamentações próprias que regem a conformação destes espaços. Esse conjunto de regulamentações, neste trabalho, foi denominado de “núcleo duro”. Admite-se que neste “núcleo duro” estão estabelecidas as formas de ocupação, que são baseadas no tipo de atribuição que o espaço tem, ou seja, o espaço busca atender a necessidade da atividade que ali será desenvolvida.

Existem, portanto, espaços cuja ocupação é prescrita e deve ser “obedecida” por todos os trabalhadores. Exemplos desses espaços são: o Bloco Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização, Sala de Pacientes Graves, Laboratório, Tomografia, etc..

Outros espaços são concebidos com base em um arsenal teórico regulamentador mais flexível. São espaços que permitem a circulação, ocupação e uso, com menor preocupação em

relação ao “núcleo duro”, como por exemplo, o refeitório, as circulações, os espaços destinados ao repouso (estar), vestiários e sala do cafezinho.

Tendo em vista a pretensão de compreender os fatores que interferem na forma como se dá a ocupação dos espaços da Instituição estudada, bem como identificar a existência de disputas entre seus habitantes no processo de ocupação, manutenção e defesa dos espaços, esse ambientes, menos dominados pelo núcleo duro, mostraram-se muito importantes como foco de observação. Além desses, também se revestiram de especial importância, a observação daqueles espaços prescritos pelo “núcleo duro” e que acabam subvertidos de seu objetivo na ocasião da ocupação ou ao longo do tempo em que permanecem ocupados. Essa subversão ocorre através de adaptações de diversos tipos, fazendo que o espaço passe a comportar, de forma subsidiária ou definitiva, outra atividade, diversa daquela para a qual havia sido concebido.

Ainda que os espaços para atendimento de saúde possam ser projetados com auxílio de normatização específica, essa não tem o alcance de estabelecer a relação dos espaços com todas as interfaces existentes. Essa situação se apresenta por questões de ordem geral das edificações, e questões específicas de Hospitais. O enfoque que se apresenta está relacionado, de forma especial, à dinâmica evolução tecnológica na área da saúde. Essa evolução, por um lado, oferece as soluções de diagnóstico e terapia em volumes espaciais cada vez menores, podendo fazer com que a área física se desajuste num curto espaço de tempo.

O Arquiteto Lauro Miquelin (1992), estudioso da anatomia de espaços de atenção à saúde, entende que a disponibilização de novas tecnologias na área da saúde, exige tamanha flexibilidade dos edifícios, que faz com que eles pareçam envelopes provisórios de sistemas construtivos.

Outro motivo fundamental está relacionado ao segmento econômico em que se insere o setor saúde, e por consequência os espaços de cuidado à saúde, que tem uma lógica de evolução particular. O segmento econômico da saúde, diferentemente de outros segmentos, como por exemplo, na indústria, agronegócio e comércio, onde a utilização de novas tecnologias dispensa mão-de-obra, reduz custo operacional e “desmonta” a tecnologia anterior por obsolescência, a incorporação tecnológica na área da saúde apresenta consequências diversas. As mais visíveis são:

1. Na sua grande maioria, as novas tecnologias, em especial de diagnóstico, não são substitutivas, ou seja, ainda que novos métodos sejam implantados, os “antigos” mantêm-se em utilização, exigindo operacionalidade cumulativa de tecnologias. Essa questão torna concomitantes a fluência de formas distintas de métodos e processos de trabalho, o que

também determina a coexistência de saberes diversos sobre o cuidado. A operação simultânea de diferentes tecnologias exige flexibilidade dos espaços físicos e provoca a disputa pela prevalência de uma sobre a outra.

2. A incorporação de tecnologia na saúde implica, na grande maioria das vezes, em aumento do custo do processo produtivo. Não obstante as novas tecnologias dêem ganho de qualidade e redução de tempo para resultados, o aumento de custos tem se apresentado sistematicamente como um problema a equacionar. De forma geral os insumos, que respondem por parte significativa dos gastos operacionais, acabam onerando o custo do produto final. Isso faz aflorar a questão da “eficiência” e uso “racional” dos recursos, que é uma discussão bastante complexa na área da saúde. É necessário mediar a racionalidade da aplicação da tecnologia, considerando que o objeto de intervenção é a saúde do indivíduo.

3. Por fim, a incorporação tecnológica na saúde exige maior quantidade e dedicação de recursos humanos, entendida aqui a dedicação, também como a especialização dos níveis de operação. Esta consequência exige que os profissionais da saúde busquem de forma permanente novos saberes, o que se reflete em constante busca de aperfeiçoamento. Esta postura não só lhe aumenta a probabilidade de garantir atividade, mas também lhe oferece vantagens nas disputas de acesso aos meios que produzem maior precisão na atividade.

Uma dificuldade suplementar para a avaliação dos espaços de atenção à saúde é o tempo decorrido entre o planejamento do empreendimento e o momento de sua avaliação. A evolução tecnológica, por vezes defasa os espaços destinados para determinados procedimentos, tornando-os inadequados. Isso dificulta a definição de “espaços standard”, que possam ser utilizados numa avaliação comparativa, mesmo que tenham objetivos idênticos (Miquelin, 1992).

A questão do tempo, colocada por Miquelin (1992), não se apresenta apenas em situações em que o espaço edificado é de utilização para o cuidado à saúde, mas de um modo geral, é uma questão que deve ser considerada em todo o espaço edificado, independente de sua utilidade.

Todo edifício construído exprime de certa forma a realização de um projeto ou, ao menos, de uma intenção que, em certa época, ele se empenhou em concretizar. Desse modo o projeto constitui a passagem obrigatória para a realização da obra arquitetural. Esta última é, por sua vez, a tradução mais ou menos fiel de um antigo projeto que não existe mais. (Boutinet, 2002, p. 166)

A par dessa dificuldade, os projetos buscam sedimentar a realização de funções em espaços adequadamente produzidos para tanto. O processo tem por base o chamado

“Programa de Necessidades”²¹ que explicita em detalhes as funções que o espaço deverá comportar. A definição espacial pode levar nomenclaturas diferentes, mas a concepção do espaço faz-se baseada num tipo de ocupação, que pode ser de cuidado, conforto, retaguarda, circulação e permanência (seja longa ou curta). O projeto, no entanto, não garante que a ocupação se dê da forma planejada, vários fatores contribuem no processo de ocupação e utilização, e estes nem sempre estão claramente explicitados no processo de trabalho que definiu o “programa de necessidades”.

Acrescente-se a essas dificuldades de avaliação, o contexto em que ela se dá. Lembremos que há, por trás de cada um desses espaços, uma política de atenção à saúde. No Brasil, essa política se consolida como um direito fundamental, apontando para princípios doutrinários como universalidade, gratuidade e integralidade, além de princípios administrativos como complementaridade, descentralização e hierarquização. A avaliação de uma organização de atenção à saúde deve, portanto, levar em conta o seu papel ou missão no sistema de saúde no qual está inserido.

A área de conhecimento ligada a esse “núcleo duro”, que busca avaliar as formas de ocupação dos espaços reconhece que, especialmente na área da saúde, é necessário que se possa estudar e estabelecer metodologias de avaliação da ocupação dos espaços que levem em conta, além das questões de ordem geral dos edifícios, também informações complementares que indiquem prognósticos mais precisos, contribuindo para a prevenção de problemas específicos.

Os métodos utilizados numa avaliação devem ter maleabilidade suficiente para poderem responder com precisão a todas as relações que o espaço construído mantém (Castro, 2004). Tendo em vista que o espaço de atenção à saúde possui especificidades importantes, o método de avaliação deve estar definido de forma a atender para essas especificidades.

Fruto dessas questões, vários métodos de avaliação têm sido utilizados, partindo da questão: Como avaliar qualidade no ambiente hospitalar (Karman, 1989).

Cabe observar que há, por parte dos autores destes métodos, um justificado “cacoete” em analisar apenas os espaços hospitalares, deixando toda uma gama de outros espaços à margem das discussões. São raras as referências sobre análises em áreas de atenção à saúde não hospitalares. Entendo que essa questão poderia ser mais bem explorada se os métodos estabelecessem sistemas de avaliação de áreas em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde -

²¹ Programa de Necessidades é um documento produzido em conjunto com projetistas e usuários, que servirá de base para a elaboração do projeto da área física a ser edificada.

EAS – e não apenas em hospitais. Porém esse é um tema que daria outro rumo à presente discussão, por isso o colocaremos de lado por hora.

Dentre vários métodos utilizados para avaliação dos espaços hospitalares, alguns dos mais conhecidos e utilizados são:

- Sistema Bedscapes – Nos Estados Unidos esse método avalia a influência do ambiente sobre o processo de cura do paciente, especialmente a questão da percepção da dor (Bedscapes, 2007). O método utiliza a percepção dos pacientes, através de escalas de dor, conforto e velocidade na recuperação de autonomia com a combinação de ambientes e seus atributos de luz, som, etc..
- Total Quality Control – São conjuntos de técnicas gerenciais que otimizam o “fazer humano”. Muito difundido no Brasil como Programa de Qualidade Total, utiliza-se de ferramentas gerenciais como PDCA, Espinha de Peixe, 6Ms e Tabela 5W 2H.
- Achtenving Excellence – A EDET é um instrumento de avaliação de projetos com pontuação de subcategorias (ASHE).

Outra forma de avaliação é apoiada na visão de sustentabilidade social, econômica e ambiental. Baseada em Certificações concedidas por organizações reconhecidas para tanto. O método trabalha com recomendações que apontam para a proteção da saúde em 3 escalas:

Proteção da saúde dos ocupantes da edificação.

Proteção da saúde da comunidade vizinha.

Proteção da saúde da comunidade global.

O Canadá, ainda que opere um sistema de atenção à saúde diferente do americano, mantém uma linha aproximada no que se refere à sustentabilidade. Para a Canadian Coalition for Green Health Care (2003), são 3 as principais preocupações com a questão da sustentabilidade:

- Energia.

- Poluição.

- Lixo.

Outro sistema utilizado largamente para avaliação de Hospitais é a Acreditação Hospitalar. No Brasil a Acreditação é baseada numa metodologia de avaliação que visa garantir a qualidade por meio de padrões pré-estabelecidos.

A Portaria GM/MS 538 de 17.04.2001 reconhece a Organização Nacional de Acreditação – ONA, como Instituição competente para realizar o processo de acreditação no Brasil. A RDC 12 de 2004 aprovou o “Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações

Prestadoras de Serviços Hospitalares”. O sistema de avaliação baseia-se em um modelo de 3 níveis, onde a Organização é avaliada a partir do 1º nível até chegar ao nível que as exigências não estejam totalmente satisfeitas. Segundo Neto (2001), os sistemas de acreditação comparam as Organizações a um padrão, (o que Michelin chama de standard) indicando sua posição em relação a esse.

Da mesma forma que o método anterior, que se utiliza de escores para avaliação e certificação, outra fonte de estudos para a avaliação de edificações é a ISO 6241, que apresenta a proposição das edificações serem avaliadas de acordo com 14 itens que expressam a segurança, conforto, adaptabilidade, durabilidade e economia. Esse método baseia-se em recomendações que são definidas em diversas outras normas que se referem à construção civil.

O método que tem ganhado aplicação na área da saúde é a Avaliação Pós-ocupação. Seu sucesso, em grande medida, está na utilização de informações relativas não só a uma etapa do processo evolutivo da edificação, mas sim do conjunto dos processos, desde a concepção do projeto, construção da edificação, ocupação dos espaços, e realização de inquéritos que buscam a percepção dos usuários ao habitarem os espaços.

Ornstein (1992) diz que a APO é uma metodologia que pretende diagnosticar aspectos positivos e negativos para um ambiente em uso, propondo recomendações que reduzam os problemas.

A APO – Avaliação Pós-ocupação, cujos precursores foram os psicólogos Roger Baker e Herbert Wright, passou a ser incorporada no Brasil a partir de 1975, com a publicação do IPT – Instituto de Pesquisas Tecnológicas de São Paulo do APO de conjuntos residenciais daquela cidade, realizada pelo professor Ualfrido Motta. A partir daí o método ganhou força e passou a ser utilizado por instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, que faz do processo um sistema contínuo de avaliação.

O processo é composto de uma avaliação física e técnica através de levantamentos e medições, seguida de uma avaliação comportamental que envolve o usuário do ambiente. Como produto, é obtido um mapa de achados e uma proposta de intervenção local. Há também o aspecto de busca de uma mudança comportamental do usuário e da utilização das informações para auxiliar a melhoria de futuros projetos (Castro, 2004).

Sobre essa questão é possível abordar ao menos dois aspectos de relevância. O primeiro diz respeito à divergência ou desconformidade que possa ser observada entre o que se pretende atingir com esse “núcleo duro” e o que de fato ocorre, considerando que as regras normativas de ocupação e uso desses espaços estão calcadas em conhecimento científico,

parece lógica a observância dessas regras, especialmente pelos trabalhadores, no âmbito do saber que lhes é parcela do objeto do trabalho, fazendo parte de sua atividade cotidiana. No entanto, a observação mostrou que nem sempre a conformidade em relação ao núcleo duro é respeitada, exatamente por esses trabalhadores, que promovem ou admitem a subversão dos espaços mesmo quando essa ação escapa ao conjunto da boa técnica. A identificação de subversões dos espaços para utilização de forma diversa para o qual foram concebidos apresenta a resistência à norma e está presente de várias formas na instituição estudada. Esse aspecto deverá ser mais demoradamente abordado adiante.

O segundo aspecto relevante é o fato da existência de outros motivos, que são diversos daqueles que fazem parte do arsenal normativo, ou “núcleo duro”, e contribuem de forma determinante na ocupação dos espaços projetados. Esse aspecto não desconsidera e nem fere a norma, mas contemplando a diretriz técnica loteia os espaços, buscando e preservando poder pela conquista e manutenção dos territórios. Isso se observa na produção de espaços para utilização exclusiva de determinadas categorias, cujo acesso aos demais trabalhadores é constringido de formas diversas, com a concordância da Direção da instituição.

Ainda que esses espaços possam ser alvos de subversões, disputas por poder e conquistas territoriais, é importante reconhecer que existe, na origem das regras criadas para a sua elaboração, uma motivação especialmente dirigida pelo conhecimento científico. Portanto, essas regras são o resultado de um modelo baseado em certezas de base científica, que é adotado para a concretização dos espaços de cuidado à saúde.

Geertz (1973) defende que, no que se refere aos padrões culturais, ou seja, aos sistemas desenvolvidos pelo homem, o traço genérico mais importante está posto externamente ao indivíduo, diferentemente do que ocorre nos animais inferiores, onde o traço genético (orgânico) é predominante. Deste modo, um castor, para construir um dique, precisa dispor apenas de um local apropriado e materiais adequados, enquanto que o homem necessitará de um esquema ou diagrama construtivo para realizar esse mesmo empreendimento. O homem precisará, diferentemente do castor, também de uma concepção do que seja construir um dique. Essa concepção terá sua elaboração a partir de elementos que se constituam em esquemas orientativos, que ele só poderá obter de uma fonte simbólica.

Para o indivíduo, as fontes de informação externas é que conduzem para a elaboração das ações, enquanto que as informações genéticas constroem outras características. Desta forma, ficam adormecidas as informações “intrínsecas”, do gene, prevalecendo as informações extrínsecas, ou seja, fora do limite orgânico do indivíduo.

Assim como a ordem das bases num fio de ADN forma um programa codificado, um conjunto de instruções ou uma receita para a síntese de proteínas estruturalmente complexas que modelam o funcionamento orgânico, da mesma maneira, os padrões culturais fornecem tais programas para a instituição dos processos sociais e psicológicos que modelam o comportamento público. (Geertz, 1973, p. 106)

Então, os padrões culturais podem ser considerados como modelos, formados por conjuntos de símbolos que, num processo sinérgico, relacionam-se entre si, produzindo novas formulações. Segundo o autor, no entanto, o termo “modelo” tem dois sentidos – um sentido “de” e um sentido “para”. No sistema em que o modelo é “de”, o que se observa é a manipulação das estruturas simbólicas, onde é apreendida a base teórico-conceitual da realidade. É quando aprendemos como construir um dique, ou quando temos o contato com a realidade científica que explica como as doenças se manifestam, são diagnosticadas e tratadas. É a base de conhecimento que torna compreensível a forma como as manobras que compõem o cuidado mantêm funções vitais do organismo, bem como explicita a estrutura de área física necessária para tanto. No sistema em que o modelo é “para”, o que é enfatizado é a manipulação das estruturas não-simbólicas, trata-se do processo de construção do dique com a utilização das especificações para tanto. É a elaboração do conjunto de regras que deve ser considerado para a edificação de espaços, cujo objetivo é atender às necessidades das ações que compõem o processo de cuidado à saúde.

É possível então perceber, que na base do modelo “para a realidade”, que conforma os espaços de cuidado, há um modelo “de realidade”, que dá um significado, uma forma conceitual à realidade.

Para além dos efeitos da aplicação destes modelos na concepção dos espaços, a aplicação destes mesmos modelos na complexidade da ambiência, o que se verifica é que aqui, quase tudo está baseado em um modelo rígido, que tem por objetivo controlar as variáveis do processo do cuidado e garantir o seu sucesso. Por exemplo, evitar a contaminação, garantir a profilaxia, acertar o diagnóstico e aplicar a terapêutica correta. Isso resulta na aplicação de modelos “de”, que devem garantir os objetivos de segurança e eficácia de todo o aparato disponível. Mas essa rigidez resulta também na aplicação de modelos “para” disciplinar, “para” a adoção das boas práticas, “para” docilizar os corpos, ou seja, funcionam como modeladores para o comportamento.

2.2. A INSTITUIÇÃO

O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre conta com uma história de mais de sessenta anos de existência como hospital público dedicado ao “pronto socorro”, sendo considerado uma referência para o atendimento de pacientes vítimas de trauma. Está presente na memória da cidade como um hospital preparado para socorrer vítimas de acidentes, especialmente nos eventos que envolveram múltiplas vítimas. Como por exemplo:

O acidente que ficou conhecido como “Marquise da Arapuã” que ocorreu em 6 de outubro de 1988, em Porto Alegre, quando desabou a marquise do prédio número 60, na rua Dr. Flores. Ali funcionavam as Lojas Arapuã. Abaixo da marquise, havia uma parada de ônibus, com várias pessoas aguardando para embarcar. Depois da queda da primeira parte da marquise, pessoas se aproximaram para ajudar os feridos, quando caiu a segunda parte, aumentando a tragédia. Nove pessoas morreram e muitas ficaram feridas.

Também o incêndio no edifício das Lojas Renner, que ocorreu na tarde de 27 de abril de 1976, uma das piores tragédias em Porto Alegre. Situado no centro da cidade, o prédio tinha sete andares ocupados por mercadorias diversas e estava aberto ao público no momento do sinistro. Na tragédia morreram 41 pessoas e mais de 60 ficaram feridas.

Outro acontecimento trágico foi o conflito dos “sem terra” na praça da Matriz, episódio conhecido como a “degola da Praça da Matriz”, ocorreu em agosto de 1980, quando por volta das 11 horas da manhã, a Polícia de Choque forçou a retirada de 400 agricultores em um acampamento montado a poucos metros do Palácio Piratini, sede do governo estadual do Rio Grande do Sul. A abordagem armada resultou na morte de um soldado com golpe de foice, além de ferimentos em outros 20 policiais e em 54 lavradores, muitos deles a golpes de baioneta.

Em função de seu simbolismo como um hospital que “salva vidas” a instituição goza de excelente reputação junto à população da Capital e do Estado, sendo ainda reconhecido como uma organização pública que atende com competência e de forma indiscriminada quem a ela acorre.

Quando os funcionários informantes citam o HPS, isso é feito também com o entendimento de que se trata de um hospital que merece a confiança e o reconhecimento que tem.

Sempre que fui perguntado sobre o local em que a escola de meu filho deveria encaminhá-lo no caso de algum acidente, respondi que deveriam encaminhar para cá. Aqui todos sabem o que fazer em caso de uma emergência, é o que se vive aqui. Se eu for atropelado e puder falar, vou pedir que me tragam para cá. É o melhor lugar para atendimento no caso de acidentes. (Informante 31 AMB CLI)

Esse reconhecimento contribui para o grande volume de pacientes que é atendido diariamente, mantendo uma situação de permanente funcionamento no seu limite operacional. Junto aos seus funcionários, o HPS figura como o “hospital mais estressante” para se trabalhar, haja vista sua condição de “porta aberta”²² e sua vocação para emergências.

As referências de quem o conhece “por dentro”, indicam que o HPS abriga a existência de um mundo à parte. Abundam histórias de mutilações, sofrimento, mortes e milagres, “um trabalho que poucos agüentam por muito tempo”. Um espaço onde acontecem coisas que não fazem parte do cotidiano desfrutado pela maioria das pessoas.

Quando do meu ingresso no HPS, minha inserção não foi acompanhada por qualquer tipo de recepção ou apresentação oficial às suas unidades de trabalho, parecia não haver possibilidade de se “perder tempo” com um ritual que não ajudaria em nada os pacientes. Conversei rapidamente com o Diretor do hospital, que já conhecia de dois outros encontros formais. Em seguida chegou o Engenheiro de manutenção, que havia sido chamado para me mostrar as principais dependências que haviam no hospital relacionadas à infra-estrutura de atendimento. Essas áreas, que compõem a infra-estrutura, são um dos principais focos de atenção da engenharia, já que são responsáveis pelo funcionamento da edificação. São espaços de acesso restrito ao pessoal treinado para sua operação, territórios demarcados por um conjunto de rígidas regras de controle operacional, como por exemplo, a central de caldeiras, subestação transformadora, gerador de energia, centrais de gases medicinais e central térmica.

Não conseguimos concluir o percurso programado, antes disso tivemos que atender uma intercorrência na unidade ambulatorial. Fomos juntos até o setor de Suturas, chegando lá nos encontramos com o enfermeiro que havia feito o chamado. Ele relatou o problema de forma tensa. Os focos de iluminação de dois dos leitos de atendimento estavam sem funcionar já fazia dois dias, e não tinha obtido informação de quando seriam consertados. A improvisada reunião, que ocorria na entrada da unidade foi interrompida pela passagem de uma maca que entrava na sala com mais um paciente para atendimento. A conversa foi retomada com a promessa do Engenheiro de manutenção de que até o final do dia o problema estaria resolvido, seguida de uma explicação sobre o que teria causado a falha simultânea nos equipamentos.

²² É considerada uma instituição de “porta aberta” aquela que não tem a prática de realizar triagem de exclusão, ou seja, todos os pacientes, que chegam à sua porta, são recebidos pela instituição e recebem o primeiro atendimento. Caso o paciente apresente necessidades diversas de sua vocação, o hospital providencia a sua remoção para outra instituição mais adequada para aquele atendimento.

Durante essa rápida passagem pelo Setor de Suturas,²³ aproveitei para conhecer o ambiente, seus principais equipamentos e capacidade, no entanto o que mais chamou atenção foi que os profissionais não tomaram conhecimento de nossa presença. Todos pareciam absorvidos pela atividade que desenvolviam. Concluimos nossa excursão, não sem antes sermos interrompidos diversas vezes por outras demandas das áreas pelas quais passamos, e retornei para o setor de Engenharia.

Nos próximos dias dediquei parte de meu expediente para circular pelo hospital e parte para estudar os projetos disponíveis sobre a área física e o conjunto de suas instalações. Os projetos não apresentavam novidades, mas o ato de circular pelas áreas de atendimento sem estar acompanhado de outro funcionário “mais antigo” ou conhecido, trouxe efeitos interessantes. Um deles foi perceber que ao chegar a determinadas áreas, alguns trabalhadores me cumprimentavam como se já soubessem do meu ingresso no hospital, manifestando um comentário do tipo: “então tu és o novo Engenheiro?” Essa atitude normalmente facilitava uma breve conversação e as “boas vindas”.

Outro efeito foi de foro íntimo. Esse conjunto de visitas, que realizei como rotina de trabalho, exercitou minha tolerância em relação a presenciar cenas com imagens chocantes, comuns em instituições de saúde, especialmente de emergência.

Passaram-se algumas semanas em que dividi o meu dia de trabalho em períodos, de forma que dedicava parte desses períodos para a programação e planejamento de melhorias de área física, restando outra parte para atender a demanda gerada por solicitações das áreas de atendimento de pacientes. Essas demandas eram representadas principalmente por problemas de inoperância de determinado sistema ou equipamento de importância para o funcionamento da unidade que demandava. Essa parte do dia normalmente era mais tensa, já que as solicitações tratavam, na sua maioria, de falhas que poderiam trazer prejuízo aos pacientes.

Numa manhã de inverno, recebi um chamado para comparecer com urgência na Unidade de Atendimento de Pacientes Vítimas de Queimaduras, ou “setor de queimados”, como é conhecido esse lugar do HPS. Imediatamente lembrei que menos de uma hora atrás, havia circulado a informação de um acidente com vítimas, no pólo petroquímico de Triunfo.²⁴ As informações sobre acidentes com vítimas na capital do Estado e região metropolitana são rapidamente conhecidas pelos trabalhadores da instituição. Há um interessante sistema de divulgação extra-oficial conhecido como “rádio corredor”, sua precisão se mostra na medida

²³ Setor de Suturas é também conhecido como de “Pequenas Cirurgias”, onde são atendidos pacientes que apresentam cortes e lesões “sangrantes”. (inf Sut)

²⁴ Município da região metropolitana de Porto Alegre, que abriga um pólo petroquímico.

em que, normalmente, as informações que circulam nesse sistema acabam confirmadas “oficialmente” pela central de telefonia, ou “escaladoras”, alguns minutos depois. A rádio-corredor se utiliza de informações captadas pelos trabalhadores de diversas formas e então passam a ser divulgadas de “boca-em-boca”.

A existência, nas organizações, de uma rede de informações que atua na “clandestinidade” é reconhecida por Norbert Alter (2007), em relação às “redes de competência”. Trata-se de uma informação que se transmite numa direção horizontal, se considerarmos que as informações “oficiais” são transmitidas numa direção vertical, ou seja, através de um fluxo passível de recortes de acordo com a importância que os responsáveis pela organização à conceberem. Segundo o autor, essa seria uma das características dessa rede clandestina, sua circulação ocorrer sem passar por uma estrutura central. Outra característica é que essa rede supera as estruturas institucionais, não sendo restrita ao serviço no qual opera.

O chamado com urgência para comparecer no setor de queimados e a informação de uma hora atrás, que dava conta de acidente no pólo petroquímico, era uma associação que indicava problemas. Ocorre que o setor de queimados, naquela ocasião, estava operando numa situação muito ruim, em função de obras em andamento na sua área física. O conjunto de obras que se estava realizando, por questões construtivas, havia desabrigado determinados setores da unidade para locais provisórios, onde o atendimento aos pacientes não se dava naquele período, em condições ideais. A situação de atendimento da unidade gerava a necessidade de maior esforço para a equipe, além do que a organização dos equipamentos era precária, exigindo deslocamentos maiores e mais demorados. Por esse motivo a ocorrência de um acidente de grandes proporções, envolvendo pacientes queimados, era um evento indesejado por todos da equipe de atendimento e também pela Engenharia.

Enquanto me dirigia para o local imaginava o que estaria ocorrendo, qual sistema estaria inoperante, buscava na memória lembrar dos projetos de gases medicinais, sistema elétrico, etc.. O que estaria falhando? As condições não ideais de atendimento estavam justificadas e acordadas com toda a equipe, que se mostrava integralmente solidária com a decisão da reforma, por isso não deveria ser esse o motivo de um chamado de urgência.

Para chegar até o local era preciso passar pela circulação principal que dá acesso aos ambulatórios, e só então tive idéia da dimensão e gravidade da ocorrência. A movimentação frenética nos corredores de atendimento ambulatorial parecia uma combinação antagônica dos que sabiam o que fazer, representados pelos funcionários que se deslocavam com rapidez e indiferença ao reboliço, e os que não sabiam o que fazer, aliás alguns pareciam não saber sequer onde estavam. Esse segundo grupo era formado pelos pacientes em atendimento e os

seus acompanhantes, que, sem sucesso, tentavam por vezes interromper a passagem dos profissionais querendo saber informações sobre o estado de saúde dos pacientes que acompanhavam.

Em trabalho anterior que realizei no HPS, foram estudados os principais atributos que eram percebidos pelos usuários do hospital quando em atendimento. O objetivo foi identificar questões que pudessem ser melhoradas, diminuindo os incômodos dos pacientes durante o processo de atendimento. Dentre as questões levantadas nas entrevistas realizadas com vários pacientes, duas foram referidas em mais de 70% das respostas. A primeira foi “a dificuldade de locomoção no prédio”, e a segunda a “falta de informações durante o processo de atendimento”. A falta de informação foi referida tanto por pacientes que se ressentiam de não saber “o que tinham”, se “estavam bem ou mal”, como pelos familiares e acompanhantes que “não recebem as informações que solicitam, o que gera uma preocupação maior do que se soubessem algo sobre o acidentado” (Kniestedt, 2004).

Ao chegar na Unidade, o Técnico de Enfermagem me esperava logo na entrada, e disse apenas que a Enfermeira NI me aguardava na sala de primeiro atendimento. Sem perda de tempo seguimos para esse local. No trajeto até a sala de primeiro atendimento passamos por outros trabalhadores da Unidade de Queimados, tive a certeza que estava sendo observado por eles. Havia também dois pacientes que aguardavam atendimento, mas não geravam preocupação nos trabalhadores da unidade, isso me transmitia a idéia de que não eram pacientes graves.

Chegando à ante-sala, não me demorei em vestir uma sobre roupa, propés,²⁵ máscara facial e um desajeitado gorro. – Certos locais de atendimento exigem a utilização de roupas especiais, que são vestidas para prevenir o ingresso de particulados indesejáveis nos ambientes classificados como “limpos” ou “áreas críticas”, e assim prevenir infecções.

Na área da saúde, especialmente naqueles espaços onde ocorrem procedimentos invasivos ou que expõem órgãos internos do corpo do paciente, como sala de cirurgias, é obrigatória a utilização de roupas e acessórios especiais, assim como a observância de cuidados específicos. Muitos desses procedimentos, que estão assentados com forte influência de preceitos higiênicos e médicos clássicos, são envolvidos por ritos, como por exemplo, a associação branco/limpo (Douglas, 2000). Esses ritos são indissociáveis do saber “objetivo”, e são marcas que inundam espaços onde se desenvolvem o processo do cuidado, Segundo Cláudia Fonseca:

²⁵ Propés é um acessório de tecido que deve ser vestido nos pés, como uma meia, porém tem a propriedade de permitir que seja calçado por cima do sapato.

Essas práticas possuem a dupla função de apaziguar as angústias e de criar uma identidade de grupo. Por exemplo, a enorme quantidade de exames que se fazem..., funciona como uma espécie de talismã... que garante que tudo está sob controle. (Fonseca, 2010, p. 262)

Essa exigência, do uso de roupas específicas no ingresso de determinadas áreas, é na grande maioria das vezes respeitada, e sua desobediência é, invariavelmente, foco de advertência. Ainda que essa exigência seja indissociável do saber “objetivo”, permeando pela equipe o reconhecimento de que esta necessidade está baseada em conhecimento científico, há também uma ritualidade que envolve essa questão. Trata-se de uma prática que reforça a identidade de grupo.

As roupas para ingresso nessas áreas permitem mais de uma forma de vestir, porém apenas uma delas é a correta, por exemplo, a amarração dos propés e da máscara facial, ou a maneira de fixar as tiras de tecido para fechamento do jaleco, etc. Assim, o ato de vestir essas roupas especiais, associa ao seu usuário um saber específico, que caso seja descumprido denunciará a falta de experiência profissional, sua condição de novato ou sua situação “não in” em relação ao grupo.

Dentre alguns procedimentos gestuais que podem ser observados na instituição estudada, a “paramentação”, como é chamado o processo de preparação do profissional para o ato cirúrgico, pode ser comparado a um ritual de limpeza e purificação. Esse ritual obedece a uma seqüência de atos que devem ser rigorosamente observados pelo profissional.

O procedimento inicia-se com a troca de toda a roupa que o profissional está usando por outra, que foi cuidadosamente preparada para aquela seção, ou seja, foi submetida ao processo de esterilização, de forma a garantir, com absoluta segurança, a total ausência de impurezas que possam infectar o corpo do paciente que será submetido ao procedimento cirúrgico. A seguir, o procedimento de preparação passa pela enérgica e demorada escovação das mãos e braços do profissional, até a altura dos cotovelos, o que é feito num móvel especialmente projetado para tanto. Trata-se de uma espécie de tanque em aço inoxidável, provido de uma torneira de bica alta, e com profundidade suficiente para que a lavagem seja realizada de forma que o escoamento da água se dê a partir das pontas dos dedos até os cotovelos, de onde então a água da limpeza cairá para o fundo do tanque.

Há ainda outro motivo para a grande profundidade deste tanque de escovação das mãos, é que ele também deverá ser fundo o suficiente para impedir que respingos de sujidade saiam do mesmo, ou atinjam o corpo do profissional que se prepara, algo como o afastamento do subproduto resultante da purificação. Próximo do seu fim, o ritual passa pelo ato de calçar

as luvas do cirurgião, o que é feito muitas vezes contando com o auxílio de outro indivíduo. Concluída essa operação, o profissional então não poderá mais tocar em nada. As portas ou obstáculos que restarem na trajetória até a sala de cirurgia serão abertas ou afastados por outros. Essa “dança dos corpos” prepara o indivíduo para ingressar na sala de cirurgia, onde dar-se-á o esperado ato de salvação. Algum mal será retirado do corpo doente do paciente, e quem sabe, após sua retirada, essa parte estranha ou desconforme, será encaminhada para análise, que indicará suas características quantitativas e qualitativas. Essa análise será função de outro grupo de profissionais, outra entidade, que não está presente ali no ato, mas zela pela saúde do paciente e dá muitas vezes, em última instância, o veredicto final do sucesso da seção cirúrgica.

Ainda que determinados procedimentos possam ter seus gestuais comparados com rituais, como no caso aqui mencionado, a definição de ritual não admite que qualquer procedimento, realizado de forma repetitiva ou não, seja considerado como tal. Segundo Cecil Helman (1994), uma das características que acompanha qualquer ritual é que o mesmo se compõe por uma forma de comportamento repetitivo que não apresenta um efeito técnico direto. Ou seja, não há evidência de um resultado técnico com relação direta ao ato executado. Assim, uma seqüência de procedimentos repetidos da mesma forma, com um mesmo gestual, não podem ser considerados um rito se essa seqüência apresentar uma razão objetiva para sua execução (Helman, 1994). É o caso da preparação do cirurgião para o ato cirúrgico da qual tratamos.

É perfeitamente compreensível que a seqüência realizada pelo cirurgião tem como objetivo técnico garantir a ausência (ou o pequeno número) de organismos nas superfícies (mãos) que terão contato direto com partes internas do paciente. Prevenindo assim, através da limpeza das mãos, como também o será com todo o instrumental que será utilizado na cirurgia, a infecção do paciente.

Mary Douglas (2000) ao discutir a questão da impureza secular, traz visões diferentes sobre a relação dos rituais com a limpeza, ou base higiênica. Segundo essa autora algumas correntes argumentam que mesmo os ritos antigos mais exóticos têm uma salutar base higiênica. Essa tese afirma que ao aprofundar o conhecimento sobre a totalidade das informações que envolvem um rito, fatalmente se chegaria a uma revelação que justificaria plenamente o rito. Esse seria, portanto, o resultado da aplicação de determinado conhecimento numa articulação capaz de garantir a realização do processo da forma correta, para que assim ofereça os resultados higiênicos esperados. A autora admite que seja possível reconhecer correspondências interessantes entre o processo ritual e algum mal à saúde, como a proibição

ritual do consumo de determinado alimento e o afastamento da possibilidade de contrair doenças contagiosas. Também a imunidade judaica em relação às epidemias poderia estar associada às regras de lavagem antes de comer.

O culto yoruba a uma divindade da varíola, por exemplo, exige que os pacientes sejam isolados tratados por uma sacerdote, ele próprio uminzado por ter anteriormente contraído e superado a doença. Além disso os Yoruba usam a mão esquerda para segurar tudo o que for poluente. (Douglas, 2000, p. 44)

Porém Douglas não aceita essas correspondências como argumento suficiente para a verdade.

Mas uma coisa é assimilar os benefícios laterais dos actos rituais e outra é ficar satisfeito com o uso do acessório para explicar o fenômeno. Mesmo que as prescrições alimentares de Moisés sejam benéficas do ponto de vista higiênico, seria empobrecedor tratá-lo como um simples administrador esclarecido da saúde pública e não como um líder espiritual. (Douglas, 2000, p.44)

Outra corrente, mesmo admitindo que os ritos tenham um fim higiênico, não os identifica assim tão salutares, já que entendem que há um “abismo” entre as nossas noções de higiene e a dos primitivos, que seriam errôneas. Essa posição, que é oposta à anterior, considera que as lavagens e limpezas que realizamos nos processos mais modernos, assim como as técnicas de isolamento, controle e desinfecção têm apenas uma semelhança superficial com as “purificações rituais” das culturas primitivas. Assim, os nossos costumes estão intimamente relacionados com as noções de higiene, enquanto os costumes primitivos estão relacionados às questões simbólicas. “nós matamos os germes, eles afastam os espíritos” (Douglas, 2000, p.47). A autora refere, no entanto, que em alguns pontos os ritos simbólicos e a prática de higiene têm semelhanças “perturbadoras”, ainda assim sua compreensão é de que essa posição apresenta-se como um obstáculo para a compreensão dos ritos.

Ao entrar na sala de primeiro atendimento, do setor de queimados, o choque foi inevitável. Encontrava-se em atendimento um paciente, vítima de queimaduras, e ele estava totalmente despido, deitado na maca fixa de banho. Essa maca de banho, em unidades de atendimento de pacientes vítimas de queimaduras, trata-se de uma bancada de aço inoxidável, utilizada para a realização de procedimentos de cirurgia e banho dos pacientes classificados como “grande queimado”²⁶. O paciente que estava recebendo o atendimento tinha parte importante do corpo queimada, incluindo rosto, peito, abdômem e coxas, o cabelo, sobrancelhas e cílios estavam chamuscados, parte da pele queimada estava enegrecida, contrastando com partes roseadas de onde havia caído a primeira camada de pele pela

²⁶ Um dos elementos que define a gravidade de uma queimadura é a sua extensão. Um “grande queimado” é considerado um paciente que apresenta mais de 60% da superfície do corpo atingido por queimadura.

intensidade da queimadura. O cheiro que marcava o ambiente era uma mistura de cabelo queimado, roupa molhada e álcool.

No entorno do paciente estavam três funcionárias que o atendiam, e uma delas era a Enfermeira. Quando ela percebeu minha presença na sala, cumprimentou-me com um movimento de cabeça, e pediu que esperasse ali até que ela pudesse me atender. Essa fala parecia lógica, pois a equipe estava com um atendimento em andamento, porém foi possível perceber que a sala preencheu-se de sua autoridade. Ficou demarcado quem dava os tempos do que ocorria naquele espaço, e ela demonstrava segurança e total controle sobre o andamento do trabalho que se desenvolvia. A enfermeira silabava fragmentos de frases que resultavam numa ação de um dos trabalhadores envolvidos no atendimento.

Alguns elementos como a gíria e a utilização de fragmentos de frases dão ao grupo certa identidade. Na saúde existe uma série de siglas que indicam desde o diagnóstico provável do paciente até a suspeita da forma possível de como pode ter ocorrido determinada lesão que passa a ser observada pela equipe. (TCE – Trauma Crâneo Encefálico, AVC – Acidente Vascular Cerebral e CA – que normalmente indica o câncer, são exemplos). Mas existem ainda gírias como “hagazão” que significa que o paciente está simulando, ou “fez força” que significa ter reagido (normalmente à prisão ou captura). A gíria médica (“ciru” para cirurgia, “cesa” para cesariana, “primi” para primípara) também serve para identificar as pessoas “in” do grupo (Fonseca, 2010).

O paciente em atendimento estava sedado e tremia na fria maca metálica de atendimento, era possível ouvir o ruído que a vibração do seu corpo produzia batendo no aço brilhoso da maca. O paciente era obeso, as queimaduras haviam lhe inchado algumas partes do corpo mais do que outras, o que tornava disforme a sua superfície corporal. Por um momento pareceu que o paciente tranqüilizou-se e, com surpreendente sincronia, neste momento, os profissionais concentraram-se em puncionar a sua veia para administração de medicação. A silenciosa disciplina contrastava com os sons que vinham do corredor próximo, onde outros pacientes menos graves e mais chorosos eram atendidos.

A discussão sobre a prática dos trabalhadores e o espaço, na organização hospitalar encontra em Michael Foucault um importante referencial. Foucault sustenta que a introdução, no confuso e complexo espaço hospitalar, de mecanismos disciplinares é o que cria as condições de medicalização dessa instituição (Foucault, 1979).

Os hospitais têm na disciplina a tradução da cuidadosa organização do tempo, movimentos e espaço. Rege que essa organização disciplinar deve registrar, classificar e distribuir todos os fluxos e recursos com os quais lida, como trabalhadores, doentes,

mercadorias e expurgos. Essa disciplina é uma técnica de gestão dos homens, uma técnica de “exercício de poder” que para Foucault (1979, p.105), busca o adestramento dos homens visando “forjar corpos dóceis”.

Assim, em tese, esses “corpos dóceis” seriam organizados, distribuídos e estrategicamente acompanhados, com o intuito de proporcionar um aumento de forças que resultariam em maior utilidade econômica.

A disciplina enquanto tecnologia de poder e a clínica como campo de saber se entrelaçariam de tal maneira que viriam a remodelar o hospital, estabelecendo um campo único e novo de saberes e poderes. Disciplina e saber médico conformariam, portanto, um novo campo de poder institucional: o hospital terapêutico. (Deslandes, 2000, p.59)

O hospital, ou organização hospitalar, com já referido, é apontado por Foucault (1979), como um novo "espaço de produção". Trata-se da produção médico-curativa, que se faz possível pela disciplina, que sujeita trabalhadores, que são os agentes dessa produção terapêutica e também doentes, que são objeto da ação de produção. Essa produção singular se afirma através do processo de "docilização" de corpos, possível pela operação de mecanismos de organização do tempo e do espaço.

O procedimento que estava sendo realizado consistia em retirar a pele queimada e solta das áreas mais afetadas do corpo, produzindo, por certo, a higienização dos ferimentos. A limpeza era feita com o auxílio de compressas de gase e água corrente. Ao mesmo tempo que a água era colocada no ferimento, através do uso de uma ducha higiênica, os técnicos passavam a compressa de gase sobre os ferimentos. Ainda que estivesse sedado, era possível perceber que a pressão de escovação (fricção da gase no ferimento) sobre a pele sensível provocava movimentos de proteção e retração do paciente.

A imagem era grotesca, sofrida, mas necessária. Uma imagem impossível de ser assistida com indiferença. A cena “mexia” com as demais pessoas presentes assim como “mexia” comigo, “uma experiência que só pode ser suportada por poucos”, foi uma das expressões que ouvi sobre o atendimento de pacientes queimados. Não se tratava de uma experiência comum, que pudesse ser vivenciada na rotina cotidiana das pessoas, “só aqui no Hospital de Pronto Socorro é que se vê isso” é frase corrente para muitos serviços que são referência.

A tensão estava manifesta na postura e nas atitudes dos presentes. A cena promovia certamente em todos, assim como em mim, o desejo de que o procedimento terminasse logo,

porém com a certeza de que demoraria o tempo que fosse necessário e que a técnica exigisse. Todos resignados mantinham-se ocupados, procedendo a ação que lhes cabia.

Por algum tempo fiquei observando aquela disciplina. Os movimentos da equipe tinham uma dupla regência, a primeira dirigida pelo comportamento do paciente, que quando, através de movimentos de defesa e contração, aparentava dor, provocava como reação naqueles que o atendiam, uma rápida parada da escovação de sua pele. A segunda regência se dava pela obediência da equipe ao profissional que detinha o comando do procedimento em andamento.

O trabalho parecia estar concluído quando a enfermeira, ainda concentrada no procedimento que ocorria, se dirigiu a mim com simpatia dizendo o quanto achava importante que eu “pudesse presenciar um atendimento daquele tipo”. Isso ajudaria muito para que eu compreendesse melhor as necessidades de área física que aquela unidade demandava. Agora, já sem as luvas e com mais atenção em mim, continuou referindo “melhor do que conversar sobre o espaço e suas necessidades, é presenciar como se trabalhava para atender um paciente grave, vítima de queimaduras”. Em seguida perguntou se estava me sentindo bem. Neste momento percebi que, em grande medida, aquele chamado tinha um objetivo não revelado, que era submeter-me a um teste. Era experimentar minha capacidade para enfrentar aquelas situações do cotidiano de um mundo particular, partilhado por um grupo com identidade própria. Um cotidiano que não é para “qualquer um”, um mundo que exige determinados atributos especiais dos indivíduos. Respondi à enfermeira que me sentia bem, e perguntei-lhe se estava tudo em ordem com os equipamentos, já que havia um chamado urgente. Sua resposta foi: “engenheiro vamos tomar um rápido café, porque hoje o turno só terminará quando os pacientes tiverem recebido o atendimento de que precisam”.

Fomos até a pequena sala de Coordenação da Unidade. Ali tomamos um café ruim, saído de uma garrafa térmica de aço, daquelas que acompanham as refeições dos pacientes internados, provavelmente capturada e subvertida daquele uso, para esse.

Aquela manhã acabou marcada, para mim, como um “rito de passagem” a que fui submetido no início de minha, agora já longa estada pelo Pronto Socorro.

Segundo Turner (1974), “ritos de passagem” são momentos que marcam mudanças na vida do indivíduo e que estão relacionadas à sua posição na estrutura social na qual está inserido. Considerando os conceitos de liminaridade²⁷ e *communitas*²⁸ de Turner, essa

²⁷ A liminaridade é a fase intermediária entre o distanciamento e a reaproximação onde as características do indivíduo que está “transitando” são ambíguas (Turner, 1974).

²⁸ *Communitas* é o estado de comunhão entre indivíduos iguais. (Turner, 1974).

“passagem” pode ser comparada a algo como um renascimento, que de fato significa a mudança de status do indivíduo. O processo consiste em submeter o indivíduo a um limiar em que é distanciado da sociedade enquanto estrutura, deixando de existir naquela posição da estrutura social. Nesse limiar ele é colocado em um estado de igualdade e humildade, onde os atributos do status ao qual pertencia são desfeitos. Nessa situação o indivíduo pode ser submetido a injúrias pelos demais, independente da situação que ocupam na estrutura social. Só então, depois desse rito, o indivíduo é reconhecido em uma nova posição, normalmente referente a um status superior ao anteriormente pertencente.

A enfermeira NI, hoje já aposentada, é sem dúvida uma competente profissional da “velha escola” como se dizia. Essa colega acabou sendo uma importante parceira, ajudando com informações, que por vezes precisava para o meu trabalho. Sua larga experiência no processo de atendimento de pacientes em estado grave, especialmente vítimas de queimaduras originou trabalhos importantes no HPS.

O Pronto Socorro é um hospital especializado, que tem como principal vocação a atenção às urgências e emergências. Essa vocação, que se apresenta como uma especialidade, acaba por formar e manter no seu quadro, profissionais com alta capacidade resolutiva, e que além disso, por sua militância na instituição, são referência para determinadas especialidades.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES -, o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre é um “Hospital Terciário – especializado”, o que significa que está preparado para realizar procedimentos de média e alta complexidade nas especialidades que atende junto ao Sistema Único de Saúde.

É possível identificar que a estrutura física construída na instituição, contempla a divisão de espaços para atendimento de pacientes que são atendidos ambulatorialmente, ou seja, sem estarem internados, e outro espaço destinado ao atendimento de pacientes que estão internados para tratamento. Essa divisão admite que os espaços tenham características diferentes em função do tempo de permanência do paciente que recebe cuidados. Essa lógica leva em consideração que os pacientes ambulatoriais, normalmente com curto tempo de permanência, necessitam de menos “equipamentos” de conforto do que aqueles pacientes que, internados, fazem uso de um espectro de utilidades muito mais amplo. Os pacientes que estão em atendimento ambulatorial são chamados de pacientes “externos”, enquanto que os pacientes que estão internados são chamados de pacientes “internos”.

2.2.1. Pacientes externos

Os pacientes que chegam ao hospital para atendimento, têm seu acesso através do ambulatório para atendimento de Urgências, que é organizado por especialidades. A orientação do paciente para uma das salas de atendimento é feita baseada na queixa apresentada e de informações obtidas com o próprio paciente ou seu acompanhante. Iniciado o atendimento, o paciente estará inserido num processo diagnóstico/terapêutico de total autonomia dos profissionais que o estão atendendo, não mais lhe cabendo opção por escolha dos serviços disponíveis.

É necessário que se distinga, nesse processo de atendimento, duas hipóteses possíveis de deslocamento entre os espaços de atenção. Uma das hipóteses é aquela em que o paciente apresenta capacidade de deambular de forma autônoma ou assistida pelos setores de atenção. Ou seja, trata-se de pacientes que podem deslocar-se de uma área para outra. Nesse caso o paciente circula pelos setores, como por exemplo, da sala de medicação para a sala de radiodiagnóstico, para a realização de determinado exame e dali para o Laboratório para coleta de material para confirmação de determinado diagnóstico e dali de volta para a sala de atendimento.

Outra hipótese que se apresenta é aquela em que o paciente não possui autonomia física para movimentar-se, em função de alguma lesão que o impede de andar. Ou ainda, mesmo tendo autonomia física para o deslocamento, não está suficientemente orientado para tanto, o que é bastante comum nos pacientes vítimas de acidentes. Nesta hipótese o paciente é mantido na sala de atendimento, aos cuidados de uma equipe treinada. Os demais profissionais de outras especialidades serão chamados, sempre que necessário, para contribuir na assistência ao paciente. Assim, serão os profissionais que se deslocarão até aquela sala onde está o paciente para atender as solicitações, de acordo com a demanda do atendimento. No caso da necessidade de realização de exames de radiodiagnóstico ou laboratoriais, diferente da hipótese anterior, as equipes é que se deslocarão do seu espaço de atuação até a área onde o paciente está sendo atendido e prestarão os serviços demandados, por exemplo a coleta de sangue para exame laboratorial ou a realização de exames radiográficos.

Concluído o atendimento do paciente, esse poderá ter a chamada “alta ambulatorial”, situação em que estará liberado para deixar o hospital. Neste caso o paciente será desvinculado da instituição. Em outros casos o paciente poderá ter indicação de internação. Se isso ocorrer, o paciente ficará sob os cuidados do hospital e será internado em enfermaria ou UTI do hospital.

2.2.2. Pacientes internos

Uma vez realizada a internação o paciente migrará da área ambulatorial para uma área específica de internação, salvo situações de superlotação, quando deverá esperar a providência de leito ou remoção para outro hospital.

A área de internação do HPS é composta basicamente por Unidades de Tratamento Intensivo – UTI - e enfermarias de internação, também divididas por especialidade como os ambulatórios. As acomodações não são individualizadas, ou seja, o hospital não dispõe de quartos individuais para a internação dos pacientes. As Unidades de Tratamento Intensivo, bem como as Enfermarias, são de acomodação do tipo coletiva. Sua área física é disposta de tal forma que os leitos ficam localizados “ao redor” de um posto central. Deste posto central, chamado de Posto de Enfermagem, é possível visualizar todos os leitos, atendendo assim a necessidade de vigília permanente sobre os pacientes internados. A privacidade do paciente, nas enfermarias, é dada por cortineiros que são fechados quando necessário. No caso das UTIs, raramente há algum fechamento, já que os pacientes ali internados estão desacordados, pouco percebendo, em tese, o que ocorre no ambiente.

A internação dos pacientes, salvo raras exceções, é solicitada pelos médicos da instituição, para pacientes que foram atendidos nos ambulatórios de emergência, e que têm essa recomendação, não existindo internações de caráter eletivo.²⁹

Da mesma forma que ocorre com os pacientes graves no ambulatório, onde os especialistas são chamados para atendimento na sala de atendimento, também a internação opera com essa lógica. O paciente é internado em UTI ou enfermaria, que corresponde à sua principal patologia, e as demais especialidades são chamadas para atender solicitações conhecidas como “consultorias”. Nas consultorias os profissionais demandados deixam seu local ordinário de atendimento e ingressam noutro espaço para atendimento de pacientes ali internados.

O HPS dispõe ainda, em sua estrutura, de outros espaços de atenção, como os de métodos diagnósticos, laboratório, radiologia, tomografia, ecografia, ainda agência transfusional, possuindo também bloco cirúrgico e centro de material e esterilização e outras áreas de apoio como Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria, Farmácia, etc..

Com essas áreas de atenção, os espaços cumprem uma função específica e dispõem de estrutura e fluxos definidos.

²⁹ Uma internação é considerada de caráter eletivo quando é feita com o objetivo de preparar o paciente para uma ação terapêutica conhecida com antecedência, por exemplo, o caso de cirurgias, quando o paciente é internado de véspera.

2.2.3. Programa de Necessidades e a Territorialização

Na condição de Engenheiro do Hospital de Pronto Socorro, tenho como uma de minhas tarefas, discutir com os trabalhadores das unidades de atenção, sobre a melhor forma de dispor os espaços de atendimento. O objetivo é garantir que esses ambientes possam oferecer, com a maior precisão possível, os atributos indispensáveis ao desenvolvimento das etapas que compõem o processo de cuidado. Essas discussões têm como objetivo a elaboração de um documento que é chamado de “Programa de Necessidades”, onde ficam indicadas as principais demandas do espaço físico.

A lógica de elaboração de um Programa de Necessidades leva em conta, prioritariamente, as atividades que serão desenvolvidas no espaço a ser concebido. Preliminarmente, essa informação tem caráter ordinário, já que, uma vez definida a área, por exemplo, uma UTI ou um Laboratório, serão conhecidos os principais itens que devem fazer parte de seu espaço físico, seus compartimentos e instalações. Porém, há uma margem de flexibilização dos espaços e das instalações em geral, já que a normatização trata de estabelecer as dimensões mínimas ou máximas dos elementos que compõem o espaço. O Programa de Necessidades busca compatibilizar as exigências da Norma com as especificidades que determinada função pode impor ao projeto, agregando ao mesmo itens complementares, que são introduzidos pelos trabalhadores que discutem e interferem no processo de concepção do espaço.

Nesse processo são discutidos e definidos também outros aspectos destes espaços, como os bloqueios e liberações de circulações, acessos (tipos e controles), relações de vizinhança, etc.. O conjunto desses aspectos, mais do que proporcionar a realização das tarefas que lhe serão inseridas, garantindo segurança e eficácia em suas operações, vai definir também, o grau de liberdade, acomodação, proteção e possibilidade de refúgio de seus trabalhadores.

O tipo de arrumação que se estabelecer consignará, por exemplo, a visibilidade do espaço, derivando daí a forma e o grau de vigilância que poderá se estabelecer. A unidade de trabalho pode ser considerada um fragmento da organização, e sua arrumação funcionará no sentido de assimilar uma estrutura de vigilância baseada no grau de visibilidade dos indivíduos.

O espaço organizacional mediatiza o funcionamento do sistema hierárquico por um tipo de arrumação destinado a tornar visíveis os que têm que executar as tarefas; o princípio de visibilidade nos espaços está ligado a necessidade inerente à organização do trabalho, que é a de poder dominá-los. (Fischer, 2001, p. 91)

Ainda outros aspectos são envolvidos pelo processo de elaboração do Programa de Necessidades, como a provável fixação dos trabalhadores em locais específicos, a limitação de acessos, e possíveis dominações geográficas que apontam para a importância dessa discussão na concepção e conformação dos espaços que serão concebidos e habitados pelos trabalhadores.

Por essas características, esse fórum de discussão se apresentou como um campo rico para a compreensão das interações que acabam por desembocar na concretização dos espaços e sua efetiva ocupação, bem como a observação do atravessamento dos poderes dos grupos envolvidos. Sob o ponto de vista da participação nessa discussão, a oportunidade é favorecida, já que a condução desse processo faz com que as conversas sobre o espaço de trabalho e sua ocupação sejam comuns na rotina da área de Engenharia e Planejamento.

Esse fato foi um elemento facilitador para realizar questionamentos sobre os diversos ambientes de trabalho, dirigidos diretamente aos seus habitantes-trabalhadores. Isso permitiu observar de que forma as modalidades de ocupação dos espaços físicos do Hospital eram percebidas pelos trabalhadores e como as subversões destes espaços eram explicadas por eles. A possibilidade de permanente questionamento sobre a concepção de espaços permitiu ainda que fosse observada de que forma essa dinâmica de ocupação, fixação do trabalhador e da tarefa e a subversão desses preceitos interferia nas práticas cotidianas.

Não havia, em princípio, nenhum estranhamento, por parte dos trabalhadores, no fato de eu estar tratando desse tema. A forma como passaram a se dar essas conversas é que seria diferente.

Não obstante as informações fossem mais ricas e completas na medida em que mais trabalhadores se manifestassem durante a elaboração do Programa de Necessidades, o processo de escuta privilegiava, na maioria das vezes, a coordenação da Unidade de Trabalho.

É fácil entender porque essa forma de conceber o Programa de Necessidades é tradicionalmente utilizada nesta e noutras instituições de saúde, o que se diga, aliás, não se trata de um privilégio do setor saúde, mas sim das tecnocracias. Lembremos que, como já foi dito anteriormente, o HPS repousa sobre uma estrutura com características acentuadas de uma tecnocracia, onde o *expert*, que é um homem de síntese, que conhece as disciplinas e sabe como utilizá-las, ou como coordenar aqueles que são depósito destas mesmas disciplinas, e tem a sua palavra ouvida e valorizada (Enriquez, 2007). O entendimento é que essa palavra é pronunciada em nome da técnica e da ciência.

Essa forma de praticar a escuta para conceber o “Programa de Necessidades” da unidade de trabalho, normalmente levava as discussões para reuniões fechadas de trabalho.

Essas reuniões se davam em locais pré-definidos. Usualmente as reuniões ocorriam em salas de reuniões, portanto fora do espaço de trabalho dos Coordenadores e dos demais trabalhadores da Unidade. Essas reuniões ocorriam em horários também pré-determinados e com tempo limite para seu encerramento.

Usualmente, as seções de discussão, buscavam colher informações que pudessem ajudar na elaboração dos espaços a serem concebidos. Não obstante o valor intrínseco da iniciativa, que promovia a exposição de pontos de vista em ângulos distintos do mesmo objeto de estudo, essas reuniões acabavam por se constituir, em grande medida, num palco onde desfilavam argumentações para convencer os membros do grupo de trabalho da necessidade de ampliar espaços e adquirir equipamentos com tecnologia de última geração.

Segundo Richard Déry (2007), nas organizações modernas, a informação tem valor simbólico, já que induz a conclusão que o indivíduo que tem a informação é competente, o que faz imediata associação ao poder, e serve de apoio para seu exercício. Assim, além do conjunto de informações colhidas, também os valores e ideologias participam da tomada de decisão, de onde o autor conclui que:

Finalmente, a realidade mesmo da informação é colocada em dúvida. De certo modo os atores trocariam entre si representações, imagens de sua realidade, argumentações mais do que informações já construídas e a espera para serem recolhidas, tratadas e utilizadas no processo de tomada de decisão. (Déry, 2007, p.70)

A argumentação é construída com o apoio em dois pontos distintos, o primeiro ponto se refere aos conhecimentos sobre o objeto de sua argumentação, trata-se do conhecimento acumulado e que tem utilidade na medida em que esse saber permite reconhecer e tratar o objeto. O segundo ponto levará em consideração as características daqueles que recebem a informação, que podem ser considerados a platéia do argumentador. Desta forma, o argumentador levará em conta, além do seu conhecimento sobre o objeto, a necessidade de uma estratégia para a argumentação, que será modulada de acordo com a sua platéia. A conjugação destes dois pontos resultará numa argumentação que estará estrategicamente alinhada com o jogo organizacional (Déry, 2007).

As argumentações não são então subordinadas a seu objeto, são aí apenas reflexos objetivos. As argumentações são leituras objetivadas pelos atores que, transformando-se em estrategistas, retém somente algumas facetas do objeto do discurso; eles só liberam seus conhecimentos do objeto à medida que isto lhes permite obter a adesão do auditório. (Déry, 2007, p.71)

Os participantes mostravam um comportamento formal, as manifestações que envolviam demandas de espaço físico vinham imediatamente justificadas em função de

necessidades dos pacientes, raramente apareciam questões referentes à forma como eles se sentiam em relação aos espaços que ocupavam. A abordagem era no campo técnico, sempre referindo a relação do profissional com o paciente. Parecia não existirem relações entre os profissionais ou entre os pacientes, ao menos as falas não indicavam isso com clareza. Havia, no entanto, uma aparente sintonia entre os participantes, possível de ser percebida por seus gestos, que por vezes incentivavam quem falava a prosseguir com o “pleito”, e, por outras vezes, constrangia a fala, interrompendo o raciocínio e apresentando outra versão, que muitas vezes iniciava com “na verdade...” ou “talvez fosse melhor...”.

Com o passar das reuniões essa percepção de sintonia entre os participantes encontrou a verdadeira motivação.³⁰ Os grupos, em geral sabendo do agendamento e pauta das reuniões, se preparavam para a organização das demandas que seriam apresentadas. Ocorre que parte dessas demandas eram revestidas de justificativas que não “fechavam” com as atividades da Unidade. Por exemplo, a necessidade de uma sala reservada para receber e conversar com acompanhantes de pacientes potencialmente doadores de órgãos, quando já existe setor específico para essa abordagem, que na realidade é feita por uma equipe especialmente designada para tanto. Ou ainda, demanda para a criação, numa unidade de cuidados especiais (UTI), de leitos reservados para atendimento de crianças, quando o hospital dispõe de um setor especialmente dedicado para pacientes pediátricos. Esses pontos, ao serem questionados, traziam tensão ao encontro, mostrando surpresa e despreparo para a sustentação, pelo grupo, do que era pleiteado. A evolução dessas tratativas tornou clara a prática de encaminhar a subversão da área em concepção, através de sua estruturação colada ao Programa de Necessidades. Mais tarde, seguindo no trabalho de pesquisa, foi possível identificar essa modalidade de subversão no contexto da instituição.

Ainda que esse espaço de discussão tenha deixado de ser o principal foco de observação do trabalho, foi possível identificar a especial importância do comportamento estratégico que os atores assumiam nele. Friedberg (1995) aponta para a importância do poder na inter-relação entre os atores, tendo na capacidade do ator estruturar os processos de troca a potencialidade de obter vantagens. Assim, valendo-se dos constrangimentos e oportunidades existentes numa determinada situação, o ator busca impor ações de troca favoráveis para os seus interesses.

³⁰ Considerando que a articulação de interesses constitui o meio e o resultado de um posicionamento entre outros possíveis, no campo organizacional, na vida organizacional a estrutura de campo, deve ser convertida em ações estratégicas, ou ficarão vulneráveis à transformação (Clegg, 1996).

Essa atuação concretiza-se em uma troca negociada de comportamentos em que os participantes “retiram qualquer coisa, permitindo ao mesmo tempo em que algum (ou alguns) dela retire(m) mais do que os outros” (Friedberg, 1995, p. 120). Assim, essa negociação acaba por assumir a forma de jogos de poder:

O jogo é neste caso o conceito fundamental da ação organizada, isto é, de uma ação que se desenrola num contexto de interdependência estratégica. Só ele é capaz de conciliar liberdade e constrangimento, autonomia dos atores e integração dos seus comportamentos. Os jogadores ficam livres, mas devem, para fazer avançar os seus interesses, aceitar os constrangimentos que lhes são impostos, esperando poder eventualmente modificá-los num segundo tempo. (...) Podem também naturalmente cometer erros, enganar-se sobre a natureza do jogo, esquecer as regras, etc., e, ao fazê-lo, ‘desviar-se’ da racionalidade do jogo e descobrir novas oportunidades, novas estratégias ganhadoras que, a prazo, provocarão uma modificação do próprio jogo. (Friedberg, 1995, p. 232)

Com a evolução do trabalho de campo da pesquisa que desenvolvo, as informações passaram a ser colhidas de formas diversas, e não mais apenas nas reuniões formais. O próprio local de trabalho / atendimento, e principalmente o local de repouso, passaram a ser explorados, assim um número muito maior de trabalhadores passaram a ser os informantes dos temas que a pesquisa busca compreender.

Essa alteração no foco dos espaços a serem o objeto de observação e informação, além de importante foi necessária, senão o que se estaria fazendo seria a etnografia das reuniões que discutem o Programa de Necessidades das áreas de atendimento, e não a Etnografia da ambiência do Hospital de Pronto Socorro, como se quer.

Ainda que não houvesse, em princípio, um estranhamento dos trabalhadores em relação à minha presença nos seus locais de trabalho, isso, na verdade passou a ser observado por eles na medida em que minha permanência nestes locais ficou mais longa do que normalmente ocorria. Em algumas situações os trabalhadores mostraram-se curiosos com minha permanência prolongada nestes locais, já que são pouco freqüentados por pessoas que não fazem parte da equipe de trabalho, raras vezes porém, essa curiosidade foi explicitada. Nas poucas vezes em que isso ocorreu, justifiquei que essa permanência me permitia vivenciar as reais facilidades e dificuldades que os trabalhadores referiam em relação aos espaços, bem como entender porque determinados espaços haviam sido subvertidos para outras funções e como isso era decidido pela equipe. A frase final que utilizei, nestas ocasiões, para justificar minha presença mais prolongada, era que eu “estava fazendo um *Test-Drive*” daquele local de trabalho. Essa resposta satisfez de forma bastante razoável, sendo motivo de brincadeiras e foi até mesmo referida em outros encontros quando, por exemplo,

um dos trabalhadores ao me reencontrar perguntou: “e então engenheiro, como foi o *Test-Drive?*”

Durante o período de observação realizado, foi possível constatar que existem espaços cuja proposta arquitetônica foi demarcar restrições de acesso. Essas restrições têm por objetivo: a garantia de segurança, o controle de infecções, a privacidade para procedimentos específicos e a organização de fluxos. Segundo o setor de Arquitetura do HPS, as áreas:

são projetadas levando em conta a Legislação específica de cada setor, normalmente existem ambientes mínimos exigidos por lei, mas o projeto vai além disso. Sempre montamos uma comissão que analisa, discute e decide de forma conjunta todos os espaços que o setor vai ter, especialmente aqueles onde são realizados os procedimentos, mas também os espaços relacionados às questões de conforto dos seus usuários e para repouso dos trabalhadores. Independente da função que o projeto vai definir, os fluxos são sempre estudados para garantir a segurança do conjunto da edificação, tentamos também aproximar ou afastar setores, de acordo com a conveniência das inter relações dos processos de trabalho. (Informante 11 ENG)

Mas também foi possível observar que existem outras tantas restrições de acesso que se baseiam em elementos diversos desses já apontados.

Se deixarmos essa porta aberta, essa sala se transformará no setor de informações. Todos que quiserem saber algo sobre um paciente entrarão no nosso estar e perguntarão sobre seu paciente, mesmo que o paciente esteja lá no quinto andar, eles virão perguntar aqui porque é mais próximo. (Informante 13 SSO)

Ao longo desse estudo vários espaços puderam ser observados, desde aqueles que são utilizados de forma individual para guarda de pertences pessoais, como armários e gavetas, passando pelas salas que têm acesso restrito para determinados profissionais, e que dependem de autorização para ingresso, como salas de chefia e coordenação.

Também foram observadas as áreas de uso coletivo, primeiramente aquelas destinadas aos procedimentos e o cuidado do paciente, onde se evidencia a divisão das tarefas/divisão do trabalho e também aquelas de uso coletivo, porém subordinadas a um disciplinamento para o uso, como salas de reuniões e salas de aula, que exigem prévio consentimento e agendamento. Ainda foram observados aqueles espaços de uso coletivo irrestrito, como circulações e esperas, e os de uso coletivo mas alternativo, como refeitório e gabinete médico funcional.

Essas observações permitiram perceber a dinâmica de ocupação dos espaços e também identificar formas de territorialização presentes nessa dinâmica. Um fator que se salienta na observação da dinâmica de ocupação e migração, diz respeito às situações em que os trabalhadores procuram refugiar-se em um local que proporcione certo grau de privacidade. Essa busca, em uma instituição em que a grande maioria das áreas é destinada ao acolhimento

de público ou ao cuidado à saúde, é restrita a localizações bem definidas e que são objeto de disputas.

É comum que a privacidade seja considerada como um estado de isolamento social, onde o indivíduo evita o contato com outras pessoas Altman (1975), no entanto, considera a privacidade como um processo dinâmico de administração de fronteiras, que não é estática, mas trata-se de um controle seletivo de acesso a si próprio ou para o grupo ao qual pertence. Segundo este autor, esse processo se constitui num componente "dialético" que se refere à abertura e proximidade de si para os outros, que tenta evitar e interação social, e um componente "dinâmico" que estabelece um nível de privacidade desejado, ou seja, o nível ideal de contato em determinado momento. Este elemento dinâmico, que varia devido a diferenças individuais e culturais, move-se continuamente numa escala de abertura e de proximidade, em resposta a diferentes circunstâncias ao longo do tempo.

Essa compreensão permite inferir, que o que ocorre, é que as mudanças do nível de privacidade desejado, podem variar no tempo de acordo com o ambiente. Assim, os indivíduos podem querer evitar as pessoas em um determinado momento, e manifestarem o desejo de proximidade e contato em outro momento.

O autor acrescenta que o objetivo de regular a privacidade, é atingir o seu nível ótimo, que seria "o nível ideal de interação social". Nessa busca, todos nós nos esforçamos para combinar a privacidade alcançada, ou seja, o nível obtido de contato em um momento específico, com o pretendido. Esse nível ótimo de privacidade seria aquele em que conseguimos experimentar a solidão desejada, quando desejamos ficar sós, e no qual podemos desfrutar do contato com outras pessoas quando desejamos a interação social. Se nosso real nível de privacidade é maior do que o desejado, vamos nos sentir solitários ou isolados, por outro lado, se for menor do que o desejado, a tendência é que nos sintamos incomodados.

Ao conseguir controlar a abertura e fechamento de si para os outros, isto é, tornar-nos mais ou menos disponíveis, como resposta ao nosso desejo e ao ambiente, fica permitido que nos ajustemos melhor à sociedade do que aqueles não conseguem realizar esse controle. O sucesso desse controle de interação social, passa pela utilização de uma diversidade de mecanismos comportamentais, que incluem comportamentos verbais, não-verbais, mecanismos ambientais de territorialidade, espaço pessoal, público, etc, (Altman, 1975). A combinação desses mecanismos comportamentais, concorrem para expressar o nível de privacidade que desejamos, apontando para o nível ótimo de privacidade almejado de acordo com o momento.

Segundo Fischer (2001), a Psicologia Ambiental estabeleceu o conceito de território como “um lugar, ou área geográfica ocupada por um indivíduo ou um grupo de indivíduos” (p. 84). O estabelecimento desse conceito de territorialidade permite que os espaços sejam observados por limites físicos de composições diversas, num vasto conjunto de possibilidades, desde o prédio inteiro até a menor porção, que poderá ser o espaço imaginário em que o corpo do indivíduo está inserido. Independente do seu limite geográfico esse território é propriedade de um indivíduo ou grupo de indivíduos.

Esse conceito admite que os territórios possam ser divididos em três tipos (Altman, 1975):

- **o território público** - que tem como principais características a possibilidade de ser ocupado por qualquer indivíduo e de sua ocupação ser temporária. Esses territórios normalmente apresentam uma arrumação específica, e sua ocupação é regida por normas e costumes. Exemplos desses territórios são as cabines telefônicas, os bancos em parques públicos e paradas de ônibus.

- **o território secundário** – é um espaço que tem seu acesso e sua ocupação regida por regras mais ou menos definidas. Esse território é semi-privativo, portanto não permite sua personalização pelo ocupante e não é reconhecido como seu. Exemplos desse tipo de território podem ser o clube, o restaurante e o bar.

- **o território primário** – é um lugar ocupado de maneira estável pelo indivíduo que o reconhece como seu. Esse território assegura uma função de intimidade e privacidade. Diferente dos demais tipos de território esse pode ser personalizado e defendido contra acessos não autorizados. Os exemplos podem ser a casa e o escritório particular.

Segundo essa tipificação, os territórios nos quais o trabalho de pesquisa fixou esforços para compreender as dinâmicas de ocupação, foram os territórios primários e secundários. Essa definição, na verdade, não se fez “a priori”, mas sim acabou desencadeada naturalmente no processo de observação. Provavelmente pelo foco do que se pretendia estudar, que levava em conta a necessidade de compreender a influência dos espaços no simbolismo dos trabalhadores, acabou por se mover os esforços da observação em territórios de intensa interação, por isso diferente de territórios públicos. Objetivamente, os trabalhadores pouco tempo ocupam os territórios públicos da instituição, que seriam as circulações, salas de espera e sanitários públicos.

Durante o período da jornada de trabalho os funcionários migram de territórios onde exercem maior ou menor domínio. Atendendo às necessidades de trabalho, excetuando-se as unidades como Bloco Cirúrgico e Centro de Materias e Esterilização, que são “unidades

fechadas” em função do controle de infecção e assepsia, há em geral uma relativa mobilidade dos trabalhadores.

Essa mobilidade ocorre por motivos diversos. No caso do médico, porque o funcionamento do hospital faz com que o especialista, em geral, desloque-se até o ambulatório onde está o paciente que necessita de avaliação. No caso dos enfermeiros a mobilidade se dá também por esse mesmo motivo e também porque o processo do cuidado exige essa mobilidade para a realização de procedimentos. No caso dos profissionais técnicos, essa mobilidade se dá em função do acompanhamento dos pacientes nos diversos estágios de seus cuidados e ainda pelo suprimento de materiais e medicamentos da sua unidade de origem.

Há, portanto, mobilidade dos habitantes entre espaços diversos e essa mobilidade se dá em função da própria dinâmica do trabalho.

Nos hospitais normalmente são os médicos que vão até onde o paciente está para realizar um atendimento ou uma consultoria. Nas clínicas, consultórios e postos de saúde, são os pacientes que vão até o médico, buscando o atendimento especializado. (Informante 34 AMB SUT)

Aqui na urgência a lógica é diferente de outros lugares, vários especialistas vão ver o paciente, que pode estar numa sala de atendimento ou numa maca sendo atendido. (Informante 35 AMB TRA)

Não dá para ficar num único local, temos que atender mais de um grupo. Eu, por exemplo, sou responsável por duas áreas muito críticas, vou e volto algumas vezes destas áreas durante o plantão. Desde que entrei aqui foi assim. (Informante 39 RX)

Das diversas mobilidades observadas, uma se mostrou especialmente rica em fatores que permitem aprofundar a discussão sobre a dinâmica de ocupação dos espaços neste tipo de instituição. É a mobilidade que acontece na migração do trabalhador entre dois territórios de tipo diferente. Isso ocorre, por exemplo, quando os trabalhadores migram de um território secundário para um território primário durante a sua jornada de trabalho. Ou seja, quando o trabalhador deixa o local onde é processado o cuidado e refugia-se no seu local de repouso, buscando elevar o nível de privacidade.³¹

Na instituição estudada é muito comum que os trabalhadores circulem entre territórios diversos, já que, como apresentado anteriormente, o processo de trabalho se faz de forma a provocar essa movimentação. Pode-se observar que há um ponto de referência do trabalhador

³¹ Privacidade aqui considera a teoria da regulação como foi desenvolvida por Altman (1975), que procura explicar por que às vezes as pessoas preferem ficar sozinhas, e às vezes procuram se envolver em interações sociais.

que o liga a uma determinada área, cujo pertencimento é maior do que em outras nas quais também circula. Ainda que esses territórios sejam diferentes para o trabalhador, na sua maioria, são territórios de mesmo tipo - secundários.

2.3. TEMPO CÍCLICO E ÁREAS DE BASTIDOR

Mas há um movimento entre territórios cuja observação ajuda a inventariar a forma de ocupação do espaço físico na instituição estudada. É o movimento que ocorre em momentos demarcados pelo afastamento do foco de tensão, quando há uma tendência de buscar a relação social, a reclusão, o descanso, a retaguarda, que provoca a tentativa do trabalhador em migrar para um território “primário”. Esse movimento de migração entre esses dois tipos de território é observado quando os trabalhadores experimentam algum momento de descontração, propiciado por um intervalo no atendimento. Isso normalmente se faz justificado por uma redução momentânea da demanda ou em determinados horários da madrugada quando ocorre um processo de revezamento para repouso durante o turno de trabalho.

O que se observa é que de forma natural os trabalhadores têm a necessidade de refugiarem-se do ambiente em que são realizados os procedimentos de cuidado à saúde. Essa necessidade, segundo relatos, está relacionada à representação que esses espaços por vezes mantêm. Não obstante exista a preparação do trabalhador para lidar com as situações deste cotidiano, é possível que essas situações, que são acompanhadas de forma permanente, acabem afetando esses trabalhadores, já que muitas vezes os pacientes estão em situações que geram sofrimento e estresse nos cuidadores.

Os trabalhadores referem a necessidade de protegerem-se por algum tempo, durante a jornada de trabalho, da crueldade existente na rotina desta tarefa do cuidado. Penso que tal desejo é abrigado na justificativa de que não é agradável perceber a fragilidade do ser humano frente aos problemas de saúde. O trabalhador choca-se com a percepção dos limites de sua capacidade de resolver as situações graves que acompanha. Que desemboca, por vezes, na sensação de impotência. Nesta mesma convergência está o estresse gerado pela necessidade de ser suficientemente competente e preciso nas decisões e atitudes, já que disso depende, por vezes, a vida daquele que está sendo cuidado.

A crueldade referida por trabalhadores da emergência do HPS, percebida no foco de tensão, permite ser comparada com a crueldade que é encontrada na “rua”, em contraponto com a proteção e tranquilidade que é encontrada “em casa” (DaMatta, 1993, p. 23). Essa clara divisão entre dois espaços sociais fundamentais, “a casa” e “a rua”, dividem a vida social do

brasileiro. A rua é o lugar da disputa, da batalha. É um mundo anônimo, onde ninguém se conhece, um mundo tenebroso “da selva de pedra”, ali suamos sangue para sobreviver da melhor maneira possível. Na rua não temos amor, nem consideração, nem respeito, nem amizade. É um local perigoso, nele estamos inseguros e sujeitos aos movimentos que não dominamos, na rua estamos *a mercê* do que vier (DaMatta, 1993). Por isso desejamos estar em outro local, a casa. Ali teremos nossa gente, nossas referências, o refúgio, a consideração e a tranqüilidade. Sabemos que teremos que retornar para a rua novamente, mas o agradável convívio com nossa individualidade, com a mesa farta, nos renovará para a nova empreitada.

Essa sensação de dois lugares distintos, que é percebida pelos trabalhadores; o foco de tensão, onde há uma ambiência dominada pelo *stress* do atendimento, “a rua”, e a retaguarda, onde é possível relaxar e interagir de forma tranqüila com os colegas, e desfrutar de uma ambiência mais amistosa, “a casa”, tem presença constante na fala dos trabalhadores.

Assim, o que se percebe é que há um desejo permanente de se desfrutar da amistosa ambiência “da casa”, o que se apresenta na tentativa dos trabalhadores em buscar o afastamento do foco de tensão.

Mais do que um momento de afastamento do foco de tensão a que está submetido o trabalhador, esse movimento pode ser reconhecido como um ponto de inflexão do que é definido, por autores como Émile Durkheim e Mircea Eliade,³² como o “tempo cíclico”. Essa análise conceitual do tempo, que faz com que o tempo apareça como um fenômeno ao mesmo tempo qualitativo e quantitativo, cíclico e linear, homogêneo e heterogêneo.

Tendo em vista a presença da racionalidade econômica nas análises sobre o tempo do trabalho, as concepções quantitativas do tempo foram privilegiadas em detrimento das qualitativas. Isso se deu em parte por conta da tradição dos estudos marxistas, que tomam o tempo como mercadoria, e dos estudos funcionalistas relativos à estruturação do tempo. Essas imagens conferem ao tempo uma concepção linear, que traz a idéia de progressão contínua em uma direção.

Essa moderna concepção de tempo, que o reconhece como um elemento linear, introduz a necessidade de atributos específicos nas atividades, já que elas são cotejadas também em função da eficiência, ou seja, da obtenção de determinado objeto com o mínimo de recurso, sendo o tempo um recurso caro e raro. Isso introduz a necessidade de disciplina, precisão e controle quantitativo das tarefas.

³² Em *O mito do eterno retorno*(1954)), Eliade cria a distinção entre a humanidade religiosa e não-religiosa, com base na percepção do tempo como heterogêneo e homogêneo respectivamente.

O arcabouço que engloba a concepção do tempo linear deixa de reter, porém, o caráter heterogêneo e recorrente do tempo que se faz presente no tempo do trabalho. Esse caráter heterogêneo é representado pelo tempo cíclico, vivenciado pelos trabalhadores que a ele atribuem um significado (Hassard, 2001).

É possível perceber que a jornada de trabalho cumprida pelos trabalhadores da instituição estudada, obedece a uma dinâmica que é interferida por questões cíclicas e também por questões contingenciais do próprio trabalho.

As questões contingenciais estão relacionadas aos fluxos de atendimento. O processo do cuidado cria determinados constrangimentos na utilização do tempo por parte da equipe, para outra tarefa que não seja a do cuidado. Sob esse ponto de vista é possível perceber a existência de um código que estabelece a forma de encadeamento da assistência, cuja cronologia é rigidamente observada por todos.

Aqui, tem muita força, o que a instituição e os pacientes esperam dos profissionais que realizam o cuidado à saúde. Assim, como também, o que os próprios trabalhadores, envolvidos no processo de cuidado, esperam do “seu par”.³³ O tempo do cuidado na emergência não pode ser interferido por outra atividade de menor importância. Trata-se de uma capacidade de realização do “contratado” e a expectativa de realização de determinado objeto de “quem contrata”, o que Durkheim (1975) chamou de “caráter dos participantes”. Há, então, um conjunto de expectativas relacionadas à utilização desse tempo. São elementos que ficam subentendidos e estabelecem um vínculo entre as partes. Esse aspecto contratual ajuda a analisar a prática e os padrões de comportamento dos atores envolvidos nestas relações (Durkheim, 1975).

Revestido por essa compreensão, pode-se perceber a existência de um tempo com uma forte linha de constrangimento para sua utilização de forma diversa daquela que está estritamente relacionada às tarefas que compõem o cuidado. Predominam nesse tempo as características de disciplina que forjam soldados dóceis, identificadas por Foucault (1979) neste “novo campo de produção”.

As questões que levam à percepção de ciclicidade estão, por exemplo, referenciadas aos momentos de afastamento do campo de tensão, o que ocorre de forma desuniforme, ou seja, em razão da sua dependência dos momentos de ausência de demanda para procedimentos e atendimentos, não é possível estabelecer a hora de sua ocorrência. Esse fato

³³ Indivíduo com a mesma responsabilidade que a sua, neste caso em relação à tarefa do cuidado à saúde.

reforça a possibilidade da existência de diferentes formas de avaliar o tempo, que pode estar baseado numa combinação particular de durações ou sucessões.

Não é incomum que os trabalhadores refiram momentos, antes ou depois de determinado atendimento que ocorreu na jornada diária, identificando uma quebra na percepção do tempo contínuo de um plantão.

só depois da vozinha estabilizada é que conseguimos conversar sobre a escala de trabalho do Natal e ano Novo. (Informante 35 POLI)

antes da chegada do assalto (assaltantes de banco baleados), a sala estava com três críticos “internados”, o que é um grande problema para a nossa rotina, mas tivemos sorte com as altas... (Informante 33 POLI)

Como em outras atividades, há também, na instituição, a percepção de faixas de horários, do dia ou da noite, em que existe a probabilidade de ocorrência de maior movimento de pacientes do que em outros horários, ou ainda a prevalência de determinados tipos de acidente. Por exemplo, no horário do final da manhã, quando as escolas encerram o turno, e considerável número de empresas faz o intervalo para o almoço, o número de acidentes de trânsito no espaço urbano mais densificado populacionalmente, é maior do que em outros horários do dia. Estatisticamente, é possível verificar que neste horário ocorre uma incidência maior de atropelamentos, o que é percebido por atendentes do HPS.

... para mim é a pior hora do dia, os caras (motoristas) andam que nem loucos, parece que vão resolver tudo o que não conseguiram resolver de manhã, e a gurizada sai de ‘arreganho’ do colégio e não se cuida. Sempre fico ansiosa nessa hora. (Informante 26 AMB SUT)

Outros ciclos podem ser percebidos, como o final do mês, as estações do ano, etc.. Na sua maioria, esses ciclos são referidos em função do tipo de atendimento que é prestado, ou seja, a epidemiologia segue certa tendência, que tem relações com eventos e movimentos da população no espaço urbano.

... no verão, se jantamos cedo, ainda dá tempo de dar uma paradinha, senão começam a chegar os valentes que se tapearam nos bares, e aí a coisa pega, até às 4 horas não pára mais. (Informante 24 RX)

É comum que os trabalhadores busquem o ajustamento de sua escala de serviço tentando excluir períodos da semana ou do mês, onde a carga de trabalho é maior, ou que apontam para determinados tipos de ocorrências que preferem evitar.

A segunda-feira, especialmente pela manhã, é um dia em que normalmente existe uma pressão para a obtenção de Laudos de Atendimento Médico por parte dos pacientes que vão até os ambulatórios do HPS, os “Atestados Médicos”. Essa demanda é resultado da tentativa de justificar a ausência no trabalho na sexta-feira, “dia da força”.³⁴

Na sexta-feira, pela manhã há também uma busca por justificativas de falta ao trabalho, porém de caráter antecipativo para “aplicar o dia da força”. Já a noite e o início da madrugada, é marcado por atendimentos que são resultado do uso de álcool, em grande medida porque antecedendo a folga do final de semana é comum o “happy hour” na saída do trabalho, ampliando a auto permissividade, mas também é creditado, pelos trabalhadores do hospital, em conversas, em função do pagamento dos trabalhadores que recebem “por semana”, o que é conhecido como o “dia do vale”, ou seja, o recebimento parcial antecipado do salário.

Os períodos de maior movimento estão associados aos momentos festivos, como por exemplo, o Ano Novo, Natal e o Carnaval. Porém o final do mês apresenta aumento no volume de atendimentos, especialmente quando associados com tempo bom e proximidade com um final de semana ou feriado prolongado.

Determinadas datas festivas são associadas aos tipos de acidentes mais comuns, como por exemplo, as festas juninas, que têm forte representação com atendimentos de queimaduras e amputações dos dedos das mãos, provocados, na maioria das vezes, pela prática de lançamento de fogos de artifício.

Também o movimento da população, em função de férias de inverno ou de verão, aumenta e interfere na carga de trabalho do hospital, representado por atendimentos ligados especialmente a acidentes de trânsito, afogamentos e lesões em “atletas de final de semana”

Segundo Durkheim (apud Hassard, 1996), o tempo pode se dividir numa infinidade de processos individuais, que estão relacionadas a atividades diversas, mas que se reúnem em seguida, para formar o ritmo global, que é o tempo percebido de forma coletiva.

Assim, o tempo deve ser entendido como uma unidade variável. Os sistemas de avaliação do tempo são diversos e baseados em uma combinação particular de eventos, durações, repetições e significados.

Segundo Gilberto Mazzoleni (1992), o período compreendido entre o final dos anos quarenta e início dos anos cinquenta foi rico em contribuições que, ao empreenderem estudos

³⁴ O dia da força é uma expressão utilizada pelos trabalhadores para identificar a falta ao trabalho, na sexta-feira, para prolongar o final-de-semana.

sobre a conceituação do tempo em culturas distantes, identificaram a distinção entre uma concepção linear, ou aberta do tempo; onde fica caracterizada a moderna cultura ocidental, e a concepção cíclica, ou periódica do tempo; própria das civilizações antigas.

Estudos realizados em indústrias, onde os trabalhadores estavam sujeitos a longas e monótonas jornadas de trabalho, mostraram que esses trabalhadores haviam criado formas próprias de contar o tempo, de maneira a torná-lo mais ameno. As maneiras criadas sobrepujam-se ao processo de produção, um conjunto de ritos sociais partilhados. Essa estratégia rompia a sensação de um único vasto tempo.

O sociólogo John Hassard (1996), em seu texto “Tempo de Trabalho – Outra Dimensão Esquecida nas Organizações” cita algumas maneiras encontradas pelos trabalhadores para burlarem as questões inconvenientes de um tempo contínuo da jornada de trabalho. A primeira, “A Hora das Bananas”, retirada de um estudo de Roy (1960),³⁵ mostra a forma como os trabalhadores, restritos à tarefas monótonas na indústria, buscam dar sentido à experiência vivida, construindo de forma coletiva um conjunto de rituais que criam uma ciclicidade, marcando o retorno de certos eventos. Essa construção coletiva estruturava o tempo de trabalho com superposição de eventos de integração social. Assim, havia a “hora das bananas”, a “hora da janela”, da “subida da coca”, que estavam associados a temas, o que tornava a jornada de trabalho suportável. Essa série de eventos sociais eram repetidos, quebrando um vasto e único horizonte de uma longa jornada de trabalho.

Outro estudo, “O Tempo da Panificação”, atribuído à Ditton (1979),³⁶ infere que “a administração do tempo e o sentimento que temos dele variam de acordo com o tipo de trabalho efetuado. A padaria estudada era dividida em duas linhas de produção. A primeira, chamada de “grande panificação” em função do seu maior volume de produção e dimensão dos produtos panificados, tinha um trabalho mais fatigante e, por ser mais quente, tinha uma atividade mais penosa. Apesar disso era a preferida pelos operários, que alegavam ali as atividades compreenderem um maior número de gestos e com maior velocidade, o que fazia parecer mais curta a jornada de trabalho. A pequena panificação, que produzia pequenos pãezinhos, passava aos operários a possibilidade de manipulação do tempo de trabalho e só por isso era possível suportar o seu lento ritmo que parecia interminável.

³⁵ ROY, D.F. Bananas Time: job satisfaction and informal interaction. In: SALAMAN, G., THOMPSON, K. (Orgs.) **People and organizations**. London: Longman for the Open University Press, 1960, p.205-222.

³⁶ DITTON, J. Baking time. **Sociological Review**, n. 27, p. 157-167, 1979.

Um terceiro estudo, que trata da observação dos ciclos de trabalho da indústria de extração de açúcar da beterraba, desenvolvido por Clark (1978,1982),^{37 38} reconhece que há um quadro temporal que identifica duas fases distintas em atividades periódicas nitidamente contrastantes. Segundo o autor, essas atividades periódicas criam dois tipos de “repertórios temporais”, que possuem “regras e estruturas particulares”. No período efetivo de tratamento das beterrabas pode ser percebido um estado de excitação, especialmente no seu início, ocorrendo na medida do avanço da atividade certo grau de alienação, que se processa progressivamente em relação ao trabalho. Esse processo obriga a inserção de ações de maior controle por parte do empregador para a manutenção da produtividade. Aproximando-se o segundo período do processo, finalizado o de tratamento, a “mão-de-obra alegre-se”, o que é creditado ao fato da mudança da atividade a ser desenvolvida, quando os operários são separados em grupos autônomos, “cada qual com uma atividade diferente para realizar”. O estudo conclui que a ciclicidade das tarefas contribui para “modelar a apreciação do tempo no próprio seio da organização”.

Na instituição estudada, é possível identificar movimentos que tentam criar rupturas na sensação de uma contínua exigência de ações relacionadas ao cuidado de pacientes com risco de vida. As referências dos trabalhadores indicam uma permanente exigência na precisão e rapidez nas decisões e nos movimentos que compõem o processo do cuidado à saúde nas emergências. Esses movimentos resultam na quebra de uma seqüência que parece aos trabalhadores, interminável. A motivação para a busca deste rompimento, está mais relacionada à necessidade de afastamento do foco de tensão, do que a idéia de monotonia. Algumas conversas mantidas com trabalhadores dos ambulatórios de emergência trazem uma questão que parece ambígua. Ao mesmo tempo em que há referência da ansiedade gerada pelo tipo de atividade desenvolvida (considerando que a ansiedade pode ser definida como uma sensação gerada pelo desconhecimento do que está por vir), alguns trabalhadores referem que não tolerariam uma atividade que indicasse a existência de uma rotina do processo de trabalho. Como relatado anteriormente, a motivação que leva os trabalhadores a buscar esse rompimento é diferente, mas também admite a elaboração de um ritmo que se apóia, em alguma medida em uma ciclicidade programada.

No momento em que isso ocorre, ou seja, quando o trabalhador tem uma oportunidade de afastamento do foco de tensão, e então pode repousar, buscar convívio social ou ocupar-se

³⁷ CLARK, P. A. **A review of the theories of time and structure of organizational sociology**. Working paper n. 248. Management Center, University of Aston, England: 1982.

³⁸ CLARK, P. A. Temporal innovations and time structuring in large organizations. In: FRASER, J. T. , LAWRENCE, N., PARK, D. **The study of time**. New York: Springer Verlag, 1978. v. 3

de atividade individual, sua tendência é ingressar num espaço mais reservado, o que se configura, na maioria das vezes, em um território primário. Esse território primário é aquele que poderá oferecer maior privacidade ao seu habitante. Pois é, especialmente nesse momento, que se estabelece uma diferenciação bastante grande entre os tipos de ambientes que serão utilizados por cada um dos profissionais.

A observação dessa movimentação entre os diferentes territórios, seguido do inventário dos mesmos, permitiu constatar a influência que a hierarquia tem sobre a ocupação dos espaços na instituição. O fato é que, dependendo da formação adquirida ou da função que o profissional desempenha na instituição, suas acomodações apresentam-se com grandes diferenças entre si.

O andamento do processo de coleta de dados indicou que a disputa pelos espaços se dava de forma bastante severa quando se tratava daqueles à margem das regras do que chamamos de “núcleo duro”. Goffman chamou esses espaços, nos hospitais, de “áreas de bastidor”.

Segundo Goffman (2001), os hospitais possuem espaços que podem ser identificados como “áreas de bastidor”. São áreas de interação e trabalho que não se submetem às regras e normas definidas pela autoridade de direção da administração burocrática. É possível, então, inferir que a análise sobre o comportamento dos membros da organização acaba por questionar o modelo da burocracia racional de Weber como a única capaz de explicar as instituições hospitalares (Possa, 2006).

Cabe esclarecer que a dinâmica do trabalho em regime de plantão, é uma característica da jornada de trabalho no ambiente hospitalar. Em especial os estabelecimentos de atenção às urgências, que têm a particularidade de apresentar ciclos de trabalho definidos pela seqüência dos atendimentos. O ciclo se dá em função do ingresso de pacientes vítimas de trauma, seu primeiro atendimento, estabilização e encaminhamento para a seqüência do atendimento. Esse ciclo completado, quando não há o ingresso imediato de outro(s) paciente(s), permite ao trabalhador um afastamento do foco de tensão, compreendido esse foco como o local onde se deu a ação de atenção, por exemplo, a sala de atendimento dos pacientes graves. O afastamento do foco de tensão permite ao trabalhador o ingresso em outro tipo de território, onde é possível relaxar e descansar até novo acionamento da equipe para prestar socorro.

Ocorre que esses locais para onde migram os trabalhadores neste momento de relaxamento, são bastante diferentes entre si, quando comparadas as condições de conforto e privacidade que oferecem aos seus ocupantes. Essa percepção é partilhada pelos

trabalhadores, e entendi importante saber quais justificativas esses habitantes, pertencentes aos diversos cargos e funções, tinham a respeito dessa diferenciação.

Os ambientes que são ocupados para descanso nos momentos de afastamento do foco de tensão são conhecidos por todos os trabalhadores, independente de sua formação ou posição hierárquica na instituição, pela denominação de “repouso”.

Não importa se são ambientes que foram planejados para essa finalidade, ou trata-se de algum espaço subvertido de outra função para essa. Há, no entanto, uma diferença entre dois tipos de espaços de repouso - aqueles de acesso comum, como por exemplo, a copa ou sala de estar, que é freqüentado por todos os trabalhadores da equipe, - e outra categoria de espaço de repouso, - cuja ocupação é exclusiva de determinada categoria de trabalhadores. Nesta segunda modalidade de espaço para repouso (de uso exclusivo), estão os dormitórios, que podem estar localizados dentro ou fora das unidades de trabalho. Também se inclui nessa modalidade o chamado “Centro de Estudos Médicos”, que é uma associação mantida pelos Médicos do Hospital e guarda simbologia capaz de identificar a posição social³⁹ deste grupo de indivíduos. O Centro de Estudos Médicos, por se tratar de um espaço especial na instituição, será mais bem tratado adiante. Assim, podemos reter no momento, que existem no hospital, espaços que são comunicadores da posição social de grupos na instituição.

Aqueles espaços de repouso em que todos os trabalhadores têm acesso, e portanto, desfrutam de sua estrutura, acabam também apresentando aspectos, na sua forma de ocupação, característicos de um processo de territorialização. O espaço físico é de uso comum, e partilhado por todos os membros da equipe, porém, sua estrutura e seus utensílios têm uma organização de uso particular, rompendo a lógica de utilização coletiva e sem fronteiras. Devido ao fato da jornada de trabalho dos funcionários se dar em regime de plantão, ou seja, os funcionários que trabalham num dia, não trabalham no outro, os espaços e seus utensílios são utilizados por grupos diferentes, por exemplo nos dias pares ou ímpares. Essa forma de ocupação do espaço de repouso e a utilização de sua estrutura se fazem de acordo com a escala de trabalho da unidade. Assim, a organização do espaço e o arranjo de sua estrutura fazem refletir essa forma particular de ocupação. Para além dessa forma “imposta” de utilização do repouso, no entanto, observa-se uma maneira peculiar de arrumação da estrutura deste espaço, que delimita domínios, especialmente na utilização de utensílios gêneros de consumo. Exemplo dessa organização foi inventariado na Unidade “A”.

³⁹ A crítica de Mary Douglas e Baron Isherwood, em “Os usos dos bens”, aponta para as dimensões culturais e simbólicas do consumo, e para a diversidade de motivações que apresenta-se no ato de consumir, que nesse caso está relacionado ao espaço, que é um bem “consumido” por uma categoria da instituição (Douglas, 2004).

Nesta unidade o espaço de repouso é configurado em duas salas, uma chamada *sala de estar* e outra chamada de *copa*.

A *sala de estar* é mobiliada com uma pequena mesa circular, cadeiras, um sofá pequeno, duas poltronas, um armário e televisão. O estar tem visão direta, através de um amplo visor, para a sala de atendimento e permite a observação de tudo o que nela ocorre, inclusive o ingresso de pacientes trazidos para atendimento. Esse visor, porém, não permite a visualização contrária, ou seja, uma película espelhada impede que se perceba, da sala de atendimento, o que ocorre na sala de estar.

A *copa* é equipada por um móvel compacto com funções de fogão, refrigerador e armário para mantimentos, e além desse móvel existe ainda um armário suspenso.

Tanto na sala de estar como na copa, é possível perceber a individualização dos utensílios das equipes de plantão. Cada uma das equipes possui uma caixa fechada onde são guardados materiais utilizados para o preparo de cafés, chás, lanches, chimarrão, sucos, etc. Ainda outros objetos como revistas, livros, cobertores e algum vestuário pessoal são reservados de forma a não serem compartilhados com as demais equipes que irão ocupar aqueles espaços no próximo plantão. As justificativas dessa individualização são diversas.

Fizemos nossa caixa para guardar aquelas coisas que só nós usamos. Assim é mais fácil de manter limpo, nem todos gostam de lavar depois que usam. (Informante 45 POLI)

Tudo o que é comprado nós dividimos, assim não fica caro para ninguém, e se fica guardado na caixa, no nosso próximo plantão não precisamos comprar novamente. (Informante 37 AMB CLI)

Nós gostamos de ter umas coisinhas diferentes para comer na madrugada, quando dá tempo até comemoramos o aniversário de um colega aqui mesmo, no plantão. (Informante 32 POLI)

Essa individualização exige certa organização de um ou mais membros da equipe. Usualmente os mantimentos são adquiridos de forma comunitária através do recolhimento de uma contribuição em dinheiro dos membros da equipe, feita por um entre eles, que se encarrega também de providenciar a compra do que é necessário.

Na segunda categoria de espaço de repouso, os ambientes são na sua maioria dormitórios e sua ocupação não é comum. Existe uma clara definição de quais profissionais podem fazer uso dos espaços. O inventário desses lugares mostra uma grande diferenciação entre eles, se compararmos os aspectos de conforto e privacidade, e essa questão está clara também para os trabalhadores:

Aqui temos acomodações de padrão cinco estrelas e também sem estrela nenhuma. (Informante 33 POLI)

... então o Alberto saiu do ‘muquifo’ e foi chamar o Doutor na “suíte”. (Informante 57 RX)

Na hora de pegar no trabalho é todo mundo igual, mas na hora de se refugiar tem os que descansam e tem os que se escondem. (Informante 53 RX)

Há uma retórica da importância de todos os trabalhadores, e da relevância do trabalho em equipe, onde os profissionais, independente de sua categoria, juntam esforços para o resultado comum. Observa-se, no entanto, que essa postura é limitada ao espaço da produção do serviço, não sendo contínua nos demais espaços da instituição. O que se observa, é que, especialmente os espaços que são destinados ao repouso dos trabalhadores, têm propriedade e posse bem definidos. Com regras de acesso estabelecidas de forma que determinadas categorias da equipe têm consentimento de livre circulação e outras não, fica evidente a contradição do aparente tratamento igualitário que é anunciado.

Durante o período de observação, foi possível constatar que esses espaços são privativos de determinada categoria e se constituem em territórios que são defendidos por seus usuários. Não há liberdade de ingresso para a equipe, mas sim para a categoria que detém a sua posse.

Essas práticas também podem ser encontradas em outros estudos.

A organização do espaço-tempo reforça a distância entre funcionárias e profissionais. Em cada um dos setores principais, existe uma sala de descanso. O serviço de parto fica no mesmo andar das ‘gravidezes de alto risco’. No primeiro, as parteiras se reúnem em sua ‘sala de plantão’; a vinte metros desta, as funcionárias têm seu espaço delimitado numa pequena cozinha. Neste ‘ofício’ (cujo próprio nome (Office) lembra grupos subalternos, domésticos etc.), ... (Fonseca, 2010, p. 247)

Trata-se de áreas restritas às quais somente os profissionais de mesmo estatuto hierárquico ou superior têm acesso livre. Por sua característica simbólica, são espaços interditados para pacientes e familiares. São lugares de convívio e cumplicidade entre os colegas de mesma atribuição e cargo na instituição, raramente sendo invadidas por profissionais de outra formação. Ainda que as salas possam estar próximas, até mesmo lado a lado, demarcam territórios distintos (Deslandes, 1989).

O inventário desses espaços, permitiu constatar a influência que a hierarquia tem sobre sua estrutura e autonomia de escolha e ocupação na instituição. O fato é que, dependendo da formação adquirida ou da função que o profissional desempenha na instituição, suas acomodações apresentam-se com grandes diferenças entre si.

Algumas práticas sociais acabam reforçando a atitude de separação naturalmente adotada pelas categorias. Da mesma forma que a segregação para o uso de espaços está presente, também as atividades de lazer obedecem ao mesmo modelo. As comemorações e eventos festivos são organizados com seletividade para determinados convidados no HPS, o que também pode ser verificado em estudo de outra instituição de cuidado à saúde:

A importância das atividades de lazer não deve ser subestimada; o coquetel de Ano-Novo (champanhe oferecida pelo chefe de serviço a todos os funcionários da maternidade) é um desses momentos que contribuem a uma maior integração dos diferentes setores. Mas estes são poucos freqüentes. Noutros momentos as funcionárias são freqüentemente “esquecidas” quando da planificação das atividades extra-rotineiras. (Fonseca, 2010, p. 254)

Nas Unidades de Tratamento Intensivo, onde os profissionais devem manter vigília sobre os pacientes em tratamento, o profissional médico dispõe, dentro da própria unidade, de acomodações para repouso. Usualmente essas acomodações são compostas de um dormitório com sanitário privativo onde pode repousar quando as atividades não exigem sua permanência nas áreas de atendimento. Os demais profissionais, normalmente, não dispõem deste tipo de acomodação para repouso. Havendo oportunidade para repousar, os trabalhadores o fazem através da adaptação de cadeiras, colchões ou poltronas.

Nas unidades de atendimento ambulatorial ou de internação com cuidados não intensivos, onde não se faz necessária a presença permanente do médico, esse dispõe de alojamento. Os alojamentos são organizados por especialidades médicas e oferecem condições de privacidade para repouso desses profissionais. Da mesma forma que nas demais unidades, também nestas os demais profissionais não dispõem de qualquer privacidade, por vezes organizam-se para dividir horários de repouso em acomodações, também adaptadas nas próprias áreas de atendimento.

Essa diferenciação é percebida e referida pelos profissionais:

Quando tem que segurar a barra, todos têm que estar preparados, mas na hora de descansar, uns podem dormir, enquanto outros não têm nem como encostar a cabeça. (Informante 33 POLI)

Muitas vezes temos que chamar o doutor no quarto onde está dormindo, e nós aqui não podemos nem desligar a luz para descansar. Se tivéssemos ao menos um quarto, poderíamos nos revezar por turnos. (Informante 57 RX)

O que se pôde constatar, é que independente do setor da instituição estudada, está estabelecida uma diferenciação importante na estrutura existente e na qualidade do espaço reservado para o descanso dos profissionais. Ainda que no momento do atendimento a equipe

atue de forma coesa, e que, entre os seus membros, o tratamento seja bastante amigável, durante os momentos de descontração o espaço utilizado pelos profissionais das diferentes formações e atribuições, quando do afastamento do foco de tensão, é bastante diferenciado. A diferenciação do espaço configura-se fisicamente enquanto conformação de sua área física, resultando em salas que são mais amplas ou restritas, e também na questão de sua localização, mais reservadas ou expostas. Além dessa diferenciação, há explicitação de restrições muito claras de acesso a esses espaços, que são defendidos de forma explícita por seus habitantes.

A arrumação dos espaços, considerando sua localização, tamanho e conforto acabam por dar a medida da importância dos indivíduos na organização. Na instituição estudada essa situação é evidente. Como já visto, há na área da saúde o fato de observar-se a hegemonia médica, explicada em grande medida por seu capital simbólico, construído a partir da prática da clínica, e não poderia desaguar em outra observação que não a constatada.

Fischer explica ainda que o espaço organizacional é concebido de forma que os indivíduos são repartidos e fixados em lugares de acordo com suas atribuições, mas também segundo uma escala social rigorosa, assim:

... toda organização funciona segundo um mecanismo de fixação; esse designa a cada um o seu ponto de inserção, os lugares que lhe são acessíveis, os que lhe são mais ou menos obrigatórios, os que lhe são proibidos formalmente ou psicologicamente. (Fischer, 2001, p. 90)

De maneira geral, os espaços são repartidos entre as classes profissionais que atuam nos setores. Os melhores espaços, via de regra, são ocupados pelos médicos, cujas acomodações aproximam-se de suítes, com estrutura composta de sanitário individual, armário para guarda de pertences, bancada para estudo, cama, ar condicionado e televisor. Na segunda escala de qualidade do espaço aqui estudado, estão os ocupados pelos Enfermeiros. Geralmente os Enfermeiros são coordenadores das Unidades em que trabalham, e por isso dispõem de uma sala para suas atividades de rotina. Normalmente essa sala tem um móvel do tipo sofá, ou outro adaptável, que se aproxima a uma cama ou poltrona, e será utilizado para repouso nos momentos de afastamento do foco de tensão. Por fim, os demais trabalhadores adaptam cadeiras e mesas de forma que possam acomodar-se e repousar. Normalmente isso é feito com o auxílio de cobertores e colchonetes.

Cabe aqui reconhecer, que o inventário dos espaços indicou que sua ocupação se dá a partir da existência de um sistema de status entre as categorias que partilham a tarefa do cuidado à saúde. Esse processo, que atribui diferentes status aos seus membros, só é possível a partir da existência de uma pré classificação dos trabalhadores em categorias. Essa

classificação é elaborada pela instituição, e deve ser reconhecida pelos indivíduos que convivem na ambiência dessa classificação. Retomando⁴⁰ a questão da classificação, trazida por Mary Douglas (1986), lembramos a afirmação da autora de que, para a análise das representações coletivas, temos que relacionar o que partilhamos mentalmente com a experiência comum de autoridade e trabalho. Não obstante a análise leve em conta aspectos diversos, o que ocorre em relação às classificações, é que não há a possibilidade de um exercício classificador independente. Ou seja, as classificações com que temos que pensar, são fornecidas já prontas, com a nossa vida social. Adotamos, naturalmente, as categorias que usamos como participantes da sociedade, que funcionam em dois níveis, no topo estão as regras sociais mais gerais, e na ponta inferior estão as regras mais particulares.

Quando tentamos atribuir itens a esse nível inferior de classificações sociais menos gerais, podemos dar conosco a pensar em situações domésticas e a enumerar os papéis dos filhos, dos adultos, dos homens e das mulheres. Começando a partir desse ponto, reproduzimos automaticamente o esquema de autoridade e a divisão de trabalho em casa, mas vai ser muito diferente se um indiano ou um norte americano pensar, tal como Revindra Khare, um antropólogo indiano que leciona nos Estados Unidos da América, já observou sensatamente (Khare, 1995, p. 43). (Douglas, 1986, p. 136)

De outra maneira, podemos desenvolver a análise observando outro enfoque, por exemplo, que leve em conta papéis pouco influentes na organização social, iniciando pelos marginalizados ou excluídos, passando pela periferia da área de influência e seguindo em direção ao centro de influência. Ou ainda, usando uma estrutura etária, analisar as crianças, adultos e idosos. Ocorre que o que estamos fazendo, é adotar as mesmas categorias usadas pelos administradores para as mais diversas ações que preenchem o cotidiano institucional, como a cobrança de impostos por faixas de renda, a decisão por investimentos locais e regionais em áreas da saúde, educação e segurança.

As nossas mentes já estão a passar pela velha tarefa monótona e árdua. Como podemos pensar sobre nós na sociedade se não for ao usar as classificações estabelecidas nas nossas instituições? (Douglas, 1986, p. 136)

É importante perceber, no entanto, que essa força classificatória elaborada pelas instituições, e que assumimos com certa naturalidade, situa-se num contexto cultural que deve ser considerado. Para determinada cultura, por exemplo, a classificação poderá se dar à partir de elementos como a região geográfica de origem. Essa informação dará a classificação com base nas informações que indicam as raízes sociais e realizações humanas daquele sítio

⁴⁰ O tema da classificação foi citado no Capítulo 1, com referência à percepção do auto-reconhecimento, dos trabalhadores da emergência, de uma qualidade que faz gerar um “rótulo” (Douglas, 1986).

regional. De outra forma são elaboradas classificações que levam em conta a linhagem familiar, a casta a que pertence o indivíduo, ou ainda a sua formação cultural ou profissional.

Portanto, onde um norte-americano pode querer em primeiro lugar colocar outro perguntando o que ele faz (ex. qual a sua profissão) porque essa informação transporta uma série de implicações para as atitudes econômicas, sociais e políticas, em Marrocos, a questão central é <onde estão as tuas origens>, uma vez que é essa informação que, inicialmente, transporta um grau de previsibilidade sobre o tipo de laços que são possíveis com um homem desse tipo. (Douglas, 1986, p. 141)

A instituição estudada não se furta de elaborar uma classificação com a lógica descrita, tendo em seus indivíduos a aceitação das diferenças que se estabelecem a partir do reconhecimento que têm dessa classificação. A classificação leva em conta, primordialmente, o que indivíduo faz, trazendo nesse bojo a compreensão, de que o que faz, está intimamente conectada com a sua formação e posição hierárquica.

A observação sistemática dos espaços físicos existentes na instituição de saúde estudada, permitiu constatar que a sua ocupação ocorre de acordo com uma lógica de hierarquia entre os participantes do grupo de trabalho. É possível inferir que a escala hierárquica, que interfere nesse aspecto observado, tem no seu topo o Médico, vindo em seguida o Enfermeiro e por fim um grupo que é composto por Técnicos de nível médio, predominantemente Técnicos de Enfermagem.

Sobre esse aspecto, a imagem do espaço piramidal desenvolvido por Fischer ajuda a compreender a consequência do elemento hierárquico.

... , a atribuição do espaço se efetua segundo um outro princípio que reflete um aspecto essencial de toda estrutura social: o sistema hierárquico. Toda empresa constitui nesse sentido um espaço piramidal que inscreve os estatutos e as funções segundo escalas de alocação correspondentes; as forma propostas pelos planejadores mostram uma nítida correlação entre a importância da função, o tamanho do espaço e do equipamento de trabalho. (Fischer, 2001, p. 90)

Lembremos que o presente trabalho se dá numa instituição referida ao modelo “médico profissional” (Helman, 1994). Essa referência pressupõe que a produção dos cuidados é responsabilidade de médicos e por outras profissões sindicalizadas e sancionadas legalmente. O hospital apresenta-se como o local que acolhe e dá robustez ao exercício de seus agentes na medicina científica ocidental. O modelo também estabelece uma distribuição da hierarquia, da autoridade e do status a partir do referencial de domínio do saber médico. Assim, o acúmulo de poder entre médicos, enfermeiros, auxiliares, acadêmicos, pacientes e

familiares serão assimetricamente distribuídos, não importa se analisemos a questão sob a ótica do poder enquanto capacidade transformadora ou dominação (Giddens, 1997).

Além destes espaços, aqui identificados como aqueles que são utilizados para ocupação em momentos de afastamento do foco de tensão, e que se aproximam de territórios primários, há ainda na instituição um local que torna inequívoca e salienta a idéia de ocupação, ampliação e manutenção de espaços através da dominação hierárquica. Esse local apresenta características que reforçam a idéia de que, ao longo do processo de ocupação dos espaços, se estabelecem forças capazes de subverter a lógica de ocupação estabelecida pelo que chamamos neste trabalho de “núcleo duro”, além de apresentar a face de hegemonia médica nas instituições de saúde, especialmente nas de maior especialização.

2.4. A SUBVERSÃO DOS ESPAÇOS

Existe no Hospital em estudo, um espaço que é o chamado “Centro de Estudos Médicos” que se trata de uma “instituição” dentro da instituição hospitalar. Sua localização espacial é na região mais “nobre” do prédio, ou seja, é localizado no pavimento térreo. Importante lembrar que nos hospitais, cuja principal vocação é a de atenção às urgências e emergências, o espaço térreo se configura no plano espacial preferencialmente alocado para a atenção imediata, já que facilita a ação de encadeamento da assistência ao paciente gravemente enfermo. Os motivos que levam a essa alocação preferencial, nos “programas de necessidades”, são a facilidade que o plano térreo oferece para o ingresso do paciente aos ambientes de atenção, e especialmente a sua chegada aos serviços de diagnóstico. Dispensando a movimentação no sentido da circulação vertical, normalmente realizada através de rampas que oferecem maior esforço ao transporte ou de operadores de transferência vertical (elevadores), que tem funcionamento com fluxo descontínuo. O plano térreo horizontal constitui-se em espaço estratégico para a instituição hospitalar de atenção as Urgência e Emergências.

O Centro de Estudos é uma organização, com Estatuto Social, cujos participantes são Médicos do Hospital, ativos ou aposentados. Ocupando aproximadamente 120m²., é composto por uma secretaria social, cozinha, sala para televisão, que também é utilizada para refeições que são preparadas pela cozinheira contratada ou pelos próprios médicos sócios, que no plantão se dicotizam para a aquisição dos mantimentos necessários ao preparo, normalmente da janta. O controle de acesso ao Centro de Estudos é feito através de dispositivo eletrônico, ou seja, há nas portas de ingresso chaveamento automático, com liberação realizada através

do uso de carteira-crachá de sócio. O acesso aos não sócios pode ser realizado através de um acompanhante sócio. Essa instituição, como já dito, possui Estatuto Social, com regramento de diversas questões, inclusive a forma de ascender à sua Presidência e demais cargos de Direção, que é feito através do voto direto. Esse espaço mantém-se, financeiramente, através da mensalidade de seus sócios e além de remunerar os funcionários contratados, assume grande parte da manutenção desse espaço, que é utilizado como sede desde a sua constituição.

Esse espaço - o Centro de Estudos Médicos - é considerado, por grande parte de seus sócios, uma entidade com finalidade científica, onde os profissionais buscam o aprimoramento de sua prática do cotidiano. Não há dúvida que essa função deve estar presente, já que, sendo espaço de interação entre profissionais Médicos do hospital, permite que ali se faça a discussão de casos e o compartilhamento de experiências individuais de grande importância para o meio. Porém não foi possível identificar produção científica referenciada a esse espaço, seja através de bibliografia ou de eventos como seminários, rounds ou discussões sobre temas do cotidiano das emergências que tivessem formato científico. Há produção científica que faz referência a experiências no Hospital, no entanto mantém vínculo institucional através da Direção Científica que é Unidade Orgânica do HPS.

Talvez esse espaço, tomado para o desenvolvimento de atividades um tanto imprecisas, não possa ter enquadramento perfeito naquilo que Fischer (2001) chamou de Espaço simbólico, mas há, de certo, elementos que o aproximam desse conceito. O Centro de Estudos Médicos do Hospital de Pronto Socorro revela a concepção e a arrumação, por um lado, e a ocupação dos espaços, por outro lado, de quanto as organizações de trabalho são atravessadas pelos jogos de poder e contradições. Com claro domínio de uma categoria, expõe de forma inequívoca a hegemonia médica reinante na instituição.

Aqui cabe refletir sobre as características deste universo, que não diferente de outros, apresenta marcas comunicadoras de determinados componentes que podem ser de poder, status, competitividade, etc.

Douglas e Isherwood (2004) percebem um “universo feito de mercadorias” (p. 105), afirmando que é necessário que se preste atenção, não apenas no aspecto utilitário dos bens materiais de determinada cultura, mas o inventário deve levar em conta outros usos importantes destes bens. Esses outros usos podem estar relacionados ao objetivo de estabelecer e manter relações sociais. O resultado é que, a posse de bens, mas também o seu uso, ajuda a manter relações sociais, especialmente de grupos que deles usufruem, utilizando-o com determinada comunicação.

As posses materiais fornecem comida e abrigo, e isso deve ser entendido. Mas, ao mesmo tempo, é evidente que os bens têm outro uso importante: também estabelecem e mantêm relações sociais. (Douglas e Isherwood, 2004, p. 105)

Dentre as posses possíveis de serem elementos que comunicam questões especiais do indivíduo ou de grupos, encontramos o espaço. Este está ligado ao processo cultural, as suas divisões estão carregadas de significado. Tem importância o tamanho da casa, sua localização, o bairro, assim como também o tamanho da sala, o estofado e os movimentos da cadeira de trabalho, o franqueamento para circulação pelos setores da instituição, e o espaço disponível para receber reservadamente ou repousar.

Mas os bens de consumo definitivamente não são meras mensagens, eles constituem o próprio sistema. Tire-os da interação humana, e você desmantela tudo. Ao serem oferecidos, aceitos ou rejeitados, eles reforçam ou solapam as fronteiras existentes. Os bens são tanto hardware quanto o software, por assim dizer, de um sistema de informação cuja principal preocupação é monitorar seu próprio desempenho. (Douglas e Isherwood, 2004, p. 120)

Quando outros trabalhadores do hospital, de formação distinta da médica, portanto sem acesso a essa sociedade, referem-se ao Centro de Estudos, emitem opiniões bastante distintas dos sócios. É comum que aquele espaço seja citado como o “clubinho do HPS”.

Independente da efetiva função do Centro de Estudos, ou das atividades ali desenvolvidas estarem condizentes com a função da instituição hospitalar que o abriga, é saliente que se trata de uma ocupação que subverte o tipo de ocupação para a qual o espaço foi planejado, concebido e edificado, ou seja, o espaço que se propunha à produção do cuidado da saúde, responde a outra função. Sob o ponto de vista do acesso a essa área, trata-se de um espaço absolutamente hegemônico por determinado grupo, que através de sua autoridade, e tendo como pano de fundo a hierarquia, obteve, mantém, exerce e o defende de forma explícita.

Os espaços são ocupados como resultado de processos sociais, e sobre os mesmos é exercido um domínio, que está além da propriedade funcional que objetivamente pode lhe ser conferida. O ambiente não é apenas um qualificador do processo de trabalho ou objetivo de produção, mas vai para muito além disso; o espaço pode identificar a posição hierárquica dos indivíduos na organização (Weber 1971).

Escrevendo sobre o poder nas organizações, Stewart Clegg (1996), alerta que estas não podem ser explicadas a partir da expressão de um fenômeno resultante de um princípio interno essencial. As atividades de determinada organização são o resultado de decisões que fazem com que os atores ajam de determinada maneira. As coisas que as organizações fazem

são a consequência direta de uma decisão, sendo que, essas decisões são modeladas por lutas “em torno de objetivos concorrentes e substanciais” (p.57,58), que indica uma racionalidade.

Não se pode explicar as políticas das organizações segundo uma teoria geral de sua racionalidade. A ação organizacional é o resultado indeterminado de lutas importantes entre diferentes atores: entre pessoas que dispõem de recursos diversos; entre pessoas cujas identidades organizacionais serão modeladas pelo modo com as práticas disciplinares pesam sobre elas, ou mesmo pela utilização que fazem de conhecimentos técnicos, e entre pessoas que procuram exercer o poder e determinar a natureza da ação organizacional e demais táticas que as pessoas se utilizam habitualmente em relação às suas origens, trabalho e lutas. (Clegg, 1996, p.58)

Quando se aceita a análise de uma organização, baseada em um único princípio essencial, afasta-se a complexidade e as condições nas quais as ações organizacionais ocorrem. Não se pode, por exemplo, explicar as políticas de toda a organização segundo uma teoria geral de exploração do trabalho, pois as condições gerais de uma dominação econômica poderá não ser o elemento mais importante a ser combatido. Esta poderá ceder espaço para outras origens particulares de dominação podem ocupar importância primordial no plano organizacional. Então, em conclusão: “a divisão do trabalho é personalizada, sexuada, departamentalizada, hierarquizada, espacialmente fragmentada, etc..” (Clegg, 1996, p. 58)

A observação sistemática dos espaços físicos existentes na instituição de saúde estudada permite constatar que a sua ocupação se faz sob a subordinação de uma teia de elementos que passam por temas como a hierarquia, o resultado de disputas, a prática profissional, o amparo garantido por decisões institucionais e outros arranjos informais e ainda por arranjos momentâneos. Essa diversidade apresenta faces mais ou menos abrangentes dependendo das unidades de trabalho. É possível observar que determinados espaços oferecem constrangimentos maiores à autonomia dos seus habitantes em relação à sua ocupação do que outras unidades, porém há elementos que podem ser identificados nos espaços estudados que encontram validação na subordinação da teia de fatores citados.

Atento às percepções dos habitantes daqueles espaços, era importante compreender quais eram as justificativas encontradas por cada um dos grupos em relação ao fato dos locais de repouso manterem entre si tamanha distinção de conforto e privacidade. Essas vozes foram aparecendo na medida em que algumas provocações foram possíveis em função da convivência com esses grupos.

Em determinados momentos, quando a conversa permeava questões que referiam sono e cansaço causado pela jornada de trabalho, era possível questionar a respeito da forma como eram ocupados os espaços da instituição ou da unidade de trabalho, especialmente aqueles

destinados ao repouso. Esse questionamento, que me parecia objetivo acabou por trazer a revelação de outras percepções por parte dos trabalhadores.

Um trabalhador explicou que as disputas por espaço se faziam entre os setores, ou seja, quando a Direção do Hospital era pressionada por uma unidade de trabalho para que seu espaço fosse ampliado, isso invariavelmente incorria na disputa com outro setor da instituição, uma vez que a ampliação de determinada unidade, significava a redução de espaço de outra. Essa percepção concluía que:

... acaba levando a melhor quem tem mais força junto à Direção do Hospital. Apesar das justificativas para ampliar os setores, na verdade o objetivo é ganhar espaço, depois o que será feito com o mesmo será uma decisão interna. E quem tem acesso ao Gabinete? Os médicos é claro, que acabam ficando com a melhor fatia do espaço. (Informante 23 AMB CLI)

Outras respostas apontavam primeiramente para a necessidade de definir de “quais espaços estamos falando”. Há, na maioria das vezes, o reconhecimento de que existem espaços que são destinados ao atendimento do paciente e que esses têm uma definição a nível “legal e institucional”, enquanto outros dependem de uma negociação ou de uma disputa entre os grupos.

Em certa ocasião essa discussão levou a uma linha explicativa de como isso acontecia “de fato”. Segundo a informante, era preciso primeiro separar os espaços “protocolares” dos “não-protocolares”, e essa distinção era muito importante, porque as forma como os usos eram decididos numa e noutra classificação eram completamente diferentes. Os ambientes protocolares seriam aqueles que obrigatoriamente devem existir na instituição, teriam rotinas de utilização, ingresso, circulação e até mesmo rotina de higienização e limpeza próprias.

Sua ocupação se dá de forma obrigatória para a realização de determinado procedimento. Outra característica desses espaços é que eles nunca são ocupados individualmente e sim por uma equipe multiprofissional. Além disso, os profissionais não freqüentam esses espaços por opção, mas sim de forma compulsória, por força da atividade que exercem. (Informante 55 POLI)

Os espaços não-protocolares seriam aqueles de acesso opcional, isentos de regras rígidas para ocupação, nos quais podem ser desenvolvidas várias atividades distintas. Estariam aí os locais destinados ao repouso, trabalhos administrativos, reuniões e refeições.

Essa compreensão, que admite a existência de mais de um tipo de espaço a ser percebido, e que a ocupação deles se faz obedecendo a lógicas diferentes, é recorrente entre os trabalhadores, especialmente entre os Enfermeiros. Não obstante a forma de nomear esses

espaços seja diferente, há convergência no aspecto de buscar uma classificação para a tipologia dos espaços do hospital.

Quando os profissionais Enfermeiros são questionados em relação ao diferencial existente em relação aos espaços destinados ao repouso para os profissionais de funções diferentes, a explicação foi que as instituições hospitalares são muito antigas e conservadoras.

Os hospitais surgiram por iniciativa de congregações religiosas. O cuidado era feito pelas freiras que moravam no próprio hospital. Os médicos peregrinavam pelos hospitais para desempenharem seu ofício, assim durante sua estada eram recebidos em acomodações especiais e separadas do alojamento das freiras. Isso acabou se reproduzindo através do tempo até os dias de hoje. (Informante 53 SSO)

Ainda sobre o mesmo tema:

A profissão médica é a mais antiga, e ao longo do tempo os médicos foram os personagens principais nos hospitais. Participavam desde a elaboração do projeto até ocupação dos cargos mais altos quando o hospital começa a funcionar. (Informante 33 AMB SUT)

As manifestações dos Enfermeiros trazem, de forma sistemática, outra questão. O grupo dos Enfermeiros não reconhece fazer, “da mesma forma que os médicos fazem”, a defesa do espaço privativo para repouso. A maioria dos informantes entende que há uma maior permissividade dos Enfermeiros em dividir os espaços com os demais profissionais do que os médicos, cuja defesa se faz de forma severa, considerando-se eles, os verdadeiros proprietários das Unidades de Trabalho.

Quando o mesmo questionamento é dirigido aos profissionais médicos, as respostas fluem para uma justificativa ligada ao grau de responsabilidade de cada uma das profissões que compõem o trabalho do cuidado e da cura. Os médicos questionados se reconhecem como os coordenadores do cuidado e responsáveis pela cura dos pacientes. Esse reconhecimento ao mesmo tempo os coloca numa posição de destaque em relação ao paciente e o processo que envolve o seu atendimento, mas também leva consigo o “peso da responsabilidade” se algo der errado.

Há o entendimento, por parte dos profissionais médicos, que a responsabilidade do resultado obtido pelo procedimento a que é submetido o paciente, recai sobre o profissional médico. Parece haver a compreensão de que essa maior responsabilidade, que o profissional assegura receber no ato do cuidado, lhe confere alguns direitos mínimos de “condições de trabalho”. Essas condições passam pela garantia de acomodações adequadas, que lhe proporcionem o descanso necessário, e assim esteja preparado, “de imediato”, para oferecer o melhor de sua capacidade e conhecimento.

Algumas falas apontam para essa direção de forma incontestada:

Tu já viste algum Enfermeiro ou técnico de radiologia, por exemplo, ser processado pela família ou pelo Estado porque um determinado exame não indicou uma lesão existente e o paciente teve algum prejuízo em consequência disso? É claro que não, o responsável será o Médico que indicou o exame e o interpretou. (Informante 34 POLI 2)

A coordenação do atendimento é feita pelo médico, que deve estar bem o suficiente para garantir o melhor atendimento. Não acho que os demais profissionais mereçam menos, mas eu vou defender as minhas necessidades, e isso passa por boas condições de trabalho. (Informante 54 POLI)

Os profissionais de nível médio da Instituição apresentam uma posição que parece pendular entre a conformidade com uma situação que “sempre foi assim e não seremos nós que vamos mudá-la” e outro extremo bastante crítico, que se mistura com o apontamento de outras falhas, que na sua compreensão, a instituição deveria corrigir.

Parte importante das manifestações desse grupo refere a grande carga de esforço físico a que estão submetidos, “pois os pacientes tem que ser carregados, higienizados, alimentados e medicados por nós” Esse trabalho é considerado árduo e com exigência física permanente do profissional que faz o cuidado direto, ou seja, executa as tarefas de contato direto com os pacientes em atendimento. Essa queixa vai no sentido de “fazer entender que assim como um jogador de futebol é preciso descansar a cada tempo”

A crítica tem dupla direção.

A primeira em relação à instituição:

Não é possível que depois de um atendimento com todos os problemas que tivemos, ter que ir até o vestiário central para tomar um banho. O hospital não se preocupa em resolver essa questão, não estão nem aí... (Informante 98 POLI)

Outra na disputa interna, que refere a existência de uma inversão de necessidades

Quem faz todo o trabalho braçal é que deveria ter melhores condições de descanso. Isso não é luxo, é para se recuperar e começar tudo de novo ... e a elite (médicos e enfermeiros) que nem toca no paciente, é que tem tudo de bom. (Informante 44 AMB CLI)

O que parece é que ficam escancaradas as disputas por esses espaços especiais, que têm como função garantir um refúgio suficientemente afastado do foco de tensão.

É evidente ainda que os médicos desfrutam de benefícios que são derivados de um poder hegemônico consolidado nos hospitais. Ainda que possam existir situações em que as responsabilidades e regalias parecem partilhadas de forma igual, há no fundo um sentimento de diferença que se apresenta de forma sistemática como as que aqui se observam.

Ainda que as instituições hospitalares estejam enquadradas como “burocráticas”, nelas há uma questão de autoridade que difere das tradicionais instituições burocráticas. As instituições hospitalares são organizações onde existe um sistema “dual” de autoridade que coexiste em permanente relação de conflito, a autoridade racional-legal presente na burocracia e a autoridade carismática exercida pelo médico (Possas, 2008), que como já foi visto, repousa em grande medida no capital simbólico da profissão.

Baseados nesta autoridade existem evidentes movimentos de garantia de espaço diferenciado para a “classe médica”. Se observarmos o texto da norma (RDC-50), encontraremos a obrigatoriedade de alojamento para o profissional médico em várias situações. De forma evidente essa obrigatoriedade está baseada no reconhecimento técnico dessa necessidade. Mas será que, aprofundada a análise destes aspectos da norma, encontraremos mesmo base científica para a existência dessas acomodações privativas? Estará a norma consagrando a realidade já existente, ou seja, trazendo para a regra o que se percebe na realidade da ocupação dos espaços que compõem os estabelecimentos de atenção à saúde?

Caso essa hipótese se confirmasse estaríamos diante de uma situação interessante, não seria a área que teria sido subvertida para uma ocupação diferente daquela para a qual foi planejada, mas estaríamos sim, diante da subversão da lógica da alocação, que teria arrastado para dentro da regra uma demanda originada pela vitória do poder carismático do médico sobre a autoridade racional-legal.

Considerando a existência permanente de jogos de poder nas instituições, e que na lógica destes jogos os jogadores ao mesmo tempo em que são constrangidos pelas regras do sistema também atuam no sentido de pressionar para a alteração dessas mesmas regras (Friedberg, 1995), é possível inferir que tal subversão – na lógica de alocação de espaços na própria norma - ocorra. Não há porque imaginar que o cenário em que se dão decisões dessa ordem seja protegido das influências dos jogos de poder, que aproveitam todos os constrangimentos e oportunidades presentes numa determinada situação para impor termos de troca favoráveis aos jogadores.

No presente capítulo, a emergência hospitalar, que é objeto do presente estudo, foi apresentada como uma organização sem tempo para outra atividade que não seja “salvar vidas”. Aparentemente a ansiedade se faz presente em sua ambiência, sendo uma de suas características. O que se verifica é que essa ansiedade permeia pelos locais de trabalho e assistência sem distinção, estando presente nas mais diversas atividades que se desenvolvem na instituição.

Outra característica que se fez presente foi a sua capacidade de ser receptáculo de tecnologias, em que pese que a aceitação às mesmas não se faça de forma serena e sem contestações, mas sim com percepções de cunho utilitário misturados ao entusiasmo de sua adoção. Neste ponto de vista, para a compreensão das diversas tecnologias que a ambiência das emergências deve receber, e com as quais lida no seu cotidiano, as valises de Merhy (1994) foram bastante úteis. Os conceitos ajudaram a compreender a complexidade das diversas tecnologias presentes na área da saúde, lembrando que essas tecnologias são processos produtivos singulares, que mesclando focalizações tendem a habitar uma arena de disputas, já que existe uma tendência de valorizar mais acentuadamente uma ou outra tecnologia.

O capítulo trata da importância do tempo e do espaço nas interações entre os agentes sociais, reforçando a lógica de que os espaços não podem ser considerados apenas como a paisagem para as interações. Os espaços interferem nas relações e devem ser analisados nessa perspectiva.

De forma sintética, foi abordada a caminhada das disciplinas que se preocuparam, ao longo do tempo, em estudar as relações dos indivíduos e dos grupos com o espaço que habitam. Gustave-Nicolas Fischer acompanha essa abordagem trazendo à luz as fragilidades e avanços das inferências destas disciplinas.

Augé avança nessa análise, trazendo ainda outras interpretações do espaço, como o de uma entidade abstrata, a nomeação de uma extensão física ou uma distância entre limites, ou entre dois pontos. Porém, segundo o autor, os “espaços” podem se transformar em “lugares” na medida em que a eles forem referidos um significado, um mito ou uma história. Uma vez revestido desta particularidade, esse espaço apresentará um diferencial que o identificará como um “lugar”, que possuirá uma identidade, será relacional e histórico.

Por oposição ao conceito de lugar, e com base na necessidade de rápida locomoção do indivíduo, existem os “não-lugares”, que estão referidos aos espaços de passagem. Essa definição dependerá do indivíduo focado e as relações que mantém com o espaço que se quer nomear. Os hospitais, sob essa ótica, podem ser encaixados na definição de “não-lugares” já que, escolhido o indivíduo, esse poderá não referir ao espaço qualquer significado que lhe seja especial.

Utilizando o termo “núcleo duro” para indicar o arsenal de conceitos e regras por onde passa a concepção de espaços na área da saúde, o capítulo refere uma seqüência de possibilidades da análise dos resultados concretos da utilização destes conceitos na realidade dos espaços de atenção à saúde.

O capítulo trouxe ainda a análise de aspectos da ritualidade que podem ser observados em determinados processos existentes na ambiência dos estabelecimentos de saúde. Em especial a preparação para o “ato cirúrgico” foi analisada com o auxílio da percepção de Mary Douglas (2000), que tratou de visões que tentam explicar as semelhanças de determinadas atitudes recorrentes de assepsia, com rituais. Ainda que muitos processos de limpeza, desinfecção e isolamento utilizados no nosso cotidiano, especialmente nos serviços de saúde, possam apresentar semelhanças perturbadoras com os rituais de purificação, a autora sustenta que admitir que esses processos de limpeza tenham sua fundamentação numa salutar base higiênica, ou considerar que as práticas primitivas nada têm a ver com essas, apenas afasta a possibilidade de compreensão da relação entre esses dois mundos.

Com o relato de uma incursão no espaço de atenção, foi possível identificar e refletir sobre a “disciplina”, que Foucault refere ser uma das principais características do que chamou “novo campo de produção”. O autor sustenta que a disciplina, que comporta a cuidadosa organização do tempo e do espaço, rege a organização hospitalar. Essa disciplina, baseada na capacidade de forjar corpos dóceis, tem como objetivo a utilidade econômica.

Apresentada a dinâmica de trabalho da instituição, recorremos à Fischer e Altamann para compreender o processo de territorialização e assentir a ocupação dos espaços como consequência da busca de conquista, ocupação, manutenção e alargamento dos territórios. A territorialização ajuda a analisar as subversões que se dão na ocupação dos espaços físicos, mas também são importantes para compreender o intenso processo de comunicação que se faz através de símbolos que se apresentam na forma da demarcação ostensiva desses territórios.

O estudo das formas de percepção do tempo, realizado por Hassard, e da forma de divisão do tempo numa infinidade de processos individuais por Durkheim, foram importantes para a compreensão da permanente tendência de buscar a ciclicidade do tempo que se apresentou na longa jornada de trabalho que é realizada pelos trabalhadores da emergência, especialmente aqueles que atuam em regime de plantão. Trazer a análise das formas de percepção do tempo, por esses autores, também foi um elemento importante para propiciar uma observação de migração diferenciada, que ajudou a inventariar os “territórios primários” (Altamann, 1975), “áreas de bastidor” de Goffman (2001), que são ocupados pelos trabalhadores no momento em que buscam o afastamento do foco de tensão.

É possível compreender que a organização estudada é afetada pelo fato de se constituir num local onde se dão negociações, contestações e lutas. Esse conjunto de ações, que buscam adquirir poder, autonomia e alargamento de territórios, deve ser explicado à partir de uma

rede de elementos, e não através de um princípio único essencial, que negligenciará a complexidade e as condições nas quais as ações organizacionais aparecem (Clegg, 1996).

O capítulo trata da importância de se perceber as mensagens que as organizações cultivam sob o ponto de vista da concepção e ocupação dos seus espaços. Primeiramente apontando para a concretização dos espaços com a finalidade de responderem a determinadas funções, tendo na sua arrumação a possibilidade de instituir as formas de controle que lhes serão úteis para a garantia da efetivação das tarefas. Essa arrumação permite que se perceba quais objetivos estão na “agenda” da organização. A observação desses elementos de arrumação, que conformam limites e ostentam símbolos, dá a imagem das características da organização. Por fim, Fischer admite que os espaços apresentam uma configuração piramidal que dá aos seus ocupantes diferentes graus de importância fixando-os de forma a tornar possível a avaliação de seu status-importância na empresa. Há, assim, dois focos que podem dar as pistas da realidade da organização se observarmos a sua arrumação. O primeiro, dirá algo sobre a sua vocação, metas e da forma como quer ser reconhecida pelo observador externo, e o segundo, que dirá qual a posição hierárquica de seus habitantes.

Percebe-se que o cotidiano da instituição tem uma dinâmica que por hora liga, de forma coesa, os trabalhadores para a produção do cuidado, e por hora afasta, esses mesmos trabalhadores, em direção à territórios primários, tomando por base uma questão hierárquica ligada às categorias elaboradas pela instituição (Douglas, 1986).

A observação das “áreas de bastidor” permitiu a identificação de subversões dos espaços, e a voz de seus habitantes permitiu que se abordassem os elementos utilizados como justificativa para as diferenças existentes entre os espaços de repouso dos médicos e dos demais trabalhadores da instituição. Como se poderia esperar, as opiniões divergem no sentido da justificativa, mas o que se pode reter é que, na análise de seus trabalhadores, o espaço conquistado tem uma justificativa. Não se trata de um ato autoritário, nem técnico, é uma consequência da dinâmica das relações, que mescla esses e outros elementos que são orquestrados pela própria ambiência.

O capítulo se encerra com a observação de que a análise das justificativa técnicas que apoiaram a elaboração do que se chamou do “núcleo duro” pode trazer consigo a influência da hegemonia médica, que, como visto é recebida com bastante permeabilidade pela ambiência da instituição estudada. Assim como essa hegemonia é percebida na análise da norma, o é também reconhecida pelos trabalhadores, que, de forma aparentemente contestadora, na realidade acaba sendo justificada por todos, ainda que de formas diversas, pelos diferentes grupos escutados.

CAPÍTULO 3 – OS ESPAÇOS DO HPS E SUAS REPRESENTAÇÕES

No desenvolvimento do texto, que se apresentou até aqui, foram possíveis algumas incursões na forma como os espaços são percebidos, relacionados e comunicados. Ao tratarmos da ambiência, conformada com os elementos que a compõe, pudemos navegar pelas interações entre seus habitantes e esses em relação ao espaço que habitam. Fica claro que o domínio de territórios é um objetivo saliente nessas interações, possibilitando que os grupos com mais poder operem a dominação de maiores e mais diversos territórios. Há ainda a questão hierárquica, que insere valor aos domínios, na medida em que garante, em parte, certa facilitação institucional para a ocupação de determinados espaços. Assim, as “classes” admitem diferenciação de resguardo e conforto naqueles espaços que se constituem em territórios primários, e que são disputados.

No capítulo anterior foi possível tratar das disputas pelos espaços e também da subversão do uso destes espaços no Hospital de Pronto Socorro. Foram tratadas, em especial, as subversões que não ferem a norma, ou seja, aquelas que apesar da apropriação e uso do espaço se dar baseado em argumentos diversos daqueles que estabeleceram o “Programa de Necessidades”, isso não se faz de forma ilegal. Trata-se de ocupações que mesmo desvirtuando a lógica de alocação de espaços na instituição, o faz sem cometer uma infração, é o caso do Centro de Estudos Médicos. Essas subversões, trazidas ao texto, foram analisadas levando em conta relações de poder, hegemonia de classe, além de atributos identificados nos espaços apontados, que delimitados por regras de ocupação, definem graus diversos de formalização para o acesso. A análise foi complementada pelas vozes presentes na ambiência, que transitaram pela conveniência de uma justificativa para o “status” de ocupação evidenciado, mesmo que com bases conceituais diversas.

A análise das subversões, porém, não buscou medir as conseqüências “institucionais” ou de ganhos e perdas provocadas no processo de cuidado desta modalidade de subversão, assim como não fará com outras formas de subversão dos espaços. Ou seja, não será

verificado em que medida essas subversões prejudicam ou facilitam a realização do processo de cuidado e seu objetivo finalístico. O entendimento é que para essa análise outro enfoque se intrometeria no recorte feito no presente trabalho, inserindo uma abordagem que careceria de outro referencial teórico.

Assim, foi possível aprofundar, no capítulo 2, parte da dinâmica existente nos processos de aquisição, manutenção e ampliação de domínios, especialmente nos contextos que envolvem a subversão dos espaços para utilização para atividades diversas daquelas para as quais os espaços foram planejados e que não desrespeitam a norma.

Não foi possível, porém, abordar com a mesma dedicação, as subversões existentes que infringem o que foi chamado de “núcleo duro”, entendido como a Lei, ou a regra geral de ocupação. Ou seja, aquelas subversões que desrespeitam a norma, ou que oferecem resistência a sua aplicação, o que o presente capítulo buscará contemplar.

Também no capítulo anterior, foi possível explicitar a estratégia utilizada no processo de observação, que levou em conta a maneira como se dá a migração dos profissionais pelas áreas do hospital, com especial foco na migração que leva os trabalhadores para um território primário, onde buscam recolhimento e privacidade no momento de afastamento do foco de tensão.

O propósito deste 3º capítulo será relatar situações que refletem o dia-a-dia do HPS, oferecendo possíveis explicações ou justificativas para as situações trazidas ao texto. Os relatos tratam de experiências vivenciadas em algum momento do período em que venho trabalhando nesta instituição, mesmo antes do período em que passei ao processo de observação com o objetivo do presente estudo. Foram preciosos os apontamentos realizados naqueles momentos, que lá no passado pareciam tão inconsistentes. O hábito de rápidas anotações, que dão conta de detalhes nada amalgamados com o processo de projetar e executar espaços, proporcionou retomar elementos da percepção que estariam perdidos não fossem assim retidos.

Embora algumas dessas experiências tenham sido vivenciadas com outro objetivo, ou seja, não são passagens que se deram quando do processo de elaboração do presente trabalho, elas são significativas por suas características especiais. Outras estão relacionadas com percepções de trabalhadores, que tendo sido questionados ou não, acabaram confessadas. Trata-se de situações que lhes foram, ou são marcantes no cotidiano do seu trabalho de atenção, e por isso, são elementos importantes para a caracterização da ambiência que se fez objeto do presente estudo.

Roberto DaMatta (1993), ao tratar das questões que diferenciam dois tipos de Brasil, refere que é possível identificar vertentes de elementos que dão a configuração dos diferentes Brasis. Na primeira configuração são utilizados os dados estatísticos que dispõe sobre as questões diversas, de características oficiais. São dados precisos, estatísticas demográficas, sociais e econômicas, números de PIB, PNB, renda *per capita* e inflação. Há também as informações que dão conta do sistema político, de educação, incorporação de tecnologia, produção industrial, dívida externa e interna, comércio exterior e balança comercial. São elementos que nos permitem fazer certa análise, que poderá ser comparativa ou prescritiva. Isso em grande medida permite que possamos verificar o Brasil que somos e o que gostaríamos de ser. Segundo o autor, esses elementos permitem construir uma identidade social moderna, se cotejada com os critérios estabelecidos pelo Ocidente europeu. Resumidamente, é possível que o Brasil seja definido de acordo com critérios objetivos, quantitativos e muito claros, inventados por americanos e europeus, e onde somos uma coletividade que deixa a desejar. “... o problema é que existe outro modo de classificação. A identidade se constrói duplamente.” (DaMatta, 1993, p. 19)

A segunda configuração é aquela de onde vertem as coisas admiráveis, a boa comida, a música envolvente, a saudade que humaniza o tempo assim como a morte e os amigos, que permitem resistir e superar tudo. Essa configuração muda a nossa percepção, fazendo reconhecer que afinal somos um povo que “vale a pena”.

Tomando por empréstimo a lógica dessa reflexão, é possível verificar que a instituição de Pronto Socorro também pode ser palco de uma análise sobre dois eixos. Um deles se coloca na dimensão do padrão de comportamento ideal e utilização dos espaços que são ocupados de acordo com a prescrição, a norma, o cientificamente correto. E de outro estão as diversas formas de subverter a ocupação que se dão ao longo do processo de organização do trabalho.

Desta forma, o que será abordado em relação ao cotidiano da instituição não tem o objetivo de apontar para as situações de infração, mostrando que determinada postura frente ao objeto em análise “deixa a desejar”, tampouco poderá ser o de justificar a ocorrência de determinada subversão. O que se pretende realizar é o relato do que foi observado na instituição apreendendo elementos que possam contribuir para a compreensão do processo que se faz na ambiência estudada.

3.1. A DEMARCAÇÃO DOS ESPAÇOS E A FLEXÃO DOS LIMITES DA NORMA

- Cuidado engenheiro! – ouvi esse alerta sem entender do que se tratava.

Eu não percebia nenhuma situação de risco que justificasse aquele chamado, e certifiquei-me também de que não estava em um local com alguma restrição de acesso, e no Pronto Socorro existem muitos lugares assim. Lugares onde não é permitido entrar ou permanecer, são espaços que oferecem risco aos que nele ingressam ou então aos pacientes que, ali internados, sofrem de alguma deficiência da defesa orgânica natural, podendo assim, mais facilmente, serem prejudicados por micro organismos que podemos estar trazendo conosco ao ingressar nesses ambientes. São restrições de acesso que estão prescritas pelo núcleo duro. Nestes casos há uma forte razão técnica para que se faça a restrição.

Baseada em comprovações científicas, ensinadas e cobradas na academia, as restrições que envolvem a segurança dos pacientes são o ponto forte do que se deve obedecer. São temas reprisados em todos os treinamentos em trabalho, afinal a proteção aos riscos biológicos é o carro chefe dentre os riscos no espaço hospitalar que se deve atentar. Reprisados os temas e repisados os infratores. Tratam-se de cuidados que caso não sejam observados pelos trabalhadores esses serão advertidos formalmente, ou no mínimo, fulminados por olhares reprovadores dos colegas de trabalho.

Existem também áreas cujo acesso é restringido por questões de segurança. São espaços de acesso bloqueado para os que normalmente são nomeados “pessoas estranhas ao serviço”. De maneira geral, são áreas que guardam elementos que devem ser utilizados por pessoal com treinamento específico e familiaridade para a operação, como salas de despejos de limpeza ou locais onde se encontram válvulas que regulam o fluxo de gases medicinais. Outros espaços têm acesso restrito por necessidade de preservação do patrimônio. Sua restrição tem o objetivo de dificultar o furto, já que circulam pelo hospital milhares de pessoas diariamente, criando certa dificuldade de controle. Essa restrição ocorre especialmente no caso dos equipamentos, cuja tecnologia e custo os tornam cobiçados, e por isso vulneráveis, o que justifica a necessidade de protegê-los. São restrições impostas pela organização espacial da instituição.

Outras restrições de acesso a espaços também apresentam seus limites severamente defendidos, porém por motivos bastante diferentes. São aqueles disputados pelos trabalhadores, já que são espaços com possibilidade de oferecer refúgio quando é possível o afastamento do foco de tensão, e que foram abordados em capítulo anterior. Há ainda outros espaços que, por serem dedicados a procedimentos especiais exigem certa preparação para se

ingressar, preparação que guarda semelhanças com um ritual⁴¹ de purificação, tal é a sua complexidade.

De formas diferentes e por motivos diversos, são muitos os espaços no Pronto Socorro que são afetados por regras de ingresso e ocupação, tendo na sua intimidade uma relação de dominação. Alguns desses espaços são fisicamente demarcados, garantindo de forma ostensiva que se dê atenção especial para os mesmos. Portanto, espaços para os quais se deve ter muito cuidado ao ingressar ou permanecer.

Os indivíduos tendem a adotar uma postura de dominação sobre os territórios que ocupam, e assim exercer influência sobre ele. Nessa zona de influência, o indivíduo age de forma a regular as interações sociais, admitindo, como o outro o grau de intimidade que lhe convier. Esse território se configura numa zona de influência, que o indivíduo pode controlar (Fischer, 2001). Essa tendência permanente de buscar a dominação de territórios traz também a tendência de demarcá-los, como forma de simbolizar sua propriedade.

As demarcações, em geral, têm como objetivo apontar fronteiras, que, antes de tudo, vão assegurar a comunicação da dominação. Essas marcações podem ser realizadas de diferentes formas, com a introdução de objetos pessoais que identificam a ocupação, ou através de demarcações mais ostensivas, que darão conta de uma restrição explícita para os que não dominam ou pertencem àquele território. Neste caso, a demarcação anunciará a existência do espaço privado e a identidade do ocupante (Fischer, 2001). Como indica Fischer, essas formas de demarcação podem se apresentar em um espaço de utilização individual ou de determinado grupo, cujos indivíduos guardam entre si certas características ou atributos comuns. Essas demarcações por vezes se apresentam no HPS associadas a elementos de profissão, classe e até mesmo especialização. Os alojamentos médicos existentes no quinto pavimento são segmentados por especialidade, onde estão presentes os dormitórios dos “cirurgiões”, “neurologistas”, “anestesistas”, “traumatologistas” e assim por diante.

Segundo Goffman (2001), as propriedades comuns entre os indivíduos que pertencem a determinado grupo, é um elemento que acaba por definir a utilização de um mesmo espaço social. Esse espaço social será revestido de determinados símbolos, que permitirão a sua identificação para a sociedade em que estão inseridos. É muito comum que essa construção de identidade e particularização do uso de espaços conformados com características especiais, esteja relacionada com o mesmo tipo de responsabilidades e obrigações que são semelhantes

⁴¹ Segundo Cecil Helman (1994), uma das características que acompanha qualquer ritual é que esse se caracteriza por uma forma de comportamento repetitivo que não apresenta um efeito técnico direto. Por isso a referência é “guarda semelhança”.

entre aqueles indivíduos. Nessa relação de identidade encontra-se a de mesma profissão, função ou tarefa a ser cumprida. Essa forma de ocupação e delimitação de espaços que são desfrutados pelos indivíduos de determinados grupos, assim como as suas demarcações, explicam, em grande medida, aquelas ocupações privativas referidas. Ao que parece, no HPS, a proliferação destas propriedades comuns apontadas pelo autor guardam, na sua amplitude, uma relação razoável com o poder das classes que dominam a instituição. Para além das áreas de uso privado de conforto para os indivíduos, neste caso representado pelos dormitórios médicos, outros espaços também têm seu uso particularizado para determinados grupos. Por exemplo, o refeitório, que até recentemente no HPS tinha ambientes repartidos de acordo com a formação profissional dos comensais. Ou seja, existiam ambientes diferenciados, de forma que uma das salas de refeição era exclusiva para Médicos e Enfermeiros, enquanto outro ambiente, dividido fisicamente do primeiro, recebia todos os demais trabalhadores do hospital. Importante referir que a forma de dispor os alimentos e de servir-se era diferente para cada uma destas separações existentes. No ambiente dedicado aos Médicos e Enfermeiros, os alimentos eram dispostos em travessas, de onde os usuários serviam-se, no segundo ambiente, havia uma “linha de servir”, onde os trabalhadores eram servidos em bandejas de aço, por funcionários do refeitório, com evidente diferenciação nos limites do consumo de determinados alimentos, dependendo do ambiente descrito.

Paradoxalmente, existem demarcações com o objetivo de conduzir os indivíduos, especialmente os pacientes, para determinados locais de atendimento. Também ostensivamente, essas demarcações ocupam pisos e paredes, indicando as unidades de atendimento. Não diferente de outros pronto atendimentos (PAs), as demarcações e sinalizações no HPS tentam informar com clareza e rapidez os setores de maior demanda. Isso ajuda no sentido de garantir que uma informação simples, dada pelo atendente, do tipo “siga a linha amarela”, seja o suficiente para orientar quem solicita ou precisa ser informado de como chegar ao setor “tal”. O mesmo estará no final da linha indicada, talvez “da mesma forma que o pote de ouro estará no final do arco-íris” (INF 66 manut).

Assim, misturam-se sinais com orientações importantes e antagônicas, na medida em que ora impedem o ingresso e ora tentam agilizar o ingresso.

Podemos ainda inferir que esse aparente antagonismo entre esses dois tipos distintos de demarcação, na verdade concorrem para o mesmo objetivo. As demarcações que restringem ou impedem o acesso tornam clara a existência de limites em uma dominação, como explicado por Gustave-Nicolas Fischer (2001). Porém, aquelas informações que buscam orientar na circulação e concorrem para a facilitação do ingresso em determinados espaços,

além de organizar os fluxos, atuam também no sentido de reduzir a possibilidade de ingresso “desavisado” nos domínios que tem nos seus limites, as restrições de acesso referidas. Há aqui a possibilidade de um duplo objetivo nas demarcações de orientação aos usuários.

As pessoas, mesmo com essa sinalização, acabam entrando aqui no setor a procura de atendimento. Muitas vezes temos que parar o que estamos fazendo para dar orientação e explicações para pacientes e familiares. Não temos qualquer privacidade, mesmo se fechamos a porta as pessoas batem e insistem até que alguém às atenda. (Inf 33 semana)

Nesse exemplo, a sinalização que é uma demarcação facilitadora para o ingresso ou localização de determinadas regiões, atua também na função de afastamento de um território que se deseja seja menos acessível. Não obstante o Hospital disponha de um sistema padrão de sinalização e orientação, há uma intensa multiplicação de informações criadas pelos trabalhadores e por eles afixadas em locais de circulação e trabalho que operam nessa lógica. Se assim forem entendidas essas demarcações, não há antagonismo, já que é possível admitir certa contaminação de objetivos na sinalização.

No ambiente hospitalar, existem ainda, determinados espaços que apresentam características especialmente criadas para proteção de sua vizinhança, ou seja, do conjunto dos demais espaços que compõem a instituição. Espaços que são considerados “contaminados” porque abrigam pacientes portadores de doenças contagiosas, por isso, são ocupados e mantidos sob cuidado minucioso. Trata-se dos “isolamentos”, que representam normalmente atmosferas tecnicamente controladas e guardam para seus ocupantes a provável sensação de ser “perigoso para a humanidade”. Há no Pronto Socorro, raros “isolamentos” que são via de regra, pequenos quartos onde ficam internados, na maioria das vezes de forma temporária, pacientes que são portadores de alguma doença infecto-contagiosa.

O quarto de isolamento tem uma série de requisitos estruturais e de especificidades no processo de trabalho, com manejos específicos que devem ser cumpridos. Os isolamentos devem, por exemplo, dispor de sanitário exclusivo, ante sala de controle para ingresso e sistema de ar condicionado individualizado do restante das áreas de atendimento. Mary Douglas (2000) sustenta que para além da efetiva necessidade de procedimentos purificadores e afastamentos de males que podem prejudicar o indivíduo ou grupos de indivíduos, há ainda uma tendência em buscar a compreensão dessas ocorrências em crenças que perpassam o tempo. Por vezes, o que se percebe é de o cuidado com esses espaços fundem o “conhecimento científico” com o elemento simbólico. Não obstante a vinculação intrínseca dos procedimentos de cuidado e de afastamento dos pacientes infectados dos demais com o

conhecimento científico, há uma demarcação simbólica nos limites daquele território, mantendo-o como uma “clausura”.⁴² Para além dos cuidados da “salutar base higiênica” que condiciona o seu status está a necessidade de “controlar a experiência”. É consensual que os processos de trabalho, onde se incluem os hábitos de higiene como lavar as mãos⁴³ entre um atendimento e outro, são os principais fatores que determinam o nível de proliferação de infecções. Observa-se, no entanto que o espaço que abriga esses enfermos carrega o símbolo de perigo – Risco Biológico⁴⁴ - e contrariamente ao que poderia ser uma orientação educativa aos pacientes e visitantes, apresenta poucas instruções sobre os procedimentos que devem ser adotados pelos habitantes do seu interior.

A existência destes quartos de isolamento é foco de uma permanente polémica no que diz respeito à vocação do Pronto Socorro e o fato de seu espaço físico contemplar esse tipo de ambiente para atendimento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas.

Em função de sua posição no Sistema Municipal de Saúde, em tese, o Pronto Socorro não deveria prestar atendimento a pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, portanto esses espaços de isolamento não deveriam existir na sua área física. O mesmo ocorre para o atendimento de outras necessidades, como por exemplo, a de maternidade ou psiquiátrica, que devem ser direcionadas para outras instituições que têm perfil e qualificação mais adequados para prestar atendimento aos pacientes com essas necessidades de atenção à sua saúde.

Para entender essa discussão é necessário saber que o Pronto Socorro faz parte do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, ou seja, é um hospital especializado em atendimento de pacientes vítimas de trauma. Essa missão estando definida, seu projeto de área física será estabelecido a partir das necessidades para atendimento a essa missão. Assim, a conformação de sua área física, aí inseridos os espaços especializados que deverão existir, terá que oferecer condições para a realização de procedimentos que de alguma forma estão ligados a essa missão.

Mais do que uma prescrição a ser seguida, para a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, essa idéia de vínculo do espaço com as atividades encontra em Fischer (2001) sustentação, quando se analisa a missão da organização.

⁴² A referência de sensação de “clausura” foi de paciente e trabalhadores. Assim como o ingresso se faz de forma controlada, também a mobilidade por outras áreas do Hospital é impedida por motivo de segurança.

⁴³ Segundo Helman (1994), a imunidade judaica em relação às epidemias poderá estar associada às regras de lavagem antes de comer, assim como o hábito de cumprimentar com a mão distinta da qual se usa para tomar o alimento.

⁴⁴ A demarcação dos limites de “Risco Biológico” é uma orientação obrigatória.

Toda organização aparece como um espaço fragmentado, diretamente ligado aos recortes das atividades; essa fragmentação repousa sobre um princípio de monofuncionalidade que, teoricamente, permite acolher num local apenas atividades previstas para ele. (Fischer, 2001, p.90)

As redes de atenção devem operar com a lógica do atendimento integral, porém de forma regionalizada e hierarquizada. Isso significa que o atendimento integral à saúde será proporcionado através da mobilidade do paciente de forma organizada pelo sistema. A organização dessa mobilidade se efetivará com a migração do paciente através dos níveis hierárquicos de complexidade que compõem o sistema, da mesma forma que se dinamiza a atenção por especialidades.

Uma das conseqüências da busca de um padrão eficiente de conformação física dos espaços de um hospital é seu projeto manter permanente vínculo com a sua função no sistema, e assim otimizar seus recursos, voltando esforços para determinada especialização. A ocupação desordenada dos espaços de atenção em saúde, que não levam em conta essas especificidades, acaba criando estruturas cuja eficiência, ou seja, a relação de consumo de recursos e o produto resultante é muito desfavorável.

Essa racionalidade proposta, deve porém admitir de forma competente que qualquer instituição de saúde, independente de sua vocação, possa ser porta de entrada no sistema. A instituição deverá então operar a migração do paciente para o nível de complexidade e especialização que for necessário. Essa importante prerrogativa estabelece a responsabilidade das instituições de colocar em marcha a atenção, sendo responsável por sua correta vinculação ao sistema.

Pois bem, o Pronto Socorro, por ter sua missão voltada ao pronto socorro de situações de urgência e emergência, tem seu foco voltado para o atendimento de pacientes vítimas de trauma, o que pressupõe pacientes cujos procedimentos serão “limpos”,⁴⁵ ou seja, procedimentos “não infectados”, que são aqueles realizados em um corpo livre de infecções. Ocorre que essa definição do “núcleo duro” recebe um choque de realidade diverso de suas definições quando se depara com situações que fazem parte da rotina da instituição. Há, por exemplo, a possibilidade de um paciente, já portador de doença infecto-contagiosa, ou seja, com doença pré-existente, ser vítima de um acidente e, como é bastante comum, por se tratar de trauma, seu atendimento ser realizado no Pronto Socorro.

Assim, a equipe de atendimento da instituição, ao diagnosticar a presença de doença com risco de contágio para os demais pacientes, agirá num duplo esquema terapêutico. O

⁴⁵ Procedimentos limpos são aqueles isentos de infecção.

primeiro será o de prestar o atendimento emergencial que garantirá a manutenção da vida, e outro que terá o objetivo de transferir tão logo quanto possível, o paciente para outro hospital que tenha condições mais adequadas para a seqüência da atenção, sem oferecer risco de contágio aos demais pacientes em atendimento.

De acordo com depoimentos de trabalhadores, o ideal seria que esse paciente fosse transferido para uma instituição hospitalar, com estrutura capaz de realizar a seqüência do atendimento, e que contasse, em sua área física, com ambientes adequadamente preparados para proceder seu isolamento. Porém esses mesmos informantes não souberam indicar um Hospital que dispusesse dessa estrutura, referiram desconhecer a existência de uma instituição com capacidade para acolher com segurança, pacientes portadores de doenças contagiosas com necessidade de cuidados relacionados ao trauma.

Entra em cena então a insuficiência do sistema de saúde em absorver, de forma rápida, pacientes com patologias que necessitam de medidas especiais de conduta, que evitem contágio, associada a outra relacionada ao trauma que originou sua entrada no sistema de atenção as urgências. Como resultado dessa insuficiência do sistema de saúde, para atender essa demanda de forma rápida, via de regra, o paciente com essas características, acaba por permanecer um tempo maior do que o recomendado no Pronto Socorro, oferecendo riscos de contágio para os demais pacientes.

Ainda que condutas especiais no cuidado e manejo desse paciente sejam tomadas, restringindo ao máximo a possibilidade de contágio de outros pacientes, o risco de ocorrer o contágio é importante. Uma das medidas de precaução é o isolamento do espaço ocupado pelo paciente, incluindo aí o isolamento do ambiente e em muitos casos do ar circulante, para que o mesmo não chegue aos demais pacientes. Essas estruturas são os “isolamentos” ou “quartos de isolamento”.

Tais estruturas, que têm o objetivo do isolamento de pacientes portadores de doenças contagiosas, não fazem parte dos espaços físicos admitidos em hospitais de Pronto Socorro. Apresenta-se, no entanto um elemento que justifica a necessidade destes espaços, ainda que baseado em princípios estranhos à tipologia de conformação para a atenção que a instituição apresenta como vocação, bem como o papel que desempenha no sistema.

Ocorre então, que em função da necessidade de atender o paciente assim caracterizado, o Pronto Socorro mantém áreas físicas para isolamento de pacientes. Eis aqui outro tipo de subversão do espaço. Essa, porém, operada por outro conjunto de forças, diferente dos que foram tratados no capítulo anterior. É a transgressão do núcleo duro por ele próprio, na medida em que satisfaz uma necessidade real de atenção à saúde, porém em uma

instituição que não deveria comportar em sua área física espaços dessa natureza, com esse objetivo.

Essa lógica, que leva a instituição à subversão do espaço de atenção, também interfere diretamente nas práticas do trabalho. Da mesma forma que o espaço deverá comportar atributos para essa função, também os profissionais estarão submetidos à necessidade de um conhecimento técnico que não é o foco principal de sua formação. Assim, considerando os preceitos de Donabedian (1988) essa subversão abrange a ambiência num conjunto de fatores que se faz na forma física ou “estrutural” (espaço, equipamento, medicamentos), no “processo” (condutas, diagnóstico e terapia), que acaba por apresentar a probabilidade de um “resultado” fora de um padrão esperado.

Essa subversão do espaço se faz sentir de forma intensa na percepção dos trabalhadores, o que reforça a sua influência na ambiência.

Quando temos que atender um paciente com esse tipo de patologia (infecção contagiosa), colocamos em risco todo o nosso trabalho. Isso não poderia se dar dessa forma. Deveria existir uma maneira de garantir que esses casos tivessem um tratamento mais adequado, fora do HPS. Como isso não é possível, e não podemos deixar de prestar atendimento, acabamos nos expondo a situações de confronto com colegas que querem internar pacientes nessas condições, nosso hospital não está preparado para isso. (Informante 23 INT CIR)

“Não adianta botar uma sala no meio disso tudo e colocar uma placa de isolamento. Podemos até garantir certo isolamento para não submeter os demais pacientes ao risco de contágio, mas e o tratamento que devemos dar ao internado? Será que estamos fazendo o que seria melhor para ele? Isso não é a nossa especialidade.” (Informante 65 AMB CLI)

Neste caso a necessidade de realizar o cuidado, acaba por subverter o espaço, forçando o núcleo duro, a norma. Essa situação acaba produzindo o que se poderia ser chamada de uma flexão dos seus limites. O espaço é utilizado para a realização da assistência, mantendo a lógica da instituição, porém com a subversão do tipo de utilização que se dará ao espaço projetado. Essa subversão do espaço, que acaba por flexionar os limites da norma, tem como diferença daquelas abordadas anteriormente a infração a Norma, ou seja, trata-se de uma subversão de espaço que infringe o que está estabelecido no “núcleo duro”.

A observação desta ocorrência, identificada como uma flexão dos limites da norma permite que se faça uma reflexão sobre o alcance dos argumentos formais trazidos por Richard Déry (2007). Segundo o autor os três sistemas formais, que são a lógica, a matemática e a estatística abrigam uma infinidade de argumentações formais, de onde são extraídos os argumentos lógicos, matemáticos e estatísticos, que têm como característica, por

convenção, apenas uma interpretação. Ou seja, enquanto mantiverem-se irrefutáveis as convenções estabelecidas, a argumentação não se oferecerá para o debate, o que se evidencia pela demonstração, por exemplo, do resultado de uma operação algébrica simples ($1+1=2$).

A adesão à argumentação formal repousa então sobre o sistema de definições a partir do qual é possível efetuar demonstrações. Para aderir às demonstrações lógicas, matemáticas e estatísticas, é preciso aceitar as convenções que asseguram o funcionamento. (Déry, 2007, p.73)

Então os sistemas formais somente operarão se houver consenso na escolha das convenções e a garantia de sua manutenção. Ocorre que o consenso pode se estabelecer apenas no interior do sistema formal em foco, e este sistema poderá estar incluído em outro sistema formal, cujas convenções podem ser diversas do primeiro. Então a abertura, ou comunicação, entre os dois sistemas formais, poderá romper o consenso, trazendo a ocorrência da opção entre um conjunto ou outro de convenções (Déry, 2007).

É preciso reconhecer aqui, que o que está por trás desta subversão em especial, é a submissão de um argumento formal à situação em que há uma variedade infinita de significações de um sistema concreto. Ao que parece, prevalece a convenção do sistema formal na ocorrência concreta, que representa a necessidade do cuidado, em detrimento ao consenso interno do argumento formal, que busca a disciplinar a atuação hierárquica da organização, no sistema de atenção.

Outro aspecto a ser abordado nesse tipo de ocorrência é o da demarcação dos limites do território. Podemos também aqui refletir sobre os aspectos que foram referidos anteriormente em relação ao duplo objetivo das demarcações. Quando tratamos do fato dos espaços serem demarcados para indicar as fronteiras de determinado domínio ou de uma propriedade, ficou apontado que um aspecto desta demarcação é o de garantir resguardo, ou seja, contemplar o desejo de baixa interferência ou bloqueio ao ingresso nestes espaços, dos “não autorizados”. Essa reflexão pode ser também verificada neste aspecto particular da vocação institucional, porém numa escala de maior dimensão.

Entendendo ser o Hospital um espaço de cuidado na sua integralidade, podemos transferir a mesma discussão em relação à demarcação de domínios. O Hospital de Pronto Socorro é um espaço que faz parte do sistema de atenção à saúde e como tal é um território demarcado. Fica então estabelecida determinada função a esse espaço, e o mesmo passa a ter nessa escala ampliada, o mesmo tipo de demarcação que se observa nos espaços particulares de cuidado abordados anteriormente. Valem então, se admitirmos essa equiparação, os ensinamentos de Fischer (2001), onde a demarcação anuncia a existência de um espaço que

guarda identidade com seu ocupante ou grupo, cujos indivíduos guardam entre si certas características ou atributos comuns. Aqui também a análise da existência de um duplo objetivo da demarcação do território é possível. Ao mesmo tempo em que as demarcações servem para identificar determinado atributo comum entre os indivíduos do grupo que ali desenvolvem um padrão de atividade e comportamento comum, essa mesma demarcação oferece também o óbvio objetivo de afastar os desautorizados a desfrutarem dos serviços da instituição (pacientes de baixa gravidade).

De forma equivalente os espaços de cuidado ou os serviços de saúde podem receber demarcações que definem territórios de dominação, não obstante existam elementos organizacionais dos sistemas de atenção que servem como fundamentação lógica para essas mesmas demarcações. A tensão, por óbvio, se dá na verificação dos limites de cada um dos elementos que compõem essa duplicidade de objetivos das demarcações aqui em foco.

Na mesma linha desta reflexão, em relação ao tipo de paciente que deve ou não ser atendido no HPS, e a subversão que isso provoca em seus espaços, está inserida outra discussão. Essa se apóia no nível de gravidade ou complexidade do paciente que ingressa para atendimento. No imaginário dos trabalhadores, os pacientes de baixa complexidade não deveriam ter acesso ao HPS, essa compreensão se dá baseada na identificação que esse “tipo de paciente” não é um paciente que necessite de atendimento de urgência, ou seja, não está provido das prerrogativas necessárias para realizar sua assistência naquele espaço.

Entendo que essa ampliação de escala e imputação da mesma lógica, tanto para os objetivos de demarcação dos territórios em espaços de cuidado ou de instituições que são rotuladas para determinada função no sistema de saúde possa ser demasiadamente simplificadora, porém me parece que as vozes trazem consigo essa tentativa de demarcação.

O gestor tem que entender que somos um hospital de trauma, estamos preparados para atender pacientes de alta complexidade. Esses pacientes que chegam aqui com problemas simples, deveriam ser atendidos nos postos de saúde e não deveria nem entrar aqui. (inf 67 med)

... não somos o postão de saúde que atende qualquer tipo de paciente, temos uma especialidade e estamos preparados para atender bem um tipo de paciente. Cada vez mais estamos nos submetendo a uma atividade para a qual não estamos preparados. (inf 66 med)

Da mesma forma que os ambientes onde se dão os atos que compõem o processo do cuidado podem apontar para o “princípio de monofuncionalidade, que, teoricamente, permite

acolher num local apenas atividades previstas para ele” (Fischer, 2001 p. 94), aqui no HPS, é possível perceber a existência do mesmo princípio.

Reforçando essa percepção dos objetivos e resultados desse processo de demarcação, podemos lembrar que para Menezes (2000):

Um dos elementos introdutórios para se compreender um lugar é conhecer como é sua organização e arranjo sócio-espacial. A consideração de especificidade de um lugar diz respeito à intensidade de sua demarcação, referindo-se ao seu grau de abertura (ou fechamento). A maior ou menor densidade entre os elementos de demarcação é que define o grau de abertura (ou fechamento) de um lugar ao exterior e, por conseguinte possibilita identificar o caráter do lugar. Recorre-se aqui a idéia de limite, pois essa é essencial à constituição e representação dos sistemas sócio-espaciais. (Menezes, 2000, p. 158-159)

Ainda na categoria das subversões que infringem o “núcleo duro”, podem ser observadas as utilizações de espaços preparados para a realização de determinada atividade, ou com determinada função, e que são utilizados para atender demandas da equipe de trabalho, em detrimento da garantia de conforto ou segurança do paciente. Essas situações são aquelas onde os próprios trabalhadores apropriam-se de espaços para usos particulares ou pessoais. Como por exemplo, a utilização de geladeira da Unidade de Trabalho que tem como objetivo a guarda de medicamentos e acaba também sendo utilizada para guardar refrigerantes ou lanche dos trabalhadores. Outro exemplo que pode ser trazido é a utilização de roupas de cama, como travesseiros e lençóis pelos trabalhadores das Unidades, ou ainda a ocupação de leito ou maca de atendimento pelos trabalhadores quando desocupados.

Essa forma de subversão pode ser classificada como “apropriação”. Trata-se de uma forma de subversão considerada como um dos fenômenos mais complexos da interação do indivíduo com os espaços. Segundo Fischer (2001), podemos entender a “apropriação” como a ação de tomar algo para si, para seu uso, se atribuir ou se dar a propriedade de algo que não nos pertença legalmente.

Numa perspectiva psicológica ampla, a apropriação é o mecanismo que engloba as formas e tipos de atividade que permitem uma apreensão ou uma tomada de posse do espaço. Trata-se de uma dominação física e psicológica sobre um determinado território. (Fischer, 2001, p. 89)

A apropriação, assim definida, é encontrada de forma bastante comum na instituição em estudo. Em certa medida porque associa a longa jornada de trabalho, que na sua maioria representa plantões de 12 ou 24 horas, à falta de acomodação para a totalidade dos trabalhadores. Esses fatores podem funcionar como motivadores para a busca de elementos

que lembrem “a casa”⁴⁶ (DaMatta, 1993). Há aqui uma dupla provocação no sentido da busca da nidificação referida pelo autor: A primeira provocação está associada a percepção dos trabalhadores de que determinadas classes são detentoras de privilégios, como a organização de espaços para dormir ou descansar previstos no núcleo duro, a norma. A segunda provocação está contextualizada na própria organização da jornada de trabalho, que em regime de plantões invade o horário da noite, trazendo consigo necessidades biológicas de sono e alimentação.

Outra forma de subversão ou resistência à regra é aquela relacionada ao uso de roupas especiais, aventais ou jalecos de trabalho. Usualmente as roupas utilizadas pelos profissionais de saúde são brancas, buscando o objetivo de garantir a limpeza, já que a sujidade, em tese, se apresenta mais evidente, na maioria dos casos, em contraste com a roupa de cor branca.

Da mesma forma que em passagem anterior foi possível referir Mary Douglas (2000) em associação aos procedimentos que mesclam elementos do conhecimento científico e dos símbolos que acabam por cercar os mesmos. A roupa branca traz também essa mesclagem. Mais do que a necessidade de limpeza, que na verdade é garantida por um processo rotineiro de lavagem que é realizada de acordo com prescrições normatizadas e controle de qualidade, a cor branca refere a pureza, em oposição ao preto que poderá esconder os perigos da impureza.

A roupa de trabalho, na sua maioria, é fornecida pela instituição e deve ser utilizada no interior das áreas que compreendem o atendimento e a circulação dos pacientes. É possível, no entanto, observar o uso destas roupas na rua, em áreas próximas do hospital. Esse uso se dá justificado para rápidos deslocamentos no entorno da instituição, para “comprar um lanche” ou “ir à farmácia”. Aqui, Roberto DaMatta (1993) traz à luz uma questão que ajuda na interpretação da motivação que pode estar por trás desta subversão.

O autor entende que os brasileiros vivem uma inadequação entre a prática social e o mundo institucional. Sob esse ponto de vista, a subversão que aqui tratamos estaria sujeita a um conflito entre a *Lei Universal* que rege o universo dos trabalhadores, baseado na racionalidade de imposição de regras para o disciplinamento das ações, e a *Lei privada* ou individual, que admite uma escolha de comportamento habitualmente regido pela oportunidade de transgredir sem importantes conseqüências (DaMatta, 1993).

Essas subversões são reconhecidas pelos trabalhadores como “menores”, insignificantes ou não prejudiciais ao contexto do cuidado. Entendo que essa resistência ao cumprimento da “*Lei Universal*” possa encontrar também nos conceitos adquiridos pelo

⁴⁶ Segundo DaMatta (1993), existe uma divisão clara entre dois espaços sociais fundamentais, “a casa” – representada pelo aconchego e da mesa farta, e “a rua” – representada pelo espaço de disputas.

indivíduo, uma justificativa. O indivíduo tende a “obedecer” aos preceitos apreendidos na sua experiência de vida e pautar suas ações baseado em certezas internalizadas e qualificadas, que, caso rompidas, trarão prejuízos que lhe poderão ser imputados.

Independente das motivações que possam ser adotadas como justificativa desta modalidade de subversão, seria possível, nesse ponto, questionar os limites da disciplina que é apontada por Foucault (1979) como característica do ambiente hospitalar? Contrapondo a idéia de complexidade e rígida disciplina a essa forma de subversão, que é de fato uma infração disciplinar, caberia a discussão. As subversões até aqui apontadas apresentam características de negociação, mediação e disputas, que se diferenciam desta, que mais parece uma atitude de indiferença de quem infringe a norma, seguida da ausência de contestação da instituição em relação à prática, de certa forma já difundida entre os trabalhadores. Tal ocorrência poderia ser creditada ao “jeitinho” harmonioso, concedendo a flexão dos limites da norma pela mediação entre a *lei universal* e a necessidade individual (DaMatta, 1993).

Em muitas das subversões observadas na instituição, sejam aquelas que infringem a norma ou não, sejam aquelas que subvertem um espaço planejado para determinada função em outro, ou ainda, a apropriação de objetos ou estruturas por parte dos trabalhadores, é possível perceber que há um traço sutil e permanente. Os trabalhadores guardam, com certa reserva, as críticas sobre essas subversões, mais do que isso, não há denúncias formalizadas, pelos trabalhadores, em relação a essas ocorrências. Tal comportamento pode ser compreendido como a existência de uma espécie de pacto que se faz de forma clandestina, não declarada ou admitida publicamente. Ou seja, curiosamente, ainda que as práticas de subversão sejam reconhecidas pelos trabalhadores, e apontadas eventualmente, como prejudiciais para o objetivo finalístico da instituição, essa posição aparece de forma muito tímida, ou mesmo não aparece.

A hipótese, para a qual se pode apontar, é de que há uma reciprocidade, por parte dos grupos, no sentido de manter uma situação em que todos acabam tirando certo proveito da reserva sobre o tema das subversões. Tal hipótese encontra suporte na análise da “Teoria da Dádiva” (Mauss, 1974), que se constitui num sistema de trocas que permite a cooperação e o controle dessa cooperação pelos grupos que a praticam.

Assim, esse sistema de trocas funciona de forma que:

A dádiva de um, necessariamente obriga o outro a dar algo em retribuição, constringendo aquele que recebe a ingressar numa situação de individamento. Esse individamento é mútuo, porque a contra-dádiva não significa de modo algum o fim da relação, e sim a sua construção: é por terem iniciado uma relação de confiança

que os parceiros cooperam, mas eles também cooperam por jamais estarem “quites”. (Alter, 2007, p. 311)

Então, a prática de silenciar frente ao fato de determinado grupo fazer um “desvio”, por exemplo, na ocupação de um espaço, utilizando-o para outra atividade, diversa para o qual foi concebido, traduzir-se-ia na oferta de uma dádiva de quem silenciou. Essa oferta, que não se faz sem interesse, uma vez que a dádiva jamais é inteiramente desinteressada (Alter, 2007), cumpre o roteiro de facilitar a subversão, dando-lhe certa tangência ao olhar. Uma vez atingidos os objetivos dos grupos – de quem oferece a dádiva, desta ser recebida, e de quem recebe, de obter certa facilitação no seu ato subversivo - fica estabelecida a relação de cooperação e parceria, que será, num prazo não definido, devolvida como uma contra-dádiva.

Não há obrigatoriedade de que essa relação se estabeleça, já que os grupos podem se negar a receber ou retribuir uma “dádiva”, no entanto, isso significaria o abandono de uma relação de colaboração ou até mesmo o ingresso numa situação de conflito.

É importante compreender que essas atitudes individuais, que podem ser identificadas na rotina dos indivíduos e a eles possa ser atribuídas, na realidade a dádiva se constitui numa atividade coletiva. “São os grupos sociais que realizam trocas, e não os indivíduos.” (Alter, 2007, p. 316)

Outras situações de subversão do espaço acontecem em função de contingências do próprio sistema. Essas se apresentam quando, por motivos de grande demanda, as áreas de internação do hospital mantêm-se acima de sua capacidade de ocupação. Isso faz com que as enfermarias acabem por abrigar um número maior de pacientes do que aquele para o qual foram projetadas. Essa situação leva invariavelmente para o infringimento da norma, pois as regras, por exemplo, de afastamento entre leitos e disponibilidade postos de consumo de gases medicinais para cada leito ficam aquém do que é preconizado pela legislação.

Sobre essa questão são diversas as queixas dos trabalhadores. De forma recorrente a insatisfação em relação a esse tema é trazida pelos informantes. Ou porque se sentem sobrecarregados nas tarefas cotidianas.

Cada técnico tem a responsabilidade sobre um determinado número de pacientes. Isso é assim para garantir que se dê conta do trabalho. Mas aí vem os leitos extras e sobra para nós a necessidade de atender um número maior do que deveríamos. Ninguém vai se negar a atender um paciente que está necessitando de internação, mas em algum lugar essa corda acaba arrebentando. (Informante 34 UTI)

Quando aumenta muito o número de pacientes acaba que alguém não agüenta e acaba adoecendo. Essa é a pior situação, além desse monte de leitos extras, ainda temos que cobrir o trabalho de colegas que acabam faltando porque não agüentam

essa superlotação. Daí em diante é fácil virar um caos. Sem cuidado as rotinas se perdem. (Informante 45 AMB SUT)

Ou porque assistem, com indignação, a violação à norma.

Nós somos responsáveis pela tarefa de manter tudo em ordem quando cuidamos dos pacientes. Mas e que ordem é essa que deixa internar mais pacientes do que a capacidade? As regras não são para todos. (Informante 23 AMB CLI)

Se der algo de errado com o paciente, ninguém vai assumir que foi porque a enfermaria estava superlotada, vão investigar se houve alguma coisa errada no atendimento. E é possível que achem, mas o que levou a isso? Essa é que é a questão importante. (Informante 33 AMB CLI)

Há ainda outras questões que podem ser consideradas subversões, porém do sistema. Na maior parte dos países a emergência constitui a “porta lateral” das populações pobres, mas no Brasil ela é muitas vezes a “única porta” para ser acessada. Seja por ineficácia da estrutura que pressupõe regionalização, hierarquização e equidade, ou porque existem outras demandas ou desejos que a população não percebe atendidos, o fato é que essa questão está presente também no Pronto Socorro.

Há sem dúvida, ainda um conjunto de expectativas criadas pela mídia e pelo mercado de serviços privados de saúde, que faz surgir novas demandas, que o sistema público tenta alcançar. Aliado a essas questões está ainda a sedução que os serviços hospitalares inserem na população, por seu parque tecnológico, muitas vezes confundido com complexidade. O imaginário de que o hospital resolve todos os problemas do indivíduo faz com que o fluxo seja pressionado para essas instituições, que supõe: atendimento de especialistas, exames mais complexos e medicamentos (Deslandes, 2001).

Esse conjunto de fatores também leva a uma relação desajustada da proposta de um hospital de emergência, que passa a atender casos que deveriam ser acolhidos na rede básica.

Essa questão é crucial, o hospital atende em média 40% de pacientes que poderiam ser atendidos num posto de saúde, próximo de sua residência. Mas a população vem até o hospital porque sabe que aqui não vai esperar na fila pelo atendimento, vai sair com o seu exame realizado e a medicação para tomar em casa. Só que está errado, o sistema é que tem que dar conta disso e não nós. (Informante 12 DAH)

Pelo mesmo desajuste há uma possível perda de eficiência que é percebida pelos trabalhadores.

Aqui nós matamos formiga com tiro de canhão. Veja toda essa estrutura complexa, com bloco cirúrgico, UTIs., Tomografia computadorizada, vários especialistas preparados para atender casos graves e no fim estamos aqui, muitas vezes, olhando

a garganta das criancinhas e receitando analgésicos para lombalgias. É um desperdício... (Informante 23 SAE)

3.2. A MORTE

A mesma voz repetiu – “cuidado nesse lugar Engenheiro!” –

Eu continuava sem entender do que se tratava. O funcionário que me chamava atenção sobre algo que eu não sabia o que era, sorria. E isso me deixava ainda mais confuso. O seu sorriso não era uma expressão que correspondesse ao alerta de “cuidado!”. Entendi então que deveria ser uma brincadeira. Mesmo assim eu não consegui perceber do que se tratava.

O trabalhador, percebendo minha incompreensão sobre o que ele queria comunicar, interrompeu sua trajetória e voltou-se para mim. Após se apresentar, explicou que aquele local, onde eu estava, era extremamente perigoso. Tratava-se da área de recepção de pacientes, especialmente daqueles que ingressam no Pronto Socorro trazidos por ambulâncias ou por veículos que socorrem alguma vítima em via pública. Essa entrada é também utilizada, de forma corriqueira, por táxis que transportam pacientes que necessitam de atendimento de urgência. Esse local não é o único por onde ingressam os pacientes, existem ainda outras entradas, porém são normalmente pacientes com menor gravidade, que se deslocam de forma autônoma, e por isso ingressam na instituição caminhando. São normalmente pacientes com pequenas lesões, provocadas, por exemplo em acidentes domésticos.

Porém, o local onde me encontrava é aquele por onde normalmente ingressam os pacientes com maior gravidade, bem como os de maior ansiedade e menor autonomia. Esse lugar é conhecido pelos funcionários como “rodoviária”, uma associação com a lógica de funcionamento da plataforma de desembarque de uma estação rodoviária, bem conhecida por todos.

O funcionário me explicou então, que aquele local, a “rodoviária”, era extremamente perigoso se considerada a estatística dos jornais e rádios que cobrem as notícias de acidentes, assaltos, homicídios, etc.. O funcionário continuou:

Veja bem engenheiro, basta abrir o jornal de hoje ou de outros dias, que na seção correspondente (policial ou acidentes) vai encontrar lá: “após ser esfaqueado o homem branco de trinta anos, conhecido por cartola foi socorrido, mas morreu ao dar entrada no Pronto Socorro” ou então: “O motoqueiro Marcos com 33 anos, não resistiu aos ferimentos causados pelo acidente e foi a óbito ao dar entrada no Pronto Socorro.” Ou seja engenheiro, se olharmos para essas notícias veremos que os pacientes sempre morrem aqui na rodoviária. Ao dar entrada eles estão aqui, não é? Então, esse é um lugar de alta periculosidade, devemos nos manter afastados dele, certo? (Informante Nid)

O funcionário afastou-se rindo de sua explicação, por sinal baseada em fatos reais. Com alguma atenção às notícias de óbito, é possível comprovar a informação trazida pelo colega. O uso do termo “morreu ao dar entrada”, com algumas variações, é de fato muito comum nas notícias deste tipo.

De maneira geral, a mídia trata de forma imprecisa o evento “morte”, o que consente que se reflita sobre o tema, ou seja, os jornais usualmente não se preocupam em precisar algumas informações dos pacientes que morrem.

É comum que a informação dos pacientes em atendimento ou tratamento seja mais precisa, do tipo “Marcos, após a cirurgia para retirada do projétil do abdômem, ficou internado na Enfermaria de Cirurgia, seu estado é regular. O próximo boletim será disponibilizado pelo hospital às 15 horas.” Ou “Recebeu alta hoje o menino que foi resgatado por salva-vidas na praia de Atlântida. Após 15 dias na UTI de Pediatria, onde foi acompanhado por sua mãe, Aldinho como é conhecido, retorna para casa carregando um presente que recebeu no hospital.” Essa mesma atenção que é dedicada às informações sobre os pacientes que obtiveram sucesso na atenção, na maioria das vezes, não é recebida pelos pacientes que morrem. O comum é mesmo publicar “morreu ao dar entrada”, e pronto, nada mais há a informar, acabou.

Ao observar a forma como a instituição age em relação ao paciente que morre, é possível identificar que também essa, passa a dispensar pouca atenção ao paciente depois do “evento morte”. Há, no entanto, um cuidado especial dedicado para lidar com a informação da morte de pacientes. Porém esse cuidado revela uma preocupação de outra ordem.

A informação sobre o falecimento de pacientes no hospital estudado é administrada de forma bastante rígida. No caso de falecimento de pacientes em atendimento, seja ambulatorial, seja de paciente internado, os procedimentos desencadeados a partir da constatação de óbito seguem um protocolo⁴⁷ específico, do qual participa um número de pessoas bastante restrito. As restrições de acesso à informação têm dois objetivos principais. O primeiro diz respeito a garantir a comunicação ao familiar ou responsável de forma adequada, o segundo é impedir o assédio dos familiares por empresas que realizam funerais.

Hoje mais branda, essa questão, no passado recente, foi objeto de inúmeras denúncias que diziam respeito à forma inadequada como as empresas abordavam os familiares de pacientes que vinham a falecer durante seu cuidado no HPS. Por vezes, aproveitando-se do momento de fragilidade, algumas empresas acabavam por induzir a contratação de serviços

⁴⁷ Trata-se de um protocolo formal, cujo título é “Protocolo para Comunicação de Óbito de pacientes em atendimento no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre”.

funerários com valores além do razoável para os serviços oferecidos e as condições financeiras dos familiares. Essa atitude pouco ética dá noção do uso utilitário do sofrimento da família, pela perda de um ente querido, para obter vantagem. Assim como os meios de comunicação pouco valor aferem ao que deve ser informado sobre o morto, também outra organização pouca importância manifesta em relação ao evento em si, mas insere de imediato uma estratégia de abordagem que lhe possibilite o maior ganho comercial possível.

Numa entrevista que realizava para buscar elementos de como a questão da morte era percebida pelos trabalhadores, ouvi um relato sobre o movimento de um grupo em relação ao “comércio de defuntos” que existira no passado. Segundo esse relato, existiam funcionários que informavam às empresas funerárias o óbito de pacientes. Essa informação era premiada financeiramente pelas empresas, já que obtinham com a informação privilegiada a possibilidade de contatar os familiares e oferecer seus serviços. Ocorre que muitos funcionários não pactuavam com essa prática, considerando-a desrespeitosa com o “defunto” e seus familiares. Essa desconformidade gerou um clima de tensão que acabou por desembocar numa atitude extrema por parte de alguns servidores. O episódio que desencadeou a ira do grupo contra essa prática, foi o fato da empresa funerária ter procurado familiares de determinado paciente, com a notícia de seu falecimento, sem antes mesmo da ERGR – Equipe de Registro Geral e Recepção, que é a área administrativa do HPS responsável pelas comunicações do hospital, ter a confirmação da informação. O fato é que os familiares receberam, através da proposta comercial de um funeral, a notícia de falecimento do familiar internado no Pronto Socorro. Apurado que a informação havia sido passada por funcionário, esse foi de tal forma pressionado por seus colegas que deixou a Instituição, carregando consigo a marca indesejável de falta de humanidade e desrespeito aos colegas.

Do relato, me parece possível perceber que mesmo no meio onde parece haver um grande esforço para a manutenção da vida e do afastamento da morte, ainda que essa seja parte das ocorrências a suportar, existem atitudes que mostram pouca preocupação com o significado da perda de pessoas próximas ou com laços emocionais. Por outro lado, é necessário admitir que essas atitudes são refutadas, prevalece a postura que busca diferenciação dos que se dedicam ao cuidado do outro. O episódio relatado mostra que essas atitudes são punidas pelo próprio grupo, que resiste em admitir que seus pares⁴⁸ sejam responsáveis pela banalização do sofrimento, reforçando o sentimento de pertencimento a um grupo especial de trabalho.

⁴⁸ A sensação de pertencimento a um grupo especial, no caso de trabalhadores das emergências é tratado por Deslandes, (2000) e refere satisfação pelo auto reconhecimento de qualidades especiais.

Ainda em relação à forma como os trabalhadores percebem a questão da morte, nas entrevistas, sempre que possível, perguntava qual a opinião do informante em relação à forma como o morto é tratado. É quase unânime o reconhecimento de que há certo grau de afastamento dos trabalhadores em relação ao defunto. Uma vez constatada a morte o paciente “deixa de ser paciente”. A resposta em relação ao motivo da diminuição da atenção, na maioria das vezes, aparece relacionada com o fato de que o estado físico após a morte, não exige mais cuidados por parte dos trabalhadores.

O aprofundamento dessa percepção acaba por desvendar o sentimento de impotência que toma conta dos profissionais que se dedicam ao cuidado e manutenção da vida dos pacientes. “Não adianta mais insistir, é como se o jogo tivesse sido perdido e a equipe deixa o campo, nada mais pode ser feito.” Tanto mais assolado será o trabalhador por esse sentimento, quanto mais tempo o paciente esteve em tratamento, o que parece lógico, por conta dos vínculos que vão se formando por uma forçada e, por vezes, sofrida convivência.

Helman (1994) coloca que o estudo de diversas formas de funeral de várias sociedades identificou aspectos comuns entre eles. Na maioria das sociedades, o indivíduo tem, na verdade, duas mortes. A primeira seria a morte biológica, aquela do corpo físico e a segunda seria a morte social. A segunda morte só se efetiva após as cerimônias de velar e sepultar o corpo, por isso é mais demorada do que a primeira, e tem tempo variável. A morte social significa o fim da identidade social do indivíduo. O que se observa, no entanto, referido pelos informantes, é que tudo se conclui no evento da morte biológica, tendo para isso a explicação da não convivência social comum dos indivíduos que ali partilham poucas referências em comum.

Um dos relatos obtidos no trabalho de campo traz o reconhecimento de particularidades que constroem representações, como detalhes que revelam o momento do funeral que está representado no cotidiano do trabalho deste trabalhador. O autor desse relato conta que a morte do paciente em atendimento na sala de Politraumatizados⁴⁹ é definida pelo momento que o chefe da equipe olha para o relógio de parede que está sobre a porta de entrada da Unidade. Essa referência está relacionada ao ato de registrar a hora do óbito no prontuário do paciente. “É a hora em que a vida termina para aquela criatura, é um olhar que revela tudo. Já sonhei que tiramos o relógio da sala para ninguém mais morrer” (Inf. 09 Poli).

⁴⁹ Politraumatizados ou o reduzido “Poli” é o nome dado a sala onde são atendidos os pacientes de maior gravidade. É a sala de atendimento para onde habitualmente, são encaminhados pacientes em situação de urgência médica.

O sentimento de impotência, e de não ser mais importante para o paciente que morre, aparece de forma sistemática nos relatos de funcionários que participam diretamente de procedimentos que tentavam salvar vidas nas salas de emergência. A referência de que “nada adiantou e perdemos o paciente”, parece ser uma expressão que resume o sentimento de alguns dos informantes.

Alguns dos relatos de trabalhadores que presenciaram a ocorrência de óbito de pacientes sob seus cuidados, referem que este é um momento em que se deve fazer uma oração. Que esta seria a última atitude que se poderia tomar frente à morte. Esses relatos, por certo, admitem a presença de um hábito ou crença religiosa.

Eliade (1954), ao tratar das formas de percepção do tempo, traz claramente em seu olhar sobre essa questão a tentativa de restringir o tempo real ao tempo histórico linear como um caminho que levaria a humanidade ao desespero ou à fé cristã como única salvação. Sua explicação é de que o relativismo, o existencialismo e o historicismo modernos não são capazes de criar mecanismos para fazer com que a humanidade supere os sofrimentos criados pela consciência da "história" e dos "acontecimentos", sem um sentido trans-histórico escatológico, cíclico ou arquetípico.

Não se trata aqui de identificação de trabalhadores que tenham no culto religioso uma prática, mas sim que eles cultivam um sentimento de fundo religioso. Talvez no imaginário destes trabalhadores esteja presente a possibilidade de ao fim da existência física, haver a possibilidade de salvação da alma, o que não é uma compreensão estranha numa instituição de saúde. Como foi possível referir em capítulo anterior, quando tratamos da evolução dos hospitais, essas instituições já tiveram essa missão.

Roberto DaMatta (1993) refere que a Religião permite a nós a possibilidade de comunhão com o universo como um todo. Para além da relação com deuses, a religião oferece uma relação globalizada com todos os seres vivos que formam o nosso mundo. Desta forma, a Religião tem uma importante influência sobre os acontecimentos e explicaria em grande medida os infortúnios e as fatalidades. Da mesma forma a religião explicaria as diferenças entre ricos e pobres, fortes e fracos, sãos e doentes, ainda que com a certeza de que Deus considera a todos igualmente, com a mesma dedicação e amor. Sendo assim, diante de fatalidades, é a religião que acaba oferecendo respostas às perguntas que terminam não sendo respondidas por toda a ciência e tecnologia que se apresenta à disposição do atendimento.

Ainda segundo o mesmo autor, pelas características da religião predominante no Brasil – o Catolicismo Romano – é admitida a comunicação entre homens e deuses, indivíduos e seus ancestrais. Essa característica torna possível a relação entre este mundo no qual vivemos

e outros mundos, e assim são possíveis sinalizações, promessas e súplicas que podem interferir no trânsito entre esses mundos (DaMatta, 1993).

Outro aspecto a abordar nessa relação, é a forma como os falecimentos são tratados pela instituição. Os hospitais, no passado, como já verificamos em capítulo anterior, eram lugares para morrer. Ao longo de sua evolução essa perspectiva mudou e esses espaços passaram a ter outra missão. Não mais espiritual, com o cuidado da alma, mas agora com o cuidado do corpo físico.

Essa nova missão – o cuidado do corpo físico – parece que se fez de tal forma que não há mais porque se importar com outra coisa senão a máquina humana. Ela foi dividida em partes para o exercício da cura. Exemplo disso é o processo de especialização e repartição deste corpo físico em sistemas de funcionamento. A nova missão é complementada pela dominação do modelo biomédico que faz dar maior importância a tecnologia dura.⁵⁰

Parece que ninguém cuida de um paciente, mas sim de uma parte dele. Temos o neurologista, o otorrino, o cardiologista, o traumatologista e assim por diante. Cada um cuida de um pedaço do indivíduo, mas parece que ninguém é responsável pelo todo. (Informante 16 AMB CLI)

Os espaços dessas instituições passaram por um processo de especialização e incorporação de tecnologias. Cada vez mais é possível vencer situações de grande gravidade, revertendo quadros até pouco tempo com nenhuma expectativa de recuperação. As estatísticas de sobrevivência de pacientes tem se apresentado com uma evolução positiva na grande maioria dos casos, tornando cada vez mais os espaços de cuidado à saúde lugares de sucesso na sua missão.

Os pacientes ingressam nos hospitais de atenção às urgências, com lesões cada vez mais graves, o que se explica pela crescente energia do evento que traumatiza o paciente. Parte considerável dos traumas atendidos é causada por acidentes de trânsito, com veículos cada vez mais velozes, e também por armas de fogo cada vez mais potentes e destruidoras. Ainda assim as vitórias na busca de salvar vidas têm sido importantes. As estatísticas são comemoradas, mas a morte é uma condição bastante presente nos hospitais, especialmente naqueles que atendem pacientes que necessitam de pronto atendimento, já que buscam socorro num momento de alta vulnerabilidade do organismo.

A realidade é que mesmo com todo o esforço dos profissionais que se dedicam a essa função, com a melhoria da organização dos sistemas de atenção, implantando protocolos mais

⁵⁰ Tecnologia dura entendida como uma das modalidades de tecnologia trazidas à discussão pelos conceitos de Emerson Merhy (2000).

eficazes, com o esforço de pesquisa para garantir a disponibilidade dos melhores recursos e o avanço das tecnologias nestes espaços, a morte ocorre. Ela faz parte de um dos indicadores que as instituições utilizam para avaliar seus resultados, avanços e retrocessos. Mas há ainda outras questões que podem ser verificadas quando se observa o espaço para onde vão os mortos. Essa observação mostra a forma como as pessoas e as instituições lidam com o fato da presença da morte estar tão perto de si.

No Pronto Socorro, como em muitos hospitais, existem locais que mantêm uma relação muito próxima com a morte. No Pronto Socorro um desses locais é denominado “morgue”. Sua definição é descrita como: “o local onde são guardados cadáveres e se realizam exames periciais para determinar a causa da morte, realizados por médicos legistas. Em geral os hospitais e casas de saúde também dispõem de necrotérios, mas sem a finalidade dos congêneres da polícia” (Holanda, 2000)

Os locais de forte ligação com a morte são locais escondidos na estrutura das instituições de saúde. Essa relação, vida e morte, nos hospitais está presente de forma permanente, no entanto apesar de relatos indicarem que os profissionais lidam com naturalidade com sua ocorrência, essas referências não parecem obter respaldo quando se observa os locais destinados para dar conta dessa realidade. O que se observa é que esses lugares não têm, usualmente o mesmo cuidado e referência de outros lugares da instituição.

Usualmente as enfermarias em hospitais, especialmente nas Santas Casas de Misericórdia, levam o nome de profissionais de saúde que atuaram de forma importante naquela unidade, especialmente médicos. São usuais também solenidades de inauguração de enfermarias, UTIs e alojamentos quando são construídos ou reformados. Isso, no entanto não ocorre com os locais para onde vão os corpos de pacientes falecidos (morgue ou necrotério). Não me lembro de receber notícias de solenidades de inauguração ou que salientem a existência, nos hospitais, de espaços como o morgue.

O morgue do Pronto Socorro está localizado em um anexo ao prédio principal, não tendo comunicação direta com o mesmo. Para se chegar ao morgue, a partir do prédio principal, é necessário sair deste para um pátio interno e só então entrar na edificação em que está locada essa sala. Além de estar fisicamente afastado do prédio principal esse espaço apresenta ainda outras características dignas de observação. O trajeto que deve ser percorrido desde o prédio principal até o morgue não possui cobertura, é o único trajeto sujeito à intempérie, ou seja, caso esteja chovendo, será inevitável que, tanto os funcionários que fazem o traslado do cadáver, como o próprio cadáver, cheguem molhados ao seu destino. Também

familiares ou conhecidos do paciente falecido, que desejarem acompanhar ou ver seu ente, estarão obrigados a percorrer um trajeto desprotegido, fora do prédio da assistência.

Eles percorrerão um caminho estranho. Muito diferente das áreas de atendimento, sinalizadas, iluminadas e que têm algum conforto, mínimo que seja para acolher acompanhantes.

Está claro pelo ensinamento de Fischer (2001) que o espaço revela-se como uma dimensão cultural, especialmente pelo condicionamento de seu uso. Assim, o espaço aparece como uma das linguagens da cultura, impondo uma maneira de viver suas relações, convidando para um determinado comportamento condizente com sua forma e conteúdo, com todo o simbolismo que comporta. Dispondo da informação sobre uma instituição que tem em um de seus traços culturais a pretensa capacidade de salvar vidas, talvez a localização com pouco cuidado e a tentativa de afastamento físico do morgue em relação ao restante da edificação do Pronto Socorro seja o que de fato representa aquele espaço. Na mesma medida em que a imponência de um prédio de determinada organização busca representar seu potencial de domínio e de acumulação, a imagem longínqua e decadente do espaço do morgue de um hospital representa o seu lugar na escala de eventos desejáveis, ou de eventos que domina (Fischer, 2001).

O caminho até o local onde estão os mortos atravessa o “submundo da infra-estrutura”.

O conjunto de sistemas que oferece condições de energia, transporte, refrigeração, ventilação, circulação de fluidos, etc., compõem o que chamamos a infra-estrutura de uma edificação, que será tão complexa quanto o prédio edificado.

Os hospitais são edificações das mais complexas que existem, porque exigem componentes de infra-estrutura de grande diversidade, com a necessidade de garantir operação ininterrupta de seus componentes. As máquinas de que é formada essa infra-estrutura apresentam-se invariavelmente com partes aparentes e partes “escondidas”. As partes aparentes são aquelas que representam os resultados que as máquinas geram. Por exemplo, um sistema de fornecimento de energia elétrica é composto por suas partes aparentes, que são as luminárias, as indicações luminosas, os mecanismos de abertura e fechamento de portas, e outras facilidades que pode oferecer ao usuário, e as suas partes “escondidas”, que são os transformadores, geradores, cabos, quadros de comando, etc., Um sistema de climatização e controle da qualidade do ar tem nas suas partes aparentes aqueles elementos que, silenciosamente, fazem invadir o ambiente, um ar limpo, filtrado até seus elementos mais finos, puro, numa temperatura agradável e com umidade controlada. Mas tem

nas suas partes escondidas um ruidoso compressor que é mantido à distância para não perturbar o ambiente.

As partes “escondidas” da infra-estrutura são instaladas nos espaços “menos nobres”, lugares que apresentam baixo potencial de utilização para outra atividade ou ocupação mais valorizada e considerada com maior importância para o processo do cuidado. Normalmente é o espaço “que sobra”. Depois de loteadas as áreas consideradas de maior importância para a atividade finalística, são alocados os espaços que servirão para acomodar essas partes “escondidas”. Essas não devem ficar à vista, pois têm uma visão plástica desagradável e são elementos incompreensíveis para a maioria das pessoas. São ruidosos, pouco limpos, emitem vibrações, calor ou frio e são às vezes assustadores, ou seja, essas partes escondidas são compostas por aqueles elementos que não gostamos de ver por perto.

Pois esse é o estranho caminho que deve ser percorrido por quem deseja ou necessita ir até o morgue do Pronto Socorro. É o caminho onde estão acomodados os elementos “escondidos” da infra-estrutura, o “submundo da infra-estrutura” como é chamado por vezes pela própria equipe que dá conta de manter em operação essa parafernália, que deve funcionar sem parar, mas que não deve aparecer, pelo desconforto e mal estar que pode proporcionar.

Passando por esse caminho, no final dele está o morgue. Sem dúvida é um caminho estranho, mas avaliando a importância e o significado que o corpo sem vida recebe dos trabalhadores, da instituição e da população em geral, parece ser mesmo o local que melhor se adéqua aos significados percebidos.

É também um caminho sofrível para ser percorrido.

Ao observar o traslado de um corpo da área de atendimento para o morgue, último espaço a ser ocupado pelo paciente na instituição, é possível perceber outra característica interessante. Diferentemente da pavimentação de todas as demais áreas do hospital, que são lisas e próprias para a passagem de macas e cadeiras de rodas, o caminho até o morgue não tem esses atributos. Apesar de ser um caminho onde também passam macas, porém com corpos sem vida, esse trecho de piso não tem características adequadas para a passagem de macas e ou cadeiras de rodas. A pavimentação é mal cuidada, com a presença de degraus que precisam ser vencidos, motivo pelo qual esse percurso, além de atravessar o submundo da infra-estrutura, torna-se uma tarefa mais difícil, exigindo um esforço muito maior do que seria necessário se o traslado fosse realizado sobre pavimentação similar à existente na área de atendimento.

Esse problema parece incomodar os trabalhadores que precisam percorrer o caminho até o morgue. A reclamação é que essa distância parece muito maior do que de fato é, por

conta deste conjunto de questões observadas, que exige um esforço maior para a tarefa. Imagino que isso parece aumentar a distância existente entre os pontos que são percorridos, já que o tempo gasto para tanto é maior e mais sofrível por conta dessas dificuldades, afastando ainda mais a morte da vida.

Essa localização geográfica traz para a instituição, com certeza, uma sensação de afastamento da morte, não só física, mas provavelmente da atividade que é desenvolvida no prédio principal. Fico imaginando como seria ter o morgue contíguo à área de atendimento. Como seria no imaginário das pessoas, funcionários e pacientes, a habitação comum de mortos e vivos. O quanto a morte, ali, tão próxima, estaria significando o indesejável resultado do trabalho desenvolvido. Talvez seja menos doloroso afastar logo, e pôr o mais longe possível, a lembrança do paciente perdido.

Por muitas vezes percorri esse caminho, afinal as partes escondidas da infra-estrutura devem ser cuidadas, porém em poucas dessas vezes o objetivo era ir até o morgue.

Não há muito para um engenheiro fazer no espaço de acomodar os mortos de um hospital. Esse local, porém, é um espaço utilizado para outros objetivos além deste. Uma delas é testar os novatos, e não escapei dessa experiência também. Essa ocasião, porém, foi pouco produtiva para o colega que se ocupou de me submeter a esse teste, que, simulando uma demanda, me conduziu até lá com esse objetivo. Como não havia mortos no morgue na ocasião da visita, a situação foi decepcionante para meu colega, que não conseguiu disfarçar a sua real motivação para aquela incursão fracassada.

O morgue do Pronto Socorro, nesta visita forçada mostrou-se apenas um espaço mal cuidado e mal cheiroso, com pouca iluminação e desprovido de qualquer acomodação que permitisse a permanência de acompanhantes para uma curta oração que fosse. Havia dois frízeres encostados numa das paredes, e o ruído dos compressores de refrigeração era o único som que se ouvia no interior daquele ambiente. Com forro rebaixado em lambri escuro e piso em tábuas pintadas de marrom, era uma das áreas que ainda mantinha as características originais de construção.

Haja vista ter sido, no passado uma área pertencente à Igreja do Divino Espírito Santo, que é lindeira ao Pronto Socorro, o espaço do morgue tinha no revestimento das paredes alguns elementos decorativos que pareciam bastante antigos, como um crucifixo e um pedestal de madeira. O pedestal de madeira parecia-me um daqueles locais onde repousa a imagem de um Santo, mas agora substituído por um apoio para coroa de flores, que às vezes é colocada por familiares ou conhecidos de algum falecido, mesmo antes do encaminhamento

do corpo ao Departamento Médico Legal, para perícia, que objetiva a verificação da causa da morte.

A verificação da causa da morte dos pacientes que vão a óbito no Pronto Socorro é realizada quase que em 100% dos mesmos. Essa questão está relacionada a uma exigência legal, que obriga a verificação de forma periciada, por médico legista, de todas as mortes relacionadas a causas violentas ou desconhecidas, quando não há acompanhamento de profissional médico. Esse procedimento é muitas vezes motivo de discussões entre a equipe do hospital e os familiares, que buscam de todas as formas evitar o exame pericial. Os familiares tentam impedir o procedimento de perícia em função de que o mesmo, por ser extremamente invasivo, retirando por vezes determinados órgãos do corpo para análise, é considerado uma profanação do corpo por algumas crenças e também porque acaba por vezes deformando o corpo, impedindo que o funeral seja realizado com a visualização do defunto. Independente do motivo que leva os familiares a essa atitude, é um processo que gera muito sofrimento, e que se pode perceber no momento em que é realizada a remoção do cadáver para o Instituto Médico Legal para que seja periciado.

Conforme relatos de trabalhadores, em algumas situações onde o paciente pertence a uma família que tem entre seus membros, ou nas suas relações sociais, um médico que se dispõe a emitir o atestado de óbito, apresenta-se uma opção que desobrigará a realização da perícia. Desde que em concordância com a autoridade legal. Esta situação especial pode ser considerada um privilégio. Configurando-se como um “jeito” pacífico e até mesmo legítimo de resolver o problema, com características de fusão da lei universal com o modo de navegação social que pode ser observado nas margens da formalidade (DaMatta, 1983).

Além do contato que tive com esse espaço, na ocasião em que visitei o morgue com meu colega de trabalho, conforme relatado, tive ainda outras oportunidades em que pude observar e discutir sobre as representações que estão associadas àquele espaço.

Um dos contatos mais marcantes que tive com esse espaço, que guarda sem dúvida uma relação especial com a morte, ocorreu numa ocasião em que fui acompanhar a retirada da produção de prata obtida pelo equipamento de retenção deste metal, cuja instalação dividia espaço com a área do morgue.

O equipamento consiste em um eletrodepositor de metal, que através de um processo de atração elétrica, é capaz de retirar a prata que está presente nos líquidos de revelação de filmes radiológicos. O procedimento consiste em levar o líquido utilizado na revelação de películas radiográficas para o tanque deste equipamento, que faz depositar em um tambor giratório, o metal prata, comercialmente valorizado. Esse líquido tem alto potencial poluidor,

por isso era necessário que tal equipamento operasse em local distante de pacientes e funcionários, motivo pelo qual já funcionava há muito tempo dividindo espaço com outra atividade que também ocorre afastada de pacientes e funcionários ou seja, o morgue.

Em função dessa tarefa permaneci no morgue por um período mais longo que de costume, o que me permitiu observar questões, que noutras ocasiões haviam passado despercebidas. Eu estava acompanhado de duas outras pessoas, uma era um funcionário do Pronto Socorro e a outra era da empresa que detinha o comodato do equipamento. Nesta vez havia quatro cadáveres no espaço do morgue. Todos estavam aguardando remoção para o Instituto Médico Legal. Havia familiares acompanhando dois dos cadáveres. Os corpos estavam parcialmente descobertos, porque os próprios acompanhantes haviam retirado o lençol que cobria seus rostos e parte do corpo. Uma das coisas que chamou minha atenção foi que os pés dos cadáveres estavam amarrados com uma tira de tecido de forma que os calcanhares estavam juntos. Não pude perceber se todos os corpos estavam com esse mesmo tipo de amarração, juntando os calcanhares.

Uma das pessoas que me acompanhava, funcionário do hospital, de forma reservada, começou a contar-nos quem eram, ou haviam sido, cada um dos pacientes ali presentes. O funcionário parecia saber detalhes de cada um dos corpos como se tivesse acompanhado cada uma das mortes. Passou a fazer uma espécie de apresentação de cada um dos defuntos, e iniciou com os que estavam cobertos e não era possível identificar.

Aquele era um filhinho de papai, acidente de moto, já chegou morto. Foram os amigos que o trouxeram. Estavam correndo de madrugada, e na Av. Ipiranga ele perdeu o controle da moto. Coisa estúpida, essa gurizada não tem a noção do perigo. Estão avisando a família dele, que é do interior. Coitados! Mandaram o filho para estudar em Porto Alegre e em vez de receber um Doutor de volta, vão receber um corpo todo esfolado. Eu tenho um filho com mais ou menos essa idade, outro dia me disse que pensava em comprar uma moto. Eu já disse para ele não contar comigo nessa loucura. Como é que se pode pensar que uma coisa que não pára em pé sozinha pode ter alguma segurança? Podem dizer o que quiser, mas o que vejo por aqui é no mínimo um acidente por dia com motos, e o motoqueiro está sempre muito machucado. (informante 12 SAE)

O outro defunto que estava coberto, era um suposto assaltante, havia tido um confronto com a polícia e tinha sido baleado.

Trata-se de um bandido procurado. Foi socorrido pela própria polícia, deu muito trabalho na sala, mas não conseguiram trazê-lo de volta. Provavelmente será esquecido por aqui. Ninguém vai reclamar o corpo. É sempre assim. (Informante 12 SAE)

Neste ponto do relato, interrompi o funcionário e perguntei por que não havia sinais de sangue nos lençóis que cobriam o corpo, já que a causa da morte teria sido perfurações a bala. Imaginava que o sangramento deveria manchar as roupas que lhe serviam de cobertura, mas estavam limpas, sem sinais de sangue. O funcionário explicou então que os sangramentos são grandes enquanto o coração está “batendo”. Após a parada do coração, cessa o bombeamento, portanto não há mais pressão sanguínea, o que reduz muito o sangramento. O funcionário aproveitou para explicar ainda outras questões relacionadas a esse tema. Que nos grandes sangramentos é possível perceber que o sangue sai do ferimento, em golfadas e é vermelho vivo no início, depois de algumas horas começa a ficar mais escuro, em função da diminuição da sua oxigenação.

...o sangue mostra quando o paciente está longe ou perto da morte. Sabe Doutor, os sinais que vemos nestes corpos contam muito de sua história, mesmo mortos eles falam. Jovens ou idosos como aquela velhinha que está acompanhada de toda aquela gente, o corpo é o mata-borrão da vida, ele mostra os excessos que cometemos, sejam de coisas boas ou ruins. Mesmo morta ela será homenageada. As suas rugas mostram um corpo que manteve alguma harmonia. As pessoas próximas neste momento comprova isso. (Informante 12 SAE)

O funcionário apresentou, então, o último corpo, e pouco se sabia dele, apenas que era um homem com aproximadamente 70 anos e que estava internado noutra instituição. Era portador de uma doença e havia sido submetido a uma cirurgia de grande porte. Ainda em fase de recuperação, teve alta para concluir sua recuperação em casa. Dias depois, já em casa, passou mal, e foi trazido às pressas para atendimento de urgência no Pronto Socorro. “Tentaram de tudo”. O paciente não resistiu. E o funcionário então complementou. “Mas não é ‘desova’, parece que estava ‘tudo certinho.’”

Em algumas situações, há pacientes que são encaminhados para atendimento de urgência por clínicas que, em função de sua estrutura incompleta, acabam enfrentando situações em que não conseguem dar continuidade ao atendimento. Ou seja, deparam-se com uma intercorrência derivada de um procedimento em realização, o que acaba oferecendo risco para o paciente. Esse tipo de encaminhamento, normalmente é feito com um paciente em situação difícil, e a referência do termo “desova” significa isso. Além de tratar-se de um atendimento complexo, há trabalhadores que denunciam ser esse procedimento uma forma de migrar o óbito, caso ocorra, para fora do espaço da clínica e também de sua estatística.

Enquanto conversava com o funcionário do hospital não percebi que o trabalhador da empresa que detinha o comodato do equipamento, já não estava mais ali conosco. Olhamos ao redor e não o localizamos. Saí da sala à sua procura, localizei-o logo na saída do morgue, 10

metros afastado da saída. Chamei-o para que pudéssemos seguir a tarefa, e ele, de onde estava, fez sinal pedindo que aguardasse um pouco. Percebi então que o trabalhador estava impressionado com a cena que acompanhava dentro do morgue, e, ao sentir-se desconfortável, deixou o ambiente. O funcionário do hospital fez um gesto acalmando o trabalhador da empresa, e imaginei que essa reação deveria ser algo que ocorre com alguma frequência. Afinal, trata-se de um local cujas características não faz parte do cotidiano da maior parte das pessoas.

O funcionário do hospital disse, então, que muitos colegas seus não gostam de vir até o morgue. “Alguns passam mal, apesar de estarem permanentemente em uma atividade que convive com cenas chocantes, não conseguem suportar a idéia de estar próximo a uma pessoa morta”. Garantiu, porém, que ele não se importa com essa tarefa. O funcionário seguiu relatando que também tinha um colega que era o oposto, sempre que o tempo o permitia, vinha até o morgue. Como um sacerdote, fazia orações e mantinha uma vela acesa naquele ambiente “para iluminar as almas”, referia. Essa sua postura diante dos mortos acabava lhe rendendo brincadeiras por parte dos colegas, que entendiam estranho zelar defuntos desconhecidos.

Segundo DaMatta, todos temos a tendência de marcar certos espaços como referências, que servem para identificação de nossa relação com a sociedade. São espaços especiais e guardam ligação com atividades que realizamos no cotidiano. Exemplos dessas referências é a nossa casa, local de trabalho, parque ou praça que freqüentamos. Esses são locais onde convivemos com colegas, parentes e amigos, comemos, dormimos e nos divertimos. Essas referências demarcam os limites de mundo em que vivemos, onde nos reconhecemos e somos reconhecidos. Há, porém, outras referências que definem os espaços de um “outro mundo”, onde um dia iremos habitar com certeza. Essas referências são demarcadas por igrejas, centros espíritas, capelas, cemitérios e necrotérios e tudo o mais que significa parte deste outro mundo que é habitado por mortos, fantasmas, almas, anjos, deuses, santos e Jesus Cristo (DaMatta, 1993).

Nesta primeira série de referências, nossa casa, nossa rua ou nosso trabalho, utilizamos um padrão de relacionamento que se serve de determinados elementos que nos auxiliam para comunicar nossos desejos e necessidades. Esses elementos são o dinheiro, a negociação, a linguagem dos números. No entanto, no universo da religião outros elementos vão se apresentar para comunicar os desejos e necessidades. Nosso interesse será o de conversar com Deus e todas as entidades que habitam esses espaços que marcam a referência deste outro mundo. Em vez de ordenar vamos pedir, em vez de discursar vamos rezar e suplicar para

sermos atendidos. A forma de comunicação se transforma em honesta súplica, mesclada com a mais absoluta sinceridade e a promessa de renunciar ao mundo de excessos (DaMatta, 1993).

Das várias formas de falar com Deus, por certo existem as mais eficientes, e que por isso apresentam maior probabilidade de receber a graça. A essa modulação de força da reza é admissível que aquelas rezas coletivas tenham maior força do que as realizadas de forma individual, assim como aquelas associadas a um sacrifício de quem ora também serão mais fortes do que aquelas que se realizam sem sofrimento (DaMatta, 1993). Assim também será fortalecida a reza feita para um desconhecido, que nada lhe ofereceu em vida, ou que nada lhe será recompensado pelo ato, já que realizada com indiferença a qualquer tipo de retorno, será mais pura.

Enquanto aguardava o retorno do trabalhador que havia passado mal, para concluirmos a tarefa, fiquei observando os movimentos que ocorriam naquele espaço. Foi possível perceber que os familiares mostravam muita curiosidade em relação aos outros mortos, aproximando-se destes e espiando por baixo do lençol que cobria o rosto. Talvez tentando identificar alguém conhecido? Não sei. Na ocasião pensei porque temos, em geral, certa curiosidade em relação a acidentes que presenciamos ou cujas conseqüências estão aparentes e podem ser exploradas por nós. Não é incomum que congestionamentos ocorram em estradas porque os motoristas param para verificar o estado em que se encontram os veículos ou mesmo os ocupantes feridos ou mortos que porventura estejam no local. Talvez essa mesma curiosidade impulsionasse aquelas pessoas no sentido de olhar para aqueles que ali estavam, inertes.

Em certo momento, havia ainda, dois outros funcionários junto aos frízeres, eles estavam com uma prancheta na mão e procuravam identificar qual a chave que abriria um dos equipamentos. Com um molho de chaves na mão tentavam abrir sem sucesso um dos frízeres. Os funcionários não pareciam se incomodar com a lamúria dos acompanhantes e familiares que cuidavam dos dois defuntos. Passadas algumas tentativas, pareciam estar desistindo de abrir o equipamento, quando a porta finalmente abriu.

Não pude seguir observando o que ocorreria na seqüência, porque o trabalhador da empresa, agora pronto para a conclusão de nosso objetivo naquele espaço, queria realizá-lo com muita pressa para logo deixar o local. Enquanto o trabalhador realizava as operações no equipamento, comentou que nunca havia imaginado para onde iriam os pacientes que morriam nos hospitais, e também que nunca havia ficado na presença de pessoas mortas como nesta ocasião. Concluímos assim aquela tarefa, e por fim nos dirigimos juntos para a porta de

saída do morgue. O trabalhador da empresa comodatária do equipamento não nos esperou, com certeza não ficaria além do necessário naquele espaço. Despediu-se e tomou o caminho de retorno ao prédio principal de onde seguiria para a saída do hospital.

Com menos pressa, eu e o funcionário do hospital dirigimo-nos para o percurso de volta. Neste momento aproveitei para questionar porque existiam dois frízeres no morgue, comentando que havia percebido a dificuldade de seus colegas em abrir um deles enquanto estávamos acompanhando o processo de retirada da prata do equipamento. A explicação foi que no caso de amputações de membros, esses também, assim como os corpos, podem ter em alguns casos, a necessidade legal, de serem periciados. Assim, tendo em vista que o processo legal por vezes é lento, existe a necessidade de manter a conservação dos mesmos por algum período até que o Juiz determine a liberação da “peça anatômica”. O funcionário lembrou ainda que esse procedimento exige todo um processo de controle, que envolve a identificação de cada peça, sua origem, motivo e forma como ocorreu a amputação, etc.. O segundo motivo é que legalmente a família pode reclamar pelos “restos mortais”, e realizar o sepultamento dos mesmos. Da mesma forma, para que se possam cumprir os prazos legais essas peças devem ser mantidas sobre refrigeração, aí residindo a necessidade dos equipamentos que dividem espaço com os corpos no morgue do Pronto Socorro.

Depois de passada essa experiência de permanecer no morgue do Pronto Socorro, por vezes me lembrava dos corpos que estavam lá. Lembrava do sofrimento que se presencia neste local, das explicações que o funcionário havia me prestado em relação aos frízeres, e lembrava também dos pés amarrados na altura dos calcanhares. Apesar da curiosidade não havia encontrado resposta que satisfizesse minha curiosidade em relação a essa lembrança. Nunca perguntei se aquilo representava algo, tratava-se de um procedimento ou qual o seu objetivo. Às vezes quando lembrava pensava em perguntar para um colega da enfermagem, mas o tempo passava e logo me esquecia novamente. Essa imagem voltou a se apresentar na minha atividade de outra forma.

3.3. QUEM É O RESPONSÁVEL POR ESSAS ALGEMAS?

Certa ocasião, quando realizava o estudo para produzir o programa de necessidades do setor de Politraumatizados, optei juntamente com a equipe médica e de enfermagem da unidade, em realizar algumas filmagens que seriam auxiliares na discussão das demandas de espaço físico para o projeto do setor e seu entorno.

O setor de Politraumatizados ou Poli-PAR (Pacientes de Alto Risco) é a sala de pacientes graves. Normalmente é o espaço onde são atendidos os pacientes que apresentam lesões diversas e graves. Na sala atuam profissionais treinados para realizar um atendimento que integra várias especialidades, sua atuação se dá buscando soluções que possam salvar pacientes que ali entram, por vezes, com poucas chances de sobrevivência. Já havíamos filmado alguns atendimentos e ficava cada vez mais clara a forma como os profissionais atuavam no entorno do paciente. Essa informação define a estrutura proximal, determinando a posição e possibilidade de movimentação dos profissionais e dos equipamentos de suporte à vida.

Naquela tarde eu estava na filmagem, o atendimento que ocorria era de uma paciente em parada cardíaca, uma mulher de aproximadamente 50 anos. Era o único paciente em atendimento na sala, o cardiologista havia sido chamado e chegara praticamente junto com a paciente, que trazida pelo SAMU vinha no seu percurso sendo monitorada por rádio. A paciente foi trazida à sala com massagem cardíaca em execução e respiração auxiliada por AMBU.⁵¹ O profissional que trazia o paciente passou algumas informações para o médico cardiologista que solicitou a aproximação de equipamentos e medicação. Neste momento a câmera de filmagem que eu utilizava movimentou-se tirando a imagem do visor em função de um puxão que minha colega havia dado no meu braço. No mesmo instante ela soprou no meu ouvido que a “rádio corredor” informava a ocorrência de um assalto em andamento. Sem desligar a máquina filmadora, dei atenção ao que se passava fora da área de foco da filmagem. A sala passou a ter movimentação também fora da área de atendimento da paciente que continuava recebendo massagem cardíaca, agora com um auxiliar ao lado da maca e outro sobre a mesma. O pano de fundo da cena mostrava apreensão dos funcionários que conferiam materiais e verificavam equipamentos.

Eu já havia acompanhado uma preparação para atendimento de uma catástrofe, “acidente de massa” como é conhecido e estudado na literatura de protocolos de atenção. Na experiência anterior o anúncio de uma possível catástrofe baseava-se na informação oficial do aeroporto Salgado Filho, que alertara o Pronto Socorro para a possibilidade de um acidente com uma aeronave cujo trem de pouso não havia aberto na aproximação para aterrar. As informações complementares da situação explicavam que o piloto havia abortado a aproximação. Seguindo ao que seria o procedimento padrão para esse tipo de ocorrência, o

⁵¹ AMBU é um ressuscitador manual. Na verdade a marca de um dos fabricantes de ressuscitador manual que por ser o mais antigo e tradicional na área da saúde é assim conhecido pela maioria dos trabalhadores. Trata-se de equipamento que proporciona a respiração artificial em pacientes com parada respiratória.

comandante da aeronave estabeleceu uma trajetória e passou a voar em círculos sobre a região para consumir o combustível, e então faria nova aproximação e aterraria com o aparelho nas condições que o mesmo oferecesse.

Esse alerta pôs o Pronto Socorro, e seguramente outros hospitais da região, em situação de atenção máxima. Não se sabia ao certo o número de passageiros que viajavam naquele avião, mas sabia-se que eram mais de cem. A possibilidade de ocorrer um acidente com esse número de pacientes é felizmente muito pequena, e seguramente seu enfrentamento exigiria uma atuação coordenada de um grupo de profissionais muito grande, e tendo a sua disposição materiais e outros recursos de retaguarda adequadamente preparados para a realização de atenção do socorro necessário.

Dado o alerta naquela ocasião, de imediato processou-se no Pronto Socorro, um movimento frenético para dar conta das necessidades que poderiam estar se apresentando dentro de algum tempo. Não havia informações precisas sobre a hora que o avião aterraria, mas seria em breve, e tudo deveria estar pronto. A sensação de preocupação com a situação que se apresentava se misturava a certa dose de orgulho dos trabalhadores. Havia no ar uma clara emoção que refletia o sentimento de importância e valor do trabalho daqueles profissionais, que com rapidez providenciavam para que tudo estivesse pronto para “salvar vidas”. Aquele momento revelava muito mais do que o conhecimento e capacidade profissional de cada um deles. A situação havia disparado nos trabalhadores uma atitude, frente aquela situação, que deixava claro que há uma opção interna, pessoal e íntima que movia aquelas pessoas na direção da atividade que escolheram abraçar. Uma opção que é anterior à disciplina aprendida, e que pulsava de forma individual e coletiva naquele momento.

Além dos materiais disponíveis nas salas de atendimento o almoxarifado distribuía estoques adicionais do que fosse solicitado. O pessoal administrativo foi avisado, as telefonistas passaram a contatar, por telefone, os profissionais de folga ou fora de seu dia de plantão, que recebiam a mensagem de possível necessidade de comparecimento no Pronto Socorro. Alguns profissionais por conta própria ligavam para casa, avisavam o que estava ocorrendo no Pronto Socorro e que em função de tudo isso, talvez tivesse que ficar até mais tarde do que de costume. Também nessa atitude, que informava uma situação de apreensão e comunicava uma possibilidade objetiva de quebra da rotina diária, havia uma mensagem não verbalizada - eu sou importante, por isso precisam de mim, faço parte de um grupo que é chamado nos momentos de pavor, contam comigo para resolver problemas cruciais e eu dou conta, sou especial.

Naquela ocasião, quando todos aguardavam ansiosos o desfecho da aterrissagem da aeronave com problemas mecânicos no trem de pouso, do aeroporto Salgado Filho vieram aos poucos informações que se complementavam. Tudo havia saído bem. O piloto havia conseguido, com muita habilidade, aterrissar em segurança. Sem feridos, os únicos passageiros que necessitaram de atendimento foram socorridos pela equipe avançada que se encontrava no próprio aeroporto, apenas muito estresse. Os aplausos aconteceram em muitas salas, os pacientes não entenderam do que se tratava, mas também não se importaram muito com aquela atitude. É comum que em ocasiões que o ser humano está em sofrimento não dê muita importância para o que ocorre ao seu redor. Sua atenção está de tal forma centrada em seu problema que o ambiente e o que nele ocorre é em grande medida ignorado.

Mas na sala de Poli naquela tarde não haveria aplausos. Os pacientes começavam a chegar. Tudo foi muito rápido e não houve tempo de arrumar a sala como desejado. A paciente que estava em atendimento foi transferida para um box⁵² ao lado de onde estava, sem que os procedimentos fossem interrompidos. O cardiologista seguia orientando os procedimentos que eram realizados. Num breve momento de suspensão dos movimentos de massagem cardíaca o médico iniciou uma escuta através de estetoscópio, apesar no paciente estar monitorado. Os demais profissionais que faziam o atendimento mantiveram-se imóveis, todos com olhar fixo para o médico que buscava concentração ao mesmo tempo que fixava o olhar no visor do monitor cardíaco. O sinal foi positivo, desfez-se de imediato a composição que estava formada desde o início do atendimento, apenas o médico e um técnico se mantiveram assistindo o paciente. Os outros profissionais pareciam ter sido dispensados, numa atitude automática retiraram as luvas que calçavam e às jogaram na lixeira próxima ao paciente.

Esta cena por certo tem a possibilidade de caracterizar a disciplina de que Foucault (1977) refere nesse novo campo de produção. A atitude e os gestos dos profissionais mantinham uma sincronia que denotava que todos sabiam o que fazer, e em que momento. Mas fica também demarcada, nesta mesma cena, a centralidade que o profissional médico acaba por desempenhar na divisão do trabalho hospitalar.

Desde a conformação moderna da organização hospitalar, da junção entre as séries médica e hospitalar, o médico é quem conjuga o saber-poder hegemônico (Foucault, 1977, 1979). É o médico quem decide sobre o diagnóstico, sobre a necessidade de exames complementares, sobre a terapêutica, sobre o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta, sobre a internação e alta hospitalar. É o

⁵² A sala de POLI tem demarcações no piso que limitam as posições em que devem ficar as macas dos pacientes em atendimento. Essas demarcações são conhecidas como “boxes de atendimento”.

médico que pode delegar partes do trabalho assistencial a outros trabalhadores (que, embora também possuam relativa autonomia, dependem do trabalho médico), especialmente àqueles de nível médio ou elementar. (Deslandes, 2001)

Quando abri o foco da filmagem para o restante da sala já tinham dois outros pacientes em atendimento na sala, haviam entrado juntos. Era grande a quantidade de sangue nas roupas de ambos os pacientes. Um dos profissionais cortava a camisa de um dos pacientes na tentativa de identificar o local exato do ferimento que sangrava. A roupa era grossa e a tesoura avançava com dificuldade. Os dois técnicos que haviam participado do atendimento anterior, já haviam calçado novas luvas e aproximaram-se dos pacientes em atendimento. Neste momento entrou outro paciente na sala, era um policial, estava fardado, tinha um dos lados do rosto contorcido pela dor, sua perna sangrava na altura do joelho. O policial queria levantar-se e era contido pelos que o atendiam, um dos técnicos cortou os cadarços do cuturno e a perna da calça que escondia o ferimento à bala de onde começou a brotar mais sangue que foi logo pressionado com uma compressa para diminuir o fluxo. O policial tentou novamente levantar e novamente foi contido no exato momento em que seu vômito jorrou pela boca. Moveram o paciente de lado na maca para que não se afogasse com o próprio vômito.

Um grito ecoou pela sala que já estava muito barulhenta, “algemas”. Não percebi no meu foco de visão qualquer movimento para atender aquele chamado. O que estava ocorrendo era que um dos pacientes em atendimento estava algemado em posição que impedia que fosse atendido de forma adequada. O chamado feito pelo técnico que o atendia tentava chamar atenção para que fosse providenciada a chave para a liberação das algemas.

Um fato curioso que ocorre por vezes nas salas de atendimento, é a necessidade de liberar objetos que estão de alguma forma fixados nos corpos dos pacientes em atendimento. Geralmente o serviço de Manutenção do Pronto Socorro é chamado para dar conta dessa tarefa. É muito comum a necessidade de serem retirados anéis ou alianças da mão de pacientes que, por consequência da lesão incham de tal forma, que sua retirada só é possível através do uso de alicate de corte ou outro equipamento similar. Há também outras situações que exigem ações de áreas que aparentemente nada tem a ver com a assistência direta, por exemplo a retirada de correntes da cintura de motoqueiros. É comum que a corrente utilizada para prender a moto e mantê-la segura ao ser estacionada na via pública, quando fora dessa função, seja colocada pelo próprio motoqueiro, na sua cintura e o cadeado fechado. Esse procedimento que objetiva facilitar o transporte da corrente acaba se transformando num pesadelo no caso de acidente. Quando ocorre um acidente, nem sempre a chave do cadeado é localizada na roupa do acidentado, sendo então necessário que a mesma seja retirada da

cintura do motoqueiro acidentado com auxílio de ferramentas, ou seja, haja a atuação da equipe de manutenção. Ainda outras intercorrências acabam tendo soluções bastante semelhantes, como o transpasse de anzóis ou garratéias e armas brancas.

Há situações em que tais procedimentos são geradores de muita ansiedade. Acompanhei uma situação em que o paciente chegou junto com a máquina que lhe prendia a mão. Tratava-se de um funcionário do açougue de uma grande rede de supermercados. O trabalhador num momento de descuido, ao empurrar a carne que moía, ao invés de utilizar o pilão, o fez com a própria mão que acabou presa ao moedor. Por sorte seu colega desligou a máquina e com auxílio de ferramentas soltou o moedor da bancada e desta forma chegaram, o paciente e o moedor de carne que engolira a sua mão. O procedimento imediato da equipe de atendimento foi sedar o paciente que urrava de dor. Logo foi chamada a manutenção para lidar com aquele mecanismo. A operação levou quase uma hora. A máquina foi desmontada com sucesso e a mão do paciente foi liberada para os cuidados que precisavam ser realizados.

Diferente de alianças, anéis correntes, etc. as algemas não podem ser retiradas pela instituição sem a autorização expressa da autoridade policial. Ocorre que o ato da retirada de um elemento de contenção de um indivíduo detido, no caso a algema de um transgressor que acaba de se envolver em confronto com a polícia, pode ser enquadrado como ilegal. Isso de alguma forma expõem o servidor e a instituição caso o aspecto legal não seja considerado no momento do atendimento.

Não são raros os confrontos entre a autoridade policial e médica em questões que envolvem o atendimento de pacientes que estão sob custódia ou encaminhados para exame pericial. Por vezes é necessária a mediação da Direção do Pronto Socorro ou do Comando Policial da Capital. Há no geral uma disputa pela jurisdição. O poder de polícia entende que o indivíduo está sob sua responsabilidade e, portanto deve ser atendido com as limitações de segurança exigidas pelos policiais em serviço. Assim, algemas, correntes e armas de fogo freqüentam em alguns momentos de crise, de forma ostensiva os ambientes do pronto socorro. De outro lado, a autoridade médica entende que o ato do cuidado e o espaço em que nele se dará esse cuidado é de sua jurisdição e portanto ele determinará as condições de atendimento. Esse confronto pode pôr em risco a qualidade do atendimento e por isso a mediação em instância superior é adotada.

As opiniões sobre a razão destas disputas é divergente. Mas há no pano de fundo dessa celeuma uma convergência no sentido de reconhecer que quando os profissionais que estão à frente, representando uma das autoridades (médica ou policial) são experientes “macacos velhos” como são chamados, a situação se resolve com mais tranqüilidade do que quando uma

das autoridades tem à sua frente um representante “novato”, talvez com necessidade maior de auto afirmação. O que não se constitui numa regra.

“Quem é o responsável pelas algemas deste homem?” Era o grito que insistia para que fosse providenciada a retirada das algemas pelo policial que às havia colocado. Essa situação gera nos trabalhadores uma revolta. “O policial que algema um cidadão, em qualquer situação deve estar próximo e atento o suficiente para libertá-lo quando há essa necessidade.” A displicência com essa responsabilidade prejudica o trabalho assistencial e é considerado um desrespeito ao trabalho ali desenvolvido. Além do que submete a todos a uma situação de risco, pois pode ser motivo de acidente durante o atendimento.

Um dos pacientes que sangrava muito, foi levado da sala de politraumatizados, seguramente iria para o bloco cirúrgico, seu estado parecia grave e precisava de assistência cirúrgica. Outros dois policiais fardados ingressaram na sala, os dois estavam feridos. Colocados na sala em macas lado a lado, conversavam entre si. Alguém da equipe aproximou-se dos dois, fez algumas perguntas que foram respondidas, examinou rapidamente um deles pegou seu boletim de atendimento e foi até o médico que entrava na sala, mostrou-lhe o boletim apontou para o paciente e passou a se preocupar com o outro paciente. O médico de posse do boletim, conversou algo com o paciente, anotou algo no boletim e solicitou que o paciente fosse levado para outra sala e retornasse após com o resultado dos exames. Juntou-se ao seu colega que examinava o segundo policial, da mesma forma encaminharam para outra sala. No momento que a porta foi aberta para a saída das macas com esses dois pacientes entrou um policial acompanhado por um funcionário do hospital, dirigiram-se direto ao paciente algemado e foi destravada uma das alças da algema. Os funcionários que atendiam o paciente, disseram algo para o policial, que significou certamente uma repreensão, o policial deu de ombros e saiu da sala sem fechar a porta.

Pouco a pouco o movimento frenético da sala esvaiu-se. Voltou certa tranquilidade ao ambiente. Agora quem mais trabalhava era o pessoal da limpeza. Os médicos, enfermeiros e técnicos, na sua maioria não estavam mais na sala, somente aqueles que faziam a reposição dos materiais utilizados estavam na sala, esgueirando-se dos panos movimentados por ródos da limpeza que se fazia no piso, queriam também logo concluir a tarefa para se “refugiar”.

Saí da sala de Poli e subi até o 5º andar para guardar o material, quando tomei o elevador de volta para descer ele parou no 4º andar. A porta se abriu e os auxiliares entraram com a maca transportando um “óbito” no elevador. O corpo estava coberto por um lençol. Outro ocupante do elevador perguntou aos auxiliares de quem se tratava aquele cadáver. A resposta foi “um bandido baleado pela polícia”, logo imaginei que poderia ser o paciente que

eu havia filmado o atendimento. Seu provável destino seria o morgue, lembrei daquele espaço que já conhecia. Quando a porta se abriu, no pavimento térreo, olhei novamente para o corpo inerte e percebi parte de uma faixa de tecido saindo para fora do lençol que cobria o corpo, próximo aos pés do cadáver. De imediato lembrei-me da cena no morgue, e a curiosidade ainda não satisfeita sobre o motivo dos pés atados. Esperei a saída da maca e a acompanhei em direção ao morgue. Já um pouco mais afastado do prédio do hospital, no percurso pelo submundo da infraestrutura, perguntei aos auxiliares que empurravam a maca porque os pés do cadáver estavam atados juntos. A explicação foi que logo após a morte as pernas começam a abrir, em função do inchaço das coxas e se os pés não forem atados o corpo poderá não caber no caixão de funeral.

- Afinal Engenheiro, juntar os pés não é uma gíria para indicar a morte?

Neste terceiro capítulo o principal objetivo foi trazer para o foco a dinâmica do trabalho que é desenvolvido na instituição estudada, bem como algumas de suas particularidades. A forma como esse objetivo se apresentou foi com a inserção de um conjunto de relatos sobre algumas situações vividas no cotidiano de trabalho na instituição e da coleta de experiências e impressões de informantes.

Diferente dos capítulos anteriores, seu enfoque foi narrar ocorrências capazes de trazer uma visão mais próxima da ambiência do Pronto Socorro.

O início do capítulo traz a questão da dominação que o indivíduo tende a adotar em relação aos territórios que habita. Não obstante a instituição tenha uma lógica de imposição de espaços para ocupação de seus trabalhadores, com o auxílio de Fischer (2001) foi possível identificar que a organização hospitalar estudada tem em seus territórios um objeto de disputa.

Como proposto em seus parágrafos iniciais, foi possível apresentar neste capítulo, as subversões que infringem a norma, ou seja, os processos de subversão de espaços que são provocados pela própria situação contingencial frente às necessidades sociais que se apresentam na porta do sistema. Essa apresentação trouxe consigo a percepção dos trabalhadores em relação aos efeitos perturbadores nas práticas de atenção, que por um lado se sentem sobrecarregados com o trabalho excessivo gerado, e por outro lado, preocupados com a possível baixa qualidade assistencial oferecida nos casos que se apresentam fora de sua especialidade.

Foi trazida ao texto a forma como a instituição e seus trabalhadores tratam a ocorrência da morte. Não obstante a ocorrência da morte esteja presente nas instituições que buscam a cura, a observação mostrou que a instituição adota uma postura de manter o evento o mais afastado possível. Um significado presente na percepção dos trabalhadores é que a

morte traz consigo a sensação de impotência do cuidador e fracasso da instituição/ambiência, uma verdadeira antítese da vocação de “salvar vidas”. O inventário localiza o morgue do Pronto Socorro num local de fato apropriado a simbologia que esse traz para a instituição.

O capítulo segue fazendo o relato de sua ambiência, trazendo para o texto a dinâmica do atendimento prestado na sala de Politraumatizados, que recebe os pacientes com maior gravidade.

O que se pretendeu captar aqui foi a dinâmica do atendimento, com algumas de suas particularidades e códigos que se fazem comungar pelo grupo de trabalho que lá atua.

CONCLUSÕES

Ao partir para o encerramento deste trabalho, com as suas conclusões, a sensação que prevalece é que, além dos diversos aspectos da ambiência que puderam analisados, outros tiveram que ser deixados ao lado, em certa medida pelo recorte que o trabalho assumiu. Mas no íntimo o seu principal objetivo, que foi o de empreender uma pesquisa num campo em que sentia a necessidade de aprendizado, foi em grande medida satisfeito.

Minha inquietação, ancorada na vivência de um cotidiano que interfere na concepção dos espaços de atenção a saúde e que deve compreender com amplitude e profundidade questões que ajudem para a obtenção do sucesso do espaço concebido, foi para além disso.

O primeiro aprendizado se fez com a compreensão de que os elementos tempo, espaço e interações devem ser analisados num conjunto. Seu desmembramento e análise particionada revela-se um equívoco. Mais do que elementos que se influenciam mutuamente, o tempo, o espaço e as interações, formam um conjunto que envolve-se e desenvolve-se unido, sendo fundamental essa compreensão para o estudo da ambiência.

A observação da dinâmica da instituição estudada, focando sua ambiência, precisou ser realizada com a definição de um método, uma estratégia, algo para além do que havia sido planejado antes do início do efetivo estudo em campo. Ainda que esse método não tenha sido rigorosamente delineado antes do início desse processo, ele se estabeleceu oportunamente, ajudando na colheita e na análise das informações.

Auxiliaram espacialmente neste processo Hassard, Altman e Fischer. Hassard cuja conceituação de tempo cíclico oportunizou a percepção de que na instituição estudada esse elemento se faz presente, em espacial nas migrações entre os territórios. Esses territórios que são bem definidos por Altman, o que ajuda a compreender os limites e as fronteiras que são claramente identificadas na instituição, dentro dos quais os trabalhadores migram. Fischer, complementando os elementos de territorialidade empreendidos por Altman, explica a tendência de dominação destes pelos indivíduos.

O que se concluiu em relação a esse aspecto da ambiência, é que existe uma intensa migração dos trabalhadores na geografia da instituição. Nesta intensa migração há aquelas que se fazem quando do afastamento do foco de tensão, entre territórios distintos, já que buscam espaços de refúgio, sobre os quais existe uma permanente disputa por seu domínio.

A abordagem de dois conceitos foi importante para trazer à luz as formas de ocupação dos espaços no Pronto Socorro, o conceito de “áreas de bastidor” de Goffman (2001) e o de “núcleo duro”.

As “áreas de bastidor” foram exploradas na observação de sua ambiência, trazendo informações relevantes para compreender as relações que se dão com maior intimidade entre os indivíduos que integram um determinado grupo. O que se percebe é que o ambiente de atendimento é uma fonte permanente de *stress*, fazendo com que o trabalhador busque uma área de recolhimento. Esse espaço portanto tem a capacidade de oferecer certa intimidade, já que tem uma “arrumação” para isso. São nesses espaços que se dão as “confissões”, onde é possível travar uma conversa que expõe as representações dos trabalhadores, com maior transparência e intensidade. Pode-se inferir ainda que são espaços onde se dá a recomposição da capacidade laboral dos trabalhadores, proporcionada pelo afastamento do foco de tensão que são os espaços de atendimento.

O termo “núcleo duro” teve a pretensão de indicar a existência de uma “faixa de rolagem”, por onde passam as concepções e o pensar dos espaços de saúde, porém especialmente atrelados às questões técnicas que envolvem essa concepção de espaços. Essa idéia levada para as interações com os informantes acabou encontrando uma construção similar, ou seja, os trabalhadores percebem a existência de diferenciação entre as áreas que são concebidas com forte vínculo à norma, as “áreas protocolares” e aquelas cuja concepção tangencia o vínculo normativo. Sua amplitude, foi porém, muito além da compreensão de sua relação com a norma de concepção de determinado espaço. O termo refere ainda as práticas e saberes que se desenvolvem naquele ambiente. A manifestação de que “não adianta no meio disso tudo colocar um isolamento” obriga a perceber que o núcleo duro é parte da ambiência e não apenas do espaço físico.

O estudo e reflexão sobre as subversões observadas na instituição abrem um campo de abordagem muito amplo, porém a classificação destas subversões em tipos com características distintas permite que se observe esse fenômeno de forma mais organizada. Mesmo com a certeza de que essa “classificação” é frágil e dá conta apenas de uma parte das questões que envolvem esse processo, a exploração do tema foi importante.

As subversões observadas e trazidas ao texto do trabalho referem dois tipos distintos. Aquelas que não infringem a norma, ou núcleo duro, e aquelas que cometem a infração. Os exemplos que foram explorados no texto admitem que se conclua que as subversões mais severas, ou seja aquelas que trazem para o interior da instituição uma perturbação importante, são aquelas que infringem a norma e simultaneamente são operadas por um certo consenso na

identificação de uma necessidade posta a porta do sistema. É o caso da superlotação de pacientes nas áreas de internação de ambulatórios que se apresentam sistematicamente e do atendimento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, que foge à vocação do Pronto Socorro. Essa perturbação causada na ambiência da instituição também se apresenta quando se trata da conseqüência de uma subversão do próprio sistema. É o caso da intensa procura por atendimento na instituição, por pacientes que poderiam em tese, receber o seu atendimento noutra instituição, com vocação mais adequada a patologia apresentada por esses pacientes.

Impõe-se aí a necessidade de desmistificação do hospital como guardião da complexidade assistencial e da capacidade mágica de tudo resolver em matéria de saúde. Como já referi há uma confusão no conceito de complexidade, que normalmente quer se referir ao parque tecnológico. Creio que devemos buscar outra compreensão desses conceitos. Entendo que a complexidade, diferente da idéia corrente, está mais presente no processo de atenção que lida com a integralidade do indivíduo e não com determinada parcela dele ou da doença. A visão integral do indivíduo obriga ao conhecimento de suas dificuldades no sentido mais amplo, que envolve desde a sua situação de moradia, stress, nutrição, apoio emocional e familiar. Essa amplitude que escancara a complexidade não é, de maneira usual, o foco da atenção de um hospital de emergência, onde há inclusive um processo de despersonalização. Parcela importante dessa discussão é abordada por Merhy (1994), em suas valises, mas está claro que esse tema deve ser explorado com mais vagar.

O presente estudo foi capaz de identificar algumas questões importantes que constroem a medida da influência das disputas, entre seus habitantes, na conformação final do ambiente hospitalar estudado. O resultado delineado não me parece estranho. Entendo que seja natural a constatação da influência dessas disputas na conformação dos ambientes, e que, portanto essa influência interfira no seu resultado final, pois o homem está, de forma permanente, disputando a autoria das mudanças nos espaços que habita.

Há, no entanto, a necessidade de se verificar “de quais espaços estamos falando”, como foi trazido pelos trabalhadores. É importante que se reflita sobre as muitas diferenças que possam estar presentes na qualificação destes espaços. O estudo indica a necessidade de se identificar, além dos espaços, também de que “territórios” estamos falando, ou seja, quais as relações que se estabelecem entre os espaços e seus habitantes ou grupos, apreendendo assim, o espaço como um objeto social.

Ainda que determinados espaços, por suas características, apresentem constrangimentos maiores no processo de ocupação, estes constrangimentos não são limites

rígidos que garantam a ocupação de acordo com o que é estabelecido na concepção do espaço e dos fluxos entre esses. A subversão dos espaços, em ambientes que passam a satisfazer necessidades diversas das inicialmente propostas, é encontrada com certa facilidade. Essas subversões são especialmente importantes para o estudo naquelas que transformam os espaços em “áreas de bastidor”.

É possível concluir que a ocupação dos espaços é fortemente interferida por elementos de poder, disputa e submissão dos seus habitantes a uma lógica calcada em grande medida na relação hierárquica. Na trama dessa teia de forças, existem grupos que se percebem mais legitimados do que outros em obter, manter e alargar o direito de ocupação dos espaços do que outros, que parecem abrandar a diferenciação de fato existente.

Admitir a hegemonia médica⁵³ no ambiente hospitalar é imperioso na medida em que é o médico que define o diagnóstico, a terapia e pode delegar partes do trabalho assistencial a outros trabalhadores, ainda que esses desfrutem de relativa autonomia. Essa hegemonia se traduz em diferenciações nos elementos de ambiência quando confrontados com os demais trabalhadores.

O trabalho concluído, nos limites possíveis do tempo e do conhecimento adquirido, coloca um novo horizonte na minha atividade do cotidiano. Minha percepção é de que será muito mais difícil agora conceber espaços, porque esse arsenal deverá se mesclar com os demais, mas o resultado certamente será melhor do que antes.

Assim como DaMatta (1993) refere que não se pode olhar para o Brasil dando muito mais atenção a um só dos eixos, o das estatísticas ou da vibração do povo. Não há como compreender o Brasil através de questões de modernidade ou de economia, ou ao contrário, reduzir a análise como se estivéssemos tratando de um problema de família. Entendo que não se poderá compreender instituições sem congregar para a análise, os diversos fatores que constroem a sua realidade.

Entendo ainda, que algumas discontinuidades por mim percebidas durante a realização do presente trabalho, dentre tantas outras que poderão ser apontadas pelos leitores, devem ser estudadas. Penso que especialmente a inclusão dos usuários do serviço, pacientes ou não, na análise dos processos da ambiência, em especial as subversões, deve ser objeto de aprofundamento noutra empreitada, com novo fôlego.

⁵³ As pessoas se diferenciam, nas organizações, segundo o poder que exercem sobre os métodos de produção, que se originam em relações técnicas de produção. Essas relações técnicas são enraizadas em identidades profissionais (Clegg, 1996).

BIBLIOGRAFIA

- ALENCAR, Heloisa Helena Rousselet. **Avaliação da resolutividade do serviço de pronto atendimento do Centro de Saúde Lomba do Pinheiro da SMS de Porto Alegre**. 2005. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- ALTER, Norbert. A dádiva e o egoísmo como fundamento da cooperação entre partes. In: CHALANT, Jean-François. FACHIN, Roberto. FICHER, Tânia. (organizadores). **Análise das organizações: perspectivas latinas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. v. 2. p. 307-324.
- ALTMAN, Irwin. *The environment and social behavior*. Mobttery, CA: Brooks / Cole, 1975.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital**. Instituição e História Social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. Revista de Saúde Pública, 2004.
- AQUINO, Estela Maria Leão de. **Socorro. Quem precisa disso?** Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro. 1987. 210 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.
- ASHE (Sustainable Design Awards Guidance Staterment). Green healthcare construction guidance statement. http://www.healthybuilding.net/healthcare/ASHE_Green_Healthcare_2002.pdf Acesso em outubro de 2007.
- AUGÉ, Marc. **Não Lugares**. Introdução a uma antropologia da supermodernidade. 6 ed. Campinas: Papirus, 2007.
- BARTON, Ben F., y Marthalee S. Barton. **Modes of Power in Technical and Professional Visuals**. Journal of Business and Technical Communication 7.1, 1993. 138-62.
- BERTERO, Carlos Osmar. Poder e organização: uma perspectiva brasileira. In: CHALANT, Jean-François. FACHIN, Roberto. FICHER, Tânia. (organizadores). **Análise das organizações: perspectivas latinas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. v. 2. p. 33-53.
- BEDSCAPES. Healling environments. < <http://www.bedscapes.com> > Acesso em Janeiro de 2007.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. **Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1990.
- BOURDIEU, Pierre. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002, 98p.

BOUTINET, Jean-Pierre. **Antropologia do Projeto**. 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2002.

BUENO, Eduardo. **A viagem do descobrimento**: a verdadeira história da expedição de Cabral. Rio de Janeiro: Objetiva; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC-50, **Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. GESTHOS Gestão Hospitalar: **Capacitação à Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde**: Módulo I: Os Sistemas de Saúde e as Organizações Assistenciais / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, 2002. **Regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2), Portaria MS/GM nº 373, de 27 fev. 2002, e regulamentação complementar. 2 ed. revisada e atualizada. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2003. **Portaria GM nº 1.863**, de 29 set. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2003. **Portaria GM nº 1.864**, de 29 set. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2003. **Portaria GM nº 2.072**, de 30 out. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2002. **Portaria GM nº 2.048**, de 5 nov. 2002. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2003. **Portaria GM nº 676**, de 5 jun. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CANADIAN COALITION FOR GREEN HEALTH CARE. <http://www.greenhealthcare.ca/>> Acesso em Janeiro de 2007.

CASTRO, Jorge. **Avaliação pós-ocupação**. Saúde nas edificações da FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JR., Marcos; CARVALHO, YaraMaria de. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>

CLEGG, Stewart. Poder, linguagem e ação nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). **O indivíduo na organização:** dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1. p. 47-66.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil, 2000.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário.** Origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

CZERESNIA, Dina. 1999, Czeresna, 1997. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4): 701-710.

DAMATTA, Roberto, **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1993. 126p.

DÉRY, Richard. Da informação à argumentação. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). **O indivíduo na organização:** dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 2007. v. 3. p. 68-80.

DESLANDES, Suely Ferreira; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da and UGA, Maria Alicia Dominguez. **O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.2, pp. 287-299. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1998000200013.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar:** Representações Práticas, Interações e Desafios. 2000. 212 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DONABEDIAN, A., 1988. **The assessment of technology and quality.** A comparative study of certainties and ambiguities. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 4:487-496.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo.** Rio de Janeiro: Perspectivas do Homem/edições 70, 2000.

DOUGLAS, Mary. **Como Pensam as Instituições.** Lisboa: Instituto Piaget, 1986.

DOUGLAS, Mary; ISHERWOOD, Baron. **O Mundo dos Bens:** para uma antropologia do consumo. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. 304 p.

DRUMOND JR., Marcos. **Epidemiologia nos municípios:** muito além das normas. São Paulo: Hucitec, 2003.

DURKHEIM, Emile. **A Ciência Social e a Ação.** São Paulo: Difel, 1975.

ENRIQUEZ, Eugene. Estruturas de legitimidade das organizações, modelos de gestão e ações dos sujeitos individuais e coletivos. In: CHALANT, Jean-François. FACHIN, Roberto. FICHER, Tânia. (organizadores). **Análise das organizações: perspectivas latinas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. v. 2. p. 137-151.

FERNANDES, Tania Maria. **Vacina antivariólica** – ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FISCHER, Gustave-Nicolas. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996. v. 2. p. 123-158.

FLEISCHER, Soraya. **Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular**. 1 ed., Florianópolis: Ed. Da UDESC, 2009. 280p.

FLORENTINO, Fátima Rejane Ayres. **Enfermagem e Medicina: relações de poder e de saber**. Porto Alegre: Universidade de Passo Fundo Editora, 2006. 127 p.

FONSECA, Cláudia. Algumas reflexões antropológicas sobre uma maternidade hospitalar francesa. In: FLEISCHER, Soraya. **Saber cuidar, saber contar**. Florianópolis: Editora do UDESC, 2010. p. 237-278.

FOUCAULT, Michael. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1977. 262p.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 680p.

GIDDENS, Antony. 1989. **A Constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes.

GIRIN, Jacques. Teoria da significação da linguagem e teoria das organizações. In: CHALANT, Jean-François. FACHIN, Roberto. FICHER, Tânia. (organizadores). **Análise das organizações: perspectivas latinas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. v. 2. p. 99-117.

GEOVANINI, Telma. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**, São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONÇALVES, Maria do Carmo dos Santos. **Políticas de humanização e o direito à saúde no Rio Grande do Sul**. 1999. 143 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

- HASSARD, John. Tempo de trabalho: outra dimensão esquecida nas organizações. In: Chanlat Jean-Francois (Coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas; 1996. v. 1, p.175-193.
- HELMAN, Cecil. **Cultura Saúde e Doença**, São Paulo: Atlas, 1994.
- KARMAN Jarbas. **Manutenção Preditiva em Edifícios de Saúde**. São Paulo: Atlas, 1989.
- KNIESTEDT, A. **Avaliação da qualidade do serviço de pronto atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus da SMS de Porto Alegre**. Projeto de Pesquisa do Curso de Especialização CICT/FIOCRUZ. Porto Alegre, 2005.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **O cru e o cozido: mitológicas**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991. 376 p.
- LOYOLA, Maria Andréa. Bourdieu e a sociologia. In: BOURDIEU, Pierre. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002,p.66
- MARTINS, E.V. notas de aula do curso de Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Porto Alegre, 2005. (Documento não publicado)
- MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a dádiva**. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. Sociologia e Antropologia. v. II. São Paulo : Edusp, 1974 p. 1923-24.
- MAZZOLENI, G. **O planeta cultural: para uma antropologia histórica**. São Paulo: Edusp, 1992. 231 p.
- MERHY, Emerson Elias. CAMPOS, Gastão Wagner deSousa. & CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (org.), **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997
- MINAYO, Maria Cecília de Souza e SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?**. *Cad. Saúde Pública*, jul./set. 1993, vol.9, no.3, p.237-248. ISSN 0102-311X.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- Ministério da Saúde. **GESTHOS Gestão Hospitalar: Capacitação à Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde: Módulo I: Os Sistemas de Saúde e as Organizações Assistenciais / Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: Cedas, 1992.
- NETO, Antonio Quinto, **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**
<http://www.ona.org.br/> Acesso em outubro de 2007.
- ORNSTEIN, Sheila W.; ROMÉRO, Marcelo. **Avaliação pós-ocupação (APO) do ambiente construído**. São Paulo: Studio Nobel, Editora Universidade de São Paulo, 1992.

Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde 2004. Levantamento sobre o funcionamento dos serviços de pronto atendimento em Porto Alegre, 13 fl. PMPA/SMS, Porto Alegre. (ago. 2004, documento não publicado)

POSSA, Lisiane. Bôer. **Mecanismos de participação e atores sociais em instituições hospitalares**: o caso do Grupo Hospitalar Conceição-RS. 2007. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RAMOS, Donatela Dourado and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100004.

RIBEIRO, Herval Pina. **O Hospital**: História e crise. São Paulo: Cortez, 1995.

SANJAD, Nelson. **História natural e medicina na obra de Adolpho Lutz (1855-1940)**. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2010, vol.17, n.1, pp. 215-218. ISSN 0104-5970. doi: 10.1590/S0104-59702010000100015.

TURNER, Victor Witter. **O processo ritual**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974. p. 116-159.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1981.

WERNER, CM, Altman, I., & Brown, BB (1992). A transactional approach to interpersonal relations: Physical environment, social context, and temporal qualities. A transactional approach to interpersonal relations: Physical environment, social context, and temporal qualities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 297-323. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 297-323.