

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

ALVARO KNIESTEDT

PORTA DE ENTRADA: ANÁLISE ANTROPOLÓGICA
SOBRE A FUNÇÃO SOCIAL DE UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
NO SISTEMA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Orientador
Prof. Dr. Airton Jungblut

Porto Alegre
2013

ALVARO KNIESTEDT

PORTA DE ENTRADA: ANÁLISE ANTROPOLÓGICA
SOBRE A FUNÇÃO SOCIAL DE UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
NO SISTEMA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

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

Orientador: Dr. Airton Luiz Jungblut

Porto Alegre
2013

ALVARO KNIESTEDT

PORTA DE ENTRADA: ANÁLISE ANTROPOLÓGICA
SOBRE A FUNÇÃO SOCIAL DE UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
NO SISTEMA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

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

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Jaqueline Ferreira– UFRJ

Prof^a. Dra. Fernanda Bittencourt Ribeiro– PUCRS

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla – UFRGS

Prof. Dr. Airton Luiz Jungblut – PUCRS

RESUMO

Tendo como objetivo central a apreensão, numa perspectiva compreensiva, das múltiplas relações que são travadas no dia-a-dia de uma instituição pública de atendimento de emergência, o trabalho discute os motivos da intensa utilização da porta de emergência para o ingresso no sistema de saúde. É examinada de um lado, a abordagem fundamentada na necessária gestão do sistema, reconhecendo o esforço de garantir a universalidade e integralidade do cuidado, e de outro as motivações que amparam as estratégias do usuário para garantir seu atendimento. O estudo reconhece a desarrumação que essa prática provoca na ambiência da emergência, fazendo aflorar atitudes que reforçam aspectos de hierarquia e relações de poder, que são oblíquos aos métodos e rotinas organizacionais que conduzem a instituição na sua missão.

Palavras-chave: Espaço. Emergência. Hospital. Saúde. Sistema.

ABSTRACT

Having as main objective the seizure, a comprehensive perspective, the multiple relationships that are caught in the day-to-day of a public institution of emergency, the paper discusses the reasons for the extensive use of the emergency door for entry into the system health. It examined the one hand, the approach based on the required system management, recognizing the effort to ensure the universality and comprehensiveness of care, and other motivations that support the strategies of the user to ensure your attendance. The study recognizes that the practice causes disarray in the ambience of emergency, making emerge attitudes that reinforce aspects of hierarchy and power relations, which are oblique to the methods and organizational routines that lead the institution in its mission.

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
ALERTA AO LEITOR	7
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1	22
O DESAFIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	22
1.1-Caminhos para a assistência	28
1.2-Os sistemas de saúde.	31
1.3-Políticas de saúde no Brasil	42
1.4-As práticas de cuidado à saúde.	54
CAPÍTULO 2	64
CIRCULANDO NA AMBIÊNCIA DE UMA EMERGÊNCIA	64
2.1-Emergência e/ou Enfermaria?	67
2.2-Os deslocados.....	80
2.3-Outras motivações	90
2.4-Utilização da emergência	106
CAPÍTULO 3	119
APRENDIZADOS DA EMERGÊNCIA	119
3.1-CNES e o novo espaço de produção.	123
3.2-Os pacientes	144
3.3-Os trabalhadores.	165
CAPÍTULO 4	176
A DISPUTA PELO QUE ESTÁ EM OCORRÊNCIA	176
4.1-Porque não fizeram isso desde o início?	177
4.2-O tempo na emergência.....	199
CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
BIBLIOGRAFIA	219

ALERTA AO LEITOR

Para preservar o anonimato dos indivíduos que participaram da pesquisa foi elaborada a seguinte lista de siglas que será utilizada para a organização das transcrições trazidas ao texto.

PAC = PACIENTE

USA = USUÁRIO/ACOMPANHANTE

MED = MÉDICO

ENF = ENFERMAGEM

ADM = ADMINISTRATIVO

...

INT = INTERNAÇÃO

AMB = AMBULATÓRIO

SSO = SERVIÇO SOCIAL

00 – (NUMERAL) = INDICA REFERÊNCIA PARA A BUSCA NO DIÁRIO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata sobre a maneira como os serviços de emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – HPS - são percebidos e utilizados por seus usuários. Reconhecendo que esses usuários pertencem a uma ampla faixa da sociedade local e regional, bem como ingressam na emergência por fatores e motivações diversas, o estudo buscou compreender essa realidade. Inicialmente imaginou-se um recorte preciso, onde a captura das percepções dos usuários em relação à ambiência¹ das emergências seria capaz de desenhar a imagem que é construída pelos usuários destes serviços, ou seja, destes espaços especiais de atenção à saúde. A evolução do estudo apontou para a necessidade de compreender e trazer ao texto aspectos que estão para além da ambiência das emergências. São fatores que exigiram a ampliação do foco, permitindo que outras questões fundamentais para essa compreensão fossem analisadas. Foi necessário entender que estamos tratando de um sistema que pretende atuar de forma articulada, o que impede a análise de determinado espaço apartada do todo. Ao invés de observarmos um “cantor” estávamos observando um polifônico “coral”, tínhamos várias vozes para ouvir e analisar o que diziam. São vozes que, ao se dirigirem para o ouvinte, ultrapassam camadas que podem reduzir ou amplificar sua mensagem, recebendo nesta trajetória, modelagens que contribuirão na construção das representações de seus usuários. Ou seja, os indivíduos que se utilizam desse serviço são receptores de uma complexa rede de informações, incentivos e

¹ O conceito de ambiência aqui considerado pretende abordar um espectro de amplitude maior do que aquele usualmente considerado quando o mesmo trata de aspectos de conforto, privacidade e aptidão espacial. O termo aqui é interpretado como o conjunto de elementos que interferem na construção das representações, adquirindo significado para seus habitantes. Mais adiante, no Capítulo 2, o termo é mais bem definido.

constrangimentos que se misturam com seus sentimentos, próprios de quem busca atenção à sua saúde. Assim, esse recorte se mostrou ambicioso, especialmente por conta das diversas possibilidades de abordar e interligar os elementos constituintes do mesmo. O que se buscou analisar foi a forma como os indivíduos percebem o sistema de saúde a partir da ambiência que conforma a área de atendimento de emergência de um hospital público, ou seja, a partir de uma porta de entrada deste sistema, reconhecendo que estaríamos tratando de uma porta de acesso que apresenta especificidades.

Nossa investigação fixou-se na ambiência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre e focalizou as interações dos seus habitantes – pacientes, familiares, acompanhantes e profissionais, no cotidiano desta emergência, bem como a influência desse processo interativo na construção das representações dos indivíduos. A busca se fez tentando compreender a interferência que os elementos presentes no cotidiano da instituição estudada influenciam a percepção da realidade individual e coletiva de seus participantes, verificando ainda em que medida essa influência pode determinar ações que subvertem a lógica de funcionamento da instituição. Aqui cabe observar que dentre os habitantes cujas atuações e sensações serão analisadas e exploradas durante a evolução do trabalho, se buscou salientar as percepções dos “pacientes”. É importante reconhecer que o olhar biomédico o paciente tem a prerrogativa de ser o “outro” do encontro, ou seja, sua posição na perspectiva da relação que se travará, coloca o mesmo como um ser impessoal, despido de conhecimento clínico e enunciados capazes de participar na reflexão do que está em ocorrência (Ferla, 2002).

A escolha do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, que pertence à Secretaria Municipal de Saúde desta cidade, como a instituição para o desenvolvimento da presente pesquisa, se deu especialmente em função de dois aspectos. O primeiro diz respeito ao resgate de questões relacionadas ao cotidiano dos pacientes que habitam essa ambiência durante o seu processo de atendimento, e que foram, em certa medida, deixadas de lado em trabalho anterior “Os bastidores de uma emergência” (Kniestedt, 2010), por conta da necessidade, de naquele trabalho de pesquisa, focar a análise nas disputas travadas por seus trabalhadores neste mesmo espaço de interação. Assim, no presente estudo são resgatados alguns destes aspectos deixados ao lado, em especial em relação às percepções dos pacientes nas interações com a instituição escolhida, bem como a dinâmica das

relações que são travadas entre os pacientes em atendimento e esses com os profissionais que produzem o cuidado. Foram abordadas questões relacionadas aos motivos que interferem na escolha da emergência como lugar preferencial para o atendimento de um importante contingente de indivíduos, mesmo que esses não estejam enquadrados como casos urgentes. Questão que se insere também, de certa forma, na crescente demanda que se faz presente nos serviços de saúde por conta da necessidade de suprir o esvaziamento das relações de empatia entre os sujeitos que foram subtraídos da sociedade pelos valores individualistas marcadamente presentes no capitalismo (Luz, 2004). Também são apontados aprendizados adquiridos pelos usuários durante o processo de atendimento e que fazem parte de um conjunto particular de saberes que são utilizados para obter determinadas vantagens. Foram abordadas também questões relacionadas a fatores que estão presentes nas emergências, por conta de seu objeto de cuidado, como o sofrimento e a solidariedade, que de certa forma se apresentam como característicos deste lugar.

O segundo aspecto está ancorado na justificativa de que os serviços de emergência são espaços que promovem um tipo especial de encontro onde, na maioria das vezes, não há escolha dos indivíduos (profissionais e pacientes) para o tipo de interação que se dará. Ou seja, a missão e a dinâmica organizacional das emergências apontam para encontros que não permitem, em diferentes níveis para cada participante, a preparação de um “projeto de ação” (Schutz, 1979). Essa perspectiva dirige para uma aproximação na compreensão das práticas de seus agentes no processo de atenção à saúde, que refletem e interferem nas escolhas da vida cotidiana.

Atualmente o Brasil vive um sistema de atenção à saúde que permite a convivência de percepções antagônicas. De um lado, o sistema usufrui de extensa capacidade para oferecer universalidade e integralidade de atendimento, sendo reconhecido mundialmente como um modelo que deve ser copiado. De outro lado, esse mesmo sistema sofre com a intensa exposição de situações de desassistência, onde a mídia apresenta o usuário sendo desrespeitado em seu direito de atendimento à saúde. São informações que mostram uma importante contradição entre o que o sistema propõe enquanto política e modelo assistencial e o que, em grande medida, é apresentado como sendo a realidade do seu cotidiano.

O ponto de partida para a realização da pesquisa se deu com o reconhecimento de que dentre as diversas dificuldades que possam ser identificadas no sistema de saúde brasileiro, a ocorrência que mais insistentemente é apresentada para indicar essas dificuldades é a falta de acolhimento adequado dos pacientes que buscam os serviços de atendimento à saúde. Verificamos ainda que as imagens mais utilizadas para a visualização desta falta de acolhimento são aquelas obtidas nos serviços de emergência, haja vista terem esses serviços as portas de entrada bastante congestionadas e pressionadas por uma intensa demanda. São imagens que recebem o tratamento de um fenômeno emblemático, a partir do qual será possível concluir que estamos diante de um sistema de saúde incapaz de oferecer a resposta esperada pela sociedade, ao mesmo tempo em que também é possível concluir que, por sua incapacidade de atender a demanda que chega a sua porta, as emergências não conseguem dar conta de sua missão principal, que é o atendimento imediato de pacientes com risco de vida. São incorporadas à análise desta situação, que se escancarada à comunidade, informações que indicam existir um número considerável de pacientes que procuram as emergências, mas que poderia ser atendido em outros serviços de saúde de menor complexidade, já que apresentam patologias de baixo risco. Essa constatação leva à compreensão de que há uma busca preferencial do indivíduo pela porta da emergência mesmo que grande parte desses casos não corresponda a uma emergência médica, como definida pelos protocolos homologados pelo saber científico dominante.

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 a satisfação dos pacientes, usuários e trabalhadores em relação à estrutura e ao processo de trabalho na saúde (Alencar, 2005), bem como estudos que interpretem as sensações percebidas e as interações produzidas pelos indivíduos que participam nesse processo.

Dada a importância de explorar essa dimensão do atendimento e do cuidado da saúde, em especial dos aspectos relacionados à organização e gestão do sistema e a percepção/compreensão dos indivíduos que se utilizam dos serviços

públicos de emergência médica, o trabalho foi conduzido cotejando sistematicamente a relação entre essas duas visões. Assim, a pesquisa desenvolve-se considerando que estamos tratando de dimensões de um mesmo problema e que não devem ser analisadas sem o cotejamento entre elas. De um lado, trazendo à luz as especificidades do segmento saúde, explicitando a construção coletiva das políticas de saúde e a opção por um sistema de atenção solidário, explorando os arranjos de gestão para dar conta da proposta e, de outro lado, a compreensão que o usuário tem do sistema, que é o indicativo da forma como fará uso do mesmo. Observamos que muitos trabalhos têm tratado direta ou indiretamente do tema inscrito nesta visão, indicando a ocorrência de inconformidades no processo de acesso ao sistema de saúde, abordando elementos que permitem que essas inconformidades ocorram e indicando estratégias de gestão que auxiliem no equilíbrio das ofertas. São trabalhos que ampliam a capacidade de compreender o processo de atenção à saúde e ordenar os diversos recursos necessários para a garantia do atendimento universal e integral, em especial no âmbito da saúde pública. Não obstante sejam trabalhos que abordam questões de relevância para a busca da melhoria contínua do sistema, em sua maioria apontam para uma visão contábil, onde são discutidas questões que pouco ultrapassam o apontamento das razões concretas do financiamento e da legislação regulatória para a atuação das instituições que prestam esse atendimento à comunidade/sociedade, carecendo de uma visão mais centrada sobre o ponto de vista do usuário que utiliza os serviços.

A ambição do presente trabalho é apreender de uma forma compreensiva a maneira como os usuários reconhecem esse sistema, como já dito, a partir da porta de entrada da emergência. Seu diferencial procura ser o de apresentar uma visão complementar, importando-se mais com a construção das representações que o usuário adquire a partir de sua experiência com a dinâmica dessa porta específica, do que a visão do gestor, que busca organizar o sistema a partir de sintomas e observações estatísticas do núcleo duro do sistema.

Na seqüência deste ponto de partida, que permite pensar o campo, é desenvolvido o estudo etnográfico deste espaço de interação, onde há uma permanente disputa entre as necessidades do indivíduo em crise, que por vezes age no sentido de cometer uma subversão² do sistema para obter o atendimento

² O sentido de subversão que se pretende dar aqui é o de utilizar determinado espaço de atenção, que tem um objetivo no sistema, de forma diversa para o qual foi planejado, ou seja, fazer uso de

desejado, e as aptidões do sistema, que devem dar conta de uma proposta de universalidade e integralidade do cuidado à saúde. Neste caminho são observadas práticas que compõem o cuidado, identificando nos processos de interação estratégias que permitem uma convivência mais harmoniosa entre os indivíduos envolvidos (pacientes e seus cuidadores), assim como são focados aspectos que dão conta da forma como esses indivíduos compreendem o espaço de cuidado das emergências.

A partir do reconhecimento de que as emergências sofrem um processo de subversão de seu espaço, permitindo uma contradição entre a sua missão e a sua realidade cotidiana, são analisados os possíveis motivos que levam a essa subversão, entendendo que, se de um lado as organizações mantêm referências à sua função, de outro não podem ser a expressão de um único princípio interno essencial (Clegg, 1996).

Ou seja, ainda que informações presentes possam estar indicando que determinado objeto deve apresentar finalisticamente determinada forma, haverá uma resistência natural de oposição se essa nova forma significar a perda de algum direito ou a diferenciação entre o que é esperado e o que a situação atual oferece (Douglas, 2000). 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.

No estudo etnográfico realizado, além destas questões, foram exploradas as particularidades existentes numa interação que tem como limites um espaço preparado para o desenvolvimento de funções do cuidado. Em especial são observadas e analisadas questões referentes aos tipos de disputas e de parcerias que são estabelecidas entre os seus habitantes, a transferência de experiências para melhor lidar com esse espaço, os processos de partilha e de reciprocidades que são desenvolvidos, bem como a forma diferenciada de lidar com o tempo e com a proximidade de eventos característicos desta ambiência estudada, como o parcelamento das ações do cuidado e a convivência com a presença da morte.

O trabalho de campo se realizou durante o período de 2009 e 2012, porém foram consideradas e trazidas ao texto observações realizadas num período bem

determinado objeto sem que a sua função seja a proposta de utilização do mesmo. Esse aspecto está melhor explicitado adiante.

mais longe no tempo, fato que se apresenta em função de minha atividade na instituição ter se iniciado em 1989.

Grande parte do trabalho de pesquisa foi realizada através da observação do processo de interação entre os pacientes e esses com os profissionais. Também estão presentes diversas manifestações obtidas através de entrevistas realizadas com pacientes, acompanhantes e familiares de pacientes, assim como entrevistas com os profissionais que tem suas atividades relacionadas ao cuidado de pacientes em atendimento na emergência. Sobre o trabalho de campo é importante referir que muitas das informações colhidas e trazidas ao trabalho foram obtidas em vários espaços do HPS. Como veremos adiante, as salas de espera para o atendimento tiveram especial importância para compreender as trajetórias realizadas pelos pacientes até chegarem ao atendimento no HPS. Muitas dessas informações foram tomadas de acompanhantes e familiares, que durante a espera para obter as informações referentes ao seu acompanhado, concordaram em relatar o desenrolar do episódio até o ingresso no HPS. Em especial foram obtidas histórias de um processo de orientação a partir de outras experiências anteriores que haviam se mostrado frustradas.

Diferentes dos espaços de espera e internação, os espaços de atendimento permitem pouco diálogo com os pacientes e profissionais, mas são intensos para perceber a disciplina da técnica e a submissão dos pacientes à figura da autoridade científica, naquele momento representada pelo profissional de saúde. As áreas de hospitalização são o principal vertedouro de informações, em grande medida porque são espaços em que os indivíduos em atendimento enfrentam certo tédio pela baixa possibilidade de comunicação com diversidade de interlocutores. É propícia também para a coleta de informações e depoimentos porque parece haver uma necessidade dos pacientes de contar a “sua história”, que muitas vezes vai muito além da experiência da internação, invadindo outras partes da vida do indivíduo. É aí também que se verifica uma intensa troca de objetos e é onde se pode perceber a arrumação do território primário (Fischer, 1996).

A sistematização do trabalho de campo foi organizada em 2010, após a conclusão de outro trabalho de pesquisa, realizado também em espaços de atenção à saúde e que teve como objeto de estudo as disputas travadas entre os trabalhadores das diversas classes que trabalham na área de saúde. O presente trabalho não recorta, em seu objeto, uma parcela específica dos habitantes da

Instituição, motivo pelo qual trabalhadores, usuários, acompanhantes e familiares têm voz em praticamente todos os capítulos, favorecendo uma visão múltipla dos aspectos que são abordados ao longo do texto.

Os relatos trazidos ao conteúdo do trabalho contam muito da dinâmica própria do HPS e forma como foram mostrados os espaços de atenção procura mesclar a informação do gestor com a maneira como a mesma é vista pelos trabalhadores, pacientes e acompanhantes. As vozes colhidas durante o trabalho de pesquisa permitiram caracterizar 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. Como já referido anteriormente, foram realizadas entrevistas com pacientes, familiares, acompanhantes e profissionais. Várias horas foram dedicadas à observação dos sítios de interação entre pacientes, profissionais e acompanhantes, muitos episódios e relatos foram cercados por momentos de sofrimento e tensão, comum ao próprio objeto de trabalho da instituição estudada. Muito útil foi a sistematização do uso do “diário de campo” que, apesar de remeter à idéia de uma ferramenta ultrapassada, permitiu manter em pé a possibilidade de analisar o que havia sido colhido em campo. A regra foi detalhar as observações anotadas no diário de campo logo após o encerramento da observação, isso ajudou muito a análise posterior do material e também a manter vivas as impressões capturadas. Foram comuns as gravações, que facilitaram a consulta aos depoimentos para a constatação de atitudes repetidas pelos respondentes e as afirmações que faziam alusão a opiniões e fatos recorrentes. As transcrições que foram trazidas ao texto tiveram o cuidado de equilibrar ou homogeneizar a forma de expressar dos indivíduos que participaram, garantindo o anonimato com a retirada de vícios lingüísticos. O posicionamento das declarações, respostas e críticas vieram enriquecer o texto, buscando ilustrar determinada ação ou impressão do indivíduo, o que entendo ter sido uma importante objetivação para a eficiência no processo de estruturação e produção textual do estudo.

Trazer para o trabalho as experiências da convivência cotidiana nas diversas áreas da instituição, em especial as já referidas, embrenhar-se nos espaços viscerais da instituição 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 articular em extensão e profundidade, vencendo assim o desafio de interpretar a realidade que se apresentava no cotidiano da instituição estudada.

É importante confessar que o trabalho de pesquisa se fez em condições especiais, já que sou trabalhador da instituição que foi objeto da etnografia. Essa condição, por um lado, trouxe a facilidade de circular por seus setores sem restrições, entrando nos ambientes sem dificuldade e ouvindo sem grande resistência. Por outro lado, exigiu um esforço que espero ter sido capaz de realizar, o de isentar o pesquisador das armadilhas de tomar vieses que prejudicariam os resultados deste empreendimento, porém tenho a consciência de que não há como prometer total isenção. O processo de pesquisa se inicia por uma escolha, que já de pronto, indica, em algum grau, a aproximação do pesquisador com o seu objeto. Há por certo um processo de envolvimento com o campo em que se procede ao estudo, o que é fácil confessar. Difícil seria tentar negar um processo de implicação do pesquisador com o campo/sujeito/objeto de pesquisa. Minha compreensão é de que tive na verdade um privilégio com essa condição, não pela facilidade de acesso aos lugares íntimos da pesquisa, o que já referi acima, mas sim o de ter sido desafiado intimamente a estudar esta ambiência e de, na seqüência da realização do trabalho de pesquisa, especialmente no desenvolvimento da prospecção de campo, de ser incentivado em prosseguir no estudo. A emergência tem no seu íntimo a característica de manter sua ambiência permanentemente atravessada por um conjunto de problemas complexos, trata-se de um somatório de dificuldades que se apresenta pela multiplicidade e diversidade de casos e de expectativas. São situações cuja análise deve se processar com olhares multidisciplinares, assim, podemos pensar que essa implicação poderá ser um fator determinante do não desperdício da experiência, que trazida ao foco, relatada, escrita e criticada, poderá ter uma contribuição para continuar pensando o campo.

Entendemos que a relevância do estudo é percebida pela tipificação do espaço e pela especificidade das relações que se dão na ambiência do atendimento de emergência. Lembremos que o ambiente de cuidado à saúde, especialmente as emergências, guardam consolidados no seu interior, marcos hegemônicos da Saúde. Um dos exemplos é o marco organizacional, onde o foco central está na questão do atendimento, com estruturas e processos voltados a um resultado - a desejável "precisão dos movimentos" (Foucault, 1989). Outro marco presente é o da

racionalidade médico-científica, que baseada na verdade adquirida em saber específico, acaba por infiltrar toda a organização, o que sustenta uma relação marcadamente profissional hegemônica, mantendo um padrão hierárquico baseado no modelo médico-centrado (Mehry, 2000). Está também alocado de forma intrínseca nesse estudo, o aspecto da violência que invade a instituição em seu cotidiano por conta da relação de seu objeto de cuidado com essa questão. Esse tema se insere nas vozes dos indivíduos, mas é pouco discutido no HPS. A presença da violência, de um substrato inespecífico, percorre a ambiência estabelecendo marcas que interferem na sua organização e nas representações de seus habitantes.

Nosso entendimento é que a aproximação ao universo interior das organizações que prestam atendimento à saúde permite ampliar o grau de conhecimento sobre o que os usuários e trabalhadores percebem e esperam do processo de atenção existente. Sabendo que a instituição estudada não atua de forma isolada, mas sim dentro de um conjunto de instituições que constitui um sistema de atenção articulado, conhecer melhor essas questões poderá subsidiar iniciativas no sistema/setor com maior grau de aproximação da realidade desta ambiência, dos indivíduos envolvidos e da compreensão/percepção destes, apontando para um processo de melhoria construído com base em múltiplos saberes.

O que se apresentou como pressuposto intrínseco ao trabalho de pesquisa que se desenvolveu e que ganhou centralidade no avanço do mesmo, é que aspectos da ambiência que estão presentes nos espaços de atenção à saúde, em especial nas emergências, contribuem para a construção das representações dos indivíduos e da sociedade, sendo que essas representações avançam para além do âmbito do espaço da atenção à saúde em que ocorrem, interpretando outras ações do cotidiano. As interações que se dão entre profissionais e pacientes nessa ambiência oferecem um conjunto de elementos que, trazidos ao foco, indicam que sua importância supera a mera percepção momentânea do encontro, interferindo na compreensão a respeito do sistema de saúde, da compreensão da importância de um cuidado contínuo da saúde e do próprio conceito de saúde dos indivíduos envolvidos.

A experiência mostra um grau de aproximação ao imaginário estabelecido socialmente, reforçando ou enfraquecendo aspectos que dão importância à

autonomia e ao senso comum, estabelecendo uma nova relação e compreensão individual sobre o conhecimento e cuidado à saúde. Assim, estabelece-se a possibilidade de criar elementos propositivos na formulação dos espaços de atenção à saúde e no enfoque relacional das emergências que estejam voltados para a melhoria deste sistema. Essa melhoria deve ser pensada a partir da análise do cotidiano dos indivíduos que vivenciam essas práticas, considerando suas sensações, projetos e perspectivas, que se fazem presentes antes no imaginário, no ato da aproximação e interação com as organizações e no recolhimento das impressões que constroem a sua realidade futura.

Nosso objetivo central foi o de buscar, através de uma perspectiva compreensiva, os principais elementos do espaço e da interação que são manipulados pelos indivíduos envolvidos num encontro de atendimento, bem como quais os elementos que neste encontro podem estar contribuindo para a construção das representações individuais e sociais.

Nossos objetivos específicos foram:

1. Situar o lugar das emergências no âmbito do sistema de atenção à saúde, demarcando a sua importância e missão num contexto universal, bem como capturar a forma como essas instituições são percebidas pelos indivíduos (profissionais e usuários/sociedade).

2. Analisar a maneira como os espaços de atenção à saúde em emergências são percebidos e utilizados pelos indivíduos que participam de seu cotidiano, buscando capturar as formas de subversão de espaços e da lógica da atenção presentes.

3. Analisar a percepção dos pacientes em relação a sua realidade frente a uma crise de saúde, quando se apresentam situações pronunciadamente diferentes de sua perspectiva e de seu projeto de cotidiano.

4. Analisar a existência e a intensidade com que ocorrem os fluxos de informações entre paciente-profissional, buscando compreender a sua prevalência e o sentido desses fluxos, considerando as limitações particulares do encontro.

A opção no processo de organização da Tese levou em conta a necessidade de primeiramente situar o espaço onde se insere a sua discussão, mostrando o processo de evolução histórico e técnico da atenção à saúde. O processo de evolução histórica é feita no primeiro capítulo, abordando os principais aspectos da conjuntura em que se deu a formulação das políticas de saúde, e traz a

contextualização da evolução social e política desta locação, que desemboca na ambiência em que se desenvolveu a pesquisa (Paim, 1994, 2003). O capítulo trata também da evolução das práticas do cuidado, resgatando as hegemonias que acompanharam essa evolução. Seu objetivo foi o de iluminar os vínculos existentes entre o que a sociedade espera dos serviços de atenção à saúde, bem como do sistema de saúde que resulta do conjunto desses serviços. É tratada, de forma sucinta, a trajetória de construção desse sistema, de cujo contexto é extraído o trabalho de pesquisa e que se faz intrínseco aos desejos sociais. (Conill, 2006).

São abordados os desafios dos serviços de saúde que tendo como missão desenvolver determinada atividade no âmbito do sistema de saúde muitas vezes se vêem asfixiados por uma demanda não regulada adequadamente pelo próprio sistema (Alencar, 2005). Neste contexto os serviços acabam por reforçar nas pessoas que necessitam de atendimento médico a idéia da precariedade do sistema e o sentimento de impotência para exigir aquilo que entendem que lhe é devido, considerando as alternativas universais de assistência (Helman, 1994).

No segundo capítulo é realizada uma primeira imersão na emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, quando são tratados elementos de sua realidade e da percepção dos indivíduos que passam a habitar aquela ambiência por conta de sua atividade profissional ou necessidade de cuidado.

Ao apontar para a realidade de superlotação das emergências, em grande medida já naturalizada pela sociedade, são apresentados e discutidos alguns motivos para a situação encontrada. São motivações que se revelaram através de um processo de escuta de seus usuários, bem como de manifestações de trabalhadores e gestores do sistema. A discussão permite o aprofundamento de elementos que interferem na forma como os indivíduos processam a tomada de decisão quando da escolha do serviço de saúde que irão acessar.

Assim, o segundo capítulo aborda a contradição existente entre ao que se propõe a emergência do HPS, enquanto espaço de cuidado à saúde (Foucault, 1989), e o que ocorre no seu cotidiano. A instituição estudada, pressionada por uma intensa demanda, acaba por admitir em seu cotidiano a mistura de pacientes que buscam atendimento para patologias diversas das quais está preparada e dirigida enquanto parte de um sistema. Observamos um processo de subversão que é comum às emergências (Deslandes, 2000), e a partir dessa constatação são explorados os possíveis motivos que levam a essa contradição em seu espaço de

atuação (Aquino, 1987). As experiências de gestão desta porta de acesso ao sistema de saúde mostram estratégias utilizadas para minimizar as conseqüências desta subversão. Partindo dos motivos já indicados por estudos anteriores acrescentamos “novos possíveis motivos” que buscam ajudar nessa compreensão. São motivos que se descortinaram através da observação das ações e de declarações do paciente e não do gestor. A discussão dessas novas motivações identificadas faz aflorar o conflito entre a visão científica das emergências médicas, aferidas de forma “contábil” (Scliar, 2002) e as emergências sentidas, aferidas de forma subjetiva pelo paciente (Helman, 1994). A análise destes elementos permite que se apresente a compreensão do permanente sinergismo existente entre os elementos que podem explicar as ocorrências observadas no processo do cuidado da emergência do HPS.

Em seqüência, no terceiro capítulo serão abordados os aspectos de poder e disputas dessa ambiência/espço, analisando os processos de ocupação e subversão destes espaços, bem como as formas como esses espaços de atenção são percebidos pelos indivíduos que participam de seu cotidiano. Para tanto será analisada a compreensão que os usuários detêm em seu imaginário destes espaços de atenção (emergências).

Neste capítulo serão abordadas a missão da emergência, sua vocação e maneira de atuar frente às necessidades para acolher os pacientes de forma adequada. É apresentada a sua organização espacial, bem como suas divisões administrativas e tentativa de disciplinar sua operação. O hospital é apresentado como um “novo campo de produção”, como descrito por Foucault (1989), focando em especial sua aparente contradição com essa lógica disciplinadora proposta. São trazidas ao texto as vozes de seus habitantes, que contam como compreendem a forma como se desenrolam os episódios vividos no interior da instituição, inclusive tratando das subversões observadas e cometidas.

Serão analisadas algumas experiências que as vítimas de trauma vivenciam quando necessitam dos serviços de emergência. Serão focalizadas as dificuldades encontradas por essas vítimas para obterem assistência, as estratégias utilizadas para atingirem o seu objetivo, como acontecem as interações e os possíveis conflitos nessa jornada e, ainda, as impressões que os indivíduos manifestam sobre o cuidado recebido. O capítulo trata em especial de um aprendizado que é adquirido pelo paciente durante o processo de cuidado, que faz com que o mesmo desenvolva

performances e aprenda como agir diante de determinadas situações, tomando atitudes que lhe auxiliam a superar as dificuldades de um processo de cuidado mais prolongado na instituição. Discute-se ainda aspectos das relações entre pacientes e de seus familiares, capturando determinadas formas de compensação e trocas que mesclam situações de sofrimento e alívio.

No quarto capítulo são explorados os aspectos relacionados ao processo de interação que ocorre no encontro entre os indivíduos que partilham a ambiência da emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Essa exploração permitirá a análise de elementos que somados às percepções do espaço também contribuem num processo de sinergia na construção das representações. São analisadas as representações e experiências dos usuários no contexto do modelo médico, a partir de uma lógica cultural presente nas relações entre profissionais e pacientes, bem como a forma como são significadas as percepções dos pacientes e a possível presença de violência simbólica no processo de interação decorrente do tratamento ao que o paciente é submetido. Serão apontadas as formas de relacionamento dos pacientes com os territórios em que transitam, apontando para experiências adquiridas por conta de sua estada na emergência.

Finalmente, nas considerações finais, tentaremos adotar uma perspectiva propositiva, tendo em vista que temos ciência de que o estudo apresenta limites e que é possível propor novas indagações.

CAPÍTULO 1

O DESAFIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde ganham sistematicamente as manchetes dos jornais com notícias que falam de sua precariedade e ineficiência. São também apresentados em documentários e em especiais da televisão como algo ruim, que funciona mal e deve ser objeto de um processo amplo de reformulação. São notícias que salientam o descaso com o sofrimento do cidadão, que vitimado por algum problema de saúde, precisa de assistência médica e não tem atendidas as suas necessidades de cuidado. Na mesma linha são tratadas questões que envolvem a atenção à saúde, sendo severas as críticas em relação ao processo de acompanhamento da saúde da população. Destas críticas emanam mensagens de que é dada pouca importância ao caráter preventivo, desembocando fatalmente em situações agudas que poderiam ser evitadas. Muitos são os exemplos trazidos pela mídia de várias localidades do Brasil, prevalecendo os flagrantes onde o indivíduo passa por uma penosa rotina de espera e incertezas diante de um sistema que deveria oferecer esses serviços prontamente e de forma digna.

Tendo como foco principal a falta de acolhimento adequado aos indivíduos que procuram atendimento médico quando diante de uma crise de saúde, o que se assiste é muitas vezes apresentado como o “caos da saúde”. As notícias mostram os serviços lotados, sem condições de dar conta da grande demanda por assistência que invade esses serviços de forma intensa. Em sua maioria, os serviços apresentados nas matérias jornalísticas são as organizações que oferecem atendimento à saúde de forma pública e universal, seja através de serviços próprios do Estado, como postos de saúde, hospitais públicos e centros de especialidades,

seja através dos serviços privados que são contratualizados³ pelo Estado para prestar a assistência também de forma universal ao cidadão.

Trata-se de serviços de saúde que fazem parte de um sistema cuja missão é prestar assistência médica sem restrições, em todos os níveis de complexidade, ou seja, há nessa concepção a promessa de atenção integral à saúde, guardada a necessária regulação do acesso à assistência⁴. Em grande parte das notícias veiculadas são apresentadas imagens de pacientes desassistidos que com sofrimento aguardam atendimento em frente a esses serviços. Lembremos que sob o ponto de vista da operacionalização do sistema, os serviços de atendimento representam uma das portas de ingresso a esse sistema, que tem o compromisso de regular a demanda de acordo com a necessidade do usuário. Dessa forma, o que é apresentado é a dificuldade de acesso ao sistema através de sua utilização de maneira ordinária, ou seja, há tamanha dificuldade de regulação da demanda que as portas de ingresso no sistema não dão conta de cumprir a sua missão.

A desassistência e a longa espera para que o usuário obtenha o atendimento desejado são evidenciadas como sendo a falta de garantia do acesso à saúde, além de serem apontadas como um fator de agravamento da própria situação de saúde já fragilizada do paciente que aguarda para ser atendido. Essa evidência coloca em cheque um princípio⁵ doutrinário do SUS que fundamenta a sua própria existência. A garantia de acesso universal ao SUS é um elemento fundamental para a sua consolidação enquanto sistema e dela derivam a segurança ao usuário de que há a garantia de um “seguro à sua saúde” e que esse se dará sem barreiras de qualquer tipo.

Sob o ponto de vista da prestação dos serviços pelos trabalhadores, as informações indicam que, não obstante o permanente esforço mostrado pelas imagens de trabalhadores absorvidos por uma extenuante rotina para dar conta da demanda de pacientes que aguardam atendimento, esse esforço é insuficiente, resultando em imagens que são perturbadoras. De outro lado são apontadas atitudes tidas como “mercenárias” de profissionais que burlam os controles existentes no arsenal de acompanhamento e gerenciamento, para obter vantagens

3 Contratualização – forma de contratação de entes privados para a prestação de serviços de assistência pública e universal. Segundo a Lei 8080 cabe ao Estado a “contratualização” destas instituições e o estabelecimento de metas a serem atingidas.

4 Regulação do sistema é o processo que deve garantir o atendimento dos usuários de acordo com o seu grau de complexidade. Tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

5 São Princípios do SUS: Equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde.

não devidas. Trata-se de um processo muitas vezes articulado com entes diversos, que manipulam informações, desviando esforços e recursos em prejuízo da assistência que deveria estar disponibilizada em maior escala à população desejosa de atenção. A apresentação deste quadro leva à percepção de um sistema ineficiente, que ganha ainda outros aspectos que pretendem ser confirmatórios de um caos generalizado. Em muitos casos os trabalhadores em saúde oferecem justificativas para as situações apresentadas, que geralmente se fundamentam na falta de condições de trabalho, na baixa remuneração, ausência de equipamentos com tecnologias adequadas e em condições de operação, além de outros recursos que deveriam estar disponíveis para os usuários e que no entanto são sonegados, prejudicando a assistência.

No interior dos serviços, sejam unidades de atenção básica, centros especializados ou hospitais, são mostrados pacientes que, já em atendimento, estão mal acomodados, mal assistidos e desinformados de sua condição de saúde. Muitos desses pacientes relatam que tiveram que esperar o atendimento por um longo tempo sem ter certeza de que seriam atendidos. Aliviados agora, porque conseguiram ser acolhidos e estão em processo de atendimento, mantêm ainda incertezas em relação ao seu diagnóstico e à obtenção do tratamento de que necessitam, já que são constantes as informações de que faltam medicamentos, profissionais e os equipamentos “estão quebrados”.

As notícias tratam ainda de outros aspectos deste mundo particular, onde ocorre o encontro dos indivíduos que necessitam desesperadamente de algum tipo de atenção à saúde e aqueles que têm na sua atividade cotidiana a tarefa de oferecer essa atenção. Saliem-se nesses episódios a face da desorganização, muitas vezes baseada na suposta incapacidade do Estado de administrar o sistema. São apresentados depoimentos que referem a falta de planejamento e despreparo para a condução do conjunto complexo de atividades que compõe o mosaico de ações que dão forma ao sistema de assistência à saúde. Se junta a esses elementos as notícias de corrupção, desvios de verbas, má utilização de recursos e desperdícios.

O que é apresentado no plano individual (ou particularização dos casos) é que o indivíduo diante de uma situação de doença, imerso na busca de solução para esse momento de crise, se vê desamparado. Sem acesso ao sistema a que teria direito, que lhe é sonegado em função das dificuldades de acesso ao mesmo, acaba

contando com a solidariedade de parentes, amigos ou vizinhos. Esses, reconhecendo no episódio a luta do indivíduo contra um sistema que lhe maltrata, que não garante o direito universal à saúde, identifica nessa luta a solução para o atendimento que precisa. Assim a solução se faz ancorada no âmbito do “favor dos mais próximos” e na “caridade”. Trata-se muitas vezes da apresentação de um processo de atenção que devolve ao tempo passado a forma de atenção à saúde, onde o acolhimento dos doentes, velhos e desvalidos cabia às congregações, que ofereciam através da misericordiosa caridade essa função social.

Esse contexto acaba por reforçar nas pessoas que necessitam de atendimento médico a idéia da precariedade do sistema e o sentimento de impotência para exigir aquilo que entende que lhe é devido. Esse sentimento também é, em grande parte, compartilhado com a sociedade, que acompanha o desenrolar desses episódios, já que neles estão reunidos elementos que levam à conclusão de que os serviços, o sistema e as políticas de saúde são insuficientes e injustos, transformando-se em fonte de insegurança e sofrimento para os indivíduos que deles necessitam.

Lembremos que mesmo aqueles que não necessitam diretamente da atenção, mas que assistem a essa exposição, onde se estabelece a mensagem de luta do indivíduo contra um sistema, reconhecem o evento como sendo a prática usual para obter o atendimento do qual necessitam e assim passam a perceber esses serviços de atenção à saúde de forma negativa, haja vista a mobilização social que envolve o sofrimento mostrado nessa busca.

De outro lado, existe o reconhecimento de que o modelo de assistência à saúde do qual o Brasil lançou mão é uma das mais importantes e avançadas conquistas sociais. Conquista essa que se estruturou a partir de um processo evolutivo com avanços históricos, promovidos por uma luta permanente no sentido da garantia universal e integral. Trata-se de uma construção social que recebeu a ampla participação da sociedade civil e tem resistido, com essa participação, na trajetória de consolidar um modelo solidário. Sua potencialidade, enquanto lógica da atenção e do cuidado, se mostra capaz de dar conta da saúde do indivíduo como um direito da pessoa e dever do Estado. Tal reconhecimento tem sido a base para que o sistema brasileiro seja recomendado pelos organismos internacionais que formulam as proposições de futuro para a atenção à saúde humana, como um modelo a ser copiado por outras nações. Com números robustos, que dão conta de uma

capacidade de acolhimento que se multiplica e diversifica, o sistema interfere de forma positiva na saúde da sociedade. Através de ações direcionadas por uma base epidemiológica invejável, o sistema desfruta de grande capacidade para atuação preventiva, contando também com ampla atuação em procedimentos de alta em todos os níveis de complexidade, sendo inclusive o único capaz de oferecer atendimento em determinados cuidados de alta tecnologia.

O que se pode depreender até aqui é que estamos diante de um sistema que é apresentado e, em alguma medida, apresenta-se para a sociedade, com desajustes e inconsistências importantes ao mesmo tempo em que é reconhecido como um modelo a ser ampliado pela sua coerência lógica e capacidade de responder às necessidades de saúde da sociedade. Não cabe aqui, por conta do que se pretende com o estudo, analisar com profundidade o grau de veracidade do que é veiculado pela imprensa, ou a lógica interna do sistema de atenção à saúde brasileiro, mas sim reconhecer que há dificuldades de acesso a determinados elementos do sistema de saúde com os quais convivem os brasileiros. A pesquisa mostrou, através das entrevistas e da convivência com os pacientes, que há um conjunto de fatores envolvidos no processo de acesso ao sistema de saúde, que o torna complexo. Deve-se reconhecer que o processo de acesso implica na conjugação de escolhas do usuário e das determinações da lógica assistencial, assim como outros fatores que contribuem para a efetivação do atendimento do indivíduo num de seus bens mais caros, que é a manutenção de sua saúde. O que ocorre é um intrincado processo de apropriação e de submissão na maneira de lidar com esse sistema, são tensões que se promovem e desfazem. Pois é desta maneira de lidar com as ofertas e a estrutura do sistema, com sua lógica, sua ambiência e, em especial, a estratégia utilizada para obter acesso ao cuidado à saúde, é que tratamos aqui. Seria ingênuo imaginar que o indivíduo se postará quieto diante de uma necessidade desta ordem, por óbvio a sua atitude será a de proceder a uma busca para atingir seu objetivo, e para tanto se utilizará das ferramentas que lhe estiverem disponíveis.

É prevalente nas respostas oferecidas pelos usuários que sua postura diante da busca de atendimento é movida pela presença da crise de vida que se apresenta por uma situação de colapso da saúde, mas também participa dessa jornada uma estratégia, mais ou menos elaborada, e que servirá para a obtenção do atendimento de que necessita, para si ou para alguém para quem busca atendimento. Sua forma

de lidar com o sistema levará em conta o conhecimento que tem e aquele que passa a adquirir do mesmo durante a jornada na qual se lança para a busca do cuidado à saúde. Esse conhecimento se constrói através das experiências “vivas” e assistidas (Shultz, 1979), que impregnadas dos exercícios de “ir e vir das simulações produzidas pelo seu imaginário”, forma os caminhos possíveis para obter o sucesso de sua empreitada. Assim, não há como negar que o processo de cuidado, quando envolve o contato direto com o sistema de saúde, pode representar um aprendizado para o indivíduo sobre sua missão e complexidade. Esse aprendizado vinculará o seu estoque de conhecimentos, suas experiências, com as mensagens que o sistema oferece, agregando também aquelas mensagens de ordem da própria convivência com o sistema. Desse conjunto é possível depreender que o indivíduo ajuda a construir as percepções que o sistema tem de sua atuação, assim como a experiência com o sistema pode lhe proporcionar perspectivas diferentes sobre sua função e capacidade de lidar com a vida.

Sendo assim, uma das maneiras de realizar uma aproximação ao tema é conhecer a forma como os indivíduos e a sociedade lidam com essa questão, analisando as alternativas que se apresentam como possíveis de se lançar mão para obter a assistência desejada. Ainda que possa ser uma análise pouco profunda, se considerarmos a abrangência do tema, anunciamos que esse primeiro capítulo pretende dar uma dimensão do campo em que se insere o presente trabalho. Assim, o capítulo discute a forma como os serviços e o sistema de saúde são percebidos pelos usuários, levando em conta pesquisas que prospectaram essa dimensão. Na seqüência tratamos dos sistemas de saúde prevalentes em comunidades onde o estudo comparativo já se fez. Essa análise se dá a partir da explicitação da forma de conduzir os tipos de sistemas e os seus resultados mais evidentes tomados como exemplo pelos autores indicados. São apresentadas as “alternativas de assistência” cuja análise permite definir de que se está falando, ou seja, há uma diversidade e complexidade neste tema que obriga-nos, pela proposta do trabalho, a um importante recorte, onde fixamos a alternativa que estará abordada na seqüência do trabalho.

Ao passar pelo processo de evolução das políticas de saúde no Brasil, é possível contextualizar a origem e compreender com quais atributos essa evolução se deu, bem como associar essas políticas às origens das práticas de atenção e cuidado à saúde. Esse caminho foi trilhado com a certeza que a forma de lidar com a

saúde, em seus vários aspectos (atenção básica, alta complexidade, emergência, reabilitação e reinserção social), não pode ser realizado à parte de outros aspectos da sociedade focalizada, pois: “o sistema médico – o setor profissional de assistência de saúde – não existe num vácuo cultural e social.” (Helman, 1994, p. 80)

1.1-Caminhos para a assistência

Pesquisa realizada em 2001 apresenta como resultado diversas informações sobre as impressões do cidadão em relação ao sistema de saúde brasileiro. Uma das informações é de que mais de 60% dos entrevistados não confia plenamente em determinados aspectos importantes do Sistema Único de Saúde, dentre eles da sua capacidade de realizar, de forma eficaz, a atenção integral à saúde. Um número ainda maior de entrevistados admite que já utilizou ou pretende adquirir e/ou utilizar um plano de saúde privado, contratando-o de forma individual ou através de um grupo, seja empresarial ou de sociedade profissional, como sindicatos e associações de categorias profissionais (Brasil, 2001).

Os indivíduos naturalmente avaliam os serviços e sistemas de atendimento de acordo com os resultados que esses oferecem no momento de sua utilização. É através do reconhecimento da existência de atributos que são desejáveis que a avaliação se processa, independente do grau de atenção à saúde, por exemplo, que o indivíduo entende necessitar. Ou seja, a experiência vivenciada pelo indivíduo quando precisa utilizar algum serviço que entende ter direito, é que define a sua posição de aceitação/satisfação ao mesmo (Kotler, 2006).

Uma das formas de verificar o nível de aceitação dos sistemas existentes é apurar a intensidade na busca das soluções alternativas que convivem com a do sistema operado como ordinário ou usual. A medida dessa intensidade, ainda que agregue elementos do ponto de vista de opção individual, capacidade e disponibilidade de acesso, pode servir de parâmetro para a análise do grau de confiabilidade que o indivíduo tem no sistema ordinário, ou seja, daquele que é disponibilizado de maneira universal. Na situação em estudo, o sistema ordinário está representado pelo Sistema Único de Saúde, que tem como responsabilidade, dentre diversas outras, a prestação de assistência e serviços de atenção à saúde, garantindo a integralidade de atenção em todos os níveis de complexidade.

No caso em discussão, ainda que os elementos possam ser insuficientes para uma reflexão mais ampla e completa, a prática de aquisição de planos de saúde privados pode ser considerada, de forma complementar, como uma medida da confiabilidade do indivíduo em relação ao sistema de saúde oficial no Brasil, o Sistema Único de Saúde - SUS. Considerando que o sistema privado de saúde detém uma carteira de clientes que corresponde a 45% da população brasileira é possível inferir que há um importante “sintoma” de insatisfação com o sistema oficial.

Ocorre que a busca por alternativas paralelas, muitas vezes não garante a assistência à saúde de forma mais qualificada como espera o indivíduo, já que também os serviços e os planos de saúde privados são alvo de notícias desabonadoras, ampliando a insegurança no sistema existente.

Verifica-se ainda que o cidadão, na busca de uma garantia de acesso aos serviços de saúde, se utiliza de estratégias que pretendem alcançar acessos diferenciados ao sistema de saúde, seja pelo caminho judicial, seja pela utilização de artifícios que burlam as regras de acesso universal do sistema. Há, portanto, disponível, um grupo de acessos alternativos, cuja intensidade de busca pela sociedade aponta, em certa medida, para um baixo grau de aceitação e confiabilidade ao sistema público que aí está, ao mesmo tempo em que confunde o indivíduo que não consegue apropriar-se de forma adequada dos mecanismos de funcionamento do sistema.

Se de um lado os serviços públicos são apresentados como ruins, as demais alternativas também apresentam severos limites. No que se refere aos planos de saúde privados, não há garantia de acesso em função de seu alto custo de aquisição e manutenção, além do que, mesmo com acesso alternativo oferecido pelos planos de saúde, as notícias dão conta de que essa modalidade não preenche as necessidades de seus usuários. Longe de oferecer garantias de obtenção do atendimento pretendido, o que ocorre é um grande percentual de negativas à assistência necessária/pretendida para o usuário. Apesar da intensificação dos processos de vigilância e regulação do segmento por parte do Estado, as alternativas de atenção suplementar, em parte por seu caráter mercantil, que busca a redução de custos e ampliação dos ganhos, têm sofrido diversos reveses, prejudicando os usuários dessas modalidades de atendimento. Recentemente, por conta da desassistência verificada em muitos dos planos oferecidos por diversas operadoras, foi imposto pelo órgão regulador a suspensão da comercialização de

diversos destes planos de saúde. Tal imposição tem se apresentado de forma recorrente pela agência reguladora do sistema e tem tido como principal argumento para a sua adoção a impossibilidade dos planos de saúde privados garantirem o acesso oferecido contratualmente. Ou seja, a medida de garantia ao acesso se dá através da efetivação do acolhimento, diagnóstico e continuidade de determinado plano terapêutico, que se mostra frustrado na sua continuidade por conta das diversas exclusões, prejudicando a saúde do usuário de planos privados.

Lembremos também, que muito recentemente, no dia 25 de abril de 2013, os médicos de oito estados brasileiros e do Distrito Federal suspenderam o atendimento aos pacientes ligados a planos de saúde. Essa iniciativa, que contou com o apoio do CFM – Conselho Federal de Medicina e dos Sindicatos da categoria, segundo estimativas, deixou mais de um milhão de pacientes sem atendimento apenas neste dia. A paralisação teve como objetivo protestar em relação ao não repasse financeiro dos últimos reajustes concedidos para os planos de saúde aos profissionais médicos vinculados às empresas de seguro-saúde privado.

Assim, o que se verifica é que parte importante das alternativas que podem ser prospectadas pelo indivíduo que busca atenção à saúde na área privada, apresenta problemas muito semelhantes àqueles que são verificados pelo sistema público universal. Vemos que as portas de acesso ao serviço de saúde privado podem possuir elementos restritivos de fundamentação diferente, no entanto tão ou mais severos do que os elementos restritivos presentes no serviço público. Há, no entanto, nesse segmento da saúde privada, um processo de propagação de informações sobre suas benesses que é muito mais amplificado do que de propagação dos problemas que acompanham os meios de acesso dessa modalidade de atenção, que são mais restritos.

Em relação aos artifícios que burlam as regras de organização do acesso, esses permitem apenas soluções pontuais e com limitada longitudinalidade, como a “judicialização da saúde”, que tem alcance momentâneo, não perenizando ações individuais, que são também muitas vezes controversas. Além do que, são alternativas que demandam a implicação de outras áreas normatizadoras de acesso também limitado, como o Judiciário, que é reconhecido como demasiadamente lento, pela sociedade, para atender situações desta ordem.

Como citado anteriormente, há situações onde o processo de atendimento ou de atenção à saúde passa a se utilizar de elementos conhecidos como “um favor”,

são âmbitos que levam o indivíduo a compreender que há necessidade de favorecimento através de filiações especiais. Trata-se de práticas próximas ao que Da Matta (1993) chamou de “jeitinho”, onde o apadrinhamento acaba por escravizar a vontade individual. Por conta de serem consideradas atitudes nefastas, são práticas com cada vez menos eficácia e acabam por perturbar a própria qualidade da assistência prestada.

Eu consegui porque tinha um amigo de meu pai que foi Deputado e conhecia alguém que trabalhava lá. Mas serviu para o atendimento daquele dia e só me encaminharam para que eu procurasse o meu médico, como se eu tivesse um médico meu (...) mas, bom, valeu. Eu não podia esperar muito mais, foi um favor e não podia exigir mais do que aquilo. Ao menos fui atendido (...) agora vou ver como fazer para o exame, já me pediram o número sei lá do que, e eu não sei como conseguir isso. Assim vamos indo. (USA-SA-01)

Independente da alternativa para o acesso ao serviço de saúde que o indivíduo escolhe, seja pela porta de acesso universal do sistema público, pela contratação de um serviço ou plano privado ou pelas alternativas de facilitação ou agilização do acesso, como a judicialização, são as políticas e o sistema de saúde o foco das discussões desse imbricado tema. Lembremos que, por definição, o Estado é o responsável por promover a saúde, oferecer o acesso aos serviços de saúde, operar a regulamentação e a regulação dos serviços privados de seguro-saúde bem como realizar a fiscalização e garantir a sua adequabilidade aos princípios doutrinários. Visto dessa forma, a responsabilidade do Estado em relação à saúde do indivíduo, de acordo com o que está estabelecido pelo modelo, é inescapável. Ou seja, não há como afastar a permanente e desejada vulnerabilidade ao controle social de um sistema que tem a amplitude de atuação com a dimensão do sistema brasileiro.

1.2-Os sistemas de saúde.

Importantes discussões têm sido travadas na busca de identificar as causas que levam a assistência à saúde no Brasil ser alvo de inúmeras críticas. Parte

dessas discussões aponta para o entendimento de que, em grande parte, a indesejada situação que é encontrada nas notícias que apresentam a assistência à saúde no Brasil, deve-se à falta de um financiamento adequado para a área. Afirma-se que a insuficiência do investimento público na saúde é a principal causa dos problemas na área. Comparativos dos gastos anuais em saúde de diversos países colocam o Brasil numa situação desfavorável. Verifica-se que enquanto países como Inglaterra, França e Alemanha, que têm sistemas de saúde melhor ajustados às necessidades do cidadão, gastam cerca de 10% de seu PIB no sistema de saúde, enquanto que o Brasil gasta em torno de 6%, considerado o mesmo período (Conill, 2006). De outro lado, estudos mostram que outros sistemas de saúde, como o americano, que gasta 15% do seu PIB na saúde, apresenta resultados piores do que o dos países já citados, bem como determina a exclusão de parcela importante da população que não dispõe de qualquer tipo de assistência. Assim, ainda que o investimento financeiro no setor saúde seja um fator importante para que o mesmo possa atingir seus objetivos, a qualidade do investimento merece uma análise mais profunda. É importante compreender também “onde” ocorre esse investimento, especialmente se os mesmos estão alocados nas necessidades da maioria da população com que tem maior vulnerabilidade e dependência do cuidado ou atenção, definição que se dará a partir da escolha do modelo de sistema.

Estudos no segmento da Ciência e Tecnologia mostram que a pesquisa em saúde, no âmbito mundial, é a que historicamente apresenta as maiores contribuições. É também nesta área que é despendido o maior volume de recursos financeiros. Em 1998, estimava-se terem sido gastos 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).

Em 1986 no Centro Internacional para o Desenvolvimento da Pesquisa do Canadá – IDRC, com participação de outras quinze instituições, foi estruturada a Commission on Health Research for Development – COHRED. Essa comissão elaborou estudo que se tornou bastante famoso. Conhecido como “10/90 Gap in Health Research”, esse estudo demonstrou que 10% dos recursos gastos com pesquisa em saúde no mundo, destinaram-se ao estudo de doenças que acometem 90% da população mundial e que os demais 90% dos recursos foram 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). São informações que dão conta de iniciativas avessas ao que se desejaria assistir para uma atuação mais solidária dos povos.

Segundo Conill, (2006), a *análise comparada dos sistemas de saúde* mostra uma dinâmica em que cada sistema de saúde é único, representando o resultado da história e dos valores de cada país, do desenvolvimento econômico e social e da capacidade de governo na implantação de políticas sociais. Ao mesmo tempo os sistemas e serviços recebem influências que são universais, especialmente no campo tecnológico e demográfico, que trazem consigo tendências para a criação de consensos em torno de políticas específicas, com pressões mais evidenciadas nos países em desenvolvimento. Por certo os investimentos feitos em tecnologias na área da saúde, que como vimos são volumosos, precisam ser consumidos em larga escala, o que explica, em grande medida, a importância dada ao processo de incorporação tecnológica dos países que passam a construir alternativas para o cuidado da saúde de sua população. Seria ingenuidade admitir que a caracterização dos sistemas de saúde pelos grandes laboratórios e fabricantes de equipamentos estaria isenta dos atributos mercantis e comerciais que buscam moldar as demandas de acordo com interesses bem delineados.

Nesta mesma ótica, que trata da disponibilização de recursos para o investimento na área de saúde, a discussão toma também outros contornos, como por exemplo, a questão da eficiência. Há entendimento de que o que ocorre no âmbito do financiamento do sistema não é a falta de recursos, mas sim a má gestão dos recursos existentes. Essas opiniões apontam para a importância de uma correta e justa aplicação dos recursos já disponíveis, o que resolveria, em grande parte, os problemas da saúde que são referidos de forma persistente. Justifica-se que os problemas são recorrentes e já poderiam ter sido corrigidos desde que adequadamente enfrentados com a priorização dos investimentos (Mendes, 2006).

De maneira geral, o que se observa nas análises comparadas de sistemas de saúde, é que o principal recurso necessário para a obtenção de resultados positivos não é o financeiro, mas sim o recurso tempo. O entendimento é de que a elaboração, programação, implantação e manutenção de um sistema que seja adequado às necessidades da sociedade demanda um longo tempo e necessita de amplo apoio e redirecionamentos estratégicos para que seja robusto o suficiente

para garantir os resultados esperados. O que pode ser evidenciado na reforma dos sistemas do Québec e Inglaterra, reconhecidos como equilibrados, é que demandaram tempo para sua consolidação no formato em que atualmente operam. É importante considerar que a sua construção levou em conta a participação do usuário e a expectativa que o sistema desencadeia na sociedade por conta do que é oferecido. Deve haver uma permanente mediação entre o que é esperado pelo indivíduo e o que é oferecido pelo sistema.

O que se pode reter desta análise é que não há como compreender a forma como os indivíduos percebem os serviços de saúde, a rede assistencial e o sistema como um todo, bem como a maneira como se relacionam com os mesmos, sem prospectar a forma como essas instituições foram concebidas pela sociedade que delas faz uso, especialmente se a sua construção se deu através de um processo participativo. O sistema é resultado de uma expectativa da sociedade e se reflete no que dele será esperado por aqueles que o construíram, sendo realimentado constantemente por construções complementares e reconstruções. Haja vista que cada sistema é único e carrega consigo a representação da história da comunidade e os valores que serviram de base para a busca dos desejos, esse processo deve ser levado em conta para que se possa compreender como se estabelecem as representações do indivíduo e da sociedade nessa relação de interação.

Levando em conta essas informações e considerando que cada nação apresenta situações próprias de desenvolvimento econômico e social, bem como diferentes níveis de capacidade de governo para a aplicação de políticas sociais, fica estabelecida a necessidade de que esses aspectos sejam tratados. Essa discussão tem sido travada ampliando seu espectro, por exemplo, através de outros focos possíveis da temática, que têm sido iluminados a partir da situação indesejada em que são apresentados os serviços de saúde pela mídia, e que, em grande medida, se constituem numa realidade. Trata-se da discussão sobre o tipo de sistema de atenção à saúde implantado e em desenvolvimento no Brasil. Sobre esse ponto de vista, se, por um lado, há correntes que afirmam que o equívoco está na política de saúde definida para o país, onde os princípios do acesso universal com contribuição solidária levaria invariavelmente o sistema a uma situação insustentável sob o ponto de vista do financiamento público-estatal, em contrapartida há os que afirmam ser o sistema implantado no Brasil o único capaz de proporcionar, de forma justa para a população, o direito universal à saúde, e por conseqüência, à vida.

Cabe, neste momento do estudo, tratar das alternativas de assistência para o tratamento e cura das doenças e agravos à saúde. Segundo Cecil Helman um sistema médico de determinada sociedade não pode ser estudado de forma isolada, ou seja, é necessário que outros aspectos como sua organização social, religiosa, política e econômica sejam considerados (1994). Esse mesmo autor entende que a análise de qualquer sociedade complexa permite identificar três alternativas de sistemas de assistência à saúde. São alternativas que possuem seus próprios meios de explicar a ocorrência das doenças e promover iniciativas que permitam a sua cura. Mais do que isso, o sistema define também “quem cura e quem é o paciente” (Helman, 1994, p. 71), além de especificar como ambos devem agir no encontro terapêutico.

A primeira alternativa é o campo leigo, não-profissional e não-especializado da sociedade. Nesta alternativa a doença é reconhecida e definida, para só então iniciar o tratamento. Trata-se de uma alternativa que recorre a meios não remunerados, através da auto-medicação, do aconselhamento de amigos, familiares e vizinhos. O tratamento é normalmente baseado em crenças leigas e em experiências vividas por outros indivíduos que são consultados porque passaram por um distúrbio semelhante. Participam desta forma de buscar a cura uma série de elementos que se mesclam, indo desde o “chá da vovó”, adoção de uma dieta especial e da forma de organização da rotina, até o uso de medicamentos industrializados. Inclui normalmente crenças sobre a conservação da saúde, que variam de acordo com a cultura da sociedade em que o fato está inserido. Esta alternativa de assistência à saúde é citada como “a alternativa informal” e ocorre normalmente entre pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, residência comum, bem como por laços que se constroem a partir de convivências que ocorrem em associações, organizações profissionais e religiosas. Os encontros terapêuticos ocorrem sem regras definidas, podendo ser realizados em locais de convivência sem a necessidade de uma preparação especial para que o encontro ocorra. Ainda que alguns indivíduos, como coordenadores de grupos de auto-ajuda, oficiantes de cultos e os mais experientes, tendam a atuar como aconselhores mais do que outros indivíduos, é possível e comum que os papéis se invertam (de aconselhador para aconselhado), ou seja, os papéis poderão ser invertidos em outro encontro terapêutico, onde o curandeiro de hoje poderá ser o paciente amanhã. Nesta alternativa de cuidado não há uma formalidade para

ascender à posição de cuidador, tampouco para a transmissão oficial de sabedorias ou poderes que dariam ao indivíduo uma capacidade diferenciada. O reconhecimento da capacidade de lidar com a questão saúde está alocado no âmbito familiar, quando determinado membro ou grupo compreende que há uma história coerente de atuação que resultou em melhoras significativas da qualidade da saúde.

Segundo ainda o mesmo autor, uma segunda opção é a “alternativa popular”, que é especialmente ampla nas sociedades não-ocidentais e situa-se entre o sistema oficial e o informal, não fazendo parte do sistema médico oficial, porém desenvolve técnicas especiais como curandeiros, parteiras e extratores de dentes. É comum que os cuidadores se organizem em associações de curandeiros, “com regras de admissão, códigos de conduta e troca de conhecimentos.” (Helman, 1994, p. 75). Dependendo da sua origem ou formação, esses curandeiros podem ser classificados como seculares, sagrados ou uma combinação de ambos. Sua prática compreende a aplicação de conhecimentos adquiridos através do acompanhamento de curandeiros mais experientes, também existindo a possibilidade de aquisição de conhecimento através da atividade em instituições de saúde onde estes trabalharam por algum período. Os curandeiros populares compartilham a mesma visão de mundo das comunidades em que atuam. Normalmente partilham da mesma concepção e valores culturais, que indica a origem das doenças e a forma de tratá-las. Sendo assim, na medida em que as sociedades partilham de uma visão em que as doenças são o resultado de bruxarias e feitiçarias, os curandeiros sagrados são mais comuns e as práticas de cura estarão mais voltadas para a disputa entre o bem e o mal.

Nesta forma de compreender a doença e a saúde, é comum que esses eventos sejam considerados um desequilíbrio ou um distúrbio natural ou sobrenatural, ou seja, qualquer comportamento imoral, afastamento de preceitos religiosos ou conflitos familiares podem resultar em sintomas físicos e emocionais, que devem ser tratados com o auxílio dos serviços de curandeiro popular sagrado.

O tratamento de problemas de saúde através da alternativa popular oferece diversas vantagens sobre a medicina científica moderna como, por exemplo, a participação da família e das pessoas mais próximas no processo do cuidado, partilhando questões ligadas ao diagnóstico e ao tratamento. O foco de atenção não é somente o paciente, mas abrange um contexto mais amplo, onde são

consideradas questões de ordem da convivência, do trabalho e das relações do paciente.

As formas do indivíduo se transformar em um curandeiro podem ser através de herança, de uma tradição estabelecida pela sociedade, em geral indicada por uma posição na família (o sétimo filho do sétimo filho), a descoberta do “dom da cura”, presságio ao nascimento, como uma marca de nascença ou aquisição de determinada habilidade que infere a capacidade de cura.

Por fim, a alternativa do setor profissional é a que mais se aproxima de nossa sociedade contemporânea. Esta compreende as profissões sancionadas legalmente e “sindicalizadas”, é a alternativa conhecida como a medicina científica ocidental ou alopata. Inclui todos os médicos das diversas especialidades e também outras profissões reconhecidas, como fisioterapeutas, enfermeiros, etc. Trata-se de uma alternativa que exige uma formação formal, homologada por autoridade legal que estabelece um reconhecimento de responsabilidade sobre os processos e práticas que se dão no cuidado à saúde, não obstante, segundo Arthur Kleinman, os sistemas médicos tradicionais também possam se profissionalizar, como é o caso de faculdades médicas da Ayurvédica e da Unãni na Índia (Kleinman, 1980).

Reconhecendo que o potencial médico é um recurso escasso, é importante admitir que essa alternativa do setor profissional representa uma proporção pequena na assistência à saúde na maioria dos países do mundo, sendo predominante as alternativas popular e informal (Helman, 1994). Na maior parte dos países onde é predominante a alternativa profissional, o grupo de “curandeiros” adquire o direito de exercício da profissão de forma legal, implicando na maioria das vezes em reserva de mercado, com a banalização das demais alternativas de atenção, inclusive culminando com a marginalização e penalização judicial de exercício ilegal de atividade na área da saúde. Com já visto, essa forma de cuidado estabelece uma hegemonia da profissão médica, dando poderes ao profissional para interrogar, questionar, realizar exames e rotular indivíduos de acordo com diagnósticos cientificamente elaborados e homologados por sua própria autoridade. Essa prática de rotulação, muitas vezes de caráter permanente, pode entrar em conflito com a perspectiva do paciente, o que será revisitado mais adiante no capítulo 3. Outro problema dessa prática é que esses rótulos podem produzir efeitos importantes, “tanto sociais (por confirmar o paciente no papel de doente) quanto econômicos (por influenciar os pagamentos de seguros de saúde e pensões).” (Helman, 1994, p. 80)

Foi possível depreender que o hospital é o ícone demarcador desta alternativa de cuidado à saúde, na medida em que é neste espaço que a medicina profissional exerce o seu mais amplo domínio sobre a doença e sobre o indivíduo que é portador do mal. É neste espaço que o indivíduo é segregado de sua rotina e de suas relações interpessoais usuais, há um controle completo sobre a sua existência, há monitoramento da sua comunicação, alimentação, relações interpessoais, higiene, etc. São ainda parametrizados elementos que estão alocados como características científicas que devem ser observadas. É o “olhar contábil”, onde são verificados os números referentes à pressão arterial, temperatura, contagem sanguínea, oxigenação, velocidade das reações, etc. São elementos de observação que se apresentaram no início do século XIX, quando da evolução dos padrões de medida elaborados em especial na França, já que: “Até o século XVIII, os médicos estavam mais interessados no que os pacientes diziam do que nos sinais objetivos da doença.” (Scliar, 2002, p. 60)

Por óbvio, no presente trabalho a alternativa de cuidado à saúde considerada é a profissional, haja vista que o mesmo desenvolveu-se em uma instituição onde é predominante essa modalidade de atenção. Ao que cabe considerar que há a predominância do olhar científico sobre as questões que tratam da atenção e do cuidado da saúde dos indivíduos. Não só porque estamos tratando de um sistema de saúde que tem uma clara opção pela alternativa profissional, mas também porque o trabalho é desenvolvido em uma instituição que foi aqui apontada como o ícone desta alternativa de cuidado. É, porém, inescapável indicar a existência de discussões sobre a melhor alternativa de atenção, visto que não existem sistemas sociais acabados, e como vimos, no campo da saúde, é possível identificar a sinergia de iniciativas de cuidado que mesclam os conceitos aqui tratados e por certo há uma convivência, mais ou menos pacífica, dos modelos trazidos ao texto.

Existem ainda, além das discussões aqui apontadas, outras que também se apresentam centrais na preocupação de oferecer atenção à saúde de forma ideal. Há questionamentos sobre a assertividade da valorização do modelo hegemônico hoje prevalente, que é baseado em saber específico, com centralidade na cura (Merhy, 1997), a questão da dimensão dos vínculos da saúde individual e social com os demais processos do cotidiano, como trabalho, cultura, família e regionalização (Dahlgren e Whitehead, 1991). Outros temas são incorporados a essas discussões, como os que tomam o rumo corporativista ou do empreendedorismo capitalista, que

embora sejam fortemente alocadas na mídia, refletem posições de segmentos claramente definidos e que pouco podem ofertar para a efetiva disponibilização de estruturas capazes de atender aos princípios que o atual sistema persegue (Rocha, 1995).

O que me parece importante dessa análise, mais do que assumir alguma das opiniões como sendo a mais acertada dentre as que disputam a verdade sobre o melhor modelo de sistema para atenção à saúde, é o próprio processo de discussão que se mostra em ebulição. Ou seja, mais do que as respostas que vêm dessas correntes, o importante é perceber que as políticas, sistemas e serviços de saúde passam por um processo de discussão que faz aflorar a necessidade de estudar em profundidade esse conjunto, buscando compreender e colaborar com o processo. Não obstante a análise comparativa entre os diversos modelos de assistência à saúde adotados pelo mundo seja importante, já que analisa seu grau de equilíbrio, vinculação econômica, efetividade, eficiência, etc, não estamos diante de uma discussão terminada, uma vez que muito ainda há para se tratar. Primeiro cabe reconhecer que não existem sistemas puros, prevalecendo o hibridismo nas formas de concepção e execução da lógica dos sistemas em operação. Da mesma forma é importante reconhecer que não há como transpor um sistema de uma realidade social para outra, o que põe em cheque a prática usual em outros segmentos, onde a mecânica de transferência permite a migração com poucos ajustes de sistemas externos. Assim, não há como estabelecer uma estratégia para dar conta de um problema desta complexidade sem compreender a expectativa da sociedade.

Em que pese a importância das discussões que se travam em relação às políticas de saúde, ao sistema de saúde e aos serviços de atenção, especialmente no que se refere aos possíveis motivos que justificariam o estado em que são mostradas as portas de acesso disponíveis para o usuário, é importante que se possa reconhecer que as críticas levadas a público são fundamentadas em uma realidade que se escancara à sociedade. Essa realidade mostrada, constrói o imaginário do que se deve esperar e estabelece o diferencial em relação ao que se pretenderia receber dos serviços de saúde. Pois então os serviços se reconstróem sistematicamente no imaginário dos indivíduos.

De outro lado, não há como compreender a forma como o indivíduo percebe a atenção à saúde sem verificar as origens do sistema vivido por ele. É parte de sua percepção o quanto o que ele vê está próximo ou afastado daquilo que entende que

lhe é devido. Sua expectativa depende do que o sistema e a política de saúde estabelecem como direito seu. Há uma permanente medição em relação ao que se espera e o que se recebe. Assim como, no outro sentido, a sociedade é que constrói, mantém ou altera os sistemas, eles são o resultado de sua busca. No que se pôde verificar até aqui, a atenção à saúde no âmbito que se quer analisar tem forte influência do Estado, e o que o indivíduo dela espera está ancorado no sistema socialmente construído, cujas opções de abrangência e atuação foram conformadas por demandas sociais que devem ter sua evolução conhecida.

Outro aspecto da atenção pode também ser verificado ao analisarmos as notícias e imagens veiculadas na imprensa em geral. É possível identificar que dentre as situações mais referidas e reproduzidas, estão aquelas que apresentam as portas de entrada do sistema. É bastante comum que nas notícias e nas discussões que tratam do acesso ao cuidado à saúde sejam mostradas imagens, mensagens e depoimentos que referem a falta de atendimento no primeiro momento da atenção, em especial nas situações agudas dos pacientes que buscam os serviços de emergência. O que se pode identificar é que os pacientes, nesta situação, encontram dificuldade de receber o atendimento pretendido, ou o recebem após várias tentativas frustradas, que muitas vezes consome um tempo considerado muito longo, seja pelo sofrimento do paciente, seja pelas conseqüências que podem se apresentar como resultado de um atendimento tardio. Ainda que outros serviços de atendimento à saúde também sejam apontados como deficientes, nas notícias de que falamos, as emergências se apresentam como os serviços onde existe uma maior prevalência de atendimentos agudos, apresentando maior exposição deste tipo de ocorrência. Seja pelo apelo que as imagens de brutalidade e sofrimento, presentes nas emergências, oferecem para chamar atenção ao problema, ou por tratar-se de um serviço onde não deveria existir espera para o atendimento, são nesses serviços que são encontradas as mais chocantes e recorrentes demonstrações dos problemas do sistema de atenção.

Reconhecidamente, as emergências têm se constituído nas portas de entrada preferenciais ao sistema de atenção à saúde. Esse fato tem múltiplas explicações referidas pelo senso comum, que passam pela facilidade de acesso, já que oferecem atendimento nas 24 horas do dia, por contarem com uma diversificada equipe de especialistas, por abrigarem um complexo parque tecnológico tornando o atendimento mais rápido e resolutivo, e até mesmo por motivos de proximidade da

residência do paciente. Além do que, os serviços de emergência têm uma regionalização⁶ frágil por conta de sua própria vocação, e apresentam, na sua maioria, limitado índice de regulação dos pacientes. Deve-se reconhecer também que a credibilidade que as instituições de atendimento de emergência obtiveram junto à população ao longo do tempo é um fator que contribui para a busca de atendimento nestas instituições, mesmo quando não se trata de um evento de emergência.

Independente da prevalência que uma ou outra das explicações que foram apontadas possa ter sobre os motivos que levam os indivíduos a buscarem a porta de entrada ao sistema através do ingresso pelas emergências, o fato é que esses serviços encontram-se superlotados (Alencar, 2005). Isso evidencia um dos motivos que leva à desorganização de elementos de hierarquização do sistema. Há que se compreender ainda que os indivíduos\pacientes agem desta forma, tomando para si a decisão de escolha do serviço, por conta de um aprendizado que se fez através da construção de imaginários, que são parte de suas representações, construídas por referências do seu cotidiano.

As emergências, portanto, têm algo de reconhecimento da sociedade que se construiu ao longo do tempo e que proporcionou o aprendizado que leva o indivíduo à ação. Essa construção se faz, em alguma medida, por dois fatores que devem ser entendidos. O primeiro diz respeito à política de saúde que está estabelecida no Brasil. Não há como afastar os elementos de um processo político de construção da atenção à saúde quando se pretende a compreensão da forma de utilização, acesso e percepção do cuidado. A política de saúde estabelece contornos que são percebidos e cobrados pela sociedade, na medida em que são estabelecidas as responsabilidades de cada participante do processo. O segundo elemento fundamental para compreensão da forma como a atenção à saúde está disponibilizada, os critérios de acesso, e a concepção do cuidado, é o sistema de saúde. Esse estabelece a forma de manter a assistência, a organização da atenção em seus aspectos operacionais, enquadrando as instituições e espaços de atenção de acordo com as vocações e as necessidades da população.

⁶ A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, sub-divisões ou agregações do espaço político-administrativo.

1.3-Políticas de saúde no Brasil

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil deve ser considerado levando em conta os elementos conjunturais em que ocorreu. Políticas desta natureza constituem-se por demandas sociais, portanto são produtos de construções que se dão por conta de movimentos mais amplos, interferindo simultaneamente em diversos aspectos da sociedade. Assim, mesmo que de forma sucinta, a abordagem do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil não deve perder essa vinculação.

O primeiro marco importante na análise do desenvolvimento das políticas de saúde é a chamada “República Velha”, que é compreendida entre os anos de 1889 até 1930. Neste período prevaleciam as doenças transmissíveis como a febre amarela urbana, varíola, tuberculose e sífilis, além das endemias rurais. A ocorrência das doenças conhecidas como pestilenciais ameaçava os interesses do modelo econômico agrário-exportador, forçando uma resposta do Estado, que se deu com a realização de campanhas sanitárias. Não existia outro tipo de atendimento médico que não fosse particular ou da caridade, o primeiro pago individual e diretamente ao profissional, ficando limitado aos mais abonados, o segundo era oferecido por religiosos (Paim, 1994).

Neste período surgia, na estrutura da sociedade brasileira, um novo contingente formado por trabalhadores assalariados, uma vez que instalou-se o modo de produção, onde os excedentes econômicos, especialmente gerados pela produção do café, propiciaram a instalação das primeiras indústrias. Com um núcleo agrário voltado mais fortemente para o café, o açúcar e a borracha, fortalecia-se um segmento voltado para atividades financeiras, transporte, comercialização e administração da indústria. Predominava a estrutura político-ideológica do Estado liberal-oligárquico, representando interesses dos produtores agrários de São Paulo e Minas Gerais, que ficou conhecida como “política café-com-leite” (Braga & Goes de Paula, 1981).

Predominava a idéia de que o Estado não deveria intervir na área da saúde, haja vista a ideologia neo-liberal dominante, onde o Estado só deveria atuar naquilo que o indivíduo ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Entretanto, alguns elementos disparadores, como as precárias condições de trabalho na indústria, o trabalho infantil, o crescente número de acidentes de trabalho, e especialmente a

falta de saneamento das cidades, que prejudicava o comércio exportador, obrigou o Estado a um movimento de organização da produção e distribuição de serviços de saúde.

O elemento deflagrador da intervenção do Estado na saúde pública foi a epidemia de febre amarela na capital da República. Tal epidemia retira os portos brasileiros das rotas comerciais da época, já que os navios deixavam de aportar no Rio de Janeiro, por conta das doenças dali levadas junto com os produtos embarcados. Essa época trouxe à cena Oswaldo Cruz, cujas iniciativas foram focadas no saneamento dos portos brasileiros.

Assim fica demarcada a primeira fase do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, evidenciando claramente que não se tratava de atuar no conjunto de problemas de saúde ou carências da população, mas sim na necessidade de garantir investimento na economia exportadora. A ação do Estado na área da saúde se dava pressionada por eventos calamitosos como epidemias, no entanto, em nenhum instante se configurava a idéia de direito à saúde (Costa, 1985).

Um segundo momento em que se configura uma fase de desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, é conhecido como “Era Vargas” (Paim, 2003). Esse período entre 1930 e 1964 se caracterizou por ter a predominância de patologias infecciosas e parasitárias, conhecidas como “doenças da pobreza”, onde são comuns também agravos por deficiências nutricionais. Associam-se a essas as doenças da chamada “morbidade moderna”, como doenças do coração, neoplasias e as originadas de acidentes e violência.

Nesse período ocorreu a crise do café, e há um enfrentamento por conta do golpe de Estado, a “Revolução de 30”. A acumulação capitalista foi progressivamente realizada pelo capital industrial, no entanto, preservando interesses das oligarquias agrárias. Instalou-se um Estado Nacional, proporcionando autonomia para iniciativas como a definição de uma política de saúde e a instituição de estruturas executoras dessas políticas.

Esse processo organizativo dos serviços de saúde no âmbito estatal ocorreu com a criação do Ministério da Educação e Saúde. A medicina previdenciária e a saúde ocupacional passam a ter vinculação com o Ministério do Trabalho, estabelecendo um triplo sentido de expansão: à saúde pública, a medicina previdenciária e a saúde do trabalhador. No setor privado ocorreu um processo de fracionamento onde figuravam os hospitais beneficentes, a medicina liberal e

empresas médicas com fins lucrativos. Essa fase distingue-se da anterior em função da ação estatal não ser limitada a ações sanitárias e policiais, como a obrigatoriedade da vacina ocorrida na Velha República. Foram criados serviços especiais para controle de doenças, com valorização da educação sanitária e a incorporação de iniciativas, antes isoladas, às estruturas institucionais, o que acabou por fortalecer a ação do Estado na saúde pública. Ainda com viés campanhista, são iniciados programas especiais como materno-infantil, de controle da tuberculose, hanseníase, etc. tendo, nesta mesma via, a criação e manutenção de serviços de pronto-socorro, hospitais psiquiátricos, postos de saúde e outros espaços de atenção para onde acorriam segmentos da população que não tinham como pagar por serviços privados.

Nesse período foram criados para os trabalhadores urbanos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que tinham vinculação a categorias profissionais, e que permitiam também acesso à saúde. Os trabalhadores rurais permaneceram desassistidos, assim como aqueles trabalhadores vinculados a categorias do mercado informal. Havia uma forte expansão do consumo dos serviços de saúde, o que acabou por superar as ações de serviços de saúde pública. Esse elemento de superação estabeleceu a bases para a capitalização do setor saúde e da medicina, que promoveu resultados na conjuntura que se seguiu. Até aqui a saúde pública esteve limitada, em grande medida, a ações que tinham como objetivo a preservação da mão-de-obra e a garantia dos mercados, longe de se estruturar como uma política de Estado, pois ocupava-se com ações pontuais e objetivos específicos.

Essa nova conjuntura, conhecida como “Período Autoritário”, compreende o período de 1964 até 1984 e caracterizou-se pela piora de alguns dos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil (que havia reduzido nas décadas anteriores) o aumento do índice de tuberculose, doença de Chagas e malária na população em geral, bem como o acréscimo de doenças e acidentes relacionados ao trabalho (Guimarães, 1978).

O que se observa nesse período é que:

O perfil epidemiológico refletia a concomitância de morbidade moderna com a morbidade da pobreza, embora com o predomínio da primeira: as doenças do aparelho circulatório passaram a ser a causa mais importante de morte no Brasil nos anos 80. Mesmo no

período chamado “milagre brasileiro” (1968-1973), não houve melhoria do quadro sanitário, destacando-se a grave epidemia de meningite no início da década de 70. Somente no período pós-74 ocorreram melhorias localizadas em relação às doenças transmissíveis, particularmente as controláveis por imunização. (Paim, 2003, p. 591).

Na década de 50 o desenvolvimento econômico baseou-se na substituição de importações, que passa a enfrentar problemas de manutenção na nova década. Afloraram os movimentos sociais por melhores condições de vida e que exigiam reformas sociais no país. Em 1964 ocorreu o golpe militar, originando um regime autoritário que durou 21 anos.

A ditadura consolidou o capitalismo monopolista de Estado, levando adiante o desenvolvimento com base nos elementos: capital nacional, Estado e capital multinacional. Ocorreu a contenção de salários dos trabalhadores e a repressão dos contrários ao regime. Houve um rápido processo de concentração de renda e uma forte migração do campo para a cidade, forçando uma urbanização sem condições de realizar os investimentos necessários em infra-estrutura, saneamento, transporte e saúde.

As políticas de saúde conduzidas pela ditadura militar privilegiaram o setor privado, financiando com recurso público a construção de hospitais e outras organizações de saúde particulares, de quem o Estado passou a adquirir os serviços de saúde oferecidos à população. Ocorreu a unificação dos Institutos, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que incorporou a previdência e os serviços médicos. Mais tarde esses serviços foram ampliados para toda a população independente de vínculo trabalhista. Nesse período é reconhecida a crise do setor saúde, caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços de saúde, apontadas na V Conferência Nacional de Saúde em 1975. O governo da época propôs a criação do Sistema Nacional de Saúde, que, no entanto, é duramente criticado pelos empresários da saúde, o que resultou em sua não regulamentação por Lei.

Diante da crise financeira da Previdência Social nos anos 80, o governo apresentou uma nova proposta para alteração do padrão de estruturação da saúde, buscando a migração de uma política centrada na compra de procedimentos e serviços da área privada para a alocação de responsabilidades dos entes federados, possibilitando uma integração programática das ações de saúde. A proposta

reforçou a importância da Atenção Básica⁷, estabelecendo uma estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços, além de implementar um processo de integração das ações preventivas e curativas. Na trilha dessa proposta se consolidou uma diferente forma de remuneração dos serviços de atenção à saúde, que passou a ser por responsabilização territorial, e não mais por procedimentos realizados, o que fez parte do que foi conhecido como “políticas racionalizadoras”. Ainda que orientadas para a organização do sistema, essas medidas não alteraram significativamente as condições de saúde da população e também não reorientaram o modelo médico-assistencial privatista, mantendo preservados muitos dos interesses das empresas multinacionais como a indústria farmacêutica, e a de equipamentos para a saúde.

Uma das conseqüências do movimento conhecido como “Diretas já”, e a derrota do regime autoritário no Colégio Eleitoral, foi a ampliação do espaço democrático, permitindo o ingresso da proposta da “Reforma Sanitária Brasileira” (Paim, 2003), proposta essa que avançou para a elaboração de documento que propunha pela primeira vez a criação de um Sistema Único de Saúde para o Brasil (Cebes, 1980).

Esse período estabeleceu uma mudança importante na marcha da elaboração das políticas de saúde, há pois uma coesão em torno de uma proposta de atenção universal com participação das diversas esferas de governo e com compartilhamento de responsabilidades e autonomias para a ordenação do sistema. O período pode ser reconhecido como o berçário do sistema de saúde brasileiro, onde foi embalada a proposta de adoção de um sistema de atenção à saúde universal e solidária e não mais mercantil ou beneficente.

O período compreendido entre 1985 e 1988 é chamado de “Nova República” e nele há um significativo recuo das doenças imunopreveníveis e uma redução da mortalidade infantil. As patologias do aparelho circulatório e neoplasias são as principais causas de morte. Há um aumento das mortes associadas à violência e de casos de AIDS. (Paim, 2003).

Houve um processo de resgate da “dívida social” acumulada no período autoritário, o que colocou a saúde na agenda política desse novo período. Houve a

⁷ Atenção Básica: É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata)

intensificação de movimentos sociais que, defendendo a democratização da saúde, difundiam a proposta da Reforma Sanitária⁸.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde debateu a Reforma Sanitária, trazendo elementos que se destacavam na discussão, como o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a elaboração do conceito de saúde ampliada, o foco na criação do Sistema Único de Saúde, a necessidade de implementação do controle social e de ampliação do orçamento social.

A proposta abrangente de mudança social representada pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) obteve nessa conjuntura espaço para amadurecimento, iniciando um processo de transformação da situação sanitária. Prevalencia a convicção de que se apresentava a possibilidade de alteração do quadro de descaso acumulado dos períodos anteriores, que haviam criado uma situação de atraso, mercantilização e dependência da saúde. As condições precárias poderiam ser modificadas com conhecimento técnico e decisão política de enfrentar o problema (Arouca, 1988).

Até então, nessa época, a forma de olhar e pensar o setor saúde era muito concentrada nas ciências biológicas, preocupando-se na investigação da maneira como as doenças eram transmitidas. Era uma forma de pensar a saúde que carregava ainda os resquícios do passado, atrelado à forma mecanicista de compreender o campo. Há uma primeira mudança nessa forma de pensar a saúde quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas. As primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhando para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente carecia apenas de ajustes que contemplassem a equalização de diferentes interesses que transitavam pelo setor. Com a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que passaram a discutir a doença como um elemento socialmente determinado, ocorreu uma importante guinada na forma de abordar o campo da saúde.

Nesse processo de transformação do pensar a saúde, duas teses são consideradas como um marco divisor de águas, que dá início à teoria social da medicina: O dilema preventivista, de Sergio Arouca, e medicina e sociedade, de

⁸ O termo "Reforma Sanitária" foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou adormecida por um período até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, nestas discussões o termo foi utilizado para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às transformações necessárias na área da saúde.

Cecília Donnangelo, ambas de 1975. A partir dessa etapa evolutiva no Brasil, foi fundada uma teoria médico-social, que interpreta a forma como as coisas se processam no campo da saúde no país. Essa abordagem ganhou força e se tornou conhecimento relevante, que passou a ser reconhecido academicamente e publicamente difundido e propagado.

A via para a concretização dessa transformação se deu no período pós-conferência, com o processo constituinte, que garantiu o início da descentralização da saúde, através dos Sistemas Descentralizados de Saúde (SUDS), entendida como a “estratégia-ponte” para a instalação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUDS estimulava a participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e ampliava a cobertura de serviços para todos os cidadãos, inclusive nos hospitais, laboratórios e clínicas contratadas pela Previdência Social. Somente neste contexto o Estado brasileiro possibilitou a criação de canais de participação do cidadão na formulação e acompanhamento das políticas da saúde, particularmente com a promulgação da Constituição de 1988 que garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). A incorporação dos princípios e diretrizes do movimento sanitário no Capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988, mediante emenda popular, representou a maior vitória de RSB (Paim, 2003, p.593-594)

Através do intenso processo de discussão social posto em marcha nesse período, ficou consolidado um novo conceito de saúde, cuja concepção ampliada, que também trata de redução de riscos e não apenas redução de danos, aponta para a necessidade de políticas públicas que garantam intersetorialidade, já que a partir da nova Constituição a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Através dos fatos produzidos por esse período, como a contenção das políticas privatizantes, a descentralização, com transferência dos recursos para estados e municípios, o fortalecimento dos serviços públicos, incorporação do planejamento à gestão da saúde, integração dos serviços e participação popular, é necessário reconhecer que prevaleceu o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Processo esse que acaba por estabelecer as bases fundamentais para que a atenção à saúde no Brasil se desenvolva. Seus resultados, avanços e fragilidades encontram nesses elementos fundantes boa parte das explicações de sua dinâmica atual.

O período que sucedeu a Nova República é conhecido como “Pós-Constituinte” e refere os anos de 1988 até 2002, ainda que não haja um limite fixo para a data de finalização do período, já que existem elementos que estão para além de 2002, avançando em momentos de contemporaneidade. Esse período se inicia com a epidemia de cólera, doença que se imaginava afastada da modernidade, mas é um período marcadamente reconhecido como aquele em que ocorreu o agravamento da mortalidade por causas externas⁹. Observa-se que nesse período há aumento significativo das mortes violentas, com predomínio dos homicídios sobre as mortes do tráfego (Paim, 2003). A primeira posição aponta para as mortes ligadas a doenças cárdio-vasculares, seguida das causas externas e das neoplasias. São pontos que favorecem a epidemiologia desse período a erradicação da poliomielite, a estabilização dos casos de AIDS, a redução da mortalidade infantil e das doenças imunopreveníveis. Há, no entanto, a expansão da dengue e aumento das taxas de incidência de leishmaniose visceral e malária (Singer, 2002).

Nesse período houve a promulgação da Constituição de 1988, conhecida como “Cidadã”, simultaneamente aprofundava-se a instabilidade econômica com a hiperinflação. Ocorre a disseminação da ideologia neoliberal e a perda do poder aquisitivo da população. A Reforma Sanitária pretendida encontra obstáculos diversos para seu avanço, especialmente na onda de descrédito que se abateu sobre o SUS, assim como das ações corporativas levadas pelos trabalhadores do setor saúde.

Um marco de reforço para o avanço da consolidação do sistema de saúde brasileiro se deu com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90, que passa a reger as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. É importante ressaltar que essa legislação estabelece as formas de funcionamento de todas as instituições de saúde, sejam públicas ou privadas. Ficaram assim estabelecidas as condições de funcionamento do sistema pretendido. É uma legislação considerada abrangente, que estabelece princípios, objetivos, atribuições, gestão, organização e direção. A Lei Orgânica foi complementada pela Lei 8142/90 que passa a regular a participação da comunidade no SUS, o controle social, garantindo a existência de instâncias colegiadas nos três níveis de governo.

⁹ As causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos), as quais impõem-se como importante desafio às autoridades de saúde pública

Ainda que em um primeiro momento desse processo de regulamentação tenham havido iniciativas em prejuízo do sistema, como a redução de quase metade do recurso financeiro para a saúde operado no Governo Collor, e a estratégia dos governos estaduais de reduzir os investimentos próprios em saúde por conta dos repasses federais, a elaboração das constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios contribuíram para o avanço de uma estrutura doutrinária mais robusta do sistema (Mendes, 2006).

O governo Itamar, após a denúncia da IX Conferência Nacional de Saúde (1992) em relação ao não cumprimento da legislação sanitária, promoveu a descentralização das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – NOB 01/93. Essa Norma propunha a transição da situação atual, onde os municípios eram tratados como prestadores de serviços remunerados pela União, para outra, onde os municípios passariam a realizar a gestão partilhada do sistema de forma paulatina (Brasil, 1993).

Por conta dessas mudanças, criou-se um ambiente propício para a disputa do modelo. Por um lado ocorreu o recrudescimento da “operação descrédito” capitaneada pelo próprio governo, tendo como protagonista a “área econômica”, que apóia o seqüestro dos recursos da saúde pelo Ministério da Previdência. No entanto, de outro lado, a influência da sociedade através dos Conselhos de Saúde, o início do processo de municipalização, que passa a reconhecer as especificidades loco - regionais, a reativação de movimentos da cidadania e a percepção geral de que os modelos de responsabilidade partilhada com estados e municípios, potencializam a capacidade de atenção, não permitindo o total bloqueio da proposta originada na reforma sanitária (Paim, 2003).

Com a expansão dos serviços complementares de saúde, promovidos pelo ingresso de camadas da classe média nos serviços de Assistência Médica Supletiva – MAS, houve um processo de regulação do setor, que apesar de duramente criticado pelas empresas privadas, garantiu certa estabilização dos custos, obtido, em alguma medida, através do apontamento de cartelização do setor pelos prestadores de serviços médicos assistenciais.

Na esteira de mais um plano de estabilização econômica, em 1994, ocorreu uma fase de aumento do desemprego, violência e desajuste social. Não diferente, veiculou-se também que o atendimento à saúde pública deteriorou, com sucateamento físico estrutural e das relações de trabalho, bem como com os

usuários, que piorou com as greves dos trabalhadores do setor, as filas e a baixa qualidade da atenção. Constata-se, no entanto, que havia ampliação da cobertura dos serviços do SUS, o que contraria essas percepções (CNS, 1996). A X Conferência Nacional de Saúde entendeu que havia que se analisar onde as ações de saúde foram mais efetivas e puderam ser o suporte de uma ampla rede de apoio social, acolhendo e reconhecendo a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Essa análise permitiu que se constatasse que nas localidades onde o SUS avançou em sua estratégia de atenção, houveram melhorias nas condições de saúde da população. Essa constatação assumiu o *slogan* “onde deu SUS, deu certo”, assim sendo, era necessário o avanço na implantação do sistema de saúde que desse continuidade a essas reformas. (Em defesa do SUS, 1997:4, Plenárias, 2006).

Havia, portanto, também nesse período, uma disputa pelo modelo assistencial a ser implantado no Brasil, agora com aspectos que não se apresentavam nos períodos anteriores. O principal desses ingredientes parece ser a concretude de elementos de uma reforma já em andamento, ou seja, havia como refletir de forma comparativa, já existiam elementos do sistema proposto que podiam ser analisados em seus resultados e efetividade. Ainda que nesse período os autores viessem demonstrando as dificuldades de superar entraves ideológicos e mercadológicos, havia um foco da atenção voltada para os resultados do que já havia sido aplicado, especialmente iluminado pela participação popular, que se organizava nos conselhos de saúde.

Considerando o plano internacional, o Brasil passou a ser elogiado, sendo reconhecido como detentor de uma política de saúde à frente das políticas incentivadas pela Organização Mundial da Saúde, referência feita na 54^a Assembléia Mundial da Saúde, em 2001 (Paim, 2003). Trata-se de reconhecimento dado ao conjunto de ações consideradas abrangentes e com apelo à defesa da vida, inclusive enfrentando o poder econômico de indústrias poderosas como é o caso da defesa do medicamento como direito humano, a luta contra o consumo de produtos nocivos como o tabaco, com proibição de propagandas e a obrigatoriedade de informação ao consumidor e implementação de iniciativas inovadoras como, por exemplo, contra o trabalho infantil e aleitamento materno até 6 meses de vida (Noronha, 2012).

Percorrendo as conjunturas que aqui foram sucintamente examinadas, é possível compreender, em parte, a forma de estruturação das políticas e do sistema de saúde em construção no Brasil. Tendo com marca inicial do envolvimento do Estado na saúde pública iniciativas campanhistas, com objetivos específicos de manutenção da força de trabalho e garantia do mercantilismo dominante, as políticas de saúde passaram a garantir acesso primeiramente aos trabalhadores formais, avançando com dificuldade para a ampliação ao acesso universal. Sob o ponto de vista da forma de financiamento do sistema, prevalece a modalidade de contribuição solidária com gestão partilhada, no entanto com sonegações sistemáticas do Estado, que foram apontadas em períodos determinados, solapando a qualidade dos serviços oferecidos. A partir das normativas específicas, que foram possíveis com a adoção de uma visão ampliada de saúde, iniciou-se um processo de descentralização de autonomias e responsabilidades, que figura ainda como um desafio para o sistema. Há ainda que se reconhecer o permanente enfrentamento necessário para a evolução de um sistema baseado nos ideais da reforma sanitária, com a pretensão de gestão partilhada pelos entes federados. Ao que parece, os autores Paim (2011), Carvalho (2001) e Noronha (2012) concordam com a necessidade da perda de um idealismo ingênuo, já que ao pretender a consagração de um sistema que possa ser regulado pelo estado com a participação direta da sociedade, através de sua organização em conselhos populares, o sistema estabelece o confronto com interesses mercantilistas marcadamente presentes em diversas etapas dos períodos aqui trazidos.

É importante que se saliente, nessa trajetória evolutiva das políticas de saúde no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Trata-se de uma proposta que ganhou imensa força por sua legitimidade, encontrando o respaldo na compreensão de sua importância para a consolidação de um processo de cidadania. Essa proposta, que se fez num momento de intensas mudanças e que sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial, se consolida com essa pretensão atingida, especialmente pelos movimentos sociais aderentes a uma construção participativa. Seu cerne almejava, desde os seus primórdios, um movimento que pudesse servir à democracia, portanto muito para além de um recorte relacionado à saúde. Tratava-se de um movimento muito mais amplo. Lembremos que, como já visto, a realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que ocorria pela

assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que contribuíam economicamente para a obtenção desse direito. Diante desse modelo excludente, onde prevalecia a lógica contraprestacional, o que ocorria era a realidade da cidadania regulada.

Apoiada na visão modernizadora que impulsionava as discussões para a necessidade de uma construção participativa e solidária, ocorreu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Essa conferência contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores públicos e, em número surpreendente, inclusive para os organizadores, da sociedade organizada, que se posicionou com suficiente clareza em relação ao que representava o momento de proposição para o futuro da assistência e cuidado à saúde. Os fortes indicativos da oportunização de sucesso do movimento, e especialmente a visualização de engendrar uma política que contempla-se um conjunto de redes de cidadania, se consolidou na proposição de um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a VIII Conferência Nacional da Saúde fez constar que a saúde passada a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

Fruto dessa intensa discussão e de seus resultados para o processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário brasileiro tinha proposições concretas. A primeira delas apontava para a definição de que a saúde é um direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador urbano, rural ou não trabalhador. A partir de agora o sistema não poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda proposição foi a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso do cidadão às ações de cunho preventivo e/ou curativo, que seriam integrados no sistema único proposto, como forma organizativa da prestação da assistência. Uma terceira proposição tratou de formatar o início de um processo de descentralização da gestão, tanto administrativa como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição concreta levada à discussão e implementação, que era a do controle social das ações de saúde. Estava lançada assim a promessa de um sistema de saúde único, que atendia aos anseios da sociedade e dava ao

cidadão o direito de aproximar-se das decisões e acompanhar, enquanto usuário, a prestação de contas dos serviços prestados.

No processo histórico de construção do sistema, o usuário, portanto, é colocado num local de destaque, dele são as demandas e a avaliação do sistema e dos serviços de saúde que compõem esse sistema, através de um processo ascendente onde são avaliadas as condições de saúde da população. Portanto, não há como se falar de um sistema de saúde sem entender o seu usuário, é por ele que o sistema se constrói e existe. Também não há como compreender e analisar as percepções que usuários e trabalhadores têm dos serviços de saúde, sem compreender como se constituiu esse sistema e os serviços que fazem parte dessa organização.

Para que se possa falar de serviços de saúde, do que se espera e o que se pretende deles, é necessário ter presente em qual sistema de saúde está colocada essa relação com o paciente. Seja a relação dos trabalhadores ou dos usuários com esse sistema, seja da relação interativa que esses indivíduos têm entre si no confronto da atenção, seja na sua vida cotidiana. Essa complexidade se constrói tendo como limites elementos que devem ser esclarecidos e minimamente compreendidos, que tem um passado que apontou para o presente dos serviços de atenção e indicam as conseqüências que desembocarão no seu formato futuro, o que poderá estar mais próximo ou afastado do que se pretende em relação à proteção da vida.

1.4-As práticas de cuidado à saúde.

Para além do que é possível entender da evolução das políticas de saúde no Brasil e dos elementos que levam nossa sociedade a demandar características entendidas como imprescindíveis no sistema de saúde, há questões sobre o cuidado à saúde que estão noutra conjunto de informações. Trata-se de questões que dizem respeito à própria evolução do cuidado e das práticas de saúde, e que têm seu desenvolvimento relacionado à forma como as sociedades se organizam, sofrendo alterações de acordo com as mudanças que ocorrem na sociedade (Florentino, 2006).

É importante perceber que o que se espera do cuidado e da atenção à saúde está relacionado à evolução das práticas de saúde que se desenvolveram ao longo

do tempo, assim como também são o resultado de políticas adotadas para dar conta das necessidades, bem como dos sistemas de saúde que são desenvolvidos para a operacionalização desse cuidado. Assim, considerando a relevância da abordagem da forma como evoluíram as práticas de saúde para a compreensão do atual estágio dessas práticas, faço aqui um breve resgate da forma como se deu essa evolução ao longo do tempo.

Primeiramente, as práticas do cuidado nas sociedades nômades eram instintivas, sendo baseadas em saberes relacionados à família. Essas práticas eram parte do trabalho feminino, ou seja, faziam parte da função de mãe, educadora e cuidadora, estendendo-se também para o cuidado dos idosos, doentes e necessitados. São as mulheres, portanto, as primeiras a suprir as necessidades de saúde, pela própria divisão social do trabalho (Geovanini, 1995).

A tarefa do cuidado dá às mulheres conhecimentos que permitem a manutenção da vida. Trata-se de um poder que lhe confere um espaço de autoridade muito cobiçado. A disputa por essa propriedade desperta a Igreja, desembocando na associação das práticas de cuidar ao misticismo, surgindo as práticas de saúde “místico-sacerdotais” que ocupava-se da “luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e da alma” (Helman, 1994).

Posteriormente, desenvolveram-se as escolas “pré-hipocráticas” que estudavam as funções do corpo humano por meio do conhecimento indutivo e dedutivo. Os alunos preparados por essas escolas eram bem pagos e trabalhavam nas cortes e exércitos, atendendo a classe abastada, porém os mais pobres seguiam sendo tratados pelos sacerdotes. “Assim os indivíduos recebiam assistência de acordo com o grupo social em que estavam inseridos.” (Florentino, 2006, p. 27)

Sob o ponto de vista da evolução do espaço onde se dava o cuidado, como já visto, predominava o ambiente doméstico, migrando para o templo em função das práticas místicas até chegar ao hospital. Com palavras de mesma raiz latina, os hospícios, hospedarias e os hospitais tinham o objetivo de abrigar os pobres, idosos e os enfermos, ou seja, um local para isolamento de indivíduos “diferentes”.

Segundo Ribeiro (1995), especialmente na Europa, os hospitais da Idade Média assumiram uma função mais espiritual, socorrendo os velhos, doentes e desenganados, prestando atendimento religioso. Os hospitais eram edificadas com o

objetivo de acolher os indivíduos que buscavam a salvação do espírito, mas poucas eram as estruturas voltadas para o cuidado da saúde.

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. (Kniestedt, 2010, p. 90)

Transformações políticas, sociais e econômicas na Europa após o renascimento, alteraram a forma de ocupação geográfica. O processo de urbanização atraiu trabalhadores que saiam do campo para as cidades, causando um rápido aumento da população urbana sem a correspondente estrutura, trazendo problemas de saúde pela falta de saneamento, agravados pelo pouco conhecimento, na época, da causalidade das moléstias. Esse cenário urbano, com graves problemas sanitários e falta de conhecimento, proporcionava a ocorrência de recorrentes agravos à saúde, levando grande número de pessoas à morte.

Nesse período, as instituições que recebiam os enfermos mantinham-se ainda, vazias de conhecimento científico nas práticas de atenção à saúde. Com forte vínculo religioso, os hospitais eram reconhecidos como locais para morrer, um espaço de controle e coerção dos desvalidos e sua principal função é o processo pelo qual a salvação da alma é garantida (Oliveira, 1998).

O espaço do cuidado começou a sentir importantes mudanças a partir do ingresso da clínica, que ocorreu no final do século XVIII. É a partir dessa mudança de paradigma que se processaram a pesquisa de doenças, o estudo de nexos de causalidade e a formação e transmissão do conhecimento adquirido. Para Foucault (1996), esse espaço, já nessa época, é um ambiente complexo, mostrando grande interferência sobre a doença e sua evolução. Sendo dessa época os primeiros estudos que procuram reconhecer os atributos e processos presentes no espaço de cuidado que interferem na evolução das doenças, os inventários realizados nesses ambientes e comparativos entre os mesmos prevaleceram entre os trabalhos 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)

Houve, portanto, nessa época, uma ruptura do modelo, onde o hospital deixa de ser o lugar em que se faz a exclusão dos “diferentes”, para se transformar em um lugar onde prevalecem as técnicas terapêuticas, rotinas e processos de trabalho que avançam para o domínio do corpo e a possibilidade de cura dos indivíduos. Descobertas científicas nos campos da biologia e anatomia permitiram que a doença passasse a ser entendida como um processo que poderiam ser identificado nos componentes materiais do corpo físico, e não uma forma de existência que invade o corpo (Ribeiro, 1995).

A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais (Czeresnia, 1999, 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. (Kniestedt, 2010, p. 43)

Por conta de seu novo papel no âmbito do cuidado à saúde, no século XX, o hospital passou a ser local privilegiado para o ensino e a pesquisa de diferentes disciplinas (Ribeiro, 1995); o que lhe propiciou uma posição de poder científico, tornando-se um atrativo para diversas profissões e também palco de disputas por hegemonia. Nesse período ocorreu também um processo de compatibilização do conhecimento científico e a prática clínica derivada desse conhecimento, com a forte vinculação religiosa ainda existente, que se fez de forma que os papéis desse

processo de cuidado passassem a ser definidos considerando essa particularidade. Assim, o conhecimento médico-científico tomou a tarefa de prescrição do ato do cuidado, enquanto a relação do cuidado, dada no contato diário e permanente com o paciente, era assumida pela mão-de-obra disponível na época, as religiosas.

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 era residente no hospital como outras categorias, pois tratava-se de um profissional que apenas visita o lugar do cuidado na medida das 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. (Kniestedt, 2010, p. 00)

Segundo os próprios regulamentos, que eram escritos para o estabelecimento de uma disciplina institucional, o profissional médico, detentor de saber específico, era considerado de forma diferenciada.

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)

Segundo Fonseca (2010), essa particularidade conferida ao profissional médico e que retratava um formato de vínculo diferente dos demais profissionais poderia ser explicado pela pequena disponibilidade dos mesmos, já que os profissionais que detinham o conhecimento da técnica clínica (em geral os médicos) seriam pouco numerosos, 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)

São assim definidos alguns contornos que apontam para as instituições hospitalares como lugares que representam a capacidade de dar conta dos problemas de saúde, carregando consigo, ao longo do tempo, uma evolução vinculada ao saber científico. Muito próximo dessa característica percebida nesses espaços de atenção, estão as emergências, que se revestem ainda da possível capacidade de prestar esse tipo de atenção com uma presteza que aspira à mais alta competência, reafirmando no imaginário dos indivíduos um local a ser preferencialmente acessado quando da necessidade de solução de crises da saúde. É construída assim, no imaginário social, a visão de um espaço pronto para o atendimento à saúde, o que não é diferente na instituição estudada.

O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre conta com uma história de mais de setenta 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 indivíduos acometidos por acidentes, especialmente nos eventos que envolverem múltiplas vítimas, os chamados acidentes de massa.

O acidente que ficou conhecido como “Marquise da Arapuã”, que ocorreu em 6 de outubro de 1988, em Porto Alegre, é um exemplo dessa característica do HPS. Nessa data 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, muitas outras pessoas se aproximaram para socorrer os feridos, quando então caiu a segunda parte da mesma marquise, 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, foi 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”, que 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 reconhecida como uma organização pública que atende com competência e de forma indiscriminada quem a ela acorre.

Se tu colocares um acidentado dentro de um táxi, ela vai parar no HPS, pode ter certeza. Apesar de agora ter outros lugares para atender acidentados, como o Cristo [Hospital Cristo Redentor], só mesmo se estiver pertinho de lá, senão o cara vai trazer para cá.”
(USA-SA-02)

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. (ENF-AMB-12)

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”¹⁰ 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.

Com esse resgate do processo evolutivo das instituições, das técnicas e dos processos de trabalho na área da saúde que permearam o tempo, é possível identificar poucas referências que tratem dos processos relacionais dos pacientes com as instituição ou com os profissionais na ambiência das emergências. O que se observa é a preocupação de elaborar procedimentos que dêem sentido ao processo de cura por elaboração de métodos que têm por foco as justificativas científicas, ficando, de certa forma, à parte, os processos relacionais dos pacientes com o ambiente físico e com os profissionais que trabalham nessa atividade do cuidado.

Temos então, até aqui, a conformação do caminho que foi trilhado, segundo os autores trazidos ao texto, o que podemos chamar do “processo do cuidado à saúde”. De um lado a evolução do próprio cuidado à saúde, onde vimos o quanto ligado está o mesmo a questões de poder, especialmente sob dois aspectos. O primeiro diz respeito ao poder que o conhecimento do cuidado dava ao indivíduo ou grupos de indivíduos que detinham esse conhecimento. O segundo diz respeito a uma das principais finalidades do cuidado à saúde, que era a preservação da mão de obra trabalhadora ou da atividade de guerrear. Tais disposições se mantiveram ao longo do tempo e seguem tendo importância até os nossos dias. Também foi trazida ao texto a importância de compreender a demanda social existente sobre determinado sistema de saúde. Foi referido que a conformação das políticas e sistemas de saúde são fatores determinantes do que se deseja e do que se deve esperar da atenção à saúde. Assim, tal elucidação parece ajudar na compreensão da forma como se articulam as necessidades, desejos e percepções dos indivíduos em relação aos serviço dos quais fazem uso. A construção das representações

¹⁰ 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 tem o seu primeiro atendimento realizado. Caso o paciente apresente necessidades diversas de sua vocação, o hospital providencia a sua remoção para outra instituição mais adequada para aquele atendimento.

concebidas a partir do cotidiano interfere na forma da assistência e reflete o que o indivíduo deseja e o que deve esperar. Assim, me parece que os serviços de saúde têm, independente de sua posição no sistema, um desafio. Esse desafio deve levar em conta a construção social que se fez ao longo do tempo no processo de cuidado à saúde em âmbito universal e também a resultante das demandas sociais que puseram, através de um longo processo evolutivo, no Brasil, o sistema que hoje está posto e segue em um processo dinâmico de busca por um modelo ideal.

O que se pretendeu nesse capítulo foi, a partir da junção de duas principais vias de abordagem, uma evolutiva do processo de atenção e outra de organização do sistema, compreender em qual lugar estamos quando abordamos um serviço de atenção à saúde no Brasil. De onde vêm as suas fortalezas e suas fraquezas e, especialmente, porque apontamos críticas, desejos e expectativas, para onde apontamos.

Por certo construímos nossa compreensão do que podemos esperar do sistema, baseados num aprendizado que se faz no cotidiano, e assim, creio, vão fazer também os pacientes atendidos nos serviços de emergência do Hospital de Pronto Socorro. Os pacientes vão olhar para essa ambiência comparando com algo que esperam, alicerçado na compreensão de que há algo para esperar, e baseados nessa expectativa, cotejarão sistematicamente se recebem para além ou para aquém daquilo que esperam. Esse permanente cotejamento vai iludir, frustrar e (satisfazer) alegrar, na medida da aproximação que o evento experimentado tiver daquilo que o indivíduo espera. Esse sentimento influenciará na construção de suas representações, renovando a sua escala de comparação. Mais do que isso, imerso no espaço de atenção de uma emergência, com todos os seus aspectos especiais, será possível uma melhor compreensão da medida em que esse cotejamento com o imaginário contribuirá para a realização de ações, pelo paciente, que subvertem a vocação, a rotina e protocolos desse lugar.

Quando do estudo dos motivos que levam à subversão dos espaços dos serviços de saúde por seus trabalhadores¹¹, ficou claro que haviam interesses ligados à manutenção e ampliação de espaços de poder. Essa questão pode retornar aqui de outra forma, verificando em que medida os pacientes estariam submetidos ao mesmo tipo de interferência, ou seja, quais os objetivos contidos nos

¹¹ Nos bastidores de uma emergência (Kniestedt, 2010).

atos de subversão que estariam alojados no sentimento de obter o que se espera do sistema? Talvez a tentativa de uma medida compensatória daquilo que o usuário entende como direito e não obtém.

Parece-me que o espaço de atenção, aqui apresentado como o serviço, é o lugar do sistema que oferece as melhores condições para compreender o que o indivíduo entende e recolhe como informação. É onde ele se manifesta em relação ao que espera, seja de forma explícita ou de forma implícita. Esse é o palco de manifestação do usuário de um sistema de saúde, é ali que estão explicitadas as angústias que o indivíduo carrega no seu íntimo e que se fazem aflorar na crise. Ainda que o sistema tenha tido a capacidade de estabelecer, através do controle social, uma ferramenta cujo objetivo é dar voz ao usuário, e lá ele tem se manifestado, o estudo dessas percepções do paciente no local de prestação de serviços de atenção à saúde tem muito a nos contar. Olhar para essa questão estabelece um novo desafio aos serviços de atenção, na medida em que devem, então, além de prestar o atendimento para o qual têm responsabilidade junto ao sistema, têm também que recolher as compreensões que os indivíduos têm do sistema, assim como o que esperam dele e como lidam com ele.

CAPÍTULO 2

CIRCULANDO NA AMBIÊNCIA DE UMA EMERGÊNCIA

No capítulo anterior foi possível tratar de elementos que contribuem na construção das representações que os indivíduos formulam em relação às políticas sociais, em especial à política de saúde. Abordamos as alternativas de assistência à saúdes existentes, buscando entender que estamos tratando de uma problemática bastante complexa, e que se formula a partir das diferentes formas de tratar o cuidado à saúde e sua produção. A abordagem permitiu conhecer alguns elementos que são caros ao cidadão e que estão presentes na trajetória percorrida pelo processo de elaboração do sistema de atenção à saúde hoje vigente no Brasil. A compreensão desse contexto ajuda a explicar o que o indivíduo e a sociedade admitem como adequado no campo da saúde pública. Sua abordagem aponta quais elementos desse sistema fazem parte do objeto de desejo do cidadão, ou seja, qual é a expectativa do indivíduo em relação ao sistema de saúde no qual está inserido e, por conseqüência, o que os indivíduos esperam dos serviços de atenção, que na verdade são as organizações, que compõem esse sistema, e que são o seu ponto de contato. Essa construção, que se cristaliza no imaginário individual e social, é permanentemente cotejada com a realidade observada no cotidiano e interfere na forma como o indivíduo compreende os limites do que deve esperar dos serviços, o que se configurará como motivo de satisfação ou de frustração.

No presente capítulo é abordada a contradição existente entre o que se propõe a emergência do HPS, enquanto espaço de cuidado à saúde, e o que ocorre no seu cotidiano. A instituição estudada, pressionada por uma intensa demanda, acaba por admitir em seu espaço de cuidado a mistura de pacientes que buscam atendimento para patologias diversas daquelas para as quais está preparada para atender. Da mesma forma que isso ocorre no seu espaço interno, também sua

posição no sistema, que a dirige para determinada função, tem parte de sua capacidade desviada para o atendimento de outras demandas sociais que não a emergência. Observamos um processo de subversão que é comum às emergências, e a partir dessa constatação são explorados os possíveis motivos que levam a essa contradição em seu espaço de atuação. As experiências de gestão desta porta de acesso ao sistema de saúde mostram estratégias utilizadas para minimizar as consequências desta subversão. Partindo dos motivos já indicados por estudos anteriores, acrescentamos “novas motivações” que buscam ajudar nessa compreensão. São motivações verificadas a partir da visualização do paciente e não do gestor. A discussão dessas novas motivações faz aflorar o conflito entre a visão científica das emergências médicas, aferidas de forma “contábil”, e as emergências sentidas, aferidas de forma subjetiva pelo paciente. A análise dessas questões permite que se apresente a compreensão do permanente sinergismo existente entre os elementos que podem explicar as ocorrências observadas no processo do cuidado da emergência do HPS.

A forma de promover essa discussão usou como estratégia reconstituir experiências de vítimas de trauma¹² que procuraram e obtiveram atendimento no principal serviço de emergência da região metropolitana de Porto Alegre, o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Trata-se de uma prospecção que foca as influências do sistema de atenção à saúde na percepção de pacientes/usuários que circulam pela ação do cuidado na emergência. Foram exploradas as percepções que esses indivíduos, enquanto pacientes, recolheram da ambiência do serviço, e a análise que fazem do cuidado recebido durante o processo de atendimento. O objetivo da prospecção não foi o de confrontar aspectos técnicos do atendimento com os resultados esperados pelo usuário, mas sim, trabalhar uma perspectiva compreensiva das realidades que são reconhecidas pelo usuário, capturando os caminhos trilhados pelo mesmo na busca da melhor convivência com a ambiência que compartilha com os demais indivíduos com os quais interage em um serviço de atendimento de emergência.

Em seqüência, foram abordados os aspectos de poder e disputas dessa ambiência, analisando os processos de ocupação e subversão dos espaços, bem como as formas como esses espaços de atenção nas emergências são percebidos

¹² 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.

pelos indivíduos que participam de seu cotidiano. Para tanto, foi analisada a compreensão que os usuários retêm em seu imaginário, buscando confrontar essa compreensão e suas percepções em relação ao que espera dessa ambiência.

Numa primeira abordagem foi tratada a realidade organizacional do serviço frente à sua demanda. Essa abordagem se fez apoiada nas vozes das vítimas de trauma que se encontravam em processo de atendimento na organização, bem como de seus trabalhadores, que imersos no cotidiano da instituição, percebem os fluxos prevalentes de sua clientela. Foram consideradas também as observações da forma de ocupação dos espaços de atendimento, bem como as informações sobre a composição do sistema de atendimento, lembrando que o serviço em que se dá a pesquisa faz parte de uma organização maior do que o seu espaço de atendimento, já que é parte do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências¹³. Aspectos dessa abordagem expõem fragilidades e subversões do sistema, que, de um lado encontra caminhos para ultrapassar dificuldades estruturais, e de outro se refugia em “lugares/locais de conforto” para proteger-se da pressão permanentemente presente, para que admita, na sua rotina cotidiana de atendimento, a ampliação de responsabilidades.

Uma segunda abordagem reconstituiu a trajetória dos pacientes até o seu ingresso na instituição, recolhendo depoimentos das sinuosidades e sofrimento presentes nessa trajetória. Nessa linha, foram considerados também os artifícios utilizados por alguns dos pacientes para a obtenção do atendimento desejado. O capítulo incorpora a abordagem que se fez através da análise de outras motivações que explicariam a grande afluência de pacientes à emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

A finalização do capítulo aponta para elementos que, baseados nas informações obtidas e nas observações dos modos de transitar dos indivíduos, interferem na decisão da escolha da porta de acesso utilizada para o ingresso no sistema de atenção à saúde.

Ao iniciar a discussão do presente capítulo, cabe tratar da definição de “ambiência” que será tomada no texto deste trabalho. Tal definição se faz necessária para a compreensão do que se quer falar, tendo em vista que se trata de um elemento que pretende recolher aspectos de maior amplitude do que aquele

¹³ O Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências estabelece a participação dos estabelecimentos assistenciais de saúde no âmbito do município de Porto Alegre.

usualmente concebido como sendo o espaço de ocorrência de eventos diversos. O termo ambiência 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. Esta interpretação busca auxiliar na observação e análise do sítio que compõe a instituição estudada, permitindo visualizar elementos que interferem nas representações e que estão para além de seus limites geográficos (Kniestedt, 2010).

Ainda na mesma linha de esclarecimentos preliminares para explicitar a definição de termos e conceitos utilizados neste trabalho, faz-se importante apontar para duas outras explicações. Para melhor compreensão do sujeito e do espaço de que estamos falando, é necessário que se faça aqui a definição do que designaremos por *hospitalização*. Trata-se do processo de entrada e permanência do indivíduo no ambiente de atendimento do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, ou seja, o espaço físico definido para a realização do cuidado de emergência. Note-se que estamos tratando de um hospital que tem como vocação e missão o atendimento de pacientes em situação de emergência, por isso, todos os seus lugares serão considerados como locais de atendimento de emergência, independente de serem atendimentos ambulatoriais – aqueles em que o paciente não está internado – ou atendimentos de internação – aqueles onde o paciente está em regime de internação. Dito de outra maneira, essa designação refere a participação do indivíduo enquanto “paciente da emergência”, interno a um modelo assistencial de cuidado, independente de tratar-se de um atendimento composto de procedimentos ambulatoriais ou de internação.

Outro termo corrente que merece referência é aquele que refere o trabalhador em saúde da instituição. No contexto da organização em que se dá o estudo, esse trabalhador é aquele que realiza o contato direto com os pacientes, independente de sua posição na hierarquia da instituição. Assim, estamos tratando de qualquer trabalhador, seja o Médico, a Enfermeira, o Técnico de Enfermagem, o Atendente da copa ou da limpeza, etc..

2.1-Emergência e/ou Enfermaria?

O ingresso desavisado na emergência do Hospital de Pronto Socorro poderia confundir tanto o cidadão comum, que pouco conhece dos serviços de atenção à saúde, como o profissional da saúde que desenvolve atividades relacionadas a esse segmento e que detém conhecimento sobre a forma de organização dos espaços de atenção à saúde. Não obstante a emergência seja um serviço que está preparado para prestar serviços de determinado espectro e seja um lugar que guarda certa imagem de espaço físico com características de ocupação específicas, o que se observa na sua realidade, de forma cotidiana, é bem diferente.

Quando eu acordei pensei que estava em uma enfermaria. Eu uma vez fiquei internado no Conceição [Hospital Nossa Senhora da Conceição], e lá eu fiquei numa enfermaria com vários outros pacientes, por isso achei que era a mesma coisa. Mas lá pelas tantas eu vi que não era bem assim, eu estava em observação, aguardando um leito para ser hospitalizado. (PAC-AMB-23)

Cabe lembrar que as emergências, enquanto espaço de atendimento, têm o objetivo de receber pacientes que, vitimados por uma determinada situação, estão acometidos de um agravo à saúde que necessita de assistência médica imediata. Nessa ótica, são pacientes/indivíduos que apresentam risco de vida ou sofrimento intenso, devendo receber atenção de maneira imediata (CFM, 1995). Para além dessa definição, que explicita a classificação de risco do indivíduo para que seu atendimento se dê nesses serviços de emergência, há ainda uma recomendação de ordem organizacional do sistema em relação a essas unidades. Essa recomendação trata dos termos ideais de operação das emergências que devem manter-se com sua ocupação, quando em situações normais, abaixo de 50% de sua capacidade nominal. Essa recomendação tenta garantir a possibilidade das emergências de absorverem demandas provocadas por acidentes de maiores proporções, onde diversas vítimas podem necessitar desse tipo de atenção de maneira simultânea. Ou seja, as emergências devem estar preparadas para o atendimento de acidentes de massa, sendo esse um dos seus objetivos quando inseridas no sistema. Reside nessa recomendação, que poderia ser considerada como um conceito que leva em conta a necessidade de “manutenção de uma baixa ocupação”, a primeira controvérsia da instituição. Os seus registros são computados de forma que a

totalidade dos leitos é disponibilizada para o atendimento ambulatorial e a internação, sendo naturalizada no âmbito gerencial a impossibilidade de manter o que poderia ser considerada uma ociosidade da instituição, ainda que permaneçam opiniões que remetem à crítica da não observância da referida recomendação.

Se falamos de um hospital de emergência, estamos falando de um lugar que deve funcionar como os bombeiros. Eles estão sempre ali, são pagos para isso, estar prontos para o caso de um incêndio. Pois bem nós aqui (HPS) estamos lotados, se ocorrer um grande acidente onde vamos atender quem chega? Não tem como. Estamos atendendo de tudo um pouco. Imagina então se os bombeiros ficarem consertando as redes de água da cidade enquanto não tem um incêndio para apagar, quando ocorrer um incêndio não terá quem atenda, certo? Parece brincadeira, mas é a nossa realidade. (ENF-AMB-18)

Sob a ótica do que é esperado pelo leigo, enquanto imagem de um serviço de emergência, será óbvio imaginar que esse lugar estará ocupado por pacientes com um alto grau de sofrimento, debilidades e risco de vida. Ainda que essa afirmação possa ser considerada uma inferência, no decorrer do presente trabalho ela poderá ser confirmada. Essa confirmação se deu através da análise de resultado de pesquisa, que apontou como os indivíduos, na sua maioria, visualizam o tipo de pacientes que predominam na ocupação das emergências. Por hora pretendemos indicar que tanto os indivíduos que detém certo grau de conhecimento sobre o sistema de saúde, como aqueles aqui considerados leigos, em princípio, comungam da mesma imagem dos serviços de emergência. Essa imagem é resultado de representação construída em relação aos serviços de emergência e referem um espaço ocupado por pacientes em risco de vida, apresentando lesões de muita gravidade.

O que se observa na emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, no entanto, é que nesse setor, onde deveriam ser atendidos exclusivamente, pacientes que necessitam de cuidados urgentes, encontramos também um número significativo de pacientes que poderiam ser atendidos em outros serviços que não de emergência, ou seja, poderiam ser atendidos de forma adequada em outro tipo de

estabelecimento. São pacientes que devido a suas patologias, não necessitariam de atendimento de urgência, poderiam receber atendimento em serviços de menor complexidade¹⁴, como os serviços de atenção básica ou ambulatórios de especialidades. Ali estão também pacientes que, já tendo recebido o atendimento de urgência, deveriam ter sido transferidos para outro serviço ou outro tipo de acomodação, como por exemplo, a internação de um hospital geral ou do próprio Hospital de Pronto Socorro, no entanto, pela inexistência de leitos disponíveis, esses pacientes são mantidos em atendimento ou em observação na emergência.

Há ainda os pacientes que acabam sendo mantidos na emergência por outros motivos. São aqueles pacientes que aguardam a realização de determinado procedimento ou exame. Existem procedimentos que devem ser realizados durante o processo de atendimento, como uma cirurgia ou determinados exames para diagnóstico, que dependem da transferência momentânea ou da remoção do paciente para o local onde esses exames são realizados.

No dia do acidente me trouxeram para cá [HPS], não foi escolha minha, mas acho que foi sorte. Estou louco para sair daqui. Só vejo neguinho todo quebrado e eu estou bem. O médico não pode me mandar embora porque sou de Arvorezinha, e lá não tem quem avalie se a minha cirurgia de córnea está bem ou precisa de outra. Então vou ficar aqui até dar o tempo para a nova avaliação do médico [Oftalmologista]. Como dizem por aqui estou “de molho”.
(PAC-INT-12)

Contribui para essa demora o ajuste dos fluxos para a realização de determinados procedimentos, por vezes limitados pela capacidade ou disponibilidade de equipamentos e profissionais presentes em número suficiente para a realização desses procedimentos no tempo ideal. Outras situações demarcam de forma mais veemente a realidade de aglomeração encontrada na emergência. Um exemplo é a longa permanência de pacientes que, apesar de já concluído o atendimento, mantêm-se na instituição porque não têm para onde ir. São pacientes que dependem de uma rede de apoio social que é insuficiente e permanentemente congestionada. São muitas vezes pacientes crônicos, que

¹⁴ Ainda que seja usual a utilização de termos que referem níveis de complexidade dos serviços de atenção à saúde, essa é uma classificação não regulamentada.

ingressando na emergência por um evento agudo de sua patologia, necessitam de cuidados continuados, nem sempre obtidos de forma imediata ou na integralidade por parte do sistema. Desta forma, esses pacientes acabam por aguardar no espaço de cuidado da emergência a solução de problemas alheios ao campo de atuação e fora da autonomia da emergência. Contribui também para isso a baixa capacidade de cuidado da família para com o doente, que é determinante, muitas vezes, de recorrentes hospitalizações.

O Serviço Social do HPS tem intensa dedicação ao processo de referenciamento dos pacientes ao sistema, que deve dar continuidade ao atendimento, bem como da busca de familiares que possam auxiliar na remoção e cuidado. Segundo esse grupo de trabalho:

Às vezes é muito difícil proporcionar o retorno do paciente ao convívio da família. É comum que todos tenham seus compromissos, trabalho, contas para pagar, etc. Manter uma pessoa com pouca autonomia em casa, de quem se deve cuidar, dar banho, alimentar e tudo o mais é complicado. Muitas vezes os familiares deixam por nossa conta a busca de um local para o paciente ficar. (SSO-INT-01)

Uma vez o paciente me passou o seu endereço. Fui como de costume levá-lo até lá. Quando chegamos, o lugar era literalmente 'embaixo da ponte'. Como seria possível deixá-lo lá? Ele estava com a perna imobilizada até a coxa, não tinha nem como chegar sozinho, tinha um barranco para entrar na sua moradia. No fim, viemos de volta e foi retomado o processo para encaminhar a uma instituição. Enquanto isso ele ficou aqui. O que fazer? (SSO-INT-08)

Visualiza-se, então, uma contradição do sistema que é percebida pelo usuário que ingressa na instituição para um atendimento de urgência. Convivem os casos graves, que exigem atenção para a qual o espaço está preparado, com situações que deveriam ter resposta em outros serviços de atenção à saúde. Misturam-se casos graves, de pacientes vítimas de trauma e que necessitam de atenção imediata e de complexidade, com atendimentos que pouco tem a ver com a proposta

organizacional da emergência, de pacientes que, deslocados no sistema, esperam ter supridas necessidades de diversas ordens, normalmente de baixa complexidade.

De forma simplificada, poder-se-ia admitir que a superlotação da emergência esteja em ocorrência, por conta de uma inadequada gestão de fluxos do sistema, já que há um deslocamento do paciente em relação ao serviço onde melhor seria assistido. Essa questão deve ser tratada no âmbito das ações de regionalização e hierarquização da assistência, num processo de regulação do sistema, no entanto existem fatores subjetivos para o sistema e que são objetivos para o usuário, que contribuem de forma relevante para que essa situação ocorra. Trata-se de um processo de subversão do espaço por parte do usuário. Como já foi visto anteriormente, as instituições de atendimento de urgência obtiveram ao longo do tempo um importante referencial junto à sociedade, sendo reconhecidas como aquelas capazes de dedicar um atendimento rápido e seguro. Com essa marca acabaram por se constituir, no entendimento do usuário, como serviços que apresentam um alto grau de resolutividade, bem como concentram, por conta de sua necessidade, vários especialistas, o que confere às mesmas, certa predileção de busca por parte do usuário. Soma-se a isso serem serviços que se mantêm de porta aberta de forma ininterrupta, nas 24 horas do dia. Assim, ainda que o usuário possa entender que “seu caso” não é uma emergência, pela facilidade de acesso e capacidade resolutiva, esse usuário comete uma subversão, mascarando seus sintomas, o que acaba “urgenciando” o seu atendimento.

Tal situação pode ser identificada em alguns depoimentos, onde o paciente acaba por admitir que seu atendimento se deu por conta desse tipo de artifício. Trata-se de uma subversão que pode ser chamada de “branda”, já que não perturba severamente o ingresso, mas o usuário deixa de se utilizar de uma porta do sistema da rede básica e busca acessar diretamente a porta de atendimento de emergência, ainda que não seja o local mais apropriado para o seu atendimento. São motivações no âmbito da comodidade, ou da tentativa de evitar esperas e novas buscas aos serviços da rede básica.

Então eu não vou mais lá, [serviço de atenção primária] sempre que preciso ser atendido não perco meu tempo procurando o postinho, venho para cá [Hospital de Pronto Socorro], é muito melhor. (PAC-AMB-09)

Não posso esperar até que a unidade [unidade básica de saúde] abra amanhã de manhã, minha filha está com febre e precisa ser atendida agora. Eu tinha medo que se ela chegasse caminhando não fosse atendida logo, por isso fiquei com ela no colo até ser atendida (PAC-AMB-19).

Pode até demorar um pouco mais, mas sei que vou ser atendido se esperar. Eles não vão me mandar embora sem me examinar e dizer se preciso ficar no hospital ou ir para casa com algum remédio (PAC-AMB-12).

A verdade é que se não for desse jeito, quando é que eu vou ser atendida? Todas as vezes que precisei de atendimento fui para a fila esperar o posto abrir para receber uma ficha. Essa ficha é para outro dia. Então começa de novo a espera. Aí chega lá e não tem exame para o dia. Então prá que? Começar sempre tudo de novo? Não mesmo. Por isso eu vim para cá direto. (PAC-AMB-03)

O fato de reconhecer que em determinados casos é possível identificar que há, por parte do paciente, a escolha deliberada da emergência para atendimento de situações que, em tese, não se configuram em uma situação de emergência, nos coloca em frente de uma primeira questão. Quais seriam os principais motivos que estariam contribuindo para essa postura do usuário?

Diversas suposições podem ser consideradas na análise dessas subversões que parecem ser cometidas pelos usuários-pacientes no Hospital de Pronto Socorro, bem como em outras emergências que compõem o sistema brasileiro. Dentre essas suposições deve ser considerado o fato de que na maior parte dos países, a emergência constitui-se na “porta lateral” das populações pobres, porém no Brasil ela é, muitas vezes, a “única porta” para ser acessada. Outras suposições estariam na facilidade de acesso que a emergência oferece pela forma de atendimento ininterrupta, a proximidade geográfica da residência do paciente, a falta de regulação do sistema de atenção e a desinformação do usuário. Ocorre que, 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 (Kniestedt, 2010).

É possível perceber ainda que existe um conjunto de expectativas criadas pelo mercado de equipamentos médico-hospitalares e dos serviços privados de saúde em relação a produtos de finalidades específicas, que são apresentados como de “primeira necessidade” para a manutenção da saúde. São expectativas que forçam a demanda na direção da busca desses produtos, não por sua efetiva necessidade para um melhor atendimento, mas sim pela imagem que os mesmos passam a representar. Esse movimento tem como conseqüência a pressão para que esses produtos sejam disponibilizados de maneira universal, mas sua principal influência se verifica na forma como o indivíduo compreende o cuidado à saúde. Ele é cada vez mais incentivado pela mídia a buscar serviços de maior complexidade, deixando de aderir ao cuidado básico presente nas unidades primárias de atenção. Esse processo de desvirtuamento da demanda por conta da busca de complexidade também interfere na organização da atenção, já que faz surgir novas demandas que o sistema público tenta satisfazer.

Eu não vou deixar de ser atendido onde existem os equipamentos necessários para o atendimento e procurar um postinho que eu sei que não tem nada. Pelo que me disseram o médico só está de manhã. A gente tem que ter hora para ficar doente. (PAC-AMB-08 09.11)

Junto a essa expectativa, muitas vezes criada por interesses diversos da garantia do indivíduo a uma vida saudável e acesso à saúde, está seu direcionamento, levando à sedução de que os serviços hospitalares de emergência detém esse arsenal tecnológico disponível, criando o imaginário de que o hospital resolve todos os problemas do indivíduo, já que supõe atendimento de especialistas, exames mais complexos e medicamentos de última geração (Deslandes, 2000).

Lembremos ainda que, como referido no capítulo anterior, no processo de ampliação dos serviços de saúde no Brasil, ocorrido no período de ditadura militar, compreendido entre os anos de 1964 e 1984, houve um importante processo de privatização do sistema de saúde. Esse período, marcado pelo autoritarismo, como foi chamado, proporcionou uma importante abertura para o ingresso de tecnologias

internacionais, o que foi facilitado pela via do financiamento estatal das empresas privadas que identificaram na saúde um mercado promissor.

A ditadura acabou por consolidar o capitalismo monopolista de Estado, conduzindo as políticas de saúde com forte apoio ao setor privado, que construíram instituições de saúde baseadas na lógica do consumo de tecnologias de saúde com alto custo e vínculo tecnológico de constante substituição.

A rápida percepção pela indústria multinacional produtora de tecnologia em saúde, de que o Brasil passava a ser um vasto mercado com possibilidade de consumo dessas tecnologias, apontou para o ingresso de “equipamentos de ponta”, que apesar da discutível necessidade desse aporte, marcou o processo de atenção à saúde com forte ligação a dois elementos. O primeiro diz respeito à compreensão de que o bom atendimento é aquele que dispõe de um parque tecnológico sofisticado, com equipamentos e medicamentos de “última geração”. O segundo, impulsionado por uma consequência do primeiro, é de que os hospitais são os espaços onde se obtém o melhor e mais rápido atendimento, já que é neste espaço de cuidado que estão concentrados o arsenal tecnológico e as pessoas que tudo sabem sobre essa avançada tecnologia ali presente. Independente dos interesses que moveram essa imagem de saúde que foi criada e amplamente difundida, esse imaginário se mantém presente até hoje, podendo ser assistido nas mais diversas formas de mídia, que apontam para a importância do acesso às tecnologias modernas da saúde como a forma para a obtenção do cuidado e da “cura”.

Entendo necessário que esses elementos, que ao longo de importante período em que se deu a ampliação dos serviços de saúde no Brasil, sejam especialmente considerados nas análises do fenômeno da escolha, por parte do usuário, da porta de acesso ao sistema. Esses elementos, que tiveram em sua base um forte apelo para o consumo cada vez maior de produtos e serviços de saúde presentes nos hospitais, têm como resultado o que é conhecido hoje como uma visão “hospitalocêntrica”, onde todos os males podem ser superados no interior de uma unidade que tenha alta tecnologia e muitos especialistas à disposição. Trata-se de um aprendizado que se fez num período anterior à elaboração do sistema de saúde brasileiro, e que de certa forma sedimentou-se na compreensão do usuário como a verdade na saúde, consagrando o entendimento de que existe um forte vínculo entre a alta tecnologia e a possibilidade da cura.

Esse múltiplo aprendizado estabeleceu questões que se mantêm até hoje, como a identificação do hospital como porta de entrada do sistema, definindo a instituição hospitalar como aquela capaz de oferecer a resolutividade e o lugar onde estão disponíveis e “prontos para uso” os produtos que devem ser consumidos para a cura. Fica evidente também a difusão da idéia de que as instituições privadas são melhores do que as públicas, mais eficazes e eficientes. Um efeito colateral desse processo de aprendizado foi o empobrecimento da clínica, já que a relação dos indivíduos que travam o encontro clínico fica remetida para uma posição secundária, tendo em vista a prioridade pelo consumo dos “produtos” de saúde.

Essa forma, que chamamos hospitalocêntrica, de compreender os espaços de atenção à saúde, bem como os produtos de saúde, carregam consigo, além de idéias sobre esse tema, também termos que reforçam a idéia da capacidade de lugares e equipamentos produzirem saúde. Um exemplo dessa deformação é o caso da consideração que é feita, e até mesmo da confusão criada, com o significado de tecnologia em saúde. Usualmente é utilizado o termo “alta tecnologia”, como aqui foi feito, para designar o que de fato queremos tratar como “densidade tecnológica”, ou ainda mais propriamente, “densidade do parque tecnológico duro” (Merhy, 1997). São vícios que dão a dimensão do paradigma que estabelece o corpo como máquina, a doença como um mau funcionamento de uma de suas partes, e a cura um conserto da parte defeituosa, o que deve ser realizado por uma “oficina especializada”, que tenha as máquinas recomendadas para o “conserto”.

Levantamento realizado em 2004 no Hospital de Pronto Socorro, que é uma instituição reconhecida pela comunidade como um lugar para atendimento de emergência, demonstrou que 60% dos pacientes em atendimento na emergência poderia receber atendimento em outra instituição da rede de atenção. A maioria desses pacientes “deslocados” no sistema apresentava baixa ou nenhuma regulação, tendo realizado o ingresso na instituição a partir de iniciativa própria ou trazido por familiares, vizinhos ou socorrentes leigos.

Ainda que diversas propostas para diminuição do nível de ingresso de pacientes com problemas de saúde que não justificam seu atendimento no Hospital de Pronto Socorro já tenham sido apresentadas e algumas iniciativas tenham sido implementadas, como em 2004 quando foi formatado o Plano Diretor Assistencial do

Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre¹⁵, essa situação não apresentou melhora significativa. O índice de pacientes que são identificados em situação de deslocamento no sistema, por apresentarem problemas de saúde não compatíveis com a proposta de atendimento do Hospital de Pronto Socorro, segue muito além do que seria esperado. Tal realidade permanece como um ponto que tem recebido atenção da atual Direção (2012) que, através da implantação de protocolos de atendimento que consideram a “classificação de risco” para a orientação dos fluxos internos de atendimento, priorizando pacientes com maior grau de risco, estabelece um formato educativo para o usuário, já que busca explorar a compreensão de que os pacientes com menor grau de risco (que poderiam ser atendidos noutro serviço da rede) precisam esperar mais do que aqueles que apresentam risco compatível com o grau de complexidade da instituição. Ou seja, a priorização do atendimento se dá a partir de uma lógica que pode ser compreendida pelo usuário, desde que adequadamente comunicada.

Ainda que a sedução proporcionada por esses serviços de alta tecnologia e com presença constante de especialistas também seja um fator importante para explicar sua superlotação, o fenômeno em questão deve ser explicado com a análise de outros fatores que se entrelaçam. Assim, considerando a situação de superlotação da emergência estudada, e a necessidade de prospectar elementos que possam contribuir na compreensão dos motivos que levam usuários a subverter a lógica de acesso pensada pelo sistema, cabe ampliar a análise para além da instituição estudada, verificando a existência desse fenômeno em outros espaços de atenção mais distantes de nossa realidade.

Segundo Deslandes (2000), não se trata de um problema recente ou presente apenas na realidade do sistema de saúde brasileiro. A visualização, pela população, dos serviços de emergência como uma opção para o ingresso no sistema de saúde já foi observado desde a década de 50 em diversos países. Estudos apontam que esse fenômeno deve ser tratado como uma realidade que acaba por forçar o próprio crescimento dos serviços de emergência, que acrescentam à sua expansão, ingredientes como a crescente utilização pela população desses serviços, para obter atendimento à saúde.

¹⁵ O Plano Diretor foi apresentado em 2004 e teve como uma de suas linhas estratégicas a melhoria da articulação da rede que tinha, entre outros objetivos, melhor referenciar pacientes no sistema, apontando para uma equalização das portas de acesso.

Ao contrário do que se possa imaginar, a identificação de um alto índice de pacientes “deslocados” no sistema de atenção à saúde, em especial da forma que estamos aqui tratando, que pode ser considerada uma subversão, já que indica uma ação de “urgenciar” o atendimento, evidencia um problema já reconhecido em diversos sistemas de saúde, não se tratando de uma novidade. É importante referir ainda que esse não é um problema específico do sistema de saúde brasileiro, já que a crescente utilização das portas de emergência para o ingresso no sistema de saúde é percebida em vários lugares do mundo, independente das estratégias de atenção implantadas. Segundo trabalhos realizados nos EUA, por autores como Grumbach, (1993), Torrens & Yedvab, (1973). Powers (1973). Tais estudos têm demonstrado que os serviços dedicados ao atendimento de emergências médicas acabam por atender uma diversidade de casos que não se configuram como tal. São situações muito diversas e que se mostram com difícil administração, já que envolvem inclusive questões de ordem legal, que podem ser levantadas na área civil e criminal (Lemay, 1996).

Há cerca de trinta anos, autores americanos discutiam esse problema como questão estratégica para os serviços de emergência (...) associando o próprio crescimento do setor de emergência às mudanças do perfil de utilização desses serviços e aponta quanto tais mudanças foram incorporadas pela população. (Deslandes, 2000, p.113)

Ocorre que essa tendência estabelece um desequilíbrio no sistema, já que ao mesmo tempo em que passa a exigir um potencial de atendimento maior das emergências, tornando-as cada vez maiores e mais caras por conta da ampla diversidade de procedimentos que lhe são demandados, acaba por desqualificar a rede de atendimento básico ou primário. Esse desequilíbrio se faz sentir de diferentes formas, como por exemplo, comprometendo uma maior parcela de recursos para a área de atendimento de emergência em detrimento ao investimento na rede básica. Há, no entanto, a instalação da mais nefasta conseqüência, que é a marginalização da atenção básica, que tem como principal vocação as medidas preventivas, que, em tese, fariam reduzir a busca aos serviços de emergência. É fácil entender que essa tendência, para além de um desequilíbrio que possa estar sendo provocado no presente, ela estabelece um movimento circular e crescente, levando ao provável aumento, no futuro, dos atendimentos de emergência em

substituição ao acompanhamento da saúde pela rede primária e a conseqüente diminuição da lógica da prevenção.

A percepção desta realidade tem contribuído na reformulação de métodos para a qualificação do acesso do indivíduo ao sistema de saúde, considerando elementos de hierarquização. Exemplo disso pode ser identificado nos sistemas mais inovadores, que adotaram estratégias de melhoria da atenção primária ou atenção básica à saúde, buscando potencializar a atuação preventiva. No Brasil, assim como em outros países, tais estratégias têm agregado elementos de facilitação do acesso da população à atenção básica, como é o caso da Estratégia da Saúde da Família, que estabelece uma nova forma de relação com os usuários que são atendidos por uma equipe multidisciplinar que acompanha os processos de saúde e de adesão aos cuidados primários. São estratégias que, baseadas em prognósticos dos ciclos de vida, áreas de vulnerabilidade, ou outros parâmetros epidemiológicos, adquirem argumentos potentes para a qualificação do atendimento.

Ao que parece, no entanto, a tendência de acessar o sistema pela porta da urgência não apresentou sinais de ceder frente a algumas iniciativas, como é o caso americano, apesar da elevação dos custos que essa tendência representa para o sistema.

Esse problema continua bastante atual e preocupa sobremaneira os gestores americanos. Baker e Baker (1994) citam o *National Ambulatory Medical Care Survey* e demonstram que 55,4% dos atendimentos feitos nas emergências nos EUA, em 1992, referiam-se a casos não-urgentes. (Deslandes, 2000, p.125)

Também a análise de outros serviços de atendimento de urgência em centros urbanos, como no Canadá, indicam que parcela significativa dos atendimentos realizados, cerca de 70%, não se constitui em urgências médicas. Seriam casos que poderiam ser atendidos em outros serviços de menor complexidade (Lemay, 1996). Identifica-se, então, que sistemas com maior desenvoltura e experiência no trato das dificuldades de regulação do sistema admitem o deslocamento de parcela importante de pacientes no seu acesso, adotando, em alguma medida, a preferência pela porta da emergência (Kniestedt, 2010).

Deslandes (2000) aponta que exaustiva revisão bibliográfica de Lemay e colaboradores (1996) afirma que essa também é uma realidade européia e acrescenta, exemplificando que na França apenas 22% dos atendimentos nas

urgências públicas de Paris poderiam ser enquadrados como o que denominamos de emergência e que demandaria “de fato” intervenção médica imediata.

O que se pode depreender então, é que a imagem encontrada na emergência do Hospital de Pronto Socorro não se trata de um caso isolado, mas sim de um fenômeno já identificado também em outros espaços de atenção de emergência. Não obstante a existência de demandas para o serviço, que se constituem em uma necessidade de intervenção imediata, é possível perceber que, não diferente de outras comunidades (ou países), há uma demanda que incha o sistema por conta de um fenômeno que, se não é universal, é comum a muitos dos serviços de emergência e sistemas de saúde estudados.

2.2-Os deslocados

O espaço de atendimento de emergência, que originalmente é concebido para o tratamento de situações em que há dano ou doença severa e que, portanto, exige atendimento imediato, é ocupado para o atendimento de uma gama extensa de enfermidades, muitas delas não configurando situações de emergência. Essa ocupação se dá dessa forma, em grande medida, pela maneira como o indivíduo se mobiliza para o atendimento de que precisa, e que se constituiu através de percepções captadas no seu cotidiano.

No capítulo anterior foi possível tratar de alguns aspectos que contribuem para essa postura, são aspectos que estão relacionados ao que o indivíduo espera dos estabelecimentos de saúde e do sistema que conforma a organização desses estabelecimentos. A análise das percepções dos indivíduos em relação ao sistema, como foi visto, tem como uma de suas vertentes a construção das representações, proporcionando que o indivíduo realize uma permanente mediação entre o que espera e o que recebe do sistema. Essa mediação mantém um permanente tensionamento da sociedade em relação ao sistema de atenção à saúde, o que explicaria, em parte, a forma como o indivíduo se movimenta nesse sistema. A demanda não atendida em determinada porta não corresponde à interrupção da busca pelo atendimento, mas sim uma peregrinação que, ao encontrar acolhida, passa a constituir-se na porta preferencial.

O que se pode inferir é que existem ao menos duas visões a considerar nesse aspecto trazido ao foco. Considerando a realidade percebida da emergência do

Hospital de Pronto Socorro, uma das visões seria a do paciente, que pelo que já foi referido anteriormente, compreende esse espaço, de um lado, como um espaço caótico, onde se misturam diversos tipos de atendimento, o que representa uma gama extensa de especialidades possíveis de serem acessadas. Entende também que se trata do lugar onde existe a certeza do atendimento completo, já que ali estão disponíveis todos os recursos necessários para o cuidado à saúde. Junte-se a isso que, em muitos casos, é o “fim da linha”, ou seja, o lugar de onde não há mais para onde ir ou recorrer. Neste caso a sua percepção ainda se faz reforçada, possivelmente, por uma experiência onde, após passar por diversos locais sem ter a solução dos seus problemas, acabou sendo atendido em uma emergência do sistema de saúde.

Quando caí no meu trabalho e achei que tinha quebrado a perna, fui até o posto de saúde da Jerônimo [Unidade Modelo], quando cheguei lá fiquei esperando, até que fui atendido e me encaminharam para cá. Ontem quando meu filho queimou a mão eu vim direto para cá. (USA-SA-18.2.01)

A segunda visão seria a do gestor que, revendo a evolução desse espaço de atenção, referirá que a emergência originalmente não tinha um status organizacional definido, não se configurando em uma especialidade, localizava-se num arranjo espacial pouco definido no ambiente hospitalar. Seu objetivo era o atendimento de casos que exigiam atenção imediata. O que se verifica agora é que a emergência do hospital moderno é um lugar onde se atende todo o tipo de enfermidade, essa nova condição exige uma estrutura ampla e com características que lhe permitam atender essas diversas enfermidades. A emergência acaba por se constituir em um hospital completo, porém em miniatura. Essa nova emergência agora recebe um público que busca tratamento para os seus mais diversos males, fazendo uso desse estabelecimento como se fosse um centro clínico generalista. Essa realidade se apresenta em função da falta de compreensão do usuário em relação à missão dessa organização, na qual aprendeu a confiar para tratar de sua saúde.

Cabe aqui realizar uma reflexão sobre os motivos que podem estar contribuindo para que os serviços de emergência estejam se apresentando com a superlotação que é percebida no Hospital de Pronto Socorro, e que é referida pelos

autores que têm tratado do tema. O que primeiro se constata é que essa realidade não se sustenta por uma única via, mas sim é uma reflexão que deve acolher um conjunto bastante amplo de fatores. Ainda que essa reflexão não seja completa, entendo necessário que possamos fazê-la, para então prosseguir nas percepções dos usuários que se encontram hospitalizados, considerando essa definição como aquela referida anteriormente.

Preliminarmente é necessário que se faça um recorte no tema a abordar. Para efeito da reflexão que se pretende fazer, que busca compreender os motivos que levam a ocorrência de superlotação da emergência do Hospital de Pronto Socorro, definiremos aqui que existem dois tipos de ocupação que se fazem nas emergências, ou seja, existem duas contribuições diferentes de usuários para que se constitua ou se conte a lotação da emergência. A primeira delas é aquela que representa os pacientes que “de fato” apresentam uma patologia cujo atendimento deve ser realizado em um espaço de atenção às urgências, ou seja, é um caso de atendimento na emergência. Esse grupo de usuários é composto por pacientes que, tendo sido bem regulados pelo sistema ou mesmo não tendo sido regulados pelo sistema e tendo ingressado no Hospital de Pronto Socorro através de outra forma, fica evidenciado que necessitavam de cuidados urgentes. Outro grupo de usuários será aquele formado por pacientes que, tendo ingressado para atendimento no Hospital de Pronto Socorro, mal regulados pelo sistema ou mesmo não regulados, encontram-se numa situação que pode ser considerada de “deslocamento” em relação à lógica do sistema e da vocação da instituição de atendimento de emergência, neste caso o Hospital de Pronto Socorro. São pacientes que poderiam ser atendidos em outro serviço, sem acessar o serviço de emergência.

Para que se possa apoiar essa conceituação é necessário que se compreenda que existem critérios estabelecidos que dão conta de classificar essa condição. Existem diferentes formas, ou seja, diferentes protocolos que permitem que essa classificação seja realizada. Haja vista o presente trabalho não ter o objetivo de explorar as técnicas utilizadas para essa classificação, é suficiente a formulação que foi identificada no Conselho Federal de Medicina, que estabelece o seguinte:

Cabe ainda pontuar que a lógica médica que classifica os eventos clínicos e traumáticos como “urgentes” (“ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador

necessita de assistência médica imediata” - CFM,1995), “de emergência” (“constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento imediato – CFM,1995)

Considerando que as instituições de atendimento de emergências têm condições de realizar a interpretação dos casos que se apresentam como casos urgentes e assim o fazem, não há porque questionar se existe alguma incorreção na classificação. Caberia, no entanto, refletir se há um processo de emergenciamento de pacientes por parte dos profissionais da saúde. Ainda que não seja esse o foco do trabalho que aqui se desenvolve, o estudo da ocorrência desse fato poderia conduzir a descobertas interessantes sobre o ponto de vista do rompimento da “dureza” do processo relacional do profissional paciente que reside no tratamento impessoal muitas vezes presente. Ou seja, uma questão que poderia ser iluminada é se há por parte dos trabalhadores um processo de urgenciamento de determinados pacientes que se faz não através do duro protocolo estabelecido, mas sim através de outros elementos de ordem subjetiva.

Como é que eu poderia mandar a mãezinha embora? Seu filho está com grandes queimaduras, seu prognóstico não é bom, eles são do interior, quem vai cuidar dele se ela for embora? (ENF-INT- N02)

Na verdade essa prospecção poderia levar à indicação de que existe, para além do impessoal protocolo que verifica a emergência do caso, uma possibilidade de subversão proporcionada pela equipe que realiza a atenção. Seriam dados que não se enquadram corretamente como se propõem pela regra estabelecida, de alguma forma são fugitivos do ordenamento impessoal e confiável que se deseja.

Partindo-se então da premissa de que a ocupação da emergência se faz basicamente por dois tipos de pacientes – aqueles que necessitam de atenção de emergência e, portanto, estão “corretamente alocados” no sistema e aqueles que estão “deslocados” neste, já que poderiam ser atendidos em outra porta do sistema, como anteriormente definido - , e que esses dois tipos de pacientes são classificados por critérios definidos tecnicamente e acordados pelos profissionais da emergência, podemos analisar a forma de contribuição de cada um desses grupos, buscando compreender as suas particularidades.

Tratando primeiramente do grupo de pacientes “corretamente alocados”, a análise nos leva a indagar porque a demanda de pacientes que necessitam de atendimento de emergência poderia ter aumentado ao longo do tempo, já que a percepção é de que existe uma superlotação das emergências. Essa prospecção nos leva a identificar questões que estão de alguma forma relacionadas com a evolução de determinadas modalidades de atenção à saúde. Em nosso caso cabe explorar brevemente como chegaram aos nossos dias os serviços de saúde que tratamos como emergências, e como são atualmente inseridos na lógica assistencial, reconhecendo que sua criação e manutenção estão relacionadas com a forma de evolução da sociedade.

Como visto anteriormente, os hospitais, no início, acolhiam todo o tipo de “mal”, no entanto sua evolução passa por certa especialização, acabando por reproduzir elementos para acolher demandas específicas, fazendo acontecer o ordenamento da atenção. A partir da necessidade desse ordenamento, os hospitais passam a ter especializações, que são conferidas na medida em que há uma clara vocação para determinado tipo específico de cuidado e o sistema passa a contar com essa especialização para melhor direcionar as suas demandas. Temos então hospitais especializados em doenças cardiológicas, ligados à ortopedia, à realização de transplantes, etc. Nessa visão, os hospitais passam a ter definida sua vocação principal, como é o caso do hospital onde se realizou o presente estudo, que é uma instituição pública especializada no atendimento de pacientes vítimas de trauma.¹⁶

A prospecção para identificar historicamente o início de atividades organizadas para a assistência às emergências aponta para a necessidade de assistência aos exércitos que combatiam na “guerra santa” (cruzadas). Sendo que o primeiro protótipo ocidental de um serviço de emergência foi criado no século XI, pelas ordens cruzadas de Malta e de St. John, com o objetivo de oferecer cuidados emergentes para os que guerreavam (Deslandes, 2000). Sua lógica baseava-se em uma estratégia para a vitória, já que a obtenção de êxito na recuperação dos soldados feridos significava uma vantagem.

Essas práticas, que passaram a ser registradas, constituíram documentação que garantia a sua reprodução nos campos de batalha, e permitiram que as práticas do cuidado fossem comunicadas ao longo do tempo até nossos dias.

¹⁶ 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.

Tais práticas de cuidado dão origem aos serviços de emergência que conhecemos, mantendo essa relação com a necessidade de cuidados emergentes, porém agora com demandas diversificadas, já que esses serviços passam a atender, além das situações geradas por conflitos armados, também aqueles relacionados a outros eventos, especialmente acidentes de diversas etiologias.

Esses serviços de atenção às urgências e emergências apresentaram importante crescimento nos anos 50, o que é creditado especialmente ao aumento de vítimas das chamadas “causas externas”, em grande medida pelo crescente número de acidentes de trânsito (Aquino, 1987), pela incorporação de técnicas cirúrgicas e pelo aperfeiçoamento das práticas de atendimento ao trauma, que foram adquiridas nas guerras da Coreia e do Vietnã.

A incorporação e o aperfeiçoamento de novas práticas no cuidado propiciaram a elaboração de protocolos de atendimento para o manejo do paciente em situações onde há risco de vida, cuja base conceitual é o “encadeamento para a sobrevivência” (Deslandes, 2000). Tais iniciativas apresentaram impacto positivo nas estatísticas de sobrevivência dos pacientes vítimas de trauma, o que facilitou a sua difusão, sendo muito bem recebidas pela sociedade, dada a sua capacidade de potencializar a reversão de estados críticos de saúde causados por eventos de grande agressividade.

Na esteira dessa evolução, um processo organizativo em países da Europa aponta para a criação de redes nacionais de assistência às urgências e emergências. Uma dessas redes, criada na década de 60, foi o SAMU - Service D'Aide Médicate Urgente -, na França (Aquino, 1987), que serviu de modelo para a implantação do SAMU no Brasil em 1992.

Estabeleceram-se então redes de assistência, compostas de serviços como o Hospital de Pronto Socorro, cujo objetivo é proporcionar atendimento a pacientes vítimas de eventos que necessitam de atenção imediata. Sua lógica de atenção prevê o atendimento imediato de diversos tipos de agravo à saúde, tendo na rede de atenção a possibilidade de promover a continuidade do atendimento.

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).

Tratando-se, portanto, de um serviço de atenção às emergências, com a gênese própria que caracteriza esse tipo de serviço e as particularidades que apresenta na sua área de atuação, os motivos que poderiam explicar a superlotação do Hospital de Pronto Socorro são aqueles que se referem às especificidades da sociedade em que a instituição se insere. Assim, algumas questões devem ser consideradas para essa explicação. Uma delas é a intensificação da violência no país, em grande medida gerada pelo rápido processo de urbanização, que é característico com o aumento do nível de desocupação da população urbana, forçando os índices de criminalidade. Também contribui a soberania automotiva na forma de locomoção das populações, tendo como consequência o volumoso número de acidentes de trânsito. Outros fatores, como o aumento do número de acidentes de trabalho, por conta do aumento de determinados segmentos da economia, como é o caso da construção civil, registrado nos últimos anos, tem contribuição no aumento dos números de atendimentos na emergência. Todos esses fatores, porém, são insuficientes para explicar a superlotação das emergências, já que os números apontam para certa estabilidade no crescimento, além do que são considerados crescimentos sazonais. (Hospital de Pronto Socorro e DATASUS)

A reflexão a ser feita em relação aos pacientes que estão “deslocados” do sistema deve levar em conta uma complexa rede de motivações que está de alguma forma ligada às representações que são construídas pelo indivíduo e pela sociedade, assim como questões que estão diretamente relacionadas à forma como o sistema de saúde dá conta de sua missão ou proposta enquanto sistema.

Já tratamos anteriormente de que a busca de atendimento à saúde através da utilização da porta de emergência para o ingresso no sistema é uma ocorrência que se faz sentir em diversas partes do mundo. Trata-se de um movimento que guarda certa coerência com a forma como os sistemas de saúde são constituídos e na relação que esses mantêm com o usuário, apontando para expectativas que estão no limite do que é entendido como direito. A escuta de reflexões sobre esse fenômeno tem mostrado que a tentativa de explicar o que impulsiona esse fenômeno apresenta convergências importantes, assim como divergem em algumas questões fundamentais, especialmente pelas soluções que são geradas a partir dessas compreensões do problema específico do acesso. Alguns autores (Davidson, 1978) (Malone, 1998) entendem que a elevada procura de pacientes com problemas não urgentes pelos serviços de emergência tem como principal motivação a falta de

acesso à rede básica, ou seja, aos serviços de atenção primária. Reconhecem que o problema de acesso não se trata apenas de “ser atendido” na rede primária, mas sim receber uma atenção resolutiva, que de fato resolva o problema. Trata-se, portanto, para além da não existência de outra porta de acesso disponível, da percepção de um baixo grau de resolutividade, quando comparado com o que é esperado pelo indivíduo. Em grande medida, a fórmula que o usuário lança mão para avaliar a resolutividade, está relacionada ao acesso imediato a especialistas e exames diagnósticos. Prevalece a impressão, para o paciente, de que a opinião de um generalista não responde a uma certeza, mas sim uma indicação da necessidade de investigação do problema, que deve ser realizado por um especialista na área específica.

Lá no posto de saúde se precisar de um médico especialista vou ter que esperar para outro dia, eles vão marcar para sei lá quando e também nem sei para onde vão me mandar. É possível ainda, que chegando na próxima consulta [agora com o especialista] ele me peça um exame e de novo eu entro na fila mais uma vez (PAC-AMB-11).

O entendimento de que o acesso à porta de emergência se faz por conta da presença de usuários sem outra alternativa de assistência, também pode ser compreendido, em algumas tipologias de sistemas de saúde, como um fator determinante da afluência de pacientes às emergências.

O perfil desses usuários consiste em geral de pessoas pobres, não-brancas, desempregadas, sem seguro de saúde e sem outra fonte alternativa de cuidados de saúde. (Delandes, 2000, p. 126)

Ainda que o sistema brasileiro não comungue exatamente dessa explicação, que é verdadeira quando falamos de sistemas não solidários e de acesso não universalizado outros níveis de análise também apontam para uma comparação similar quando as modalidades de atenção são postas a comparação. Assim, no sistema solidário e de acesso universal, esse elemento pode se apresentar de outra maneira, como nos casos onde há uma comparação entre serviços conveniados e “adquiridos” com o sistema universal existente.

Minha irmã trabalha na CSC e tem um plano de saúde que a empresa paga para ela. Quando precisou ir ao médico foi só marcar na própria empresa, e não precisou pagar nada além. Mas eu não tenho plano e o horário que eu posso consultar é esse, então é isso aqui mesmo (USA-AMB-12-INF)

É possível ainda que se faça uma discussão sobre a forma como os serviços de emergência são apresentados para a sociedade. Se de um lado é necessário que se comunique a vocação que esses serviços têm, ou seja, a forma como devem ser utilizados pela sociedade, que tem que considerar a existência de um sistema de atenção, onde existe uma hierarquia na complexidade do cuidado, por outro lado são repassadas para a sociedade a maravilha do atendimento médico assistido por um amplo serviço de diagnóstico e a presença permanente de especialistas para atender qualquer tipo de ocorrência. Há, portanto, mensagens que divergem na imagem criada pela divulgação dos serviços, tornando difícil a compreensão dessa contradição.

Foram feitas tentativas de reeducar o público em relação à verdadeira função da emergência, mas o público, agora acostumado a confiar na emergência hospitalar para esses serviços vitais, não parece disposto a ser reeducado. (Deslandes, 2000, p. 09)

Desta forma, estaria faltando a implementação de uma campanha informativa que pudesse dar conta de difundir entre a população as informações sobre a forma de utilização do sistema.

Lemay e colaboradores (1996) acreditam que uma larga campanha ajudaria a solucionar a questão. Nessa ação educativa, alertar-se-ia a população sobre os serviços de emergência, explicando que eles representam um custo maior à coletividade e que sua natureza não permite um atendimento personalizado nem enfatiza aspectos preventivos. (Deslandes, 2000, p. 09).

Por óbvio essa campanha deveria ser acompanhada por iniciativas que facilitassem o acesso resolutivo, uma vez que se os serviços de menor complexidade não atendessem às expectativas exploradas pela campanha, o processo teria na realidade o resultado de reforçar um imaginário existente, consolidando a emergência como porta de acesso resolutivo.

Por outro lado, há quem pense a questão educativa de outra forma. Segundo Aquino (1987).

Há aqueles que defendem que os serviços de emergência deveriam coibir o acesso, de forma direta, por triagem, ou indireta, oferecendo o atendimento somente após muitas "barreiras", como as longas e demoradas filas, ou mesmo ofertando um cuidado deficiente. E há os que, com base no argumento de que os pacientes que não dispõem de recursos financeiros são os mais vulneráveis, defendem que negar o atendimento sem garantir-lhes uma fonte alternativa de cuidados é condenável ética e clinicamente (Aquino, 1987, p. 90).

Ainda que coibir o acesso através da interposição de barreiras, "como as longas e demoradas filas" ou "ofertar cuidado deficiente" sejam iniciativas condenáveis, por vezes o próprio sistema acaba por proporcionar naturalmente essa situação em função da superlotação da emergência.

Vimos, até aqui, em relação à proposta de investigar o motivo da superlotação das emergências, que a contribuição de pacientes corretamente alocados não é predominante, já que se enquadra em um nível possível de ser projetado e trabalhado de forma estratégica pelo sistema.

A abordagem feita em relação aos pacientes que estariam deslocados no sistema, considerando os elementos definidores de enquadramento de situações de emergência, de acordo com os protocolos utilizados, reconhece que esses são prevalentes, ou seja, os pacientes em situação de deslocamento em relação ao sistema compõem um importante percentual do total de pacientes em atendimento.

No Brasil os serviços públicos de saúde oferecem de forma gratuita o atendimento e seria simplista aceitar que a intensa utilização dos serviços de emergência ocorre em função, como muitos pensam, de uma lógica popular meramente imediatista. Da mesma forma seria incompleto aceitar que se trata de desinformação da população.

Em relação a essa constatação, o que se percebe é que existe uma pluralidade de fatores que podem estar determinando a predileção para a utilização dos serviços de emergência como porta preferencial para o acesso ao serviço de atenção à saúde. Existem, acompanhando essa percepção de pluralidade de fatores, opiniões diversas sobre a forma como devem ser tratados esses problemas que levam à situação em que se encontram as áreas de atenção às urgências e emergências.

Para um olhar mais seletivo, no caso do Brasil, será necessário considerar que os serviços públicos garantem de forma gratuita o atendimento, fazendo-se presentes os elementos de um sistema de acesso universal e financiamento solidário. Assim, alguns elementos trazidos por autores, dando conta de situações onde o sistema não tem essa característica, devem ser melhor analisados, levando em conta as suas especificidades. A análise que considere a falta de acesso ao sistema, de indivíduos com baixo status sócio-econômico e impossibilidade de arcar com os custos de exames e medicamentos, terá que ser depurada. Daí a importância da compreensão sobre a forma como os sistemas de saúde oferecem os seus serviços de atenção e cuidado à saúde, bem como a imagem que a sociedade tem desses, o que foi discutido no capítulo anterior.

Além da necessidade de focar um olhar mais seletivo em relação ao tema, quando se aborda um sistema de saúde com as características do caso brasileiro, é importante também observar a origem dessas percepções. Aqui parece que a compreensão da forma como se dá a utilização do sistema de saúde tem um caráter administrativo e regulador, fortemente centrado na concepção de saúde como uma forma de consumo dos usuários. Ou seja, a abordagem acaba se dando por um ângulo que está vinculado à necessidade de consumo de um determinado produto. Essa lógica transfere ao “consumidor dos produtos de saúde” a sua busca, o que resulta numa forma limitada de abordagem. Nesta compreensão proponho a inclusão de outros aspectos nessa discussão, agora mais ancorados na percepção do usuário do que na do administrador/gestor.

2.3-Outras motivações

Haja vista a proposta deste trabalho de buscar compreender as relações que os indivíduos mantêm com os espaços de atenção à saúde, em especial a emergência, cabe tratar de algumas outras motivações que estão presentes no momento em que o indivíduo procura o serviço de emergência para atendimento. Para a abordagem desses motivos foram trazidas algumas reflexões sobre a realidade enfrentada pelo paciente, buscando através das vozes capturadas durante a realização do trabalho, elementos que possam indicar fragmentos importantes que fazem parte das representações construídas pelas experiências do cotidiano dos indivíduos em relação a esses espaços.

A idéia aqui não é abandonar as explicações que vem sendo referenciadas pelos autores trazidos ao texto, e que de certa forma explicam as principais vertentes sobre esse complexo problema. A discussão que se segue é uma focalização possível, levando em conta as informações registradas na pesquisa realizada na instituição HPS e que poderá ser incorporada às vertentes já exploradas. O que se pretende é tratar de uma abordagem que tenha uma aproximação maior com o que pôde ser capturado nas entrevistas que foram realizadas ao longo deste trabalho, assim como das observações realizadas durante o processo de atendimento de pacientes. Um grande número de informações foi colhido durante o processo de permanência de pacientes após ingresso por motivos diversos. Trata-se de pacientes que se encontravam em processo de recuperação e que, com mais tranquilidade, atendiam à solicitação de colaborarem nas entrevistas. Também se mostraram de grande relevância as informações que vieram de salas de espera. Tanto de pacientes que aguardavam o atendimento como de familiares e acompanhantes que esperavam notícias de seus acompanhados, foi possível tratar dos motivos que levaram a realizar a escolha do serviço em que estavam, de alguma forma, inseridos. A relevância dessas informações está na “história do caso”, que explicita a forma como se deu a trajetória do paciente até a emergência. São relatos que dão conta de elementos que foram considerados para a tomada de decisão em relação ao serviço de saúde que seria escolhido para o atendimento.

Para processar a discussão é formulado a seguir outro conjunto de motivos que podem ajudar na compreensão do fenômeno observado neste trabalho de pesquisa, especificamente sobre as motivações que levam os indivíduos a utilizarem a porta da emergência para ingresso no sistema de saúde, ainda que a análise protocolar de classificação de seu estado de saúde não seja realizada dessa forma.

Ainda que o ponto de partida para a “pergunta” tenha levado em conta uma informação quantitativa, ou seja, o elevado percentual de pacientes “deslocados” no sistema, os motivos identificados não desfrutarão de uma análise quantitativa, mas sim qualitativa, já que foram produzidos através das percepções da forma discursiva e das impressões obtidas durante as entrevistas realizadas.

É importante, no entanto, que uma questão preliminar seja tratada: Estará a saúde ocupando espaço de sentido e de atividades que deveriam estar em outras áreas do âmbito social? Trata-se de um elemento que influencia de forma

transversal as análises que se farão adiante. A questão é melhor formulada por Madel Luz:

Seria a sociedade atual uma sociedade “doente”, fragilizada pelas relações de trabalho, pelas relações sociais em geral e pela (ausência de) ética, explicitada nos valores hostis à vida social que a caracterizam? (Luz, 2004, p. 18)

Então, estamos tratando da possibilidade do cuidado à saúde estar compensando determinadas necessidades que o indivíduo percebe não satisfeitas, especialmente aquelas que tenderiam a oferecer um contato mais próximo, a empatia. Ou seja, a saúde estaria preenchendo funções sociais e funções culturais ligadas ao que poderia ser considerado o “registro simbólico” de vivências, antes compartilhadas, e que foram expurgadas pela contemporaneidade.

A situação de isolamento e de abandono de pessoas idosas, adolescentes revoltados, mulheres sós, trabalhadores desvalorizados e sem condições de prover a família, a falta de conagração e de acolhimento em outros grupos sociais, a exclusão por diferença hierárquica ou social e econômica, estariam de certa forma contribuindo para o conjunto de motivações trazidas a seguir.

2.3.1-A questão cultural

Uma primeira motivação estaria relacionada com uma questão cultural da população. Seriam os casos onde o paciente somente busca atendimento quando se encontra em crise. Ainda que o sistema de saúde disponha de serviços descentralizados e incentive os indivíduos a se manterem permanente vigilância aos sinais que podem estar indicando algum distúrbio orgânico, importante parcela da população não mantém uma rotina de acompanhamento médico. A atenção básica tem sido considerada a principal forma de prevenir doenças das mais diversas ordens, porém a adesão a medidas preventivas é baixa. Assim, muitas vezes ocorre o agravamento de uma situação que poderia ser controlada com medidas básicas, porém acaba se transformando em um evento agudo que passa a ser atendido na emergência. Essa questão cultural, ao que parece, está muito ligada ao mercado de trabalho, onde a exigência de produtividade estabelece uma relação

que coíbe o trabalhador de afastar-se do trabalho para atenção à saúde do tipo preventiva.

Eu não posso faltar ao trabalho para verificar minha pressão, sei que tenho que controlar, mas como vou fazer isso sem deixar o trabalho? O que eu faço é vir até aqui e ver como está a minha pressão quando estou com dor de cabeça ou me sentindo mal, mas não posso reclamar, sou atendida e posso voltar ao trabalho. (PAC-AMB-12.1)

Ele [marido] estava reclamando dessa dor já fazia alguns dias, mas não queria ir ao médico porque recém iniciou na firma. Ficou um dia inteiro sem comer nada e hoje pela manhã não agüentou a dor e eu tive que trazer ele para cá. Ainda não sei o que ele tem, estou esperando aqui já faz um tempão. Já fazem mais de duas horas que ele entrou para ser atendido. (USA-AMB-19)

É interessante observar que apesar do Brasil apresentar um forte vínculo com um modelo campanhista, como foi visto no capítulo anterior, esse modelo não é definidor de uma maior aproximação do indivíduo com a saúde pública de modalidade preventiva. Ainda que as campanhas de vacinação, por exemplo, além de seu objetivo principal, que é o de imunização, ofereçam o contato do indivíduo com os estabelecimentos e equipes de saúde, não são ativados vínculos capazes de garantir a adesão às práticas de prevenção.

O que se observa na maioria das vezes é que o paciente passa a se utilizar dos serviços de saúde apenas após uma ocorrência de atendimento na emergência. Muitas vezes o único contato anterior que o paciente teve com o serviço de saúde foi em campanha de vacinação. (MED-INT-19.1)

Há um entendimento de que quem tem boa saúde não precisa utilizar os serviços de saúde. Por vezes isso é contado como uma vantagem.

Eu nunca precisei ir ao médico, sempre tive uma saúde de ferro. Então quando fiquei sabendo que tinha essa doença fiquei muito incomodado. Toda a minha família é muito forte. Agora o médico disse que vão me transferir para outro hospital para fazer outro exame que eles não têm aqui. (USA-INT-22).

Ainda que outros motivos possam contribuir para que os indivíduos entrevistados estejam culturalmente alinhados com a compreensão de que os estabelecimentos de saúde devem ser acessados exclusivamente quando ocorre um problema de saúde, as respostas prevalentes dão conta de uma atitude que está relacionada com a existência de doença e não necessariamente com o cuidado à saúde. Esse elemento cultural faz parte da explicação do elevado acesso aos serviços de emergência por indivíduos que entendem que este deve ser realizado com o objetivo curativo. Explorando essa atitude, é possível inferir que seu reflexo, no sentido de interferir no sistema de atenção, se faz por duas vertentes. A primeira diz respeito ao evento do acesso propriamente dito, quando o indivíduo busca o atendimento na emergência, enquanto que o segundo aspecto está relacionado ao potencial de enfraquecimento da rede de atenção básica, já que há uma busca diminuída desses serviços por conta dessa cultura, assim eles acabam por preparar-se para uma demanda que é menor do que a necessidade social¹⁷ existente na comunidade.

2.3.2-A falta de vínculo

Outra motivação que deve ser analisada é a falta de um processo de atenção que permita o estabelecimento de um vínculo entre o cuidador e o paciente. Em alguma medida essa questão tem elementos que derivam da motivação anterior, já que o indivíduo, ao proceder a busca do serviço de saúde em momentos de crise,

¹⁷ A necessidade social nem sempre corresponde a uma demanda contabilizada de saúde. Ainda que muitas vezes a necessidade social possa ser confundida com demanda, é importante referir que muitas necessidades sociais não são apontadas de forma clara pela sociedade. Quando uma necessidade social é reconhecida e passa a ser um elemento de oferta dos serviços de saúde é que essas passam a ser demandas dos serviços. Como exemplo podemos citar as necessidades nutricionais e de atividade física para a saúde, ainda que essas sejam necessidades sociais não há oferta em todos os serviços de saúde de nutricionistas e educadores físicos, isso não significa que não seja uma necessidade social, o que ocorre é que são necessidades ainda não contempladas/oferecidas pelo sistema.

dificulta a formação de vínculos com os profissionais, já que a interação se dá de uma forma impessoal. Segundo Helman (1994), a formação de vínculos se estabelece a partir de uma interação que oferece determinado grau de confiança, já que se trata de uma relação onde tanto o paciente deve oferecer informações confiáveis para a equipe ou para o profissional que o atende, como o paciente deve sentir-se confiante de que as recomendações que lhe são prescritas são aquelas que de fato interferirão positivamente no seu estado de saúde.

Para além do estabelecimento de vínculos por conta de uma interação entre profissionais e pacientes que se dá pela obtenção de um determinado grau de confiança, há que se explorar a tipificação da relação que ocorre em determinados modelos de atenção explicitamente apoiados em um exacerbado cientificismo, onde o profissional entende deter a integralidade do conhecimento necessário para dar conta dos casos que atende, desconsiderando a possibilidade de uma troca de informações e de conhecimento.

Severas críticas têm se apresentado por parte dos usuários de serviços de saúde por conta da diminuta atenção que os profissionais da área, especialmente médicos, dedicam à interação que se apresenta no momento das consultas. São constantes as queixas onde o paciente sai de uma consulta sem receber qualquer tipo de informação a respeito de sua situação de saúde. Por vezes recebe apenas uma receita que sequer consegue ler. Alguns depoimentos colhidos nas Plenárias do Conselho Municipal de Saúde apontam para a percepção de que não há um processo interativo capaz de estabelecer um vínculo adequado.

Fui até o meu posto de saúde. Esperei um tempão até ser atendida, consegui apenas uma marcação para o dia seguinte. Quando cheguei fui atendida, mas o médico nem deixou eu falar muito. Não me examinou nem pediu qualquer exame. A consulta deve ter durado dois minutos. (PAC-AMB- ata INF 90)

O médico que me atendeu da primeira vez pediu que eu fizesse uns exames e voltasse quando estivesse com os resultados. Quando eu voltei era outro médico, ele olhou para os meus exames e disse que eu não tinha nada. Nunca mais voltei, continuei sentindo esse aperto no peito, mas não quis mais voltar. Acho que para a mesma coisa

nem vão me atender de novo, então ficou assim mesmo. (PAC-AS-90).

Então eu fui à biometria como tinham me mandado. Quando cheguei lá fui atendida em um consultório, a porta ficou aberta e o médico nem olhou para mim. Perguntou o que eu tinha e me deu três dias de licença. (SSO-SER 90)

O que se observa é que o modelo assistencial que é proposto pelo sistema coloca a atenção básica como o âmbito primordial de atenção e busca estabelecer o fortalecimento do vínculo com o usuário. As observações realizadas durante o processo de pesquisa, bem como as respostas dos usuários, apontam, na maioria das vezes, para a existência de um frágil vínculo entre os pacientes e as unidades sanitárias de sua referência ou de seu território. O que ocorre, então, é que muitas vezes as unidades que deveriam estabelecer esse vínculo com o usuário fracassam nesse quesito, oportunizando um revés ao modelo assistencial proposto.

Lançando o uso de lentes sobre a forma como a gestão administra os recursos disponíveis para prestar a assistência, ao menos no âmbito municipal, o que se verifica é o estabelecimento de uma “contramão” naquele espaço de interação que deveria oportunizar e reforçar a formação de vínculo com o usuário. Um exemplo disso é o sistema de marcação de consultas. Esse sistema organiza e realiza a disponibilização da agenda dos profissionais com uma composição que leva em conta a duração do tempo médio de uma consulta em 30min., ou seja, para cada paciente, o profissional médico disporá, em média, de 30 min. para o atendimento, o que parece razoável para o processo de escuta, exame físico e demais procedimentos necessários para compreender o problema de saúde referido na queixa do paciente. O que ocorre, no entanto, é que, haja vista a possibilidade do agendamento de todos os pacientes do turno para um mesmo horário, fica facilitada a concentração de todos os pacientes do turno num espaço de tempo menor. Essa facilitação oportuniza que os profissionais, que assim entenderem adequado, possam atender todos os paciente, por exemplo, no espaço de uma hora, restando vago o restante da jornada de trabalho do profissional para dispor da maneira que entender a melhor. Não obstante haja profissionais que não se utilizam desse artifício para ter mais tempo livre para outras atividades, a prática é muito comum.

Assim, o que se verifica é que o tempo exíguo deixado para o contato direto com o paciente é insuficiente para a proposta assistencial formatada *a priori*, ficando prejudicada a possibilidade, dentre outras questões, de qualificação no processo de construção de vínculo com o usuário. Além disso, fica estabelecido o reconhecimento do indivíduo de que nessas unidades há uma presença parcial dos médicos durante o horário de funcionamento e é reforçada a crença de que esses serviços apenas oferecem atividades de imunização e de puericultura, tradição que é então devidamente "atualizada" no imaginário popular.

Não sei se ele [Médico] ouviu o que eu disse. Tive a impressão que ele estava pensando em outra coisa. Ele estava muito distante. Eu não gostei nada-nada dele. Mas o que é que eu vou fazer? (PAC-AMB-09)

E daí o cara me atendeu com tanta pressa, que eu achei que estava incomodando ele. Tentei dizer para ele que da outra vez que eu tinha tido a mesma coisa, o outro médico pediu que eu controlasse a pressão todos os dias, e então eu quis mostrar as anotações e ele só fez aquele *huumm*, e não disse mais nada. Escreveu uma nova receita e disse para passar na farmácia. No fim saí com as mesmas dúvidas de quando entrei. É mole? (PAC-AMB-11)

Para ser atendido não adianta tirar uma ficha antes, é necessário estar no posto quando inicia a chamada para os pacientes. Se o teu nome for chamado e tu não entrar na hora, deu. Não adianta reclamar, perdeu a vez e pronto. (PAC-AMB-09.01)

Dizem que o médico está na unidade até às cinco horas, mas depois das três horas ele não está mais lá. Ou então, se está, não atende mais ninguém. Uma vez meu filho foi sozinho e quando chegou lá disseram para ele que o médico já tinha atendido as consultas do dia e ido embora. (PAC-AMB-33)

Ainda que possa parecer imperiosa a necessidade de alteração dessa lógica de gerir os recursos, os movimentos para tanto são difíceis, por conta de pressão das entidades que representam os profissionais que detêm a hegemonia do segmento saúde. Na verdade o que se pode perceber nos últimos anos foi a ampliação dessa via de contramão, especialmente promovida pela defesa do “ato médico”. Há que se reconhecer, no entanto, que iniciativas como a Estratégia de Saúde da Família¹⁸ têm conseguido implantar um processo de aproximação do usuário com os serviços de saúde. Com sua lógica de construção de vínculo por meio da contratação de Agentes Comunitários que estejam inseridos na comunidade, e a busca ativa de percepções da situação de saúde da população, pela via de visitas domiciliares, a estratégia tem se mostrado exitosa nas regiões onde está implantada.

Essa falta na constituição de vínculo dos serviços de saúde com o usuário deixa-o sem uma referência para cuidar de sua saúde, assim, sua iniciativa para obtenção de acesso se dá de forma casuística, portanto não referenciada. Essa situação põe o indivíduo numa relação de indiferença na escolha, fazendo com que acesse a porta de entrada no sistema por conta de representações que se construíram a partir de meios externos à sua condição de saúde, que é desconhecida pelo sistema.

O processo de construção de vínculo com o paciente tem sido uma meta perseguida pelos técnicos e gestores do sistema de saúde brasileiro. A evolução já referida do modelo de atenção que considera a Estratégia de Saúde de Família como uma prioridade no processo do cuidado das populações, é um forte indicativo da importância do fortalecimento do vínculo dos indivíduos com os espaços de atenção mantidos pelo poder público. Ainda assim, essa meta não tem se configurado de forma a inverter o processo de busca da assistência pelo indivíduo, o que justifica a apresentação dessa como uma das motivações da busca intensa do indivíduo pelas portas das emergências.

2.3.3-Burocracia e espera

¹⁸ Estratégia da Saúde da Família é um Programa de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geograficamente delimitada.

Uma terceira motivação configura-se naquela em que os serviços de atenção que não contém o elemento de atendimento emergencial estão disponibilizados para acesso através de um processo de maior burocracia do que os serviços que dispõem da possibilidade de atendimento emergencial. Essa compreensão indica com muita robustez a idéia de que os serviços não emergenciais implicam, para seu acesso, a necessidade de espera, ou seja, são oferecidos através de um processo que exige a marcação antecipada. Esse método de ingresso está normalmente associado às longas filas e a marcação de consultas em uma agenda que será disponibilizada muito tempo depois de sua busca. Ou seja, a existência de uma espera não programada por quem necessita de cuidado.

Então não adianta marcar para daqui a dois meses, o meu problema é agora, daqui a dois meses nem sei se ainda vou estar com esse problema ainda. Da outra vez que fui marcar para a minha mãe, a consulta só foi marcada para quarenta dias adiante. Do que adianta isso? (PAC-AMB-19).

Se eu tivesse que ir para a fila de madrugada, como tive que ir da última vez, eu não poderia. Com quem vou deixar ele [filho]? E o pior é que não tem certeza que vai conseguir marcar, pode chegar na hora e não ter mais ficha para o que se precisa. Então não adianta. (PAC-AMB-11)

Até acho que para quem tem tempo e pode esperar, tudo bem. Mas eu não posso, preciso ser atendido hoje, não tenho como dormir numa fila e ver para quando é que vão me atender. (USA-AMB-21)

Ainda que os sistemas de marcação/agendamento de consulta tenham evoluído, e em alguma medida as longas filas, antes presentes em frente aos serviços, tenham diminuído em episódios de bem sucedidas iniciativas gerenciais, essa realidade ainda existe. Modernos sistemas de marcação de consultas têm sido implementados, oferecendo outras modalidades de acesso, podendo em alguns casos ser realizadas por telefone, o que torna a fila virtual, já que os pacientes nem

sempre estão em frente ao posto de saúde, mas a fila está lá e é percebida pelo usuário, seja concreta ou virtual.

Ciente dessa dificuldade de acesso, vultosos recursos têm sido gastos para a solução desse problema, no entanto prevalece ainda a imagem do necessário sofrimento para a obtenção da famosa “ficha”, como é conhecida a marcação da consulta nas unidades básicas ou especializadas de saúde. Esse problema foi até pouco tempo considerado um mal necessário. Em 2004, o recém empossado Secretário Municipal da Saúde de Porto Alegre declarou ao Jornal Correio do Povo que a “compra de fichas para o atendimento médico é uma facilidade para o usuário que não quer ir cedo até a unidade para pegar uma ficha”, fazendo uma comparação com a prática de cambistas em estádios de futebol para assistir aos jogos cuja bilheteria é mais disputada pelos torcedores (Correio do Povo, 2005).

Diante dessa dificuldade de acesso através do sistema de agendamento que oferece uma quantidade de serviço que está aquém da demanda existente, o usuário passa a utilizar-se de outras formas de acesso. Dentre essas formas, assim como são identificadas situações em que há o favorecimento do acesso por relações de poder e facilitação, há também a busca do ingresso no sistema pela tentativa de utilização da porta da emergência.

Esse motivo, que considera a facilidade de acesso do usuário por conta da utilização de uma porta de entrada no sistema pela emergência, acaba sendo o principal alvo das metodologias de acolhimento dos pacientes através da utilização de protocolos que classificam o risco existente no atendimento. A adoção desses protocolos permite uma organização do fluxo dos pacientes de acordo com o seu grau de risco, fazendo com que aqueles com maior gravidade sejam atendidos com prioridade. Essa tecnologia do atendimento se faz sentir cada vez mais nos serviços de emergência, já que há a percepção do usuário de que outros pacientes com maior gravidade “passam na frente”.

Mesmo que eu tenha que esperar um pouco, tenho a certeza de que vou ser atendido hoje. É muito melhor do que ter que ir para a fila e esperar uma marcação para sei lá quando. Já tentei o atendimento numa outra vez, não tem erro. (PAC-AMB-23).

[Está] certo assim. Quem chega de ambulância quase morrendo deve ser atendido na frente de todo mundo, não importa que seja assim. É o jeito certo, se eu chegasse mal também ia querer ser atendido antes dos outros que podem esperar. (USA-INT-02)

Há certa ingenuidade do usuário em relação ao seu processo de subversão do princípio do sistema, talvez pela naturalização desse tipo de subversão que faz de certa forma o lugar comum daqueles que querem um atendimento imediato. Há que se pensar o que significa para o usuário a emergência. Como poderemos verificar mais adiante, uma das compreensões possíveis é a de que os serviços de emergência são aqueles que os pacientes procuram porque precisam de um atendimento “imediato”, ou seja, um atendimento para aquele momento. Assim, os serviços de saúde que não dispõem de emergência seriam aqueles em que o paciente busca uma atenção permanente, com maior amplitude, onde estaria incluída a medicação, orientação, nutrição e um acompanhamento em longo prazo. Não está errado os serviços se proporem a isso, mas não somente a isso. Veremos adiante.

Assim, por detrás dessa possível ingenuidade do usuário ao declarar a forma utilizada para o acesso e os motivos que o movem para essa subversão, poderá estar a compreensão deformada do que o sistema propõe na missão das emergências. Feita essa observação a respeito da motivação em análise, é possível seu enquadramento noutra motivação do acesso às emergências, que seria a desinformação do usuário em relação aos serviços que deve buscar para cada tipologia de evento que enfrenta. Ao que parece, essa via de compreensão exigiria que o usuário fosse interpelado pelo seu grau de conhecimento em relação aos fundamentos administrativos do sistema, o que não se trata de um conhecimento que o indivíduo comum deve dominar. Neste caso, o que se pode inferir é que a busca de acesso através de um caminho aparentemente com maior facilidade para o usuário, tem na sua raiz elementos de falta de informações completas sobre a forma de atuação do sistema, fazendo que a opção seja a que apresenta a maior facilidade, de acordo com as informações que são obtidas por experiência própria ou por indicações do cotidiano.

2.3.4-A busca de resolutividade

A idéia de que há uma maior resolutividade nas emergências é uma motivação que abriga importantes justificativas, já que, como foi visto no capítulo anterior, as emergências acabaram por se transformar em hospitais em miniatura. Esse fato acaba por estabelecer um potencial de uma maior amplitude de atuação, especialmente pela presença permanente de profissionais disponíveis para prestar o atendimento. Diferentemente das unidades de atendimento de menor complexidade, em que o acesso é realizado através de um agendamento, e que os profissionais estão à disposição exclusivamente para o atendimento de um determinado número de pacientes durante sua “carga horária”, as emergências não guardam essa relação. Nas emergências não há uma agenda prévia, mas sim um movimento contínuo de atendimentos que ocorre de acordo com a demanda que chega à sua porta. Essa prática nas emergências acaba por expor os profissionais à outra realidade, onde a interação com o usuário é mais imediata, menos burocrática. A maior proximidade da equipe de atendimento no processo de interação acaba por manter o profissional mais visível na sua atividade de cuidado, e essa presença, aparentemente mais ostensiva, se faz sentida pelo usuário. Contribuem ainda para a maior proximidade da equipe com os pacientes, a conformação espacial das emergências, já que seu espaço físico supõe permanente visibilidade aos pacientes em atendimento.

O que se pôde perceber é que, o fato dos pacientes estarem em um ambiente onde existem visores, estrategicamente colocados, que permitem ao profissional observá-los mesmo sem ser observado, dá ao paciente a sensação de estar permanentemente sendo vigiado, mesmo que isso não esteja ocorrendo em alguns momentos. É fácil perceber aqui a presença do elemento chamado “panóptico”, que será mais adiante explorado. Por ora o que se pode referir é que esse parece ser um elemento que dá certa confiança ao paciente, que por sentir-se vigiado permanente sente-se mais seguro em relação ao seu atendimento, creditando a esse elemento a possibilidade de uma melhor resolutividade.

Aqui tem muitos médicos, a gente entra e vê que eles passam para lá a para cá, ficam conversando entre eles e voltam para ver mais alguma coisa na gente. Depois que foram feitos os exames não

demorou muito para que o médico mandasse fazer alguma coisa [medicação]. (PAC-INT-11.9).

Em certa medida, a recorrente percepção dos pacientes de que nas emergências existe um número maior de médicos/profissionais para o atendimento, tem como um componente de sua explicação esta particular forma de conduzir as práticas do cuidado, já que são práticas que acabam tendo uma visibilidade maior do que está em ocorrência. Via de regra, os pacientes pouco aguardam para entrar na sala de atendimento e estando ali o atendimento é iniciado, ou seja, o contato com o profissional de saúde é mais objetivo. Essa objetividade pode ser explicada em função do objeto do cuidado que está presente, já que se trata de uma atenção especialmente focada em um evento específico, não há um aprofundamento na investigação de elementos que estejam fora do campo de interesse daquele objeto em específico. Ou seja, a focalização em um elemento específico de desequilíbrio da saúde do paciente, reporta ao cuidado elementos de causalidade de pequena longitudinalidade. Não são pesquisados elementos distantes desta focalização, como nutrição, condição econômica, acesso a políticas públicas e antecedentes sem locução lógica imediata com o evento.

Essa particularidade acaba por tornar a interação de certa maneira mais rápida, agindo o profissional na busca de solucionar o que se apresenta como emergência, deixando de se preocupar demasiadamente noutros aspectos de saúde do paciente, no entendimento que essa tarefa deve ter continuidade em outro espaço de atendimento.

Nossa função aqui é garantir a sobrevivência do paciente. Temos que nos especializar nisso. Tudo o que estiver ao nosso alcance é feito e feito de forma rápida. Não adiante também saber o que fazer mas demorar demais para agir, o tempo vai passando e há um tempo certo para tudo o que se faz aqui. (MED-INT-101)

O principal é estar atento ao que é mais importante no momento. Para tratar um paciente ele precisa antes de tudo estar vivo. Então mantê-lo vivo é a primeira questão. Depois do paciente estabilizado é que vamos cuidar do dente quebrado da dor no pé e sei lá mais o

quê. É uma questão de priorizar o que deve ser feito e seguir uma lógica que é simples e dá o resultado que queremos. (MED-INT-102)

A própria conformação do espaço físico das emergências, que prevê o atendimento dos pacientes em salas mais amplas com diversos profissionais presentes, contribui para a sensação de o cuidado estar sendo realizado com maior presteza. Enquanto que nas unidades não emergenciais, os pacientes, via de regra, são atendidos em consultórios individuais, onde um único profissional tem contato com o paciente, o que proporciona uma sensação de uma única opinião ou um único olhar. Nas emergências as áreas de atendimento não são individualizadas em consultórios, apesar do caráter de análise individual de cada paciente. Assim ocorre que, simultaneamente, há mais de um profissional envolvido no atendimento, reforçando a sensação de estar sob o cuidado de uma equipe.

Essas explicações podem estar indicando o motivo da sensação referida por pacientes e acompanhantes de um atendimento mais resolutivo, especialmente quando percebe-se que há uma forte vinculação que associa maior resolutividade com a presença do profissional médico.

O médico nunca está lá [referindo-se a determinada unidade básica de saúde]. Então o que adianta? Aqui logo que chegamos já foi feita a ficha [Boletim de Atendimento], veio uma Enfermeira e perguntou sobre o que havia de problema e como tinha acontecido o acidente, em seguida levou ele lá para dentro. Estou esperando que me digam alguma coisa sobre ele, mas está sendo atendido. (USA-AMB-03)

Aqui tem médico o tempo todo, no posto de saúde tem que marcar para a hora que tem alguém para nos atender. (PAC-AMB-19.2)

Nem pensei duas vezes, quando vi que ele [filho] estava passando mal. Vim direto para cá. Aqui sempre tem médico para atender, não importa a hora ou o dia, sempre tem gente. Da outra vez eles fizeram a nebulização aqui mesmo enquanto esperava para ser atendido. Quem tem asma não pode esperar até que o posto abra

ou que tenha médico disponível. Aqui sempre tem quem vai atender. Eu confio muito no HPS. (USA-INT-05.2)

Também por sua estrutura estar próxima, ou ser assemelhada, como já dito, a de um hospital em miniatura, as emergências dispõem de equipamentos em quantidade maior do que as unidades sanitárias. Por óbvio isso ocorre em função de que os serviços têm vocações diferentes. Por certo as unidades que devem prestar atendimento de nível primário ou básico mantêm em seu espaço aqueles instrumentos e equipamentos próprios para aquele nível de atendimento. As emergências, por apresentarem uma vocação de atender situações cujo nível de complexidade é maior, acabam por ter no seu espaço físico equipamentos de diagnóstico e terapia em maior quantidade e diversidade de aplicações. Esse aspecto da hierarquização do atendimento é um dos princípios administrativos do sistema de saúde brasileiro, sua organização estabelece que os níveis de complexidade devam ser atendidos na sua integralidade. Essa formulação traz consigo duas outras questões que devem ser consideradas para a compreensão de aspectos organizacionais do sistema. Um deles diz respeito ao fato de que os serviços são classificados e preparados para atender até determinado nível de complexidade, já que seria ineficiente dotar todos os serviços de saúde, de condições para a atenção em todos os níveis de complexidade. Assim se faz importante outro aspecto organizacional. Trata-se da regionalização dos serviços, o que estabelece que as regiões devam ter estabelecimentos capazes de atender todos os níveis de complexidade através da atuação em rede, valendo-se desta regionalização. O que significa que o sistema deverá ser regulado de tal forma pela gestão que seja possível a migração do paciente através dos níveis de complexidade de acordo com a sua necessidade.

O que ocorre então, é que de fato, existem serviços com importantes diferenças no seu arsenal tecnológico e essa diferença é percebida pelo usuário.

Eu não sei o que ela [colega de trabalho] tem, só sei que caiu e está com muita dor no braço (...) achei melhor trazer ela direto para cá. Aqui tem raio X e ela pode ter quebrado o braço. Quando cheguei aqui me perguntaram se ela tinha sido avaliada no posto de saúde, eu disse que não, e eles “torceram a cara”. (USA-AMB-10.2).

Ela disse que nunca se sentiu assim e nos pediu socorro. Nós ligamos para o número 192 e chamamos o SAMU, mas nos disseram que não era caso de SAMU (...) disseram que era para procurar uma unidade de saúde, e então viemos direto para cá. Seja lá o que for aqui eles devem descobrir. (USA-AMB-51)

Eu sei que tem outros lugares que atendem problemas de saúde, mas aqui eles têm tudo. Todos os equipamentos que precisam para examinar o que tu tem. Sei que dava para ir até o posto de saúde, mas podia chegar lá e eles não terem como continuar porque falta isso ou aquilo, então venho direto pra cá. (PAC-AMB-12.9)

O princípio de regionalização, para efetivar-se, deve ser regulado através de mecanismos de análise e determinação, pelo gestor do sistema, da porta de acesso a qual o usuário deverá obter seu atendimento. A baixa regulação do sistema permite que existam significativas rupturas nesse processo organizativo, já que proporciona o deslocamento autônomo do paciente no sistema em relação ao serviço que lhe seria o mais adequado.

Assim, o sinergismo que ocorre destes dois elementos que são: a baixa capacidade de regulação do sistema, permitindo a autonomia de escolha do paciente para seu ingresso no sistema, e a percepção de diferentes capacidades resolutivas dos diversos serviços que compõem esse sistema de atendimento, configura uma motivação importante para a explicação da intensa busca dos serviços de emergência para todos os tipos de atendimento de saúde. O indivíduo optará por ingressar no sistema se utilizando do conhecimento que acumulou sobre, entre outros fatores, a capacidade resolutiva que demonstraram os serviços.

2.4-Utilização da emergência

Parece-me necessário para essa discussão, que trata da intensa utilização da emergência do HPS para casos “não graves” e da preferência de utilização da porta de emergência como acesso ao sistema de saúde, tratar do que afinal chamamos de “subversão”. No transcorrer do texto este termo foi utilizado para apontar o intenso

uso do espaço de atenção à saúde de forma diversa para o qual foi planejado, o que parece viável, já que subverte a proposta do espaço de atenção para outra finalidade. No entanto, no transcorrer da pesquisa, ficou apontado que esse processo representa um quantitativo muito importante, por vezes, segundo alguns autores citados, chegando a igualar e até mesmo superar os atendimentos que estão dentro dos padrões técnicos reconhecidos como “casos graves” pelo saber científico, e, mais do que isso, trata-se de um fenômeno que é persistente e que vem ocorrendo há muito tempo. Cabe, portanto questionar se de fato estamos tratando de uma subversão, já que falamos de mais de 40% dos atendimentos da emergência. Essa demanda, portanto já estaria fazendo parte dos serviços usualmente oferecidos pelas emergências do HPS, sendo apenas uma questão de levar ao regramento uma prática já naturalizada para o serviço.

Para essa discussão entendo importante trazer alguns elementos de sustentação para a compreensão dada ao processo considerado como “subversão” do espaço de atenção, e por conseguinte, ao sistema em que o mesmo está inserido. O primeiro diz respeito a alternativa de assistência à saúde predominante em nossa sociedade e oficialmente adotada pelo sistema brasileiro, que é a alternativa do setor profissional (Helman, 1994). Como já vimos anteriormente essa alternativa compreende a atuação de profissões sancionadas legalmente, cujos procedimentos devem se dar em espaços e com aporte estruturas e de equipamentos adequados para o exercício dos procedimentos definidos para esses espaço. Portanto a utilização dos espaços e estabelecimentos respondem a uma regulamentação. Vejamos também que sob o ponto de vista da regulação do sistema, há previsão de que os estabelecimentos tenham vocações específicas, estando mais preparados para a realização de determinado tipo de assistência do que para outro. Esse ponto de vista é reforçado pela proposta de hierarquização do sistema, onde através de uma organização administrativa, que tem como objetivo a gestão, o referenciamento deve se dar de forma a estabelecer uma lógica ascendente de acesso, de acordo com o grau de necessidade e especialidade necessário. É do que trata a regulação do sistema, que disponibiliza os recursos assistências de acordo com as necessidades apresentadas. Por fim é necessário reconhecer que o sistema lida com necessidades infinitas e com recursos finitos para o atendimento destas necessidades, assim há uma permanente relação entre a capacidade de atenção e a eficiência dos serviços e do sistema que os organiza.

Lembrando que a eficiência está ligada ao consumo de recursos, sempre que, por exemplo, pacientes com necessidades básicas de cuidado são atendidos em um serviço preparado/planejado/projetado para atendimento de maior complexidade há perda de eficiência. Essa perda de eficiência significa ociosidade operacional e redução de oferta de serviços, prejudicando os próprios usuários. Entendo, portanto que a utilização de serviços que ofertam cuidados diferentes das necessidades do indivíduo, bem como a utilização de uma “porta aberta”, como já foi definida, para o acesso ao sistema, subverte a lógica do mesmo. Independente de ser uma prática usual ou recorrente dos usuários, ela tem características de um processo indesejável, já que não corresponde a vocação do serviço, contribuindo para a sua desorganização.

Feita essa primeira abordagem, voltamos aos principais pontos que puderam ser tratados no presente capítulo.

Ao trazer para a discussão outras motivações que podem apontar para a compreensão de como os indivíduos percebem os espaços de atenção à saúde, em especial nas emergências, agrupamos nestas motivações várias manifestações de pacientes, familiares e acompanhantes, bem como de profissionais e gestores do sistema e de serviços de atenção. De forma resumida podemos indicar que o agrupamento apresentado tratou da “cultura” de procurar os serviços de saúde para tratamento quando o problema configura uma crise, da busca aleatória ou casuística do serviço por falta de constituição de um “vínculo” como referência, a tentativa de evitar a “espera” para atendimento e as “filas” e por fim a busca de maior “resolutividade”, que como foi visto, é medido pelo usuário por sua percepção de que há acesso ao médico e aos exames.

É importante, no entanto expressar que essas novas motivações trazidas ao texto não foram postas à luz por serem as únicas possíveis de contribuir para a compreensão da forma como os indivíduos percebem e sentem-se ao habitar a ambiência da emergência. A iluminação destas motivações trata-se de um esforço para a sistematização da discussão. Ainda que outras motivações possam ter sido deixadas de lado, nossa compreensão é de que, em grande medida, as que foram trazidas ao texto dão um importante grau de conformidade com as informações que puderam ser capturadas durante os procedimentos da pesquisa realizada.

É nosso entendimento que não há uma resposta única que possa explicar a busca sistemática dos serviços de emergência como porta preferencial para o

acesso ao sistema de atenção à saúde, mas sim um conjunto situacional que é composto por diversos elementos. Dentre esses é possível salientar os que foram citados, já que se fizeram presentes em prevalência durante o processo de pesquisa. A prevalência pôde ser observada no conjunto de vozes que foram trazidos ao texto de forma contextualizada. Entendemos que a melhor maneira de trazer essas vozes foi sua inserção, na medida em que era discutida cada uma das motivações. Esse alinhamento permitiu tratar das percepções dos usuários em relação ao espaço de cuidado no qual estavam inseridos e sua relação com o modelo organizacional e de estrutura dessa ambiência.

Passando pela reflexão das “novas motivações” que foram trazidas como elementos importantes para explicar a superlotação das emergências, especialmente sob o ponto de vista do recorte proposto, ou seja, dos pacientes “deslocados” no sistema, há ainda algumas considerações a fazer. Considerando o significativo número de indivíduos que buscam seu atendimento nas emergências, ainda que não sejam “casos” que necessariamente configurem-se como emergência, quando cotejados com a definição “médica” disponível, é possível avançar em outros aspectos desta discussão. É necessário que a análise do evento emergência leve em conta não apenas o seu conceito “médico”, mas também o que poderia ser chamado de emergências/emergências “sentidas” pelo usuário/indivíduo, ou seja, aqueles eventos que percebidos subjetivamente pelos usuários, ainda que não se enquadrem no conceito médico de urgência. O que ocorre nesses casos é que existem duas realidades presentes.

A primeira, que está configurada pela percepção do usuário, que poderá ser, por exemplo, uma forte dor, ainda que essa dor seja um elemento subjetivo, na verdade é uma percepção objetiva para quem sofre a dor. Outro exemplo poderia ser a forma como uma mãe percebe a febre de seu filho, que poderá ser diagnosticada, após a avaliação médica, como um evento não urgente, haja vista sua origem ter explicação de causalidade benigna.

Segundo Helman (1994), vivemos em uma cultura onde aprendemos a identificar e interpretar mudanças que ocorrem em nosso corpo e no dos outros, sejam mudanças que ocorrem ao longo do tempo ou mudanças que significam algo de ruim. Assim sabemos distinguir um corpo jovem de um corpo idoso, um corpo saudável de um corpo doente. Aprendemos a reconhecer e interpretar “uma febre” ou “calafrios”, uma situação de “inabilidade” ou de “ansiedade”, um “sofrimento”.

Temos também, na sensação da dor, um importante indicativo de que algo vai mal, inclusive referindo-nos a ela de forma particular, recorrendo à metáforas para representá-la melhor, como a “dor que irradia” ou a dor “em pontadas” (Ferreira, 1994). Trata-se de uma realidade que está ancorada no reconhecimento do senso comum sobre eventos que significam, por exemplo, que algo “vai mal”, ou deve “ser evitado”. Aliás, o homem de modo instintivo evita coisas que são prejudiciais à saúde. São rejeitadas de forma automática substâncias de sabor amargo - uma característica de alcalóides que são tóxicos, causando distúrbios ao organismo humano se ingeridos. O amargo traz ainda outra noção, a de que “cura”, já que o uso terapêutico feito das drogas amargas dá consistência para essa aquisição cultural. Também de forma instintiva, o homem busca o abrigo do frio, do calor, chuva e do sol em demasia, são instintos que encontram resposta verdadeira de sua importância quando pesquisados seus efeitos nocivos. Também são afastados alimentos em processo de decomposição, que podem ser portadores de germes agressivos. Repousamos quando exaustos, ingerimos líquidos quando temos sede, alimentos quando famintos e limitamos movimentos quando os mesmos causam dor. São atitudes que são tomadas automaticamente e são explicadas como sendo o instinto de conservação ou de preservação (Costa, 1985).

A partir dessas atitudes instintivas e adicionadas a elas, várias formas de tratar a doença foram sendo inseridas por culturas diversas, desde a descoberta de propriedades curativas de plantas, chás medicinais, feitiços, benzeduras até interdições e sacrifícios (Scliar, 2002). Ainda dentre essas soluções para o tratamento das doenças também preceitos culturais e religiosos passaram a partilhar a cura e a prevenção de doenças. Muitas dessas disposições são consideradas sistemas simbólicos, destinados a manter a coesão de determinado grupo, criando limites para a sua separação. No entanto é possível inferir que esses preceitos podem ter contribuído para a efetiva prevenção de doenças (Douglas, 2000). Podemos citar como exemplo a proibição de consumo de moluscos que pode evitar a transmissão de hepatites por ostras, o hábito de cumprimentar com a mão direita e comer (levar o alimento à boca) com a mão esquerda, bem como a proibição de indivíduos com doença de pele participar do abate de animais para alimentação, o que pode evitar a contaminação por micróbios.

As doenças ou os males que acometem o homem são antigos e permanentes companheiros deste. Já na antiguidade doenças como esquistossomose e varíola

estavam presentes entre os povos. Estudos mostraram que faraós e índios pré-colombianos sofriam de doenças ainda hoje existentes, portanto acomodando uma importante história de sua evolução, sintomas, terapias, curas e gravidade, o que de alguma maneira acaba por impregnar a forma de agir frente a determinadas situações que guardam proximidade com eventos recorrentes de agravo à saúde. Ainda que as explicações dadas para a ocorrência das doenças na antiguidade fossem da ordem dos fenômenos espirituais, onde competia ao feiticeiro reintegrar o doente ao universo total, com a união do microcosmo com o macrocosmo através dos rituais de cura, as doenças seguem exigindo que exista uma “atuação” para a sua cura. É necessário que algum recurso externo ao corpo seja acionado, há algo que deve ser feito, não há como ocorrer uma melhora sem que alguma atitude seja tomada. Modernamente o recurso externo a que se tem acesso está consolidado na prática do cuidado à saúde através de um sistema de atenção estruturado e hierarquizado, do qual fazem parte os serviços de emergência que serão buscados pelos indivíduos na medida em que houver a compreensão da existência de um agravo à saúde. Sob esse ponto de vista, a escolha da porta de ingresso ao sistema, aparece para o usuário, como uma questão menor, já que pelo método ao qual tem acesso para a tomada de decisão está perfeitamente lógico o acesso a emergência.

A segunda realidade é aquela atrelada ao já citado conceito estabelecido, onde a lógica médica classifica os eventos clínicos e traumáticos como “urgentes” quando se trata de uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, quando o indivíduo necessita de assistência médica “imediate” – (CFM,1995), e “de emergência” quando há constatação médica de agravo à saúde e que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento “imediate” – (CFM,1995), sendo os demais eventos clínicos e traumáticos considerados “não-urgentes”. Trata-se de uma classificação que busca definir não apenas o que é urgente e o que não é, sua forma de classificar está ligada a um processo que examina:

A organização social de saúde e doença daquela cultura (o sistema de assistência à saúde). Isso inclui as formas com que as pessoas são reconhecidas como ‘doentes’, o modo como apresentam a doença aos outros, os atributos daqueles a quem a doença é apresentada, e as formas como a doença é tratada. (Helman, 1994, p. 27)

O que se pode observar é que existe uma divergência entre os critérios populares para a percepção/identificação de uma emergência e os critérios técnicos para tanto. Essa divergência acaba por conduzir para um confronto entre as percepções dos indivíduos e as definições técnicas. A tendência é que essa questão seja entendida como um problema de classificação.

Obviamente não condiz com os critérios populares de urgência/emergência. Torna-se evidente o confronto entre ambas as definições, contudo, não podemos classificá-las simplesmente como objetivas (da biomedicina) e subjetivas (conceituações populares). (Deslandes, 2000, p. 09)

Ocorre que esse aspecto da escolha de critérios para a definição do que é ou não uma urgência, não pode ser tratada como uma questão de subjetividade ou de objetividade destes critérios, afinal poderíamos fazer a pergunta: Para quem o critério é objetivo? Para o paciente ou para o profissional? Esse questionamento faz alterar o foco da questão, levado a abordagem do tema para uma reflexão sobre o objeto do cuidado. Se o objeto do cuidado for o paciente, ou seja, o indivíduo e esse percebe-se numa situação de emergência, qual consideração importará para seu atendimento além do que ocorre sob o seu ponto de vista. Por outro lado, se o objeto do cuidado for centrado na visão biomédica, o que importará será o funcionamento da máquina humana, então as percepções do indivíduo serão o fio condutor para desvendar o problema, serão sintomas para diagnosticar o mal e indicar o processo de cura. O objeto poderá ser considerado o funcionamento do corpo humano ou o indivíduo. Essa resposta poderá recompor o objetivo do cuidado; como sendo a busca da cessação dos males que interferem com o indivíduo ou a que medida da falência mecânica do organismo.

O que se pode constatar é que médicos e pacientes podem perceber e interpretar os problemas de saúde de formas bastante diferentes. Lembremos que isso ocorre com indivíduos que possuem o mesmo *background* cultural. Estamos, portanto diante de um resultado que emerge do fato de terem perspectivas baseadas em princípios diferentes, ou seja, empregam sistemas de identificação e prova da existência da doença, bem como de avaliação da eficácia do plano terapêutico de tipos diferentes (Helman, 1994). Não há como determinar que um dos sistemas é correto enquanto o outro incorreto, os dois têm pontos fortes e pontos fracos, portanto o que mais importa neste particular é o esforço de garantir uma

ampliação no processo de comunicação entre os dois sistemas, permitindo que as informações possam ser qualificadas através do reconhecimento e incorporação da realidade do outro.

O que parece, devemos compreender é que existem elementos para além dos conceitos médicos que interferem na busca de atendimento nos serviços de urgência. Penso que é importante reter que a objetividade existente na percepção do indivíduo sobre sua situação é um dos elementos que interfere na forma de ingresso no sistema de saúde e que será desencadeador de necessidades que o indivíduo entende que lhes são devidas pelas instituições que compõem a rede de atenção à saúde.

Aqui apontamos para mais do que o conflito entre dois conceitos diferentes do que seria uma situação de emergência. Estamos tratando de um possível processo de frustração do indivíduo já que sua expectativa em relação ao que supõem ter direito não se faz atendida da forma esperada. Como já vimos no capítulo anterior, existem representações que são construídas por conta da “promessa” do sistema. Essa promessa é suficientemente abrangente para estabelecer uma expectativa de tratamento universal e completo, independente do grau de complexidade. Junte-se a isso que o indivíduo na maioria das vezes sente-se fazendo pouco uso do sistema, ou seja, não se trata da utilização de um serviço como o transporte público que é utilizado diariamente, mas sim de uso eventual, quando se instala uma necessidade que é percebida pelo usuário. Sua utilização se dá em momentos muito específicos e seu entendimento é de que muito pouco ele exige do serviço. Pois bem, quando ocorre essa necessidade, quando o indivíduo sente-se em uma situação de “emergência médica” o sistema nem sempre entende essa como necessária de atendimento imediato, ou seja, propõe de forma “velada ou tácita” que seu caso não se trata de uma “emergência”, por isso deverá ter seu atendimento agendado. Cabe aqui refletir em que medida essa percepção do indivíduo, tendo sido obtida por experiência própria ou por relatos de outras pessoas, de que o ingresso no sistema pela porta da rede básica não lhe permitirá de forma automática o atendimento de emergência que entende necessitar e do qual tem o direito.

Outra questão que deve ser revisitada é o conceito de panóptico¹⁹, referido de forma recorrente quando são tratados espaços de saúde, em especial os hospitais. Porém aqui, o mesmo parece apresentar-se (nessa pesquisa), sob uma nova forma. O conceito deste artifício, já tão famoso e debatido, leva em conta a possibilidade de proporcionar ao observador uma situação em que o mesmo pode ver, sem ser visto. Dito de outra forma, 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 assim, criar uma separação dos que são submetidos à observação, proporcionando o funcionamento automático do poder. (Foucault, 1979)

Esse conceito considera que a sensação de estar sendo observado, ou a dúvida se existe tal ocorrência, é desejada, já que se configura como um fator cerceador de ações que se pretende inibir, de quem é observado. Ou seja, o panóptico utiliza-se de uma estrutura física e de um conceito atormentador para quem é ou imagina ser observado, por isso sua larga utilização em penitenciárias e outras estruturas onde se deseja permanente vigilância. Assim, na maioria das vezes esse elemento tem o objetivo de constranger, retirando do indivíduo o sossego da privacidade.

No caso das emergências, em estudo, especialmente nas salas de atendimento, o indivíduo reconhece uma segurança maior pela sensação de que é observado. Tal situação deve ser creditada ao fato de que o paciente não deseja estar só, mas sim em permanente companhia daqueles que lhe oferecem ou lhe devem o cuidado. Então, aqui o resultado obtido pela estrutura panóptica é de sentido reconfortador, contrariamente ao que pode ser entendido nos casos mais

¹⁹ Pan-óptico ou panóptico 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).

usualmente trazidos ao foco. Esse possível reconhecimento da estrutura citada encontra reforço em manifestações de indivíduos que referem a pouca quantidade de médicos nas unidades sanitárias, o que poderia não se configurar numa realidade contábil, porém o atendimento numa sala com certo número de profissionais “à circular” é referido como uma diferença em relação a outros serviços de atendimento, onde o encontro se dá em um momento específico (na consulta). Contribui para essa percepção do indivíduo, como já referido anteriormente, a estrutura física das emergências, que através da conformação de um posto central, com visibilidade total para os pacientes e com limitação de visualização dos leitos para o posto, configura-se como o panóptico. Ainda que essa questão, que foi constatada na presente pesquisa, não se configure de forma completa para o estabelecimento de uma certeza em relação às influências dessa estrutura no processo de atendimento, por certo há aí, uma contribuição para o tema.

Eu fiquei em observação muito tempo, nem sei direito quantas horas. Só lembro bem dos momentos que me faziam algumas perguntas e mexiam nos aparelhos. Durante o tempo todo eu ouvia as conversas entre eles e com outros pacientes. Eu ficava mais tranqüila em saber que tinha gente em volta. (PAC-INT-45)

Dava para espiar pela fresta da porta e ver que tinha muito movimento. Os pacientes ficam todos juntos numa sala grande, os médicos vão passando e vendo cada um deles. A Amanda [irmã do respondente] está sendo atendida e isso é que importa. (USA-INT-35)

Tem uma janela grande com um espelho. Do outro lado enxerga para onde estão os pacientes. Tem sempre gente ali, eles entram buscam alguma coisa, chamam alguém e voltam para a sala grande. O movimento não pára. Tem sempre alguém na sala e uns quantos lá atrás. (PAC-INT-13)

A referência dos usuários de que as emergências são lugares de atendimento onde há um número maior de profissionais do que as unidades de atendimento

básico podem ter uma base de seu lastro fixada na estrutura física existente nesse tipo de espaço de atendimento.

Por fim, para não deixar sem resposta a questão inicialmente proposta, e que serviu para que se pudesse analisar as diversas questões que estão a nortear os motivos que levam os indivíduos a optarem pela emergência como porta preferencial para o ingresso no sistema, entendemos que a motivação está, prevalentemente centrada no desejo de solucionar um problema de saúde. Ainda que a imagem muitas vezes relacionada a certa função social das emergências esteja presente (Mossé, 1996) e participe do olhar que o indivíduo aplica em relação a esses espaços de cuidado, sua percepção é de que trata-se de um lugar próprio para a atenção à saúde, mais do que isso, a compreensão do próprio indivíduo é de que se trata de um serviço para atendimento de casos de urgência/emergência.

Considerando parte das entrevistas realizadas, que tiveram o objetivo prospectar esse particular, ou seja, a função do espaço de atenção “emergência”, é possível inferir que essa compreensão é prevalente entre os entrevistados quando o tema é esse.

Aqui é para atender casos graves, que não podem esperar. Se tem alguma coisa que pode ser feita para salvar as pessoas é trazer para cá. Não adianta ficar procurando em outros lugares, é para cá que tem que vir. Não sou só eu que acho isso, pode perguntar para qualquer um que está aqui. Esse é o lugar. (PAC-AMB-09.3)

O bom é que aqui não tem que esperar, eles sabem o que fazer, afinal é um lugar de atender pessoas que estão com alguma coisa importante, não é unha encravada. Aqui a coisa é mais séria. (USA-INT-19)

Eu sei que depois vou ter que continuar o meu tratamento em um outro lugar ou até mesmo em casa Mas para ter o primeiro atendimento o melhor lugar é esse. Depois eu vejo como vou cuidar do resto. (PAC-AMB-12 Tr)

Aqui eles atendem de tudo. No tempo que estou aqui já vi chegar coisas horríveis, já vi esfaqueado e até um cara que entrou algemado e com um tiro na perna. Tem gente também que se faz de louco e quer ser atendido na marra. Mas quem vem para cá sabe que vai assistir a tudo isso, é que aqui é um lugar para emergência. (PAC-INT-22)

Assim, entendo que seria uma análise simplificadora (ou simplista) do processo que está em estudo, admitir que os indivíduos que buscam o serviço de emergência o fazem por desconhecimento do papel que esse serviço tem, ou que há desconhecimento da sua função. As manifestações apontam para uma compreensão suficientemente clara deste aspecto para a decisão na escolha que o indivíduo faz quando procura esse serviço. Entendo ainda que a imagem de certa função social das emergências, como referido por alguns autores (Deslandes, Mossé) seja pouco importante, já que na análise do acervo de entrevistas realizadas, esse quantitativo foi inexpressivo. Aliás, o que se pôde verificar é que justamente esse elemento referido como “função social das emergências” não se apresentou como um atributo das emergências, mas sim das Unidades Sanitárias, ou seja, da Atenção Básica. Deixou de se confirmar, no presente estudo realizado no Hospital de Pronto Socorro, a tendência apontada por esses autores, de que poderia estar ampliando a utilização dos serviços de emergência através das demandas de atendimento da população mais pobre, dando-lhe um novo sentido.

Foram pouco significativas, as menções de pacientes e acompanhantes que ao relatarem os motivos de procurar a emergência do HPS que tinham alguma relação com necessidades diversas da atenção à saúde. Portanto, nosso entendimento é que a busca da emergência do HPS se dá por conta de uma necessidade de saúde percebida pelo indivíduo. Esse indivíduo entende que tem direito ao acesso à saúde e também, na maioria das vezes inicia a sua busca entendendo ter autonomia para escolher o local de atendimento.

Como foi visto na apresentação das motivações, a cultura de somente procurar atendimento à saúde quando diante de uma crise, acaba por empurrar o indivíduo para uma busca limitada aos serviços de emergência, já que seu entendimento é que a crise pela qual está passando é uma emergência. Trata-se de uma cultura que é causa e consequência da ausência de vínculo com o sistema de

atenção à saúde, uma vez que ao não realizar um contato de caráter preventivo o indivíduo impede a formação do vínculo com o sistema de atenção primário. De outro lado o atendimento na emergência apresenta fragilidades que impedem tanto a formação de vínculo como a devolução do indivíduo “deslocado do sistema” a porta da atenção básica, o que reforça a assertividade na busca das emergências como a solução para o agravo à saúde. No limite da busca do indivíduo pelo atendimento nas emergências, o que se conforma é a existência de certa disputa pela definição do evento “emergência médica”. Essa percepção do indivíduo deve levar em conta o que foi discutido sobre o conflito existente entre as emergências sentidas e as efetivamente consagradas como tal pelo conceito médico. De um lado apresenta-se a existência da crise de saúde que é objetivamente percebida pelo indivíduo, demarcadamente adquirida através de uma cultura, e de outro lado a configuração que a medicina ocidental, que se baseia na racionalidade científica para a confrontação do que entende ser a subjetividade do paciente. Assim os fenômenos relacionados à saúde e à doença “só se tornam ‘reais’ quando observados e medidos objetivamente, segundo tais condições.” (Helman, 1994, p. 101)

Outro elemento ajuda também a compreender a busca pelas portas de emergência. Como foi visto a conformação espacial das emergências parece dar às mesmas a sensação ao indivíduo de estar permanentemente sob vigília. Ainda que possa parecer algo de menor importância para o trabalho que se desenvolve, trata-se de um aspecto da ambiência que proporciona a sensação de “ser cuidado”, o que se configurou como um atributo desejado pelo paciente, que se sente seguro com essa permanente vigilância da equipe de saúde.

É acrescida a essa percepção de permanente cuidado do indivíduo, o imaginário popular que coloca as emergências como instituições capazes de “resolver” a criticidade do primeiro atendimento, de uma forma rápida, sem limitações na disponibilidade de especialidades médicas e de tecnologias para o diagnóstico. cremos ainda que limitações e falta de hierarquização das ofertas do sistema de saúde proporcionam experiências frustradas que o indivíduo não quer repetir na busca do atendimento. Essas experiências aliadas ao baixo vínculo com os serviços de atenção básica que compõem o sistema e que resultam em pouca prevenção e regulação complementam o cenário que compõe o intenso uso da porta da emergência para o ingresso no sistema de saúde.

CAPÍTULO 3

APRENDIZADOS DA EMERGÊNCIA

Após as discussões que tratamos no capítulo 2, que apontaram para a contradição existente entre a proposta assistencial de uma emergência e a realidade do seu cotidiano, que favorece a “mistura” de pacientes com diferentes graus de risco atendidos de forma simultânea, foi possível iniciar uma análise sobre os motivos que levam a intensa utilização da porta da emergência para o acesso ao sistema de saúde. Avaliamos a importância de acrescentar aos motivos já debatidos desta questão, outras motivações que podem auxiliar nesse entendimento. Discutimos a necessidade de ampliar a compreensão sobre o que se considera uma emergência médica sob olhares distintos dos interlocutores do encontro terapêutico e propusemos que essa análise não perca de vista o que a sociedade espera dos serviços que compõem o sistema de atenção e cuidado à saúde.

Neste capítulo serão abordadas a missão da emergência, sua vocação e maneira de atuar frente às necessidades para acolher os pacientes de forma adequada, é apresentada a sua organização espacial, bem como suas divisões administrativas que tentam disciplinar seu funcionamento. O hospital é apresentado como um “novo campo de produção”, como descrito por Foucault (1979), focalizando em especial sua aparente contradição com essa lógica disciplinadora proposta. São trazidas ao texto as vozes de seus habitantes, que contam de que maneira compreendem a forma como se desenrolam os episódios vividos no interior da instituição, inclusive tratando das subversões observadas e cometidas.

Assim, dando seqüência ao trabalho, neste capítulo serão tratados aspectos que foram identificados no andamento da pesquisa, são aspectos que entrelaçam relações de poder e disputas que são travadas na ambiência da emergência do

HPS. São analisadas questões que, observadas ao longo do período de realização do trabalho, estão relacionadas à forma de ocupação dos espaços, bem como a maneira como seus habitantes interferem nos processos de apropriação destes espaços, fazendo com que sua utilização se dê de forma diversa para a qual foi planejado. É observada ainda a presença de determinadas estratégias utilizadas por seus habitantes para superar confrontos e dificuldades a que estão expostos. São estratégias que tem como objetivo driblar situações de possíveis conflitos que podem significar perda de regalias ou da autonomia para circulação no ambiente, bem como a perda de uma escuta mais atenciosa da equipe em relação a suas demandas.

Aproveitando elementos trazidos no capítulo anterior, onde foi possível certa aproximação às expectativas dos usuários em relação ao sistema de saúde, serão focadas as formas como esses espaços de atenção, que fazem parte do sistema de atenção à saúde, são percebidos pelos indivíduos que participam de seu cotidiano. Para tanto será analisada a compreensão que os usuários detêm, em seu imaginário destes espaços de atenção (emergências), bem como serão analisados elementos presentes nos processos de ocupação e subversão destes espaços, que apontam a tentativa de modificar essa ambiência trazendo-a para um patamar mais próximo da expectativa destes usuários.

Levando em conta ainda, outra abordagem do capítulo anterior, que propôs uma ampliação da discussão sobre os motivos que levam à utilização intensa das emergências como porta de acesso ao sistema de saúde, serão analisadas algumas experiências que as vítimas de trauma vivenciam quando na busca de assistência, bem como o uso que podem fazer dessa experiência. Foram indicadas as dificuldades encontradas por essas vítimas para obterem atendimento, assim como as estratégias utilizadas para atingirem o seu objetivo. Considerando o processo interativo e seus conflitos, são analisadas também as impressões que os indivíduos manifestam sobre o cuidado recebido durante sua estada na instituição. Em relação a esse ponto de vista, o capítulo trata em especial do aprendizado que é adquirido pelos pacientes durante o processo de cuidado, programando-se para agir diante de determinadas situações, no sentido de superar dificuldades através de performances e alianças.

Por fim busca-se analisar o contexto das interações que são travadas na ocorrência da assistência. São abordadas questões do relacionamento médico-

paciente ou profissional-usuário, e entre os pacientes, que acabam por interagir, formando vínculos. São aspectos ligados a etnografia da ambiência de uma particular relação, onde existe um processo de aprendizado que é específico desta convivência, focando impressões sobre o atendimento e os conflitos que se dão nesse contexto estudado. Apontamos que há uma simultaneidade de impressões, com restrições para a revelação por parte dos usuários, em determinados espaços de exposição, das realidades de sua situação. Abordamos o dilema de pacientes diante da necessidade de revelação de determinados aspectos da ocorrência que resultou na necessidade do atendimento e as conseqüências que essas revelações podem trazer.

Em momento anterior, o presente trabalho trouxe para reflexão a imagem da emergência do HPS, nessa passagem foi possível tratar da forma como determinadas áreas desta emergência são de fato ocupadas. Vimos que sua conformação, estrutura e vocação são preparadas para um tipo específico de atendimento, porém sua ocupação se dá, em seu cotidiano, de forma diferente daquela que seria a considerada ideal. Em especial verificou-se que esses espaços acabam recebendo um número demasiadamente grande de pacientes, sendo que muitos desses poderiam receber o seu atendimento em outras instituições que não uma emergência. Verificou-se ainda que essa realidade significa a simultaneidade do atendimento de pacientes com necessidades de atenção diferentes, realizadas em um mesmo espaço físico. A questão que se discutiu então foi a origem dessas demandas. Abordamos quais motivações estariam justificando a superlotação da emergência. Mais do que isso, se buscou compreender quais seriam as justificativas presentes nas manifestações dos pacientes, que poderiam explicar essa “preferência” do usuário em realizar o ingresso no sistema de saúde pela porta de emergência do sistema.

A reflexão sobre essa constatação apontou para algumas motivações, que discutidas ao longo do capítulo anterior, levaram a compreensão de que a superlotação das emergências não pode ser explicada por um único motivo, ou mesmo por um conjunto de motivos de mesma ordem ou compreendidas em um único contexto. O que se constatou é que o fenômeno só se explica através de uma atuação sinérgica de múltiplos motivos, mais ou menos mensuráveis e cuja solução deve considerar aspectos de diversas ordens como culturais, cognitivos, administrativos, operacionais e de gestão. Não obstante a importância dessa análise

para a compreensão da forma como as instituições de emergência ocupam os espaços de atenção, o paciente é um indivíduo desta trama, que acaba tendo que lidar com essa situação. Será ele a “parte do sistema” que experimentará toda essa complexidade. O fato é que no momento da busca de atenção para um agravo da sua saúde, o paciente terá que conviver com as conseqüências que esse processo de subversão apresenta, e terá que lidar com ele para obter seu objetivo de acesso ao sistema. Superada essa etapa, o usuário, após obter o desejado ingresso no sistema, será obrigado a conviver com suas particularidades e especificidades. Essas especificidades se apresentarão durante o processo do cuidado e se desenrolarão durante essa experiência, que comporta a experimentação do sistema através da porta de emergência, seja para o bem ou para o mal. Está presente nessa experimentação um processo de percepção de uma ambiência específica e de um conjunto de aprendizados, que poderá servir de arcabouço para a sua estadia, seja da unidade a qual está vinculado, na instituição ou no sistema, lembrando que essas instâncias, assim como as demais da vida cotidiana apresentam “culturas” que são apreendidas em algum lugar da sua trajetória de vida.

Tomando como lugar de ocorrência das experiências dos indivíduos em atendimento, a imagem mostrada da emergência do HPS, no início do segundo capítulo, o que se apresenta para reflexão/verificação é a maneira como se dá a convivência simultânea de situações com exigências de atenção diferentes. São situações com realidades, necessidades e perspectivas diferentes que têm que se acomodar no mesmo espaço, recebendo, submetendo-se e desfrutando das influências da ambiência presente. Ainda que estejamos tratando, em tese, do atendimento à saúde, ou seja, de uma prática universal com certa consolidação no senso comum, bem como nas formas de manejo deste atendimento, há que se considerar que os espaços de atenção apresentam características distintas. São características que moldam e são moldadas de acordo com os tipos de procedimentos e de atenção que será prestado pelo serviço, guardando, portanto uma dinâmica de consolidação dos espaços segundo uma lógica da assistência. Essas características estão relacionadas ao tipo de atendimento, patologia, necessidades do cuidado, etc. Assim, os espaços estão vinculados a determinada missão, que pressupõe características do ambiente e fazeres singulares. O que se pretende compreender aqui, é como essa situação de atenção a múltiplas necessidades de saúde, com prioridades de cuidado e gravidades diferentes, é

percebida pelos pacientes e trabalhadores e de que forma essas percepções interferem na forma de compreender e agir neste lugar. Quais os seus desejos imediatos e de que forma essa experiência, que está resultando de uma situação não planejada, pode interferir na construção das suas representações sobre esse lugar.

Cabe primeiramente reconhecer que as estruturas de suporte disponíveis, os processos de trabalho, as vocações e os perfis profissionais da emergência são distintos de outras modalidades de atendimento. O que ocorre é que a “acomodação” que se faz no mesmo espaço físico de cuidado, para atender situações tão diversas como as que são encontradas na emergência do HPS, acaba por resultar em um espaço ambíguo. Com certeza, a permanência na emergência, de pacientes que deveriam estar em uma unidade de permanência mais longa, de menor complexidade técnica ou de maior conforto, traz consigo algumas conseqüências, que estão para além do processo de gestão ou do modelo organizacional. Queremos tratar aqui não da promoção de certa desorganização que é aferida ao espaço da emergência por conta da existência na mesma de pacientes que estão deslocados do sistema, mas sim da forma como essa dimensão da emergência é percebida por seus habitantes.

Porém para que se possa avançar na tarefa proposta, é necessário incorporar ao trabalho, elementos da ambiência que são pano de fundo das ocorrências, entendendo que esses elementos contribuem para a percepção de seus habitantes, bem como são esclarecedores de determinadas aptidões dos espaços que compõem o HPS enquanto emergência de saúde.

3.1-CNES e o novo espaço de produção.

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. Por conta de sua situação estratégica no Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, é responsável pelo acolhimento da demanda de casos graves, sendo assim, se trata de uma instituição que possui espaços destinados para esse tipo de atendimento, ou seja, atenção a pacientes em situação de

emergência, como já foi definido anteriormente (ver definições de emergência do Conselho Federal de Medicina – Capítulo II).

É possível identificar que a estrutura física construída na instituição, contempla a divisão de sua área em dois conjuntos que são espacial e geograficamente distintos. O primeiro conjunto de áreas é aquele destinado para o atendimento de pacientes na modalidade ambulatorial, ou seja, são pacientes que se encontram em atendimento sem estarem internados ou internalizados na instituição. O cuidado desse paciente está de alguma forma ligado a situações em que se processa o seu diagnóstico, ou há a realização de um procedimento que não necessita de internação para sua realização. No caso da elucidação de um diagnóstico, trata-se de um processo que implica em espera por parte do paciente antes da definição da conduta médica. De maneira geral, o resultado do diagnóstico implicará em uma definição do seu destino, que poderá ser a sua liberação, internação, encaminhamento para procedimentos ou transferência para outra instituição. No caso da realização de um procedimento, sua conclusão poderá indicar a sua liberação ou a indicação de outro plano terapêutico, que também, como na elucidação de um diagnóstico, poderá indicar a internação, novo procedimento ou transferência. Esses lugares de atendimento são os ambulatórios, salas de procedimentos, sala de Poli, assim chamada a sala de pacientes graves ou politraumatizados (múltiplos ferimentos/traumas). Trata-se de um conjunto de espaços que tem como objetivo receber os pacientes que foram vítimas de algum tipo de trauma e, a partir de um conjunto de procedimentos, “compreender sua realidade”, para só então indicar o seu plano terapêutico. Esse primeiro conjunto de espaços é conhecido como ambulatório de emergência, e poderia, simplificada e sem rigor científico, ser apresentado como o conjunto de espaços que realiza a triagem dos pacientes, elucidando a origem e gravidade das lesões ou males que afetam os pacientes e procedendo seu encaminhamento de acordo com o grau de gravidade do evento, para o tratamento indicado.

O segundo conjunto de áreas está destinado ao atendimento de pacientes que estão internados para tratamento. São pacientes que, já tendo realizado o primeiro atendimento recebem cuidados que objetivam a melhoria de sua condição de saúde, e serão transferidos, (interna ou externamente) ou liberados de acordo com a evolução de seu estado de saúde e autonomia para seqüência do plano terapêutico. Esses espaços são as Unidades de Tratamento Intensivo –UTIs, onde

ficam os pacientes em situação mais crítica, e as Enfermarias, que recebem pacientes em situação de saúde menos crítica.

Essa divisão admite que os espaços tenham características diferentes em função de diversos aspectos técnicos ligados ao tipo de atenção que o paciente necessita, bem como do tempo de permanência do paciente na unidade para receber os 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 estão internados. É possível compreender que os pacientes internados, fazem uso de um conjunto de utilidades muito mais amplo por conta de sua condição e tempo de permanência. Entenda-se aqui que “equipamentos de conforto” significa além das acomodações como leito, sanitários com chuveiro, controle de iluminação, temperatura, etc., também elementos que estão relacionados a outras necessidades que são demandadas por conta da permanência mais longa no espaço de cuidado. Como por exemplo, a possibilidade da presença de acompanhantes junto ao paciente, permissão de visitas em horários diversos, alimentação regular com prescrição individual, garantia de melhor privacidade, acesso a informação externa, etc.. Tais elementos indicam a exigência de certa organização espacial, que busca atender de forma geral as necessidades que devem ser satisfeitas de acordo com o plano terapêutico proposto para as particularidades de cada conjunto de pacientes, que podem ser de certa forma agrupados, considerando determinados protocolos de atendimento que devem dar conta das necessidades e cuidados de saúde que lhes são comuns.

A organização espacial tem, portanto como um de seus objetivos, disciplinar a atuação do cuidado. Esse processo organizativo é consequência da própria origem dos espaços de cuidado, como visto no Capítulo 1, bem como das especificidades que são pertencentes a esse tipo especial de lugar. Lembremos que o ingresso na discussão sobre o espaço físico e as práticas dos atores na organização hospitalar, reconhece em Michael Foucault um importante referencial histórico. Segundo esse autor, a introdução de mecanismos que tem como objetivo disciplinar o confuso espaço hospitalar é que propiciam as condições de medicalização dessas organizações (Foucault, 1979). Nestes espaços de produção a disciplina se apresenta como uma tecnologia de gestão dos homens, que visa o seu adestramento, proporcionando o controle de tempo, de espaço e dos movimentos.

Isso se traduz em uma “técnica de exercícios de poder” e se manifestará nas instituições onde há o tipo de organização que aponta para uma ambiência que tem em seu contexto um conteúdo disciplinar, forjando “corpos dóceis”. (Foucault, 1979: p. 105)

Foucault ao reconhecer a organização hospitalar como um novo “espaço de produção”, infere que isso é possível pela sujeição disciplinar, seja dos trabalhadores, que desenvolvem suas atividades de acordo com preceitos bem definidos e espacialmente distribuídos de acordo com demarcações reconhecidas, seja dos pacientes, que de certa forma se submetem ao necessário cumprimento de rituais e normativas mesmo que sem compreender as suas fundamentações. 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. Assim, 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. (Kniestedt, p. 00, 2010)

As inferências a respeito da forma de disciplinamento dos indivíduos por conta do chamado novo espaço de produção, como indicado por Foucault, aponta para o formato no qual será possível estabelecer um processo organizativo especial para essas instituições. Contribui para essa reflexão a compreensão trazida por Goffman (2001) sobre a forma de interação existente entre os habitantes das instituições que chamou de “instituições totais”, que revestem de especiais comportamentos de disciplinamento dos habitantes desses lugares. 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 de tempo e de espaço são fundamentais para a compreensão das interações entre os agentes sociais. O entendimento é que o processo que tece o sistema social é influenciado por essas questões, de forma que 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.

O que se pode apreender é que, para além da estruturação de processos de disciplinamento a que os espaços são referidos, sua análise deve também levar em conta que os espaços são também, segundo Giddens, sempre referidos em um sistema coordenado e regionalizado, que no seu interior apontam para um conjunto de relações de diversas ordens. Assim, as interações que ocorrem no seu interior, compreendem relações de poder e submissão, de reciprocidade entre seus habitantes, bem como simbólicas e de representações, que são vividas no seu cotidiano e obedecem a contextos específicos de interação, onde se particularizam modelos de ação dos atores (Giddens, 1989).

Não obstante a origem e a evolução apresentada dos espaços de atenção à saúde, a referência trazida pelos autores em relação as especificidades destes espaços, bem como a estrutura física presente na instituição, que à mantém preparada para a realização do cuidado de acordo com essa lógica organizativa e estrutural, sua atuação no cotidiano, em grande medida causado pela própria superlotação, não se dá em harmonia com esses aspectos e parece não acompanhar esse fazer disciplinado. O que se pôde observar no decorrer da pesquisa realizada na instituição em foco, é que a sua realidade, de alguma forma confronta essa perspectiva que se faz estabelecida no chamado novo campo de produção. Também há um alto grau de divergência em relação ao que esse novo campo de produção acolhe de regulamentação no ordenamento contemporâneo, como pudemos ver na classificação da instituição em estudo no CNES. Como já foi verificado, nos ambulatórios de atendimento há a convivência de uma multiplicidade de casos, onde misturam-se no mesmo ambiente necessidades de cuidado muito diferentes. Essa mistura desfaz a lógica pretendida pela estrutura, constituindo-se em uma subversão do espaço de atendimento, o que tem ainda como conseqüência o desvirtuamento da desejada disciplina para uma atenção que se dá sob a pressão da escolha de prioridades instáveis por conta do objeto do cuidado.

Tudo preparado para atender essa situação, mas aí o que ocorre é que aparece algo que é mais urgente. A gente diz que temos sempre a bomba-relógio da hora. Sempre tem algo para resolver que não deve esperar, e assim vamos salvando vidas. (MED-CIR-09.5)

A constatação de desfazimento da lógica da assistência e da disciplina, também é verificada nas áreas de internação, que aqui foi explicada como sendo o segundo conjunto de áreas que compõe a estrutura física do HPS. No caso das enfermarias e das UTIs também existe a questão da superlotação, onde medidas como a instalação de leitos extra para o atendimento de uma demanda maior do que a sua capacidade, se constitui em uma subversão de espaço de atendimento.

Já estávamos com tudo lotado e havia mais um paciente para subir, o jeito foi ficar "ambusando"²⁰ o paciente. Ainda bem que a preparação do leito normalmente é uma coisa rápida, pelo menos nestes casos. O pior é quando o paciente que vai subir necessita de um equipamento que não está pronto e temos que preparar, daí sim a coisa pega. (ENF-QUE-01)

Em outro trabalho que realizei na instituição (Nos bastidores de uma emergência, 2011) ficou claro que esta é atravessada por iniciativas de seus trabalhadores que buscam alterar a formatação de seus espaços, acabando por cometer subversões que moldam as formas físicas dos espaços que tem como objetivo o acolhimento e o atendimento de pacientes vítimas de trauma. Também neste trabalho anterior foi apontado, de passagem, que ainda outras subversões da ambiência da emergência são cometidas. Pois bem, essas outras situações em que ocorre a subversão do espaço acontecem em função de contingências do próprio sistema. São situações que se apresentam quando, por motivos de grande demanda, tanto os ambulatórios de emergência como as áreas de internação do hospital mantém-se acima de sua capacidade de ocupação. Como conseqüência a estrutura acaba por abrigar um número maior de pacientes do que aquele para o qual foi projetada. Essa situação leva ao desrespeito às normas técnicas, já que as

²⁰ Ambusar: é uma gíria que significa manter respiração artificial através do uso de um ressuscitador manual.

unidades deixam de atender questões normativas como o afastamento mínimo entre leitos e a disponibilidade mínima por paciente de um número de instalações especiais, como oxigênio e outros gases medicinais.

Como já foi referido anteriormente, os trabalhadores apontam para essa situação como um dos elementos que provoca aumento de trabalho já que os pacientes passam a ser atendidos pelo mesmo contingente de profissionais que foi planejado para situações normais de atendimento, e não para uma situação de superlotação, onde as demandas se multiplicam. As referências aprofundam a análise desta ocorrência, identificando a desordem criada pela superocupação como um elemento que agrava a sobrecarga, já que há perda da racionalidade na condução do processo de cuidado.

Assim, são muitas as queixas dos trabalhadores em relação a esse desvio. De forma recorrente a insatisfação em relação a esse tema foi trazida pelos informantes. De um ponto de vista, reclamam da adição de responsabilidades, no entendimento de que se trata de um elemento que desemboca no aumento da tensão de uma atividade que já é tensa por seu próprio objeto.

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. (ENF-UTI-34)

Por vezes o adoecimento dos trabalhadores também acaba associado a sobrecarga ocasionada pela superlotação das unidades.

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. (ENF-SUT-45)

De outro lado há uma permanente preocupação com a possível responsabilização dos atos tomados no processo do atendimento. A leitura dessas manifestações não pode perder de vista a postura de comprometimento do trabalhador com suas tarefas. Seria simplista considerar que as manifestações de discordância refletem apenas a indignação pela violação a regra.

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. (ENF-CLI-23)

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. (ENF-CLI-33 AMB CLI)

Para além da percepção de que existe a violação da regra, que é comum tanto ao paciente como ao trabalhador, está claro que essa percepção estabelece uma estratégia para fazer frente ao que está em ocorrência por conta da forma de ocupação. Aqui cabe retomar o que de certa forma foi explicitado quando tratamos de alguns aspectos que escapam da lógica do sistema de saúde, especialmente em seu processo de ajuste a uma realidade brasileira. Não diferente de outros países que também apresentam importantes limitações de recursos para a implementação de políticas que exigem alto grau de sistematização e controle para a garantia do ingresso universal, regionalizado²¹ e hierarquizado²², há outras questões que podem ser consideradas subversões, essas porém do próprio sistema. Um dos elementos a ser considerado é a permanente busca de um ajuste nos fluxos de acesso ao sistema. Trazida à luz os problemas comuns de sistemas universais, o que ocorre é que 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

²¹ Regionalizado: a regionalização dos serviços de saúde é uma diretriz do SUS e tem forte apelo à descentralização, permitindo a alocação de recursos assistenciais com maior eficiência.

²² Hierarquizado: a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso

acessada pela população. 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 (Kniestedt, 2010).

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, 2000).

Trata-se de um conjunto de fatores, que somados provocam um desajuste que já foi tratado, porém aqui ele apresenta a face da perda da disciplina deste novo campo de produção. Colocando em xeque a proposta de um hospital de emergência, já que passa a atender uma demanda que está acima de sua capacidade, bem como passa a atender casos que deveriam ser acolhidos na rede básica.

O que se observou durante a realização do trabalho de pesquisa é que, por conta da necessidade de receber um número maior de pacientes para o qual a unidade foi projetada e estruturada, subverte-se a utilização do espaço de atenção. Ou seja, por conta da tentativa de acolher pacientes para além da capacidade da instituição como um todo, há o risco da ocorrência de desvios na classificação dos pacientes que estão em processo de cuidado. Seja no caso de pacientes internados, assim como nos ambulatorios, o resultado por vezes aponta para o fato da existência de uma mistura de pacientes com necessidades diferentes, obrigando a realização de uma assistência seletiva de cuidados em uma mesma unidade de internação. Há manifestações que apontam que tal fato incorre de forma sistemática, na desqualificação do atendimento que acaba acomodando uma necessidade permanente de priorização para a realização dos cuidados que os pacientes demandam.

Estamos sempre tratando de pacientes diferentes, que exigem cuidados diferentes, mas deve ser mantida uma lógica que garanta

que estamos tratando de pacientes com um grau de risco e problemas semelhantes. Por isso as unidades são especializadas. Paciente neurológico tem que ficar na "neuro" e o com problema traumatológico na "traumato" e o pior é que nem sempre é assim. (ENF-PLA-12.4)

Então, dentre os graves temos que priorizar os mais graves e dentre os "fáceis" não se pode descuidar. Eu tinha uma rotina de chegar na unidade e iniciar a prescrição pelos pacientes menos graves, porque imaginava que poderia me deter mais naqueles pacientes que estavam mais graves. Acabei me dando conta que isso não dava certo. Os menos graves muitas vezes precisavam de 'consultoria' [chamar um colega de outra especialidade] e acabava demorando muito. Agora vejo primeiro os que exigem consultoria. (MED-UTI-01.7)

Aqui não temos todos os equipamentos para atender paciente queimado. Se um paciente com extensa queimadura vai ficar aqui, não será atendido como deveria. É claro que isso é uma hipótese, um jeito será dado, mas não deve ser assim, para o bem do paciente. (FIS-CLI-01)

Essa análise, aparentemente leva a uma contradição, já que temos por um lado a compreensão de que as áreas de atenção à saúde mantêm-se abastecidas com um conjunto de elementos que aponta na direção de que esses espaços são produtores de ações disciplinadas, que submetem os seus habitantes a um repertório de procedimentos e fazeres previamente planejados, elaborados e organizadamente distribuídos no tempo e no espaço. De outro lado temos a imagem de um local de intensa subversão dessa lógica, uma vez que os espaços têm ocupações diversas das planejadas, assim como, parte das ações do cuidado acabam submetidas a um espectro de necessidades para além daquela para a qual há consenso para que ocorra um adequado tratamento do doente.

As conseqüências administrativas ou operacionais desse processo de subversão podem ser verificadas no acompanhamento da rotina de trabalho. Essa

rotina, na perspectiva de dar conta da diversidade presente, acaba sendo cercada de casualidades. Como por exemplo, a particularização de determinadas práticas estranhas, como abrir horários de visitação em ambulatórios, disponibilizar produtos de higiene pessoal e alimentação para pacientes “não internados”, ou seja, pacientes ambulatoriais.

Analisando as manifestações de pacientes, acompanhantes e usuários, é possível inferir que em muitos casos algumas das necessidades do paciente, como alimentação, cuidados de higiene, e até mesmo a atenção da enfermagem, acabam sendo negligenciadas. Ocorre ainda que os pacientes “internados” nos ambulatórios da emergência acabam recebendo visitas, criando situações que além de gerar solicitações de difícil atendimento por falta de estrutura da emergência, geram também nos visitantes e acompanhantes a sensação de que há “maus tratos”, já que pelo processo de priorização nas ações do cuidado há relativa demora na atenção do que é solicitado por aqueles pacientes “deslocados” no sistema e que obtêm determinada concessão em função da busca de um ajuste casual por parte da gestão local.

Cheguei ontem e estou nessa maca dura até agora, já me disseram duas vezes que eu ia ser mandado para a enfermaria, mas aí deu um problema lá e me deixaram mais um tempo aqui. A minha namorada está lá fora e só deixaram ela vir até aqui uma vez, e só deu para falar uns minutinhos. Não sei se tem mais alguém lá fora, eles não deixam as pessoas entrar aqui. (PAC-CLIN-47)

Se de madrugada alguém quer ir ao banheiro está “ferrado”. Aqui não tem sanitário para pacientes e se a pessoa não tem como sair sozinho da maca, como é que vai fazer... já tinham me dito que era assim, quem fica no corredor está fora do circuito, o melhor é ir lá para dentro. (PAC-TRA-01.3)

O meu filho está lá dentro agora, graças à Deus, mas ficou esperando aqui fora um tempão, antes de entrar ela disse que queria comer, que estava com fome, eu não sei se ele vai ganhar alguma coisa para comer, eu quero falar com alguém para dizer isso, mas

ninguém me atende, só dizem para eu esperar e ficar calma que ele está sendo atendido. (USA-AMB-CLI-91)

A presença constante de queixas sobre itens como alimentação, que nem sempre é oferecida no tempo certo ou a intervalos regulares, e à inconstância nos cuidados de enfermagem, acabam sendo rebatidas pelos profissionais com a argumentação da prioridade das tarefas que devem ser desempenhadas naquele lugar, dando o entendimento de que essas demandas (alimentação e higiene) são consideradas supérfluas diante de outras necessidades mais emergentes.

Não dá para ficar preocupado em providenciar uma refeição para cada paciente que entra com fome, posso até entender que é uma necessidade e que será atendida, mas quando temos que cuidar de algo mais importante essas coisas ficam para depois. (MED-POL-09)

O problema é que aqui não estamos em uma enfermaria mas sim numa sala de atendimento de emergência, então não temos uma copa para atender refeições nem temos uma rouparia para providenciar imediatamente pedidos de roupa de cama, isso tudo vem de contrabando de outras unidades. O furo aqui é anterior, esses pacientes não deveriam ficar tanto tempo por aqui, deveriam estar em outro local, fazemos o que é possível dentro da estrutura que temos. (ENF-POL-19.7)

Sob esse ponto de vista não existem muitas discordâncias, o que se verificou é que, também os pacientes, percebem esse argumento como legítimo, admitindo que se trata de uma situação “remediável”.

A gente vê que eles [os funcionários da emergência] fazem o que é possível, se desdobram para atender os que chegam com problemas mais urgentes. Não dá para reclamar, eu estou sendo atendido e não posso reclamar. (PAC-CAR-12)

Esses relatos dão conta, de certa forma, do que se disse ser a ambigüidade do espaço de atenção de que estamos falando. Se de um lado sua estrutura está preparada para prestar determinado tipo de atendimento, não há como desconsiderar que esse espaço acaba realizando outro tipo de atenção, para o qual sua estrutura mostra de forma severa suas fragilidades. Essa ambigüidade é percebida tanto pelos trabalhadores como pelos pacientes. Os trabalhadores tentam dar conta da realidade, com a presença permanente do processo de definição de prioridades, absorvendo para si a autonomia de decidir sobre a ação mais importante a ser realizada naquele momento. Aparentemente não há uma regra para a ação em determinada situação que possa estar sendo realizada em detrimento a outra, a falta da regra permite a percepção de uma possível negligência, que aparece nas vozes de quem pratica a atenção. De outro lado está o paciente que percebendo a ambiência com características de flutuação do atendimento das demandas “menos urgentes” procura justificar essas ocorrências como sendo os limites da possibilidade dos trabalhadores. Essa acomodação acaba por inspirar a forma como se dão as interações, ou seja, as exigências dos pacientes para o atendimento de determinadas demandas, ocorrem tendo acrescidas esse elemento na sua lógica para a tomada de decisão. É feita permanentemente uma mediação entre o que se pretende e o que se pode esperar “em função da situação existente” ou se há “alguns pacientes que precisam mais do que outros”. (ENF-AMB-103) Em muitos casos prevalece a decisão de uma ação por parte dos trabalhadores, que é entendida como correta pelos pacientes e que se “poderia dizer que se trata de ‘eqüidade’ assistencial local”. (ENF-INT-12.3)

Voltando para a questão da aparente contradição entre as origens, especificidades e estrutura dos espaços de atenção à saúde, que devem comportar práticas com um grau de disciplina e vinculação a uma forma de agir severamente limitada por regras estabelecidas por um saber científico e a forma como no cotidiano os mesmos são ocupados e reconhecidos pelos indivíduos, cabe apontar algumas idéias que podem ajudar a melhor compreender o aspecto dito contraditório.

Um primeiro apontamento em relação ao que se deve esperar do processo de ocupação de espaços, está relacionado a uma disputa entre o que está estabelecido para a sua ocupação, de certo forma inserido nas lógicas administrativas e protocolos técnicos, e o resultado de processos sociais que forçam esses limites

lógicos e protocolos. Não há, portanto como admitir que os limites do que aqui se expõe como forma de ocupação, possa ser explicada com cartesianismo. Lembremos que estamos lidando com um tema onde existe inclusive a disputa do que se estabelece como uma emergência médica. Como visto anteriormente, não há uma única maneira de classificar uma emergência, essa classificação está longe de permitir um consenso quando analisamos as controvérsias existentes entre o ponto de vista da regra técnica e a percepção do usuário que é a parte concreta no cuidado que se quer programar neste espaço ocupado. Neste ponto é necessário admitir que há uma “franja” no limite do que o espaço admite para sua ocupação, onde se dá uma disputa que reflete as diferentes percepções do que se deve esperar de uma unidade de emergência.

Segundo Max Weber (1981), os espaços admitem a tendência de serem ocupados como resultado do conjunto de processos sociais, e sobre os mesmos é exercido um domínio, que está além da propriedade funcional que objetivamente pode lhe ser conferida. A sua arrumação tem vínculo com determinado tipo de produção que ali se fará, no entanto esse é um dos fatores que contribuem para a sua ocupação, mas não é o único. 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, bem como associar objetivos, elementos específicos e condutas que contemplem o desejo de seus habitantes (Weber 1981). É portanto um palco das disputas que buscam, de um lado restringir o acesso, através da homologação de decisões tecnicamente embasadas que buscam a organização do processo de trabalho, e de outro a tentativa de alargamento do acesso, que tem como objetivo a garantia do atendimento de todas as necessidades de saúde percebidas pelos usuários.

Analisando as representações que se associam as organizações, é possível perceber que no caso das emergências, como já visto, essas se apresentam com atributos de acesso e resolutividade desejáveis pela comunidade. Ainda que sua lógica interna ou seu princípio de funcionalidade típico, que é estabelecido por seu lugar no sistema, possa estar claramente definido administrativamente, a compatibilidade com sua representação externa não se faz de forma harmoniosa, trazendo a disputa para a adaptação de seu fazer.

Ao tratar de tema ligado ao poder e disputas existentes nas organizações, Stewart Clegg (1996), alerta que estas não podem ser explicadas a partir da

expressão de um único fenômeno resultante de um princípio interno essencial. Sendo assim, 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 devem ser reconhecidas como uma 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. Essa racionalidade, no entanto como se pôde verificar não é única. Trata-se de um elemento que pode ter múltiplas considerações que se mesclam de acordo com o sujeito do sistema que a interpreta.

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)

Desta forma incorremos num equívoco quando aceitamos que a análise de uma organização pode ser baseada em um único princípio essencial. Essa análise afasta do foco a complexidade e as condições do cotidiano 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 perseguido. 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).

Ainda a respeito da aparente contradição entre o contorno que as ações de cuidado tomam por conta da forma de ocupação dos espaços da emergência, que parece descaracterizar o chamado “novo campo de produção” (Foucault, 1979), outro apontamento é possível referir. Trata-se, agora, de algo baseado mais nas observações realizadas em campo, que permitem inferir uma atenuação, ou mesmo uma recharacterização do agir disciplinado no campo do cuidado (caderno de campo,

2012). Falamos dos resultados obtidos a partir de um processo de qualificação das demandas não satisfeitas, ou seja, do processamento daquilo que se observou das principais queixas que puderam ser colhidas através de entrevistas e do acompanhamento dos principais temas abordados pelos familiares e visitantes durante o período de espera para ingresso na unidade para visitar o paciente.

Não obstante se apresente de forma enfática, como já vimos na imagem formatada das emergências, a existência de necessidades não satisfeitas dos pacientes pelas equipes de atendimento, a tipologia dessas demandas não estava clara. Sendo assim parte do processo de observação focou a elucidação dessa questão, explorando quais eram as queixas, buscando sua classificação para melhor compreensão das mesmas. O resultado dessa busca mostrou que, no que se referem aos cuidados dispensados ao paciente quando em atendimento, a qualificação dessas necessidades mostra que as mesmas se referem àquelas que poderiam ser classificadas como de menor probabilidade de oferecer algum tipo de dano imediato à saúde do paciente.

O que se pôde constatar é que, em grande medida, as reclamações dizem respeito a alimentação (oferecida fria ou em horário inadequado), ao ruído (gritos e gemidos) de pacientes nas imediações, o mau cheiro (de vômito, álcool e medicamentos) e demora de resposta da equipe quando chamada pelo próprio paciente. São mais raras as manifestações que dão conta de mau atendimento ou desassistência, o que pode estar evidenciando um processo de priorização acertado, ou seja, considerando que a emergência tem como vocação o atendimento de pacientes vítimas de trauma e com risco de vida, é possível inferir que, no âmbito restrito daquilo que é a proposta assistencial da emergência, os serviços são melhor prestados do que em outro âmbito assistencial fora de sua missão.

Lembramos que tal inferência se faz por conta da observação e análise de reclamações colhidas no cotidiano da instituição em estudo, e não de instrumento de auditoria técnica ou monitoramento formal. Assim, é importante referir também que não há como, a partir dessa inferência, concluir que o serviço de emergência em questão é eficaz, tampouco que atende, de forma integral as necessidades dos pacientes que nele ingressam. São informações, no entanto relevantes para subsidiar uma possível linha de abordagem que propõe compreender a contradição levantada anteriormente entre os elementos históricos, específicos e constitutivos

deste novo espaço de produção, onde há certo império da disciplina e forte apelo ao arranjo espacial para estabelecer áreas de procedimentos semelhantes (Foucault, 1979) e o cotidiano encontrado no dia-a-dia da instituição em que se realizou o presente estudo.

Essa reflexão levaria ao entendimento de que as necessidades que estão vinculadas à missão, ou seja, ao objetivo definido para as emergências, e aqui em nosso caso, para o HPS, guardam coerência com os cuidados prestados. Outra ordem de necessidades estaria relacionada a um grupo de demandas que tem mais coerência com atributos que devem estar presentes em outras unidades de atenção à saúde que não são das emergências, inclusive aquelas que emergem das necessidades sociais, explicitadas pelos indivíduos que reconhecem as mesmas como necessárias, porém seu deslocamento no sistema é a explicação da carência de sua oferta.

Independente da possibilidade de que esse tema possa encontrar justificativas defensáveis sob o ponto de vista da lógica assistencial e da vocação de uma emergência, trata-se de uma situação indesejável, já que pode permitir que a negligência ou a desassistência possa ser enquadrada como algo possível de ser naturalizado em função da realidade desses aspectos da emergência, em especial a ambigüidade da mesma. Segundo Mossé, (1996) a existência de numerosas recorrências medicamente injustificadas aos serviços de urgência hospitalar pode ser assumida não mais como desvios ou erros de condução, mas indicadores da complexidade das necessidades. Estamos tratando, portanto de um fenômeno, e não mais de uma suposição, há considerações sobre determinadas ocorrências que possibilitam a ampliação dessa discussão.

Por óbvio a inadequação da permanência na emergência daqueles pacientes que não mais necessitam desse tipo de cuidado, ou que de fato dele não necessitavam desde o início, é percebida por todos, trabalhadores e pacientes. Segundo Deslandes (2000) já no século XVIII a “mistura” de diferentes demandas médicas em um mesmo espaço de cuidado era reconhecida como prejudicial à saúde dos pacientes.

Nessa época, a Comissão convocada por Luis XVI para examinar as condições dos hospitais franceses ficou chocada diante de tamanha desordem, sugerindo reformas urgentes no espaço hospitalar. (Deslandes, 2000 p. 131)

Os relatos feitos à época davam conta de uma situação preocupante. Os pacientes não eram divididos nas alas de acordo com as patologias que apresentavam, não existia um critério para essa divisão. Os convalescentes ficavam misturados nas mesmas alas com os doentes, os moribundos e até mesmo os mortos. Não era incomum perceber, somente depois de várias horas, que um paciente havia morrido ou saído de seu local, ala ou leito.

Guardados os limites de capacidade de manejo seguro dos pacientes, hoje muito diferente dos da época, histórias semelhantes podem ser obtidas de usuários de serviços de saúde. Em especial na emergência, onde existe a dificuldade de rapidamente melhor acomodar os pacientes, encontramos relatos comuns aos que vivenciaram a situação ambígua de ficar na emergência, quando deveriam estar numa enfermaria. A reclamação de que não conseguem dormir, pelo contínuo ingresso de outros pacientes que continuavam a chegar é sempre presente nos depoimentos. Além disso afirmam que os gritos e a mistura de cheiros é por demais ruim “incomodando até a alma” (Florentino, 2006)

A condição de estadia na emergência do HPS é retratada por pacientes que vivenciam diversas situações de convivência com essa ambiência. Em muitos casos são situações que apresentam semelhanças com as experiências relatadas por autores como Foucault (1979) e Antunes (1991), onde os relatos convergem para a visão de corpos ensangüentados que “tiravam o repouso e o apetite”.

Lá [na emergência] se vê tanta coisa feia que dá vontade de sair correndo. Eu sou até forte para essas coisas, não sou de frescura, mas ali a coisa é ruim mesmo. Tem coisa que não dá para esquecer.
(PAC-INT-15)

Cada vez que a gente ouvia o barulho da porta de correr abrindo dava medo. Às vezes não era nada, só alguém trazendo de volta um paciente que foi fazer exame, mas era sempre um susto. Depois falei com outro paciente e ele disse que nem olhava. Quando ele ouvia o barulho de maca chegando fechava os olhos e ficava quieto.
(PAC-INT-11)

Eu estava querendo ir embora, mas não podia. Achava que não ia conseguir dormir mais uma noite por causa dos gritos e gemidos. No fim não sei o que houve, mas me mandaram para outra enfermaria e acabei dormindo e não vi mais nada. (PAC-INT-12.2)

Não obstante existirem nuances que possam passar despercebidas pelos usuários das emergências, há uma parcela importante das ocorrências, que se dão por conta da ambigüidade das mesmas, que são percebidas, observadas e absorvidas pelos usuários. São impressões que, uma vez absorvidas passam a fazer parte dos elementos que constroem as suas representações. É possível afirmar, baseado nas entrevistas realizadas e nas observações empreendidas durante o trabalho de pesquisa, que os usuários identificam que há uma formulação adotada pela instituição em relação a maneira de tratar o problema da “mistura” de pacientes com necessidades diferentes que ali ocorre. Essa identificação por parte do usuário se faz mesclada por um ingrediente que vincula a medida do quanto esse se percebe deslocado no sistema, ou seja, está presente nas impressões colhidas a questão da equidade.

Ele me disse que eu estava bem, mas tinha que ficar ali para observação. Eu não sabia quanto tempo isso iria demorar, mas era esperar para ver. O tempo passava e eu queria chamar a Enfermeira para perguntar se ainda iria demorar para eu sair dali, mas tinha tanta gente passando mal que eu fiquei quieto e esperei até que me tiraram daquela sala. (PAC-INT-20)

Mas como é que eu ia reclamar, eu estava “só” com sede. (PAC-IIAMB-12)

Eu vi quando eles passaram depressa com outro paciente na maca. Não sabia como fazer para perguntar. Vendo aquilo eu achei que estava numa boa e resolvi não chamar ninguém. (PAC-INT-TR01)

O que se observa é que a situação da emergência do HPS encontra em outras pesquisas Mossé, (1996), Deslandes (2000) elementos que demonstram que

não estamos tratando de uma ocorrência isolada, mas sim de uma constatação que já faz parte de outros trabalhos. O que se pôde observar ainda, na presente pesquisa, é que existem nessa ambiência alguns comportamentos cujos estudos devem ser aprofundados para sua melhor compreensão. Um deles é que, mesmo diante de toda essa situação de superlotação da emergência, que acaba por transferir para o paciente, conseqüências do desarranjo provocado pela ocorrência da forma não ideal como se dá a ocupação dos ambientes, que vão desde o seu desconforto durante o atendimento, até a demora para a atenção e atendimento de determinadas solicitações, há em geral a manifestação de gratidão para com os trabalhadores que realizam a assistência direta ao paciente.

Não há como negar que a superlotação da emergência e a presença nesta, de pacientes deslocados no sistema, acaba por resultar na insatisfação dos trabalhadores que se mantém sobrecarregados com demandas não previstas no âmbito de sua preparação e vocação. Tal situação acaba por interferir na presteza do atendimento, já que buscam uma linha de priorização das tarefas do cuidado, assentadas em um processo de classificação do risco ou agravo à saúde. Seria lógico esperar que os pacientes e familiares, tendo a percepção de que não recebem a atenção desejada manifestar-se-iam com queixas e críticas direcionadas aos trabalhadores, o que de fato não ocorre. Esse fato parece estabelecer uma contradição no comportamento dos usuários (pacientes, acompanhantes e familiares), já que diante das carências identificadas esperaríamos que os trabalhadores fossem alvo de reclamações, no entanto a reação dos usuários é em geral, de agradecimento aos trabalhadores.

A aparente contradição de agradecerem ao fato de encontrar-se em atendimento, apesar das precariedades apontadas, apóia-se por vezes no entendimento de que, dadas as condições de superlotação dos serviços de saúde, como mostrado pela mídia, o fato de estar em atendimento é uma vitória. Também familiares e acompanhantes comungam desta opinião e relevam satisfação pelo pronto atendimento, mesmo reconhecendo questões que seriam consideradas como inapropriadas para o atendimento que buscam para seus entes próximos.

Tais constatações parecem apropriar-se de uma lógica perversa, onde o sistema tem críticas encobertas pelo processo de submissão do usuário a uma compreensão de que, havendo uma insuficiência para acolhimento a todos os que necessitam, existe a sorte ou a escolha de seu caso ser atendido, como se isso

fosse uma benesse, não devendo o usuário reclamar desta “sorte”. Estaria então construído no imaginário do usuário, de que muitos são os casos de indivíduos que padecem por muito tempo sem obter o ingresso no sistema de saúde para receber o tratamento que necessita, reforçando a percepção de ineficiência e ineficácia do sistema, como referido em capítulo anterior. A abordagem dessa lógica, sob o ponto de vista do sistema não encontra base de realidade suficiente para sua sustentação. Informações sobre o número de pacientes, atendimentos e procedimentos realizados apontam não para a insuficiência, mas sim para uma má gestão das portas de acesso. A má gestão não está unicamente relacionada ao posicionamento do gestor da saúde, mas também na forma como o indivíduo compreende e faz uso do sistema.

Há ainda outra forma de explicar a tolerância em relação aos cuidados complementares que acabam sendo negligenciados nas emergências. Como já referimos anteriormente existe um conjunto de motivos que explicam a superlotação das emergências, assim como também foram abordadas, de passagem e sem maiores análises, processos de subversão, ou tentativas de subversão da lógica do sistema. Um desses processos é o de urgenciamento por parte do paciente, de seu caso, isso é feito pela manipulação de determinadas informações, levando a agilização do atendimento através do mascaramento de sintomas ou mesmo de ocultamento de informações que poderiam postergar o atendimento ou até mesmo motivar a sua exclusão pela triagem para a classificação de risco. Essa possibilidade deve ser considerada, na medida em que pode estar presente contribuindo em uma postura do paciente ou dos seus, que permite uma maior tolerância e permissividade para o negligenciamento de demandas objetivamente presentes na emergência, porém consideradas de “menor importância” pelos próprios pacientes.

Entendemos que a necessidade ou não de um pronto atendimento daquelas demandas classificadas anteriormente como de “menor potencial de risco” ou “de menor importância” sob o ponto de vista da missão das emergências, é questionável. Trata-se de uma discussão que envolve aspectos técnicos não pesquisados nesse trabalho. Ou seja, o fato de determinada refeição, que é considerada uma demanda de menor importância, ser oferecida em tempo certo poderia ou não representar um risco à saúde do paciente. Por certo há casos em que essa questão se mostrará importante, no entanto estamos tratando aqui de pacientes que estão sob cuidados médicos e que têm essas questões

administradas. O que se pode afirmar, baseado na pesquisa e observações, é que existem demandas não satisfeitas, especialmente aquelas que estão relacionadas aos pacientes deslocados no sistema, que em tese são classificadas como casos de menor gravidade ou risco. Observou-se ainda que essas demandas não satisfeitas geram reclamações que se particularizam por não serem direcionadas aos trabalhadores. Essa particularidade suscitou que se explorasse com mais vagar essa ocorrência, no sentido de identificar fatores que pudessem explicá-la.

Por certo existem dentre os fatores explicativos aqueles que estão relacionadas a forma de enfrentamento que os indivíduos buscam como opção. O direcionamento de determinada reclamação a uma entidade inespecífica como a “Instituição” ou ao “Sistema” é facilitada pelo apontamento genérico, enquanto que o direcionamento para determinada equipe ou determinado trabalhador apresenta um nível de enfrentamento mais direto. Mais do que isso trata-se de um apontamento ou reclamação que dá visibilidade, permitindo que em determinadas situações o reclamante e reclamado enfrentem-se sem mediação. Esse apontamento mais direto é normalmente evitado pelo indivíduo, em especial quando este depende de cuidados do reclamado, até mesmo pela possibilidade de revide, que possa estar presente no imaginário do paciente ou usuário. A abordagem que se pretende fazer aqui, no entanto deve estar relacionada ao cotidiano da instituição HPS, levando em consideração as interações deste foco. Em especial são consideradas as ações relacionadas às subversões presentes no processo de atendimento da emergência, quando há a ocorrência de iniciativas que tentam burlar regras.

3.2-Os pacientes

O que se pôde perceber é que existe de fato um processo de subversão por parte de determinados pacientes, que na busca de uma justificativa para a utilização da porta de emergência para obter acesso ao sistema, utilizam-se de informações colhidas por ele ou recebidas por outros que tiveram experiências de atendimento na emergência. São informações da qual lançam mão para obter vantagem no seu processo de atendimento. Não cabe aqui analisar a assertividade do indivíduo que assim age quando se utiliza desses artifícios, mas sim buscar compreender se essa forma de subversão interfere na maneira de dirigir exigências ao sistema.

É possível depreender aqui que o espaço físico de atuação da emergência do HPS apresenta um processo de subversão, ou seja, admite alguma contradição entre a sua proposta de atuação e a realidade percebida. É importante verificar que a abordagem realizada levou em conta elementos que se encontram ancorados no saber científico, já que consideram os limites de uma proposta disciplinadora da conduta dos profissionais e da estruturação do espaço físico para atender as necessidades oriundas dessa demanda cientificamente elaborada. Há, no entanto outra abordagem importante a ser considerada. Trata-se de uma abordagem que considera situações especiais, que participam da construção das representações sobre esse espaço de interação e está acomodada a certa distância da compreensão do saber científico. São elementos que trazidos a análise referem a forma como esses espaços podem ser entendidos por seus habitantes, especialmente os pacientes que se encontram em uma estadia na instituição.

Estamos tratando, portanto de um conjunto de informações que acabam por servir de base para a elaboração de artifícios que são utilizados para a obtenção de determinados resultados desejados pelo indivíduo. Sua particularidade é que são válidos para uma determinada situação, ou seja, têm valor e significado num ambiente específico. São elementos que, trazidos ao foco, podem ser considerados o que já chamamos de estratégias para a obtenção do objeto desejado, ou ainda, argumentações que articulam as experiências que podem ser úteis na interação que está em ocorrência.

A argumentação é construída com o apoio em dois pontos distintos, o primeiro destes pontos 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 em que a argumentação se apóia, 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 em que se está inserido (Déry, 2007).

Esses artifícios, que em algum momento são utilizados pelos pacientes, podem ser considerados como aprendizados que são adquiridos durante o processo

de busca da atenção, do acesso ao sistema de saúde ou durante a experiência do próprio de atendimento. Trata-se de um processo que têm na sua dinâmica a presença de ensinamentos que são tomados na própria hospitalização ou são apreendidos através de troca de informações com outros pacientes. Não é incomum que conversas travadas entre pacientes tenham como pauta o atendimento que estão recebendo da instituição ou mesmo os atendimentos que o paciente recebeu em outros episódios em que necessitou de atenção à saúde. Independente de tratarem-se de experiências próprias ou aquelas obtidas de forma indireta através do relato de outros indivíduos, são situações em que as interações podem levar ao aprendizado de artifícios que são utilizados para burlar o sistema e para obtenção de garantia do acesso, uma estadia mais confortável ou sob a proteção para determinados eventos indesejados no transcorrer da experiência.

Desta vez foi melhor (...) mas uma vez eu tive que fazer um escândalo para ser atendida, gritei feito louca (...) foi o jeito que achei para que alguém me socorresse. Eu estava com uma dor que não agüentava mais. Eu já não agüentava mais mesmo, por isso comecei a gritar. (PAC-AMB-37)

Eu já tinha ido ao posto de saúde, lá me disseram que eu não tinha nada no braço, era apenas para eu tomar um remédio se tivesse muita dor, não fizeram nem uma chapa do meu braço e botaram uma faixa enrolada como tipóia. Eu saí de lá e vim para cá, no caminho eu tirei a faixa e não disse que já tinha passado lá antes. (PAC-AMB-18)

Disseram-me que se é de choque elétrico eles vêm rápido para atender, mas se tu estás desmaiado como vão saber o que tu tens? Mas e depois? Como é que o cara vai explicar que não era nada disso? Eu não faço dessas, mas garanto que tem gente lá dentro que inventa coisas para entrar. (USA-AS-INF-09).

Alguns pacientes afirmam ter se machucado recentemente, dizem sempre que é no dia em que estão procurando atendimento, no

entanto quando verificamos o ferimento, muitas vezes fica evidente que aquela situação ocorreu há muitos dias. Bom, eles dizem que foi no dia porque ouvem dizer que, se já passou tempo, o Pronto Socorro não atende mais, aquelas coisas do tipo 'me contaram', 'ouvi dizem' ou 'alguém me falou', então eles, quer dizer, alguns pacientes é claro, não todos, informam desse jeito. (ENF-CLI-99)

São informações que dão conta de uma prática que está no cotidiano da emergência do HPS e puderam ser capturadas tanto em salas de espera que antecedem e organizam o atendimento como nos próprios locais de atendimento. Não são casos isolados que ocorrem exclusivamente por conta de uma situação de desespero, mas são fragmentos de uma articulação que busca aproximar o usuário do seu objetivo em relação ao que espera do sistema de atenção. Por vezes parece que os pacientes associam-se com o objetivo de obter informações para melhor lidar com o sistema.

Não obstante essas ações das quais os pacientes lançam mão, e que subvertem a lógica do sistema, mereçam análise sob outros aspectos, o que se pretende referir aqui é que na medida em que há, por parte do paciente, a consciência de que seu ingresso na emergência se deu através de um procedimento que burlou regras, seu posicionamento passará a ter que contar com essa "culpa" uma vez que (ao seu lado) (de um lado) passa a ser concreta e objetiva a imagem da emergência, dando uma maior concretude ao seu ato de subversão. Essa realidade fará com que o paciente opte por tornar-se o mais invisível possível para a instituição, deixando de manifestar-se para solicitar atendimento de necessidades que possam ser postergadas, ao mesmo tempo em que se buscará estabelecer um pacto com os seus cuidadores. Esse comportamento baseado na constatação de que há o cometimento de uma subversão, aliado a percepção de que há outros indivíduos com maiores necessidades de cuidado do que o seu, pode explicar em alguma medida, a ausência de representação estatística de reclamações diretamente relacionadas ao atendimento dos trabalhadores que assistem o paciente. (Referência ouvidoria HPS).

Pode-se avaliar que os pacientes que assim agem desenvolvem durante a sua estadia na instituição, uma estratégia de não provocar os trabalhadores, que representam naquele momento o saber científico que poderia desmascarar sua

estratégia. Trata-se de uma aliança de muita fragilidade, pois tão logo seja estabelecido o seu diagnóstico, haverá um reposicionamento do indivíduo de acordo com o seu real risco. Porém nem tudo foi em vão, a garantia do rápido atendimento configura-se num ganho para o paciente.

Não obstante existam informações sobre a dinâmica do atendimento das emergências que estão presentes em lugares diversos, como orientações em programas informativos que apontam sintomas dos males que devem receber atenção imediata, notícias e reportagens que traçam linhas de causalidade de agravamento de situações de saúde, é muito presente a busca de atenção à saúde baseada em informações do senso comum. Há casos em que as divergências sobre as possíveis causas de determinada patologia sejam confrontadas levando em conta o saber popular e o conhecimento científico.

Eu tinha certeza que ele estava mal. Desde que voltou da aula ontem de tarde ele estava com um brilho diferente nos olhos. Eu o trouxe correndo pra cá e não quiseram atender na hora. Achei uma judiação (...) sempre que a gente vem aqui é porque tem alguma coisa errada, não é por nada, mas parece que eles não entendem isso. (USA-SAL-11.2)

Sempre me ensinaram a colocar um algodão com azeite no ouvido para passar a dor, agora me dizem que isso está errado, mas lá em casa eu, minha irmã e meu irmão sempre fomos tratados assim e dava resultado, agora não sei mais. (USA-SAL-18)

Se dava certo com os índios lá em Ibirubá, tinha que dar certo aqui, mas o problema é que não temos as mesmas benzedadeiras e as plantas para tratar das doenças. Agora já estão aceitando que tem remédios que podem ser feitos com as plantas. Mas se disser que um chá vai resolver, ninguém acredita. (USA-SAL-07)

São depoimentos que confrontam de um lado o saber estabelecido pelo ingresso da clínica no processo de cuidado à saúde, e do qual faz uso inarredável o HPS, e de outro lado o saber popular que acompanha a evolução cultural das

comunidades. Nestes casos ainda que possam dar o indicativo de uma tentativa de subversão, de fato trata-se de um âmbito diferente. Há uma certeza de que existe a necessidade de atendimento imediato, tema que já foi discutido no capítulo anterior. É uma certeza apoiada em um saber popular, ou do senso comum, e ainda que possa acabar por transgredir a lógica assistencial tem motivação diversa.

Ainda sobre esse olhar, que busca compreender as formas como os indivíduos que buscam atendimento nas emergências apropriam-se das informações que lhes servem de parâmetro para agir frente a novas situações semelhantes é possível obter sinais de aprendizado também em outros ambientes e não apenas nas salas de atendimento. São relatos que dão conta da forma como é possível obter informações sobre esse tema, para tanto um local se mostrou promissor na escuta destes relatos, tratam-se de locais onde há o encontro de familiares e pacientes que aguardam resultados de exames e procedimentos. Na instituição estudada foi possível acompanhar relatos sobre a maneira como transcorreu o processo do atendimento e do cuidado em alguns dos casos, são informações que apresentam a seqüência no processo de cuidado e sua relação com a forma de apresentar o que estava em ocorrência. Um dos ambientes em que há um intenso trânsito de informações a respeito de experiências vivenciadas pelos usuários, são os locais de espera.

Lembremos que um hospital de emergência não deveria compor espaços para espera de pacientes, pois na sua lógica de funcionamento os pacientes não deveriam esperar, no entanto, o seu processo cotidiano, em que se vê submetido a todas as questões de demanda das quais estamos tratando, faz com que esses espaços constituam-se de forma concreta. São espaços onde os pacientes em atendimento, aguardam o resultado de exames ou a avaliação de algum especialista. São áreas com algum grau de restrição para acompanhantes, onde no atendimento estão presentes apenas os profissionais que prestam a assistência. Nesse caso as interações se dão de forma muito limitada, já que há um clima de ansiedade por parte do paciente e há uma permanente atenção dos funcionários, o que inibe a interação com outros pacientes. Contribui para essa baixa interação também a falta de conhecimento sobre *quem é quem* e porque está ali, o que constrange a iniciativa de uma comunicação mais aberta entre os pacientes.

A própria necessidade de dar seqüência ao tratamento quando o mesmo depende de “agendamento”, ou seja, de espaço próprio, profissionais, equipamentos

e leito para recuperação após o procedimento, se torna um elemento limitador do fluxo de atendimento. Os relatos vindos de pacientes que tiveram uma “longa espera” para a realização de determinado procedimento são em geral confusos. De um lado porque há escancarada falta de informação sobre o que o paciente está esperando. As informações são incompletas, mesmo porque há um limite de compreensão para o paciente, já que não domina a nomenclatura médica. De outro lado contribui para isso a demarcação dos limites territoriais de pertencimento ao grupo técnico (Fischer, 1996), que se faz através de uma prática explicativa por parte dos profissionais que no geral denota diminuto esforço para a compreensão do que está em ocorrência.

Também esse aspecto pode receber o ingrediente já referido anteriormente, e que aponta para o fato de que a espera para determinado procedimento, quando ocorre é devido a necessidade de “continuidade do atendimento” o que não seria a vocação de uma emergência. Desta forma esses episódios poderiam ser acomodados como de solução de outra parte do sistema, portanto estariam “deslocados”, restando aos mesmos a justificativa de que deveriam ser realizados “fora” da emergência.

Tal situação pode chegar a limites insólitos, como com um paciente que estava há três meses num leito de emergência aguardando uma segunda cirurgia de plástica reparadora. Ainda que do ponto de vista médico fossem necessários tantos meses para a realização de uma nova cirurgia, a emergência não é de maneira alguma o local adequado para tal espera. Segundo esse homem, as enfermeiras nem lêem o que está escrito aí [prontuário], elas repetem o mesmo medicamento da vez anterior. Como de fato pudemos observar, ao checar seu extenso prontuário, a mesma medicação se repetia por meses. Alguns dias eram “pulados” sem quaisquer anotações. (Pitta, 2000)

De outro lado existem alguns espaços de espera que têm a característica de proporcionarem interações com pacientes, familiares, acompanhantes que estão aguardando atendimento e visitantes de pacientes que se encontram internados. São áreas onde é aguardado o atendimento inicial, trata-se do espaço destinado a realizar o processo de acolhimento do paciente que chega ao HPS. Neste espaço busca-se realizar uma classificação para a priorização dos atendimentos, onde é

avaliada, através de um “protocolo²³”, o grau de risco dos pacientes, a partir do qual os atendimentos se processam por certa ordem de prioridade, sendo atendidos primeiramente aqueles com maior gravidade, pondo em um tempo de espera maior aqueles com menor risco. São espaços onde o tempo de permanência permite uma maior interação entre os usuários. Ali mesclam-se depoimentos das situações do presente com aquelas vivenciadas no passado. As maneiras como foi possível obter soluções que pareciam impossíveis:

Se não fosse pela ajuda do doutor, que já tinha atendido o irmão dele, ele não tinha sido operado aqui. Queriam que ele fosse transferido para fazer a cirurgia em outro hospital, mas foi ele [o profissional médico] que não deixou. É que eles dizem que esse caso não é de HPS, mas quando tem uma ajudinha, vai. (USA-INT-09).

O que parecia resolvido e complicou:

Ela já estava bem, devia era ter ido para casa, mas acabou piorando por causa de outra coisa que não tinha nada há ver com o acidente, por isso o quanto antes sair daqui melhor. O que eles sabem fazer é dar o atendimento imediato logo após o acidente, mas depois tem mais é que sair daqui, se não for para casa vai para outro hospital melhor. (USA-INT 98).

O que não fazer:

Não adianta brigar com as pessoas [equipe de atendimento], elas estão tentando fazer o seu trabalho, não tem lero-lero, se achar uma “mãezona” tudo bem, tem umas enfermeiras que são um amor, mas

²³ Protocolos de atendimento - classificação de risco é uma metodologia de atendimento na fase inicial de ingresso do paciente e que tem o objetivo, através da avaliação de parâmetros previamente elaborados, de estabelecer uma classificação para a ordenação do atendimento dos pacientes. A ordenação deve ser tal que os pacientes em piores condições de saúde deverão ter prioridade no atendimento.

o que a gente tem que ter é o atendimento. Se ficar reclamando só fica pior. (PAC-INT-17).

O que fazer:

Na hora que o médico vem falar com os familiares tem que perguntar, se não perguntar eles dizem só que fulano [o paciente] está em estado regular, ou que necessita de cuidados e deu. Tu fica sem saber o que ta acontecendo. Eu levava anotadinho e perguntava tudo, azar se achavam que eu era chata, é para saber do meu marido. (USA-INT-14.2)

Em grande parte dos depoimentos, que dão conta de elementos da experiência com a instituição estudada bem como de outras experiências vivenciadas em instituições de mesma vocação, prevalece por parte dos usuários – pacientes ou acompanhantes – a percepção de estarem lidando com uma organização impessoal, burocrática, onde está presente a questão de uma organização com limites de acesso e de convivência do cotidiano com características burocráticas como as referidas por Weber (1981). As barreiras percebidas pelos usuários se enquadram, em grande medida, nessa faixa de compreensão, onde não existe uma responsabilidade direta do indivíduo na decisão do tipo de atendimento que será oferecido, ou no ritmo em que ele se dará, isso está regrado, e é determinado pela impessoalidade da instituição. Há por parte dos usuários, via de regra, a promoção de certa isenção dos trabalhadores no processo, a tendência é assimilar que a responsabilidade pelas falhas e faltas está no sistema e não nos trabalhadores que fazem o que podem para aliviar o sofrimento dos pacientes.

Também da mesma forma o usuário responde de forma burocrática, o que pode ser identificado quando comete uma subversão. Trata-se de um processo onde o paciente, devolve para essa instituição o mecanismo da impessoalidade que recebe, uma vez que se utiliza de artifícios que obrigam a instituição ao atendimento através do mascaramento das situações que passam a exigir do sistema uma resposta mais ágil, por conta do evento que se faz apresentar no mascaramento de sua real situação. Ocorre que esses artifícios se fazem baseados em informações;

que aqui foram consideradas como ensinamentos. São aprendizados recebidos ao longo da vida do indivíduo, por óbvio em diversos espaços, como o familiar, social, do trabalho, etc., mas se faz também na interação que ocorre no próprio local de atendimento. São ensinamentos ou informações, que acessadas pelo usuário e processadas, levando em conta os interesses momentâneos, são devolvidas a instituição envoltas na mesma impessoalidade, ou seja, utiliza-se a regra da organização burocrática que está diante do usuário para obtenção de algo para além do que seria possível pela regra a que deve se submeter.

Observa-se ainda que essa impessoalidade ganha também importância no processo de interação que se estabelece entre o paciente e o profissional. É necessário que essa interação ganhe a proteção da impessoalidade, buscando garantir que não haja piora na frágil relação ou vínculo que se estabelece no atendimento de uma emergência. Lembremos que o HPS, assim como grande parte das instituições que atendem emergências, admite interações que, em grande medida, não estabelece um vínculo duradouro entre os pacientes e os profissionais. Seja porque essas instituições trabalham com uma escala verticalizada de trabalho, onde os plantões são realizados de forma irregularmente distribuídos no cotidiano do hospital, seja pela própria característica do tipo de atendimento que presta. O mais comum é que, uma vez realizado o atendimento de emergência, o paciente seja transferido para outra unidade ou mesmo para outro hospital, que acompanhará a sua recuperação por um período mais longo do que foi a sua estada no HPS. Ainda assim, como já visto anteriormente, mesmo que o vínculo seja frágil por conta dessas questões específicas, percebe-se que há por parte do paciente, um cuidado para não levar situações de interação com os profissionais que o atendem, a um confronto. Há no imaginário do paciente, a idéia de que um confronto com os trabalhadores poderá ser-lhe prejudicial, já que depende desses para uma estada mais “confortável” ou “bem assistida”. Assim a resistência em criticar os indivíduos que lhe servem, por conta de sua doença, ou realizar atos de subversão que perturbem essa relação são iniciativas evitadas. Porém as subversões que são realizadas para seu melhor ou mais rápido atendimento, que são dirigidas ao sistema ou a instituição, parecem não ter o mesmo risco de criar perturbações nessa relação, passando como uma atuação com o mesmo grau de impessoalidade que a instituição oferece ao paciente. Fica assim preservada a possibilidade de obter

vantagem por conta de uma subversão que é dirigida a organização que manterá em resguardo na frágil relação com os trabalhadores desta organização.

A questão da devolução do tratamento impessoal dos indivíduos em relação as instituições foi abordado por Max Weber (1981), e representa uma maneira de proteger-se, transferindo de forma ascendente a responsabilidade pela solução de problemas e situações de seu cotidiano. Essa forma de agir permite ao paciente, ao mesmo tempo em que potencializa a obtenção de seu objetivo, subverter a lógica do sistema em proveito próprio. Trata-se de um processo que devolve à instituição a responsabilidade de dar conta do caráter organizativo do sistema, esta é que deve classificar e definir o que deve ou não ser atendido em cada espaço de atenção à saúde, e não o indivíduo. Essa atuação do indivíduo comporta a realização dessa subversão sem permitir que seja, na mesma intensidade, potencializada a objeção dos trabalhadores. Há que se observar, no entanto, que tais artifícios são percebidos pelos trabalhadores em diversas situações, resultando em críticas que se explicitam no processo de atendimento. De maneira geral os trabalhadores percebem que existe um nível de manobra dos pacientes, mas essa percepção não se faz referida de forma individualizada em relação ao paciente, mas acaba por ser reconhecida como uma característica da instituição.

Então nós aqui acabamos matando formigas com tiro de canhão, temos toda essa enorme estrutura para atender demandas de um posto de saúde. (MED-AMB-INT-18-ADM)

Não é admissível deixar de atender um paciente que está no “limbo”. Na dúvida ele será atendido e pronto. Vamos errar sempre pelo excesso, nunca pela falta. (ENF-AMB-INT-12)

Nossa vocação é atender casos de grande complexidade, no entanto a forma como o sistema funciona permite, e às vezes até induz, que tenhamos uma grande leva de pacientes entrando no HPS e sendo atendidos com recursos que estão muito além do que seria indicado. São situações que acabam desvirtuando a proposta assistencial de um pronto atendimento. (MED-INT-09)

Voltando a questão já enunciada que diz respeito a existência de uma associação dos pacientes para a troca de informações, da qual tratamos, foi observada também uma dinâmica de trocas de outra ordem. Trata-se de uma prática que se estabelece com a troca de objetos, em especial com os pacientes espacialmente mais próximos.

Trata-se de uma prática já enunciada como laços de solidariedade, como:

(...) em certas situações, (...), o tempo de espera de uma transferência para determinada enfermaria ou para a realização de uma cirurgia era especialmente longo. Essa longa espera, aliada aos vínculos que se constroem na partilha de situações de dor e infortúnio, favorece laços de amizade e solidariedade. Muitos dividem alimentos e revistas, trazidos pelos familiares. Nessas horas lentas trocam “desabafos”. (Deslandes, 2000, p.107)

É comum que os pacientes recém chegados de outras unidades, ou que estão iniciando seu atendimento sejam referidos como o sendo o que “recém entrou”. Trata-se de uma forma de esclarecer “de quem se está falando”, é um termo utilizado por pacientes e também pelos trabalhadores das unidades. Essa forma de tratamento acaba por estabelecer uma espécie de limite territorial, demarcando o dentro e o fora da unidade de atendimento. Segundo Fischer, (1996) os territórios são elementos que podem ser referidos a um conjunto de coordenadas. Pode-se perceber nesta forma de tratar os pacientes que ingressam em uma área, o conceito de território como um lugar ocupado por um indivíduo ou um grupo de indivíduos. Essa forma de compreensão auxilia a demarcação geográfica e impõe limites que passam a ser reconhecidos. Como será visto mais adiante essa forma poderá ser desde um prédio até uma porção menor. No caso em estudo foi possível perceber o estabelecimento de dois limites: aquele que está relacionado à unidade de internação onde o paciente se encontra e um outro limite que está circunscrito ao seu leito de internação.

Haja vista estarmos tratando de uma instituição que atende pacientes vítimas de trauma é comum que os pacientes possam migrar de determinados territórios para outros, na medida em que há a alteração da gravidade de sua patologia, assim como a necessidade de dar continuidade a determinado cuidado que melhor se adaptará de acordo com a especialidade da unidade de passagem para tratamento. Importante referir ainda que as unidades de atendimento possuem uma

conformação característica que difere de outras áreas de atendimento que não são de emergência. Trata-se de uma conformação onde há visualização dos pacientes pelos demais. Diferente da forma como ocorre nos hospitais gerais, onde os pacientes estão acomodados em quartos individuais ou com mais um ou dois pacientes nos quartos, na emergência, os pacientes estão alocados em uma ampla sala de atendimento onde há pouco bloqueio visual. Tal conformação admite que os pacientes vejam-se simultaneamente e possam realizar certa comunicação entre si. Ao centro dessa ampla área está o posto de enfermagem e prescrição, que mantém permanente visualização dos pacientes em atendimento. Há, portanto um processo interativo entre os pacientes que se dá de forma mais intensa do que habitualmente ocorre nos hospitais gerais. Essa possibilidade de interação é que faz com que os pacientes possam perceber e referir impressões sobre quem está “entrando”.

Foi então que ela chegou. Estava chorando muito e a enfermeira dizia para ela ficar calma, que estava tudo bem coisa e tal. Mas ela continuava chorando sem parar, por isso o Everton 33 queria saber de onde ela estava vindo. (PAC-INT-12)

Do jeito que entrou, tá ali, só acorda um bocadinho e volta a dormir. Acham que é drogas. Senão já tinha acordado e pedido alguma coisa para comer. Quando eu entrei aqui recém todo mundo tinha comido e eu não tinha comido nada. Tive que pedir várias vezes até que me deram alguma coisa para comer. (PAC-INT-78)

É comum que os “recém chegados” despertem atenção dos demais pacientes internados. Trata-se de uma curiosidade comum em todas as enfermarias, e há algumas explicações para isso.

O que tem para fazer aqui além de saber o que aconteceu com os outros? Pelo menos ajuda a passar o tempo. Cada um aqui tem uma história para contar, tem até os que inventam enfeites para a história ficar mais ‘bonita’. Daí depois é esperar para a hora de ir embora chegar logo. (PAC-INT-07)

Ao que parece, a “entrada” de um novo paciente, pode significar a existência de uma nova história para ouvir. É óbvio, no entanto que o significado das entradas e saídas de pacientes da unidade não tem apenas essa forma singela de representação para a ambiência, as movimentações de pacientes na unidade são demarcadoras de eventos que devem ser melhor explorados, o que será feito mais adiante quando tratarmos com mais vagar desse tema. Por ora é suficiente dizer que essas movimentações, em especial no que se refere aos eventos demarcados de tempo e de significados do estado de saúde, permitem o exercício comparativo entre os pacientes que ali estão em cuidado médico.

Além da curiosidade que um novo paciente ao entrar na unidade pode despertar, há ainda outro elemento que pode ser percebido. Os pacientes que já estão ali internados há mais tempo, e esse tempo pode ser apenas algumas horas, ocupam-se de perceber se há alguma anomalia ou necessidade aparente do “recém chegado” que dentre outras características a de ser um “novato”. Há um clima de atenção que parece buscar identificar se está tudo bem, se está respirando, acordado ou dormindo, ou se está sangrando. Muitas vezes a enfermagem é chamada por um paciente mais “antigo” porque acha que o paciente que recém chegou está se mexendo muito e vai “arrancar o soro”.

Esse cuidado também se manifesta em outros âmbitos, como no oferecimento de auxílio para chamar por ajuda da enfermagem ou pelo oferecimento de objetos e alimentos. Não se trata de uma iniciativa que ocorre apenas para os pacientes recém chegados, mas se manifesta também ao longo do processo de convivência.

A observação de algumas dessas interações, leva à percepção da ocorrência de um processo onde há a devolução de objetos que são oferecidos e de considerações que são trocadas entre os pacientes. Há casos em que a permanência na internação favorece esse tipo de troca, já que muitas vezes o paciente é hospitalizado sem qualquer preparação para tanto. É muito comum que os pacientes sejam atendidos e internados a partir de um evento que não permite o provisionamento de qualquer tipo. Sendo assim, é compreensível que exista a falta momentânea de materiais, por exemplo, de higiene, o que poderá ser oferecido por outro paciente na mesma unidade que tenha alguma proximidade física com um paciente recém chegado, e que percebe a necessidade sendo demandada. Trata-se de uma ocorrência comum, e que estabelece certo fluxo de “objetos”. Entendemos, no entanto, que para além deste fluxo de objetos, há nesta relação em muitos casos,

o aparecimento de outros elementos que valorizam de forma diferente os oferecimentos e trocas que ocorrem.

Podemos perceber, ao longo do período de observação especialmente nas áreas de internação, é que os objetos trocados têm valores e significados diferentes, e que mantêm uma íntima relação com a sua permissão de circulação e consumo. Um exemplo desses diferentes valores, que os objetos podem receber, é verificado no caso em que são oferecidos e trocados alimentos.

Lembremos que, de forma usual o hospital não permite o ingresso de alimentos para pacientes. Normalmente é permitido o ingresso de diversos objetos, dentre os permitidos estão as roupas, utensílios especiais e necessários para o cotidiano do paciente, bem como materiais de higiene. No entanto, por conta da necessidade de controle de uma dieta específica, que compreende parte do plano terapêutico, não é permitido que os familiares ou acompanhantes tragam alimentos para os seus amigos ou familiares internados. Também não é permitido que os visitantes ingressem para a visita com alimentos e bebidas, o que muitas vezes é coibido através da observação e revista de sacolas e embrulhos trazidos pelos visitantes. Por conta dessa diferenciação, é possível identificar que os materiais de higiene pessoal não são normalmente oferecidos como “moeda de troca” para a retribuição de uma oferta de alimentos, ou seja, por serem objetos que têm valores agregados diferentes essa não é considerada uma troca justa.

Outro elemento que é identificado no processo de trocas é que, em grande medida, pela sua proibição de circular livremente, os alimentos que são oferecidos de um paciente para outro, se constituem como um elemento que possivelmente deverá ser trocado. Ainda que as trocas não sejam realizadas de forma explícita, ou seja, não há no momento do oferecimento a solicitação de algo em troca, trata-se de algo que é retribuído. Para além da consideração feita, de que se trata de um objeto que carrega além do seu valor intrínseco um valor simbólico, pelo que representa enquanto risco para a sua obtenção, entendemos que essa interação compreende uma manifestação de reciprocidade, envolvendo a necessidade de retribuição do objeto ofertado.

Essa bolacha quem me deu foi o Anderson, minha sogra vai trazer um refri para ele (PAC-INT-09 PAC).

Enquanto ele estava aqui [internado] com nós, sempre sobrava um “docinho” para ele, então quando ele foi embora [recebeu alta] deixou tudo o que ele tinha, que era de comer com nós, tinha até rapadurinha. Ele repartiu porque lá fora ele podia comprar e comer sem problemas. (PAC-INT-08 PAC).

Sempre que passo alguma coisa para alguém, vem alguma coisa de volta. [Todos] sabem que essa é uma forma de manter-se bem por aqui. (PAC-INT-09)

Sob o ponto de vista das regras da instituição, a existência de trocas entre os pacientes, em especial de alimentos, não há como negar, trata-se de uma subversão, já que infringe o disciplinamento institucional, sendo assim, essas trocas têm um valor adicional, já que além do produto ofertado está presente um risco, que é o de expor essa subversão e assim sujeitar-se as conseqüências deste ato.

Ele tomou um *xingão* da Enfermeira que não vai esquecer nunca mais. Ela disse que se ele queria comer essas porcarias que comesse, mas que não deveria dar para os outros. Quem sabe o que cada paciente pode comer é o Hospital. (PAC-INT-03)

Conversas com a enfermagem dão conta que essa prática pode ser prejudicial em alguns casos. Um dos relatos foi de uma jovem paciente que ao tentar suicídio ingeriu uma alta dose de determinado medicamento, e sua eliminação do organismo era necessária. Essa eliminação deve ser realizada com a ingestão de uma solução com carvão ativado, que tem sabor desagradável. No acompanhamento deste caso a enfermagem verificou que a paciente estava alimentando-se com sanduíche e suco, o que retira a eficácia do carvão, pondo em risco o plano terapêutico adotado. Por óbvio, a alimentação havia sido obtida com a rede de trocas existente entre os pacientes.

O que se pôde observar, além dos relatos acima transcritos, que foram obtidos de pacientes em atendimento, é que essa troca é operada levando-se em conta o valor do que é trocado. Ressalte-se que essa valorização, ou seja, a avaliação realizada para a efetivação da troca passa por um critério especial deste

ambiente. Haja vista a alimentação ter “proibição” de circulação trata-se de um item que quando retribuído será feito de forma a manter o seu elevado valor por conta da subversão que representa a sua circulação. Assim, os alimentos quando trocados não o serão por outros artigos que não alimentos no momento da retribuição, a reciprocidade se dará quando o que for retribuído tiver o mesmo valor, numa escala específica, válida para aquele tipo de troca. Esse fluxo de alimentos que ocorre nas unidades de atendimento, ainda que, dependendo do local, possa ocorrer com intensidade diferente, em grande medida pela severidade dos elementos de restrição particulares de cada unidade, é um fenômeno presente na instituição estudada. Mesmo se tratando de um gesto de solidariedade entre os pacientes, não pode ser isentado da subversão que ele representa, já que há regras que vinculam essa prática a algo proibido, assim acaba figurando como tal.

Aprofundando essa dinâmica, que pode ser entendida como a “Teoria da Dádiva” (Mauss, 1974), já que apresenta em si os requisitos de dar e receber dentro de um contexto que faz acontecer um mecanismo de obtenção de uma dívida através do oferecimento de uma dádiva e que encerra como objetivo a retribuição, foi possível observar o tratamento que essa e outras subversões têm por parte dos trabalhadores das unidades de atendimento. Ao contrário do que se poderia esperar, os trabalhadores interferem de maneira muito branda para a maior parte das subversões que foram acompanhadas durante o período de pesquisa. Já foi tratado aqui que os pacientes adotam uma postura que busca evitar o confronto com os trabalhadores que lhe atendem, apontando as inconformidades percebidas para a responsabilidade institucional, afastando a indicação de grupos específicos ou indivíduos como responsáveis por essas inconformidades. Trata-se de um comportamento, de certa forma, também adotado pelos trabalhadores. Ainda que a circulação de alimentos possa ser considerada uma subversão “leve”, assim como a utilização de serviços e espaços de emergência para a atenção à saúde de casos com menor gravidade, são transgressões que estão em ocorrência de forma sistemática.

Através das observações mantidas durante a realização da pesquisa, foi possível captar que em muitas das subversões que são percebidas na instituição, sejam as que infringem a norma ou não, é possível perceber que há um traço sutil e permanente. Os funcionários guardam, com certa reserva, as críticas sobre essas subversões, mais do que isso, não há denúncias formalizadas, pelos trabalhadores,

em relação a essas ocorrências. Ainda que essa postura possa ter no seu íntimo uma posição fraterna ou para com os pacientes, aliada ao entendimento corrente de que uma instituição pública tem antes de tudo um papel social, independente do caso, 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)

Desta forma, 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, 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.

Nesse processo não há obrigatoriedade de que a 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 risco de uma situação de conflito.

É importante compreender que essas atitudes individuais, que podem ser identificadas na rotina dos indivíduos e que a eles possam ser atribuídas, a realidade é que a dádiva se constitui numa atividade coletiva. “São os grupos sociais que realizam trocas, e não os indivíduos.” (Alter, 2007, p. 316)

Há ainda situações em que o cuidado realizado pelo profissional da saúde é entendido pelo paciente como um gesto que está para além da sua obrigação. É bastante comum que os trabalhadores que lidam diariamente com maior proximidade com o paciente, recebam desse uma recompensa, essa recompensa muitas vezes não se apresenta como um produto material mas sim como um gesto de respeito ou até mesmo de carinho. Assim pode-se perceber que além da relação de troca que possa ocorrer em relação aos pacientes, por interações que ocorrem por conta de sua proximidade espacial, tempo disponível e o compartilhamento de situações semelhantes, onde na maioria das vezes há um sofrimento físico, também é possível identificar algumas interações de troca que ocorrem entre pacientes e trabalhadores. As interações são por vezes rodeadas de menções a respeito da importância e do valor do trabalho que realizam, assim como também podem ser desabonadoras, buscando uma referência comparativa com outros profissionais.

Se não fosse a dinda [funcionária] eu não sei como seria minha passagem por aqui, eu dependo dela para quase tudo o que faço, ela realmente cuida de mim (PAC-INT-12)

Quando minha esposa veio me visitar eu apresentei a Laura [Téc. Enfermagem da Unidade] para ela. Disse que era uma grande sorte ter ela cuidando de mim. Eu acho que quando as pessoas fazem um trabalho dedicado devem ser reconhecidas, e foi isso que eu fiz (...) também sou dedicado ao meu trabalho. (PAC-INT-09)

Sempre que aquela enfermeira nos atende, não há do que se queixar. Não são todos iguais, todos fazem o seu trabalho, mas ela é muito mais preocupada em saber se estamos bem, se quero água, se estou com dor. Por isso todos gostam mais dela. (PAC-INT-06)

Ocorre, no entanto que para além da sensação de sentir-se cuidado e reconfortado pela equipe de cuidadores, há uma permanente exposição dos pacientes. Trata-se de uma ocorrência que é percebida de forma continuada e que é referida pelos pacientes como algo que deveria ser “resolvido”. A falta de privacidade é algo característico nos espaços da emergência do HPS, cuja solução arquitetônica prioriza a visualização completa do que está ocorrendo.

Tudo bem que aqui é uma emergência, mas deveria existir um respeito à privacidade dos pacientes. Aqui só não se vê o que não se quer ver. É claro que as pessoas ficam constrangidas, afinal ninguém gosta de fazer suas necessidades acompanhado por outra pessoa desconhecida. (PAC-INT-trauma 67)

Pelas características da pouca autonomia a que os pacientes estão submetidos, é muito comum que esses sejam auxiliados pelos profissionais para a realização das tarefas mais elementares do cotidiano, como alimentar-se, tomar banho e vestir-se.

São interações que ocorrem no cotidiano e que podem ser analisadas com a lente de Fischer (1996), que adota a concepção de *espaços de interferência*, como os espaços sociais, bem como os espaços íntimos onde há a preservação da individualidade.

É comum que a privacidade seja considerada como um estado de isolamento social, quando o indivíduo evita o contato com outras pessoas. Segundo Altman (1975), no entanto, a privacidade é um processo dinâmico onde há o gerenciamento de fronteiras, que não são estáticas. Trata-se de um controle seletivo de acesso a si próprio ou para o grupo ao qual pertence. Esse processo se constitui num componente "dialético" que se refere à abertura e proximidade de si para os outros, é um componente "dinâmico" que estabelece um nível de privacidade desejado, ou seja, o nível ideal de contato em determinado momento. Este elemento dinâmico vai variar de acordo com as diferenças individuais e culturais, como 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.

Os indivíduos podem querer evitar as pessoas em um determinado momento, e manifestarem o desejo de proximidade e contato em outro momento. 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. Obteremos um nível ótimo de privacidade quando conseguimos experimentar a solidão desejada, se assim desejamos, e 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.

Cabe, portanto identificar que no caso dos pacientes com pouca autonomia para as funções básicas, como de higiene, por exemplo, experimentam pouco controle deste processo de abertura e fechamento, tendo como consequência a presença de um incômodo.

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.

É comum que os pacientes sintam-se invadidos em sua privacidade quando ficam submetidos às situações de cuidado que exigem uma necessidade de interação maior do que aquela que desejariam. O HPS, por sua conformação física não dispõe de quartos privativos, de forma que há o partilhamento de um território comum a todos os pacientes. Segundo Fischer (1996), 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.

Em síntese é possível referir que 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.

O que se pode inferir é que o espaço que é dominado pelo paciente resume-se ao leito, onde uma vez ocupado pode ser entendido como o território primário.

3.3-Os trabalhadores.

Também os profissionais que trabalham na emergência do HPS percebem que seu processo de trabalho é de alguma forma influenciado pela aparente desordem da ambiência. O que se percebeu no processo de pesquisa, e que é referido pelos trabalhadores da emergência, indica que esses profissionais, de um modo geral, entendem essa forma de ocupação, que escapa a lógica e missão da emergência, como uma situação de desconforto, geradora de ansiedade e estresse, já que há um aumento considerável do trabalho a ser executado, por conta do número excessivo de pacientes a serem atendidos.

Foram constantes as queixas dos trabalhadores que apontaram para essa direção. De forma recorrente o problema do aumento do trabalho a ser realizado é

apontado como um problema criado por essa subversão do espaço de atendimento. Muitas vezes porque os trabalhadores sentem-se sobrecarregados, como por exemplo:

Cada técnico tem a responsabilidade sobre um determinado número de pacientes. Isso é assim para garantir que se dê conta do trabalho. Mas aí vêm 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 arrebitando. (ENF-INT-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. (ENF-AMB-45 AMB SUT)

Os funcionários da instituição referem ainda que, em função desta situação, existem diversas tarefas que deveriam ser realizadas por auxiliares, mas acabam tendo que ser realizadas pelos técnicos, que deixam tarefas mais importantes para atender questões básicas que não são, em tese, desse lugar.

Então o que se acaba fazendo é uma mistura de limpeza, alimentação, administração de medicamentos, também se dá “colo”, ajuda a botar o sapato, procura os documentos, a dentadura, e se deixar vão nos pedir para procurar o namorado que se perdeu (...) parece brincadeira, mas é “bem por aí mesmo”. (ENF-INT-AMB-01)

Boa parte dos trabalhadores tem a compreensão de que o sistema de saúde deveria dar conta dessas demandas de outra maneira. Essa compreensão permite referir críticas ao conjunto das medidas de gestão que aparentemente permitem que essas ocorrências sejam parte do cotidiano da instituição. Não obstante exista a

possibilidade de realizar a referência²⁴ dos pacientes, trata-se de um processo demasiadamente demorado para uma emergência, onde está presente a lógica de que tudo deve ser realizado de forma muito rápida. “Limpendo a área para o atendimento de verdade.” (MED-AMB-12).

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. (ENF-INT-AMB-23-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. (ENF-INT-AMB-CLI)

Os relatos e informações colhidas encontram, na própria administração da instituição o reconhecimento de que há certo grau de sobrecarga dos trabalhadores em relação a proposta de atendimento do HPS. São sobrecargas resultantes de um conjunto de fatores que 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. (ADM-ADM-12 DAH)

²⁴ Referência e contra-referência é um conjunto de procedimentos através do qual o fluxo dos pacientes deve ser orientado no sistema, reconhecendo a hierarquização do mesmo. Assim, os pacientes devem ser encaminhados para um Estabelecimento Assistência de Saúde – EAS, que tem as melhores condições de dar conta do caso em atendimento. A contra-referência é o processo de retorno do paciente ao EAS ao qual o paciente está vinculado.

Há, no entanto outra questão que envolve essa situação e que está presente de forma mais íntima nas relações entre os profissionais da ambiência em estudo. Trata-se da percepção do “lugar do trabalhador” no sistema de saúde. Há que se reconhecer que por conta da importância dos serviços de emergência para a atenção de pacientes com risco de vida, essas são reconhecidas como lugares especiais, ou seja, como já dito anteriormente, estamos tratando de um serviço que encontra reconhecimento de uma instituição de muita importância para a comunidade. Lembremos que no imaginário social as emergências são respeitadas como locais preparados para lidar com casos críticos de saúde, e que, em se tratando da comunidade local, o HPS desfruta de um lugar em alta conta. Não diferente, os seus trabalhadores também são reconhecidos dessa forma. Esses trabalhadores são respeitados enquanto indivíduos capazes de fazer a diferença no atendimento, lidando com a vida e a morte no seu dia-a-dia. Esse reconhecimento coloca o profissional em um lugar de destaque, de onde o mesmo também se reconhece “especial”.

Ainda que, em alguma medida as profissões que lidam com a saúde incorporem um reconhecimento de presteza e competência, por conta de sua atividade, as emergências têm essa incorporação de forma mais intensa. Assim, é possível perceber que nas áreas de atendimento de pacientes críticos, o trabalho dos profissionais acaba por receber outra recompensa. Essa, de ordem simbólica, que é conferida em função da gratidão dos pacientes, familiares e acompanhantes, que expressam, de forma generosa, sua satisfação com a presteza do atendimento recebido e o sucesso obtido.

Em relação a esse aspecto, que aborda a forma como se dá a percepção dos profissionais em relação ao seu trabalho na emergência, trabalhos como Deslandes, (2000), Pitta, (2000) e Aquino, (1987), referem a existência de um sentimento ambíguo dos trabalhadores em emergências. Essa ambigüidade é identificada na medida, que ao mesmo tempo em que se sentem desvalorizados em relação à recompensa financeira recebida e desmotivados pela falta de estrutura ideal para a realização do seu trabalho, existem aspectos que são motivadores para o desenvolvimento do seu trabalho. Percebe-se nas conversas que está muito presente a manifestação de sentirem, um alto grau de satisfação na realização de sua atividade, especialmente em momentos que reconhecem ter “feito a diferença”.

A referência feita por Deslandes em trabalho que tratou da forma como a violência é percebida nas instituições que realizam atendimentos de emergência, aponta para a constatação deste tipo de comportamento, assim como para a referência de que existe um sentimento comum aos 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)

A satisfação referida por esses indivíduos é resultado da possibilidade de atuação dentro de um saber específico e está associado a auto identificação de habilidades especiais por parte desses trabalhadores. São habilidades que estão para além do domínio da técnica, estando mais proximamente relacionadas com a capacidade de decisão rápida e correta, inserindo um diferencial muito precioso. Segundo Loyola (2002) é uma forma comum de atuação dos indivíduos, aquela que está motivada por recompensas fora do âmbito das recompensas financeira ou material. Ainda que as recompensas de forma utilitária desempenhem um papel importante, não são as únicas formas de promover a satisfação dos indivíduos, tampouco a motivação para a ação.

O fato é que os indivíduos buscam alcançar também outros tipos de recompensas, 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).

Ainda que essa modalidade de recompensa possa não atingir de forma igual toda a equipe de atendimento, como mostrou trabalho anterior (Kniestedt, 2010), em função da prevalência do capital simbólico do qual o médico é principal detentor, por conta do modelo de atenção alicerçado no paradigma “biomédico”.²⁵, o fato é que em algum grau essa recompensa é um elemento presente na emergência do HPS, e move os trabalhadores na direção de sua obtenção.

²⁵ 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).

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. (Kniestedt, 2010, p. 70)

Ocorre que esse sentimento que coloca os trabalhadores da emergência em um lugar de destaque é também solapado pela situação de um cotidiano como o mostrado nas notícias que dão conta da forma como estão ocupadas as emergências. A imagem da qual tratamos em capítulo anterior é um depoimento permanente de um lugar desorganizado e que presta serviços de pouca qualidade. Assim, sob o olhar externo há um processo de descaracterização da imagem já consolidada das emergências, maculando a imagem dos profissionais que trabalham nesses espaços de atenção à saúde.

A gente aprende a lidar com inúmeras situações de risco. Aprende a salvar pessoas, cuidar de coisas graves, mas em muitas vezes estamos realizando tarefas que não são as nossas. Essa perda do foco pode acarretar algum problema, e quem vai assumir? Se der algo de errado com o paciente? Afinal esse é o nosso foco. Essa também é a questão importante. (ENF-INT-AMB-33-CLI)

O olhar interno, no entanto é o que parece estabelecer uma maior preocupação com o que está em ocorrência. As áreas de atendimento, dependendo de sua especialização, são preparadas para a realização do atendimento e existem regras de ocupação, utilização e permanência que são estruturadas de acordo com as tarefas que ali devem ser elaboradas. Haja vista a situação de lotação existente essas prerrogativas deixam de ser atendidas, o que acaba por estabelece certa situação de revolta com a instituição.

Porque a administração não resolve essa questão? Os pacientes ficam misturados, sem condições de receberem o atendimento do que precisam na sua integralidade. Eu não sei exatamente quantos

pacientes estão na sala, e deveria saber, mas como vou fazer isso? A gente acaba atendendo o que é mais urgente e acha que é o melhor a ser feito, mas nem sempre é o mais correto. (ENF-INT-AMB-123)

A primeira coisa que se deve fazer, na minha opinião, quando um paciente nos chega para ser atendido, é olhar para ele, o olhar é uma coisa importante, está ali uma pessoa, eu preciso ver como ele está respirando, se está suando, assustado, desorientado e tudo o mais. Mas não dá tempo para fazer isso, eu tenho que olhar para a perna dele que está amassada e pronto. Vamos todos ficar felizes se a perna ficar boa. Assim fica resumido. (ENF-AMB-09)

Em algumas falas fica evidente a preocupação com os elementos que constroem a imagem profissional. São depoimentos que puderam fazer sentido na medida em que se trata de profissionais com algum tempo na instituição, portanto são capazes de referir opiniões sobre um processo evolutivo da instituição, especialmente nesse caso, no que se refere ao tipo e forma de atendimento realizado ao longo do tempo. Os depoimentos em geral respondem que há uma mudança em ocorrência.

Eu já pude realizar meu trabalho de forma muito mais tranqüila. Quando os pacientes passavam por aquela porta eu sabia que haviam sido triados de forma adequada. Meu trabalho é de especialidade, não posso cuidar de tudo. Agora cada um que chega inventa uma nova forma de atender os pacientes. Aqui se atende de tudo. (MED-AMB-09)

Há ainda a percepção de que a eficiência da instituição fica abaixo do que seria o esperado, já que os espaços das emergências são complexos e muito caros para serem construídos, equipados e mantidos. Nesse aspecto a eficiência está relacionada com o consumo de recursos diversos para a obtenção de um mesmo resultado.

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. (MED-INT-AMB-23 SAE)

Estão presentes também nas manifestações, questões que tem relação direta com a capacidade técnica dos que trabalham na emergência. As referências por vezes dão conta de um processo de decadência, onde o lugar das emergências no imaginário dos trabalhadores deixa de ter uma posição de destaque.

Quando eu entrei no HPS havia uma disputa muito grande para vir para cá. Era um dos lugares mais disputados pra se trabalhar. Aqui estavam os melhores preceptores, os melhores equipamentos e era um lugar onde se aprendia tudo. Agora eu já nem sei como ainda tem gente querendo vir para cá (...) mas de qualquer forma eu ainda acho que era melhor. Principalmente porque o trabalho era melhor organizado. (MED-AMB-INT-09b)

O que se pode apreender, desse ponto da pesquisa, é que há uma insatisfação em relação às conseqüências que essa ocupação pouco relacionada com a missão principal da instituição, proporciona para o trabalho. Um ponto importante, para essa análise, é o conflito que se mostrou presente entre a satisfação da valorização por auto reconhecimento de atributos qualificadores do trabalho e do profissional, e a percepção no cotidiano de que existe uma perda desse atributo em função da forma como são ocupadas as emergências do HPS. Não obstante referências que demonstram satisfação com o tipo de trabalho desenvolvido sejam relatadas, do tipo:

Isso é como uma cachaça. (MED-AMB-10).

É tão bom trabalhar com isso, aprendemos e ensinamos ao mesmo tempo. Não tem um dia que seja igual ao outro. (MED-AMB-20)

Há presente também um processo de desmotivação para o trabalho em muitos casos, onde aparece uma queixa relacionada ao processo de desqualificação do trabalho.

Gostaria de poder trabalhar naquilo para o que me preparei, e não tratar piolhos nos velhinhos, se continuarmos assim vou acabar lavando comadres. (MED-INT-AMB-33)

De qualquer forma não é mais possível ser [um hospital] de ponta. Isso aqui virou um postão, não tem mais jeito (MED-INT-AMB-12).

Retomando os principais aspectos que entendo ser importante repassar na finalização deste capítulo, é evidente a ocorrência de subversões no espaço e no processo de atenção estudado. Em alguns pontos foi possível referir a forma como essas subversões se apresentam e também como são percebidas pelos indivíduos que dela participam. É possível verificar que apesar da constatação de que existe uma desarrumação na emergência por conta da diversidade dos pacientes que ali são atendidos, a impressão final é de que há uma disciplina interiorizada no entendimento. Trata-se de um elemento aparentemente nebuloso, que escapa ao que seria a doutrina ou a disciplina formal, mas está no sentido de sua afirmação. É como se aspectos instintivos garantissem que a prioridade de atendimento fosse preservada com a assertividade que a boa técnica tenta estabelecer. É claro que esse instinto está contando com elevada dose de treinamento e experiência de seus profissionais, mas não existe enquanto regra escrita. Ao mesmo tempo em que o confuso ambiente da emergência atrai para si a imagem de ineficiência anunciada pela mídia, o seu interior tem um alto grau de assertividade. Sua realidade depõe a favor da eficácia do serviço. Trata-se de uma realidade que é apontado pela manifestação dos pacientes assim como pelas estatísticas favoráveis de sucesso na preservação da vida. Como visto, o seu ponto alto está na capacidade de gerir a ambiência no sentido de garantir o atendimento necessário aos pacientes “críticos”, ou seja, dos indivíduos que são acometidos de traumas importantes, que tem como conseqüência o risco de vida.

Como vimos no decorrer do trabalho a instituição HPS atende pacientes que podem e que não podem esperar por atendimento e tratamento, assim a própria instituição, enquanto ambiência em que se passa essa interação acaba por estabelecer o disciplinamento da atenção, priorizando determinados casos ou procedimentos em detrimento de outros. Isso pode estar se dando por conta da própria compreensão da instituição (cultura) de que o sistema permite um relativo deslocamento de pacientes, admitindo que a instituição tem no seu interior pacientes com necessidades diferentes e que assim percebidos, acabam por ter o atendimento ajustado de acordo com uma velada priorização de casos por conta de uma classificação de risco interna aos setores, mesmo aos grupo de profissionais.

Os pacientes percebem que há uma maneira da instituição tratar dessa questão e manifestaram em vários momentos da pesquisa, que admitem ser essa a lógica possível para o funcionamento. Há um conjunto de explicações possíveis, uma delas é que o próprio paciente sente-se enganando o sistema e passa assim a participar deste processo, reforçando a compreensão de que esse lugar é um lugar para tratar pacientes com muita gravidade enquanto que as demais necessidades “de menor importância” podem ser relegadas a um plano secundário.

Outro aspecto a considerar é a forma como pacientes e trabalhadores percebem essa desarrumação da emergência, onde se misturam casos graves com outros casos que deveriam receber tratamento em outra instituição de menor complexidade.

De um lado os trabalhadores mantêm seu foco na questão profissional, e reconhecem essa ocupação em muitos casos, como uma situação que se apresenta como um trabalho a mais a ser desempenhado pela equipe de atendimento. Porém de maior importância foi a constatação de que os profissionais sentem-se desvalorizados tecnicamente quando passam a assistir, de forma contínua, pacientes que não apresentam situações de emergência. A expectativa dos profissionais, ao que parece, é fazer diferença “salvando vidas” e o desvirtuamento de sua ação para casos de baixa complexidade transmite-lhe uma mensagem de menos valia. Também as manifestações sobre o custo financeiro e social para a manutenção de um equipamento de saúde com a complexidade do HPS são importantes. Essas manifestações mostram a percepção dos profissionais sobre o sistema como um todo, onde aparece a crítica de que a gestão do ingresso no sistema deveria ser mais competentemente gerenciada.

De outro lado foram expressas neste ponto do trabalho, as formas de reconhecimento pelos pacientes, sobre a questão da superocupação e das subversões encontradas no sistema e daquelas cometidas para a obtenção de objetivos relacionados ao seu atendimento nesta porta de entrada. Os pacientes têm a percepção da desarrumação da emergência, mas também percebem as conseqüências que podem resultar do processo de subversão que pode ser intensificado por sua ação. Para o paciente trata-se de uma situação de desconforto e de exposição de sua intimidade, além do que, em muitos casos acaba se configurando em uma obrigatoriedade de conviver com pacientes em uma situação crítica de saúde. Há recorrentes relatos de pacientes que se queixam de situações onde a proximidade com outros pacientes em sofrimento e desorientados é causa de enorme desconforto emocional. Mas há também o reconhecimento de que, em muitos casos, a sua inserção no processo de subversão requer uma atuação convincente, e mais do que isso indica que é necessário uma reflexão sobre a sua parte neste processo.

Reconhecendo a importância desses diversos elementos que interferem na forma de ocupação dos espaços de atenção à saúde, especialmente nas emergências, bem como do processo analisado, que refere uma intensa negociação na interação dos indivíduos envolvidos, sugerimos que está presente também neste mesmo processo um importante aprendizado. Trata-se de um aprendizado que está centrado no que está em ocorrência, mas que pode se alargar para uma melhor compreensão do sistema como organismo, bem como é um aprendizado que servirá para confrontar com a compreensão existente do próprio processo de cuidado e atenção à saúde.

CAPÍTULO 4

A DISPUTA PELO QUE ESTÁ EM OCORRÊNCIA

Nos capítulos anteriores discutimos a evolução das práticas universais de cuidado à saúde, tratamos das políticas de saúde no Brasil, evidenciando as conjunturas pelas quais o processo se consolidou. Abordamos a construção dos sistemas de saúde, reconhecendo que esses são o resultado de demandas que a sociedade estabelece e que são permeados por influências externas. Tratamos da organização da atenção, discutindo a vocação do HPS nessa organização e a forma como o mesmo é reconhecido e acessado por seus usuários. Discutimos as contradições dos espaços de atenção, compreendendo que há uma permanente tensão entre a regulação e gestão do sistema e a universalidade do acesso. Analisamos o que chamamos de subversão dos espaços e do sistema e apontamos motivações para a sua ocorrência. Neste percurso realizamos uma aproximação ao imaginário dos indivíduos que recebem atendimento no HPS, prospectamos a forma como os mesmos percebem esse espaço, suas aptidões e subversões, conflitos destas ocorrências e a desarrumação advinda daí. A trajetória dessa investigação abordou também os aprendizados que ocorrem na experiência do atendimento, especialmente para os pacientes, que a partir da compreensão dos mecanismos de funcionamento do sistema e da emergência, alteram a sua forma de perceber o estado de saúde e as formas de obter atenção.

Sendo assim, tendo em vista a construção do presente trabalho ter sido no sentido de recortar pouco a pouco as particularidades, ou seja, seu caminho se fez de forma que a cada capítulo se aproximasse de uma porção menor do objeto de estudo, através da utilização de uma lente cada vez mais potente, no presente

capítulo essa aproximação se dará focando uma captura mais próxima das relações face-a-face. Trata-se de identificar aspectos constitutivos das representações, naquilo que é possível apreender em um encontro tão desigual, onde o paciente encontra-se, na maioria das vezes, em uma condição de letargia do conhecimento, defrontando-se com a autoridade no assunto, que é representada pelo profissional, que conduz o processo interativo. Nesta aproximação pretende-se avançar nos espaços de atuação do indivíduo na instituição, trazendo ao foco ocorrências mais instintivas e suas explicações. Serão explicações dadas, sempre que possível, pelos próprios indivíduos que partilham a experiência. Desta forma, seu foco será iniciado por uma discussão a respeito da fenomenologia que está presente nesse tipo de interação, em especial no que se refere ao acesso dos estoques de conhecimento presentes nessa interação especial. Sua seqüência pretende apontar as diversas formas de atuação dos indivíduos no processo de atenção, deixando aflorar as suas ansiedades, angústias e estratégias para integrar-se ao panorama da instituição, discutindo as especificidades que a ambiência do cuidado oferece. Pretende-se aprofundar a abordagem etnográfica privilegiando a observação e análise destas interações que se dão na instituição, iluminando aspectos de seu cotidiano, aspectos que se encontram fora do foco do arcabouço normativo/administrativo. São movimentos que se refugiam na forma de tratar, na vontade de resolver, no uso de “atalhos”, nas histórias contadas e recontadas e na busca de locais de conforto para fugir do foco de tensão. São aspectos que ajudam a compreender melhor do que estamos tratando e que contribuem na construção das representações dos indivíduos participantes do processo de atenção à saúde, especialmente aqueles observados nas interações que têm como lugar de ocorrência a ambiência dos serviços de atenção às urgências e emergências. Assim, ainda que os capítulos anteriores tenham tratado das interações entre o paciente/usuário e a ambiência estudada, apresentando explicações para as ações deste usuário frente ao sistema que lhe oferece a atenção, aqui a abordagem deverá se preocupar mais com o que está fora das regras.

4.1-Porque não fizeram isso desde o início?

“Porque não fizeram isso desde o início?” (PAC-INT 58-Paulo INF)

Essa é a indagação do paciente do leito 12 da Unidade de Traumatologia Ortopedia. Trata-se de uma indagação que está acompanhada de um profundo sentimento de indignação, não é algo que ocorreu com o próprio paciente (Paulo), mas sim faz parte das histórias daquela enfermaria. É interessante observar que as enfermarias tem as suas histórias, elas são contadas entre os pacientes e vão acompanhando por um determinado tempo aquele lugar. Sua persistência, e também a sua intensidade pode ser medida de acordo com o tempo de internação dos pacientes. Trata-se de uma lógica local, já que o tempo de persistência, ou seja, a longevidade de uma história depende da mesma ser contada e recontada. Nos espaços onde a presença dos contadores da história é longa, essa persiste, porém se os contadores vão-se rapidamente embora, a história se perde, não há mais quem a conte, ficam fragmentos delas que por vezes vão se juntando a outros fragmentos, talvez fazendo parte de outra história a ser contada, mas não é mais uma história viva, já que não está na memória de quem assistiu o que está contando, é uma história que está sendo recontada.

Neste aspecto as enfermarias são diferentes. A Enfermária de Traumatologia apresenta um tempo de permanência dos pacientes mais longo do que outras enfermarias do HPS. Isso se deve ao fato de que os planos terapêuticos são mais longamente realizados ali, seja porque a rede hospitalar não absorve esse paciente ou porque o tratamento de solidificação de fraturas é demorado, não importa. O fato é que a maior permanência dos pacientes permite que as histórias sejam mais longas, acompanhando o seu próprio tempo para ser contada e recontada. Outros aspectos também devem influenciar a longevidade e a intensidade das histórias, na Neurologia, por exemplo, os contadores das histórias são os funcionários, já que os pacientes, normalmente mais limitados nesta autonomia, têm mais dificuldade de contar as suas histórias. Na Enfermária de Cirurgia as histórias são inibidas por questões de “segurança”, muitos estão ali porque foram esfaqueados ou baleados, são histórias omitidas ou são contadas apenas para poucos e de forma reservada.

Mas a história do Paulo, paciente do leito 12, ainda era presente naquele dia, havia ocorrido durante a sua internação, portanto ainda era uma história viva, presente na sua memória. Mais do que isso, era algo que estava em evolução, continuava em ocorrência, seu desfecho ainda não havia se completado.

O “guri” já tinha dito que não sentia mais nada no pé, desde que chegou aqui ele não conseguia mexer os dedos. Na manhã do dia que ele veio para cá, já estava reclamando disso. Mas disseram que ele não sentia nada porque tinham anestesiado o pé dele para poder operar, e que logo ele voltaria a sentir novamente. No dia seguinte ele teve muita dor e depois passou tudo. Não sentia mais frio nem calor, não conseguia mexer com os dedos e nem nada. (PAC-INT 58-Paulo Inf)

O Guri era paciente na mesma enfermaria, vizinho de leito de Paulo. Não sabemos o nome correto dele, mas não é importante saber seu nome completo, o importante é saber que para Paulo ele é alguém com algum grau de proximidade afetiva, o que pode ser medido pela preocupação de seu “vizinho de leito”, Paulo.

Ele era motoboy, fazia entregas de quase tudo, desde documentos até peças para carro. Numa das entregas se acidentou. O pé dele foi esmagado contra um carro, e ainda teve uma queimadura séria por causa do cano de descarga que ficou encostado na perna, porque a moto ficou por cima dele quando caiu. Era ‘dava pena’ ver o Guri preocupado porque precisa voltar logo para trabalhar. Era ele que ajudava a mãe e o irmão mais velho que estava desempregado.” (PAC-INT 58-Paulo Inf)

Essa é uma história típica, com vários elementos que são recorrentes. Muitos acidentes de trânsito com lesões severas são resultantes de acidentes de motos, com lesões múltiplas e ainda acompanhadas de queimaduras, o que aumenta a complexidade do atendimento. Também são comuns as histórias de jovens que são responsáveis pelo sustento da família, e não tendo seu trabalho regularizado ficam sem cobertura previdenciária quando se afastam da atividade, que normalmente é desenhada de forma autônoma, sem vínculo empregatício.

O “guri”, segundo Paulo, estava agora “entre a vida e a morte”, na cirurgia. Seu quadro havia evoluído para um caso de trauma que “complicou”. O termo complicou pode ser considerado uma gíria médica, seu significado é que sua evolução não foi a desejada, ingressando em uma linha de observação de um

prognóstico que exigirá maiores cuidados e a provável realização de intervenções não programadas inicialmente para o paciente.

No conjunto de observações que se fez, durante o trabalho, foi possível verificar que muitos dos pacientes que permanecem períodos maiores internados na instituição acabam por incluir nas suas falas algumas expressões que derivam da forma de falar dos profissionais. Há a inclusão de termos normalmente utilizados exclusivamente pelo grupo assistencial. Termos que podem ser classificados como “gírias” e que normalmente estabelecem uma linha que identifica “quem é da área”.

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 Crânio Encefálico, AVC – Acidente Vascular Cerebral e CA – que normalmente indica o câncer, são exemplos). (Kniestedt, 2010 p. 84)

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), “o dia da força” como é chamada a segunda-feira, onde há uma grande busca de atendimentos muito simples cujo objetivo é obter “atestado” para justificar a falta ao trabalho (Kniestedt, 2010).

A gíria médica (“ciru” para cirurgia, “cesa” para cesariana, “primi” para primípara) também serve para identificar as pessoas “in” do grupo (Fonseca, 2010). São elementos que dão à um determinado grupo a marca de um pertencimento, são elementos que vão além do uso de palavras pouco entendidas para quem é “de fora”. Funcionam como marcas de identidade como roupas diferenciadas, utilização de equipamentos de trabalho à mostra e ainda a possibilidade de frequentar determinados espaços que são privativos para os indivíduos daquele grupo.

A constatação da utilização de determinadas gírias que dão identidade a determinado grupo é bem documentado, mas foi observado com certa estranheza a utilização dessas gírias por pacientes. Nos textos acessados essa prática não foi localizada, ou seja, a utilização de determinados termos “da área” pelos pacientes. Talvez a formatação diferenciada do espaço físico da emergência, onde o paciente observa e escuta com maior facilidade o que os profissionais falam, possa ser uma linha de compreensão deste achado. Não apenas porque os pacientes escutam mais, mas também porque os profissionais talvez utilizem mais vezes esses termos

para dificultar a compreensão dos pacientes, especialmente daquelas informações que julguem devam ter certo sigilo. Essa hipótese não foi estudada em profundidade.

Segundo Paulo, somente depois de alguns dias internado ao seu lado na Enfermaria de Traumatologia, quando se tornaram amigos, a equipe assistencial havia concluído que a cirurgia para amputação do pé seria a melhor alternativa. Paulo entendia que ocorrera muita demora nessa decisão, o que havia permitido que o caso se tornasse muito mais grave do que se a decisão tivesse sido antecipada. Paulo conta essa história com muita compaixão, mas também com muita raiva, por ter a sensação de que a equipe de atendimento não teria dado a devida atenção ao que o seu amigo relatava. Para Paulo as informações eram o indicativo de que o pé deveria ser amputado logo, impedindo que o “mal se alastrasse”.

É claro que se o Guri já não sentia mais nada, era porque o pé estava morto. Demoraram tanto para ver isso que agora ele pode até morrer. Isso tinha que ser feito logo que ele parou de sentir o pé. Porque demoraram tanto? Toda a vez que vinha um médico aqui, ele dizia que não sentia mais o pé, mas não adiantava nada, não ouviam ele. (PAC-INT 58-Paulo Inf)

O presente relato está longe de resistir a uma análise sob o ponto de vista da assertividade de uma ou de outra certeza em relação a melhor conduta a ser seguida. Não é essa a pretensão ao focar a história contada por Paulo, mas sim de verificar o que está em ocorrência nesta interpretação do paciente. Independente de outras formas de explorar o que foi trazido, o que se pode identificar é que estão presentes duas formas de olhar para a mesma ocorrência. De um lado aquilo que poderia ser classificado como sintoma, ou seja, uma sensação subjetiva referida pelo paciente. Essa sensação poderá ser interpretada, através do esforço de quem comunica, para ser socialmente reconhecida e então, a partir desse ponto, relacionada com a experiência de quem recebe a comunicação. Em outro ponto estaria a manifestação objetiva da doença, que se faz através de sinais indicativos de ocorrências indesejáveis, sob as quais se deve tomar providências. Diferente do sintoma, que é uma sensação subjetiva individual e que não tem como ser

comprovada, o sinal faz parte de uma fração visível e comprovável da doença (Ferreira, 1994).

Essa análise deve levar em conta que os sintomas só podem ser comunicados pelo doente e que precisam ser interpretados por quem recebe a comunicação, que o fará de acordo com as suas experiências acumuladas, podendo haver assim divergências na interpretação do seu significado. Determinado sintoma poderá estar indicando ocorrências diferentes para determinados grupos, caso esses tenham obtido experiências anteriores diferentes. Há ainda elementos que tornam essa discussão mais complexa, na medida em que a interpretação do significado de determinado sintoma poderá ser alinhada não a uma experiência já vivenciada, mas sim a uma lógica apreendida. No caso aqui abordado, a falta de sensibilidade em determinada parte do corpo poderá ser interpretada como a inexistência de conexão desta parte com o restante do corpo, a partir do que, aquela parte já desconectada, não pode mais ser recuperada, devendo ser retirada para a preservação do restante do corpo. Como se pôde descobrir com a seqüência deste caso, Paulo já havia tido uma experiência bastante parecida em sua família, onde a demora em obter assistência médica teria tido como desdobramento o óbito de um familiar.

Não há como afastar que os indivíduos apreendem determinadas lições a partir de ensinamentos que se dão de formas diversas. Determinadas disposições, como por exemplo, de isolar o doente até a sua cura, não consumir moluscos ou abater animais somente sob determinadas condições, segundo Mary Douglas eram sistemas simbólicos, que tinham como objetivo manter a coesão do grupo e a diferenciação de outros grupos, ainda que as semelhanças com os atuais preceitos de cuidados de saúde sejam perturbadores (2000). Da mesma forma rejeitamos alimentos com indício de putrefação e substância de sabor amargo, afastamo-nos de ambientes muito frios ou muito quentes, imobilizamos membros com dor intensa e repousamos quando exaustos. São comportamentos automáticos que fazem parte do instinto de conservação. Muitas outras atitudes e “conhecimentos” desta ordem são aprendidos através da convivência social.

Questões como essa, que envolvem a percepção e comunicação de sintomas dos pacientes e a forma como essas comunicações são recebidas e processadas pelos indivíduos que se apresentam na interação da assistência, estão presentes no cotidiano da instituição que se estudou.

Sei que isso não pode ser boa coisa. O brilho nos olhos dele mudou, ele está “molinho-molinho”, não dá bola para nada, nem para o irmão que sempre ria com ele. Só viram que está com febre, mas tem mais alguma coisa, eu sei, conheço o meu filho. (USA-AMB-02)

São questões que são atravessadas por disputas, onde se busca de um lado a valorização das interpretações com base em experiências já passadas, as representações construídas para o indivíduo e seu grupo em relação ao que está em ocorrência, e, de outro, o acúmulo do conhecimento científico e o poder da cura, podendo ser interpretado como o poder simbólico representado pelo profissional médico (Bourdieu, 2002).

Se de um lado a interpretação dos sintomas e sinais da doença está amparada pela doutrina do conhecimento clínico, que permite certa leitura dos mesmos, de outro lado as sensações corporais experimentadas pelo indivíduo/paciente recebe uma leitura que está ligada a representação de corpo e de doença do grupo a que pertence. Segundo Jaqueline Ferreira:

A capacidade de pensar, exprimir e identificar estas mensagens corporais está ligada a uma leitura que procura determinada significação. Esta leitura está na dependência direta da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo. Neste sentido o corpo pode ser tomado como um suporte de signos, ou seja, de qualquer fenômeno gerador de significação e de sentido. (Ferreira, 1994, p. 102)

Existem situações onde o próprio paciente passa a referir informações que são memórias de um episódio passado de algo que lhe ocorreu. Essas informações dão conta de um processo já vivido e que se assemelha muito com o que se está passando. Normalmente nestes casos há uma imediata interpretação do paciente em relação a sensação que está sentindo e o que pode estar ocorrendo consigo.

Da outra vez que tive essa dor eu não sabia o que era. Acordei com a dor e não consegui nem me levantar direito da cama. Já era muito tarde, de madrugada, ainda de noite. Consegui com muita dificuldade ir até o banheiro e quando urinei e vi que a urina saiu com sangue não sabia o que poderia ser. Só tina a certeza que alguma coisa ia muito mal, aquilo não poderia ser bom. Fiquei muito

assustado com isso, achei que ia morrer. A dor aumentou, era insuportável. (PAC-AMB-INT-14)

Cabe primeiramente referir que a dor é uma sensação ou sintoma muito peculiar, já que sua descrição é muito difícil. Trata-se de uma experiência subjetiva, de âmbito privado. Só aquele que a sente é capaz de tentar expressões que indiquem a sensação. Assim, muitas vezes a tentativa de sua representação é feita através de metáforas, do tipo “pontada”, “dor que queima”, “dor que corre”, etc. (Ferreira, 1994).

Não era uma dor localizada em uma parte da barriga, doía em toda ela. Era uma dor penetrante, desde a superfície da barriga até as costas, da pele até lá dentro. Acho que foi a pior dor que eu já senti. Tinha a impressão de que nada faria aquilo passar. Ao mesmo tempo tinha vontade de ir ao banheiro, mas não saía nada, era só vontade. (PAC-AMB-INT-14)

Normalmente a dor é reconhecida como um sintoma de que algo vai mal com a saúde, sua relação com uma doença é sempre muito presente. Trata-se de uma sensação que é valorizada pelo processo de atendimento, dando indicativos de possíveis investigações para o profissional e um alerta para o paciente, já que acaba por configurar-se como um mecanismo de proteção do organismo.

Por certo a repetição de determinado episódio com o mesmo paciente, onde está presente a memória do que ocorreu anteriormente ao ser acometido pela mesma sensação, faz com que essa informação tenha outras interpretações e também novos significados. É possível que esse paciente, em uma segunda experiência de uma crise de dor, conclua que está novamente com a mesma patologia. Especialmente quando da primeira vez houve um diagnóstico. Então, igual dor representa igual doença novamente presente em seu corpo.

Quando tive ontem, novamente essa crise renal, eu já sabia o que era. É claro que a dor foi muito forte, mas o medo de morrer eu não tive mais. Eu já sabia o que era e sabia que a dor passaria quando me injetassem aquela agulhinha milagrosa com o remédio. É como

tirar a dor com a mão. Dá até vontade de rir com a felicidade que a gente tem quando a dor passa, aí é só alegria. (PAC-AMB-INT-14)

A repetição de determinados eventos de crise da saúde também podem, no seu diagnóstico, inferir informações que acabam valorizando a informação do paciente.

Eu já cheguei dizendo que estava com pedra nos rins. Avisei que a dor era igual a da outra vez e que tinha passado quando me aplicaram uma injeção na veia. Disse ainda que da outra vez eu tinha posto a 'pedra para fora' e a dor não tinha mais voltado. (PAC-AMB-INT-14)

Neste caso há um acesso ao que Schutz (1979) chama de estoque de conhecimento. Ou seja, fica evidente que uma informação ancorada em um conhecimento obtido pelo paciente em uma experiência anterior foi considerada para a tomada de decisão. Sustentamos no início do capítulo que há um processo fenomenológico nas relações entre os pacientes e a equipe de atendimento, durante o processo de cuidado à saúde. Entendemos que esse processo se apresenta para a formulação de hipóteses diagnósticas, que se compõem da conjugação de informações que podem ser consideradas separadamente, de acordo com determinadas características e também por originarem-se de vertentes específicas. O primeiro conjunto de informações é aquele originado de inquéritos formulados a partir do conhecimento científico e organizados de acordo com protocolos bem definidos. São informações que se utilizam de nomenclaturas e parâmetros compreendidos por quem é da área. O segundo conjunto seria aquele que trata da particularidade daquele paciente quando em atendimento, são informações que dão conta da sua individualidade, dessa particularidade. São informações cujo remetente não tem a mesma linguagem e o mesmo conhecimento do destinatário, desconhece as gírias e os termos técnicos, são informações que podem ser contestadas, já que se apresentam em um momento de crise do indivíduo e por isso podem estar comprometidas. Reside nesse conjunto de informações aquelas que se referem ao estoque de conhecimento de cada indivíduo e que poderá ser, ou não, acessada para compor o conjunto assim formado.

Especificamente neste caso é possível inferir que houve o acesso ao estoque de conhecimentos do paciente que pode ter interferido na forma de conduzir o plano terapêutico. Isso se concretiza na medida em que o profissional da saúde questiona ao paciente se o mesmo já passou por essa situação antes, ou se já teve em algum momento aquela sensação²⁶. Lembremos que a decisão do plano terapêutico, por óbvio, não se faz apenas com as informações de sintomas do paciente, mas sim com o cotejamento destas informações por aqueles elementos que anteriormente foram tratados como “sinais”. Os sinais foram definidos como elementos que associados aos sintomas fazem parte da etiologia do processo de investigação médica, é a parte objetiva e que pode ser comprovada por outros indivíduos, diferente do sintoma da dor que é um elemento subjetivo e privado, como já vimos.

O fato de a dor ser uma resposta biológica universal e individual a estímulos nocivos advindos de dentro do corpo ou fora dele, não exclui que sua percepção e tolerância variem significativamente conforme o grupo social. A sensação de dor, os comportamentos que a envolvem, quer verbais ou não, até as atitudes que visem a remover ou não a sua fonte, dizem respeito as expectativas do sujeito, suas experiências passadas e principalmente a toda a sua bagagem cultural.(Ferreira, 1994, p. 105)

Assim, ainda que esses elementos acessados do estoque de conhecimentos do paciente possam auxiliar no processo investigativo da doença que acomete o mesmo, há importantes limites para que sejam definidores de condutas e de tratamento por si só.

Além disso, os diferentes grupos sociais podem representar a dor de maneira diferente, já que essa sensação está sujeita a representação de valores destes grupos. A consequência disso é que essa sensação poderá ser representada de forma diferente pelos indivíduos, já que passam por um “filtro” elemento cultural presente no ato de sua percepção e comunicação. Segundo Helman:

Os estudos realizados confirmam que “os fatores culturais” em termos de variáveis de comportamento – sejam explícitos ou implícitos – exercem, de fato, influência significativa na percepção da dor (Helman, 1994, p. 169)

²⁶ Ver em anexo que explora, através de pesquisa de campo, a intensidade com que os profissionais de saúde do HPS acessam o estoque de conhecimento dos pacientes. A pesquisa foi realizada em relação ao problema que originou o atendimento na emergência.

Se considerarmos o processo cultural onde a resistência a dor está relacionada a uma questão de gênero, o que não está muito afastado de nossa realidade, também poderemos inferir a possibilidade de que as informações de sensações de dor possam ser tornadas públicas de formas diferentes, ou seja, com diferentes graus de intensidade e resistência para cada indivíduo.

Está aqui posto um elemento que poderá ser desafiador. Seu enunciado pode não ser preciso, mas estamos falando de um processo complexo que se situa na forma de qualificação da informação transmitida pelo paciente. Até aqui o que se pôde verificar é que há um razoável interesse naqueles sintomas que podem auxiliar na investigação da doença – entendida aqui como o mal que está afetando o indivíduo que procura a emergência. Mas existem questões que podem interferir nessa percepção, o primeiro que nos chama a atenção é a forma não homogênea de comunicar sensações. Num primeiro plano em função da dificuldade que esse elemento subjetivo, por exemplo, a dor, apresenta para sua comunicação e como forma de transmitir. Em um segundo plano verificamos que existem questões culturais que poderão interferir na percepção da dor (Helman, 1994), e conseqüentemente na sua comunicação. Há ainda outros elementos que tornam mais desafiadora essa análise e que estão na possibilidade de tornar ou não explícito, no momento do atendimento, os sintomas comunicados “à priori” para a obtenção do atendimento.

Como vimos nos capítulos anteriores, há um processo de subversão da lógica de atendimento na emergência, vimos também que dentre os processos de subversão presentes, estão aqueles utilizados como artifício para a agilização do atendimento. Pois bem, como dar continuidade ao processo de atendimento agora sem admitir que houve a amplificação de sintomas na classificação de risco, ou seja, no momento em que foi declarado o motivo do atendimento? Trata-se de um conflito que o paciente, que se utilizou de artifícios para garantir o atendimento mais rápido, deverá enfrentar. A mudança de sua sintomatologia evidenciará a subversão, enquanto que a manutenção desta poderá proporcionar uma interpretação equivocada do seu problema. Juntemos a isso a parcela de indivíduos que busca atendimento no HPS fugida de determinada situação que configure um crime, como uma briga de rua ou mesmo um assalto. A postura destes indivíduos será, na maioria das vezes, de negar a origem real dos ferimentos, com o objetivo de não de promover a sua própria detenção pelo crime praticado. Essa é outra provável

situação onde, agora não mais os sintomas, mas sim a dinâmica dos ferimentos é alvo de descaracterização. Também nesse caso haverá um conflito a administrar por parte do paciente, aumentando o risco de mal direcionar o seu atendimento.

Certa vez acompanhava a visita ao HPS de uma comitiva do Governador do Estado do Rio Grande do Sul, nesta ocasião o Governador quis passar por algumas enfermarias. Seu intuito era o de promover um programa de recuperação de áreas degradadas de hospitais públicos. Ocorre que, tão logo a comitiva entrou em uma das enfermarias, um paciente que estava internado levantou-se abruptamente e tentou sair correndo. Sua tentativa de fuga da enfermaria resultou numa grande confusão, já que o mesmo estava com vários aparatos de cuidado conectados ao seu corpo, como soro, tração para fixação, etc. Sua atitude inesperada derrubou materiais, assustou outros pacientes e colocou a equipe de cuidado em atitude de conter e fazer o mesmo retornar ao leito, o que acabou sendo feito com muito esforço e paciência. Logo se descobriu a motivação daquela atitude de fuga. O que havia desencadeado a sua atitude era a farda da segurança do Governador, que “de praxe” acompanha as visitas e deslocamentos. Depois soubemos que o paciente era um criminoso procurado e ao acordar com a visão de um “policial” se aproximando – que na verdade tratava-se da guarda do Governador -, imaginou estar sendo perseguido, e, de imediato reagiu pondo-se em fuga desabalada, gerando toda aquela confusão. De alguma forma, até aquele momento, o paciente havia conseguido manter-se em tratamento sem confessar a forma como havia se ferido. Sua justificativa ao dar entrada na emergência foi de queda de um andaime, passando, portanto por um trabalhador da construção civil.

O que se verifica até aqui, em relação ao processo de valorização das informações que formam a base para a investigação diagnóstica, é que se trata de um conjunto complexo, onde há uma parcela das informações deste conjunto que fica recoberto por uma nuvem espessa de dúvidas. São dúvidas que se apresentam pela especificidade do espaço de atenção da emergência, sendo pouco provável a sua repetição em espaços eletivos de atendimento.

Então é só aqui que eu vejo isso acontecer, em qualquer outro lugar de atendimento, mesmo de urgência, um paciente para ser atendido tem que ter documentos ou estar acompanhado por alguém que se responsabilize por ele. (ENF-AMB-09)

Eu já conheço essa malandragem... Se a gente [Médicos] for atrás de tudo o que alguns pacientes dizem, vamos ter que internar todo mundo. Eu já atendi uma vez um paciente que dizia ter sofrido uma ‘torção na coluna’ para esquivar-se da mordida de um cachorro. Ele entrou na emergência por ‘mordedura canina’, mas na verdade tinha dores nas costas, “lombalgia”, o que não seria em princípio atendimento nosso. (MED-AMB-11)

Muitos profissionais que atuam na emergência relatam que há um processo de aprendizado que ocorre no próprio desenvolvimento do trabalho. Isso ocorre na medida em que se dão conta de alguns artifícios que são comuns para “furar a fila”.

Às vezes nos damos conta que o que o paciente está relatando, no momento do atendimento, é diferente do que relatou na entrada. Existem alguns casos que são muito comuns. Mentir a hora que se machucou, por exemplo, é muito comum. Lá na classificação, aqueles que já conhecem “alguma coisinha” de HPS, mesmo que já estejam com a dor há dias ou semanas, informam que a dor se iniciou algumas horas atrás, alguns ainda ‘enfeitam’, complementando que foi depois de cair no banheiro, ou depois de não ter dormido durante a noite. (MED-AMB-09)

Há presente nos profissionais certo reconhecimento de que essas questões são verificadas por aqueles que já têm muita experiência na emergência. “Os profissionais novatos acabam sendo pouco sensíveis a essas questões.” (ENF-AMB-12) São comuns os relatos que explicita ser o local de atendimento de emergência um lugar diferente, onde ocorrem situações que são peculiares a esse espaço de atendimento. Ali se deve realizar um novo aprendizado, e esse aprendizado não é apenas do reconhecimento das principais patologias, ou de um treinamento específico para tratar das emergências médicas. Há também aí um aprendizado que, feito com o tempo, molda o profissional para se preocupar com aquilo que realmente é importante.

Não se trata de um melhor treinamento ou de um aprendizado que se conforma academicamente, estamos falando de experiência 'no front'. São lições que aprendemos no dia a dia, quando mergulhamos na sala [de emergência]. A observação dos pacientes e dos colegas é uma aula importante, é uma forma de apreender essas malandragens que farão muitas vezes a diferença. (MED-AMB-INT-39)

Ainda que saber identificar as “malandragens” seja um tema por vezes tratado entre os profissionais, a abordagem não se faz no sentido de penalizar ou inibir essa possível prática no processo de assistência ao paciente. O que me pareceu é que o tema tem uma abordagem mais no sentido de poder utilizar essa experiência para “tratar do que é mais importante”, ou seja, o tema aparece com a preocupação de ocupar-se daquilo que é o mais importante para a emergência – cuidar de pacientes grave, essa sim parece ser preocupação maior. Por conta dessa possível diferença entre as experiências de cada profissional, ocorrem discordâncias na forma de interpretar determinadas situações. Segundo o protocolo de classificação de risco adotado pelo HPS, há um primeiro contato com o paciente que direcionará seu atendimento de acordo com a gravidade do caso. Esse processo fará com que pacientes tenham o seu atendimento antecipado ou retardado, de acordo com o seu grau de risco. A lógica é que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro, independente da ordem de sua chegada. Após a classificação o paciente é atendido na especialidade indicada pela classificação. Essa lógica, no entanto permite que se processem divergências que precisam ser enfrentadas.

Há casos em que uma determinada classificação realizada no momento do acolhimento seja criticada pelo profissional que dará seqüência ao atendimento.

Não entendo para que fazer uma tomografia desse tipo de lesão. O paciente está melhor do que eu. Garanto que não vai nem esperar o resultado do exame ficar pronto. Daqui a pouco vão procurar por ele e não vão mais achar. Ele vai se sentir bem e vai embora. (ENF-LAU-12)

É comum que em determinadas situações sejam apontadas questões que referem o uso indiscriminado de exames de diagnóstico. O termo recorrente para apontar essa questão é: ‘usamos canhão para matar formiga’. É uma referência ao entendimento de que se perde muito em eficiência. Porém não há confirmação dessa tese.

O acolhimento com classificação de risco, com é chamado esse processo de receber o paciente e realizar a triagem, em alguns casos deixa uma margem de inexatidão. Nas situações em que há lesão na face, por exemplo, muita coisa passa. O motivo disso é que na face os ferimentos são adicionalmente preocupantes, já que é onde estão alguns órgãos importantes e sensíveis, como os olhos, o nariz, etc. além do que, qualquer lesão na cabeça, por segurança, deve ser analisada. Mas isso também vai muito do profissional, tem um parte desse processo que é da prática. (MED-AMB-ADM-18)

Em alguns casos relatados, foi possível identificar manifestações dos pacientes que relatam terem sido vítimas de um processo de hostilização por parte da equipe de atendimento, quando, ainda na emergência, fica esclarecido que não se trata de um caso grave. Nestes relatos o paciente normalmente se diz discriminado, com se estivesse no lugar errado.

Eu não estava enxergando nada porque o rosto inchou muito, eu sentia o sanguequentinho que pingava pelo queixo. O próprio motorista me trouxe no carro dele, nem esperou o SAMU chegar. Depois que limparam o ferimento viram que não era nada grave. Em vez de ficarem mais tranquilos com isso, disseram que era um ‘hagazão²⁷’. (PAC-AMB-88.2)

As equipes acabam gerando um processo crítico, onde de um lado há o entendimento de que deve prevalecer a segurança, com a inclusão de casos

²⁷ Hagazão é uma gíria da emergência, que significa que o paciente não tem nada grave, algo como uma ‘frescura’. O termo deriva provavelmente de “fez um haga” para aumentar o impacto.

duvidosos como urgentes e de outro lado há uma “contabilidade crítica” do número de erros ou acertos.

É só colocar profissionais com mais experiência na classificação que isso não acontece. Sempre que há pouca experiência lá na frente tem muita ‘abobrinha’ por aqui. Eu poderia nem me importar com isso, mas fico pensando: se passam ‘coisas’ para cá que não precisavam passar, será que não está ficando retido algum paciente mais importante por lá? (ENF-AMB-28)

Existem de outro lado, posições que apontam para o processo com muita satisfação nos resultados.

Antes os pacientes eram atendidos por ordem de chegada, é claro que quando chegava alguém claramente em emergência passava na frente de todo mundo, mas não havia essa organização. Agora podem ocorrer algumas divergências, mas é muito melhor do que antes. Aliás a gente agora sabe quando há alguma divergência na classificação e pode corrigir, no modelo anterior não se tinha essa informação. (MED-AMB-ADM-11)

Compreendemos que aqui está presente uma sensação nos profissionais de que esses desempenham uma atividade diferenciada. Há uma percepção de que o seu trabalho é especial.

O que se pôde verificar no desenvolvimento do trabalho, especialmente nas áreas de conforto, onde é possível uma interação mais despreocupada, é que nas discussões entre os profissionais, independente de sua posição no grupo, há uma percepção de pertencimento a um grupo especial, ou seja, a sensação de fazer parte de um grupo de profissionais que desempenha uma atividade importante para a sociedade e para a saúde. 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 alguma vocação para isso. O 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 que

inclui um permanente contato com a parcela da população mais pobre, mais do que isso, se impõe a necessidade de defrontar com situações de desespero de famílias inteiras na busca de uma solução que já não pode mais ser alcançada.

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. (MED-INT-BCI-01)

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”. (MED-AMB-INT-06)

Já tivemos por aqui profissionais vindos, através de acordos de cooperação, de outros países do mundo onde é comum a ocorrência de atentados terroristas, uso de armamento militar e guerrilha urbana. Só aqui é possível realizar esse tipo de troca de informações, porque é aqui que são tratadas essas ocorrências que envolvem lesões graves com armas de fogo e arma branca. (ADM-ADM-DAH-POLI)

Nos processos de reformulação da gestão sempre há a possibilidade de transferir-se para áreas mais “tranquilas”, mas isso nem sempre é motivo de disputa. Por vezes essa alternativa é vista como um afastamento do principal foco de atenção das emergências, o que deixa o profissional desatualizado e mais “lento”.

Mesmo um motorista de ambulância, que substituíra 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 (Kniestedt, 2010).

Essa sensação de pertencimento a um grupo especial é reforçada pelo reconhecimento da sociedade. É muito comum que a instituição HPS e seus trabalhadores sejam reconhecidos como portadores de um *status* diferencial, detendo a missão de salvar vidas.

Esse tema envolve de forma muito importante os pacientes, que de uma maneira geral apontam como sendo o Médico a figura central, que representa a “autoridade” no assunto. Nesse sentido é possível identificar diversos episódios em que há o reconhecimento dessa autoridade.

Esse doutor já salvou a minha filha. Ela foi atropelada no ano passado quando saía do colégio. A sorte foi que a trouxeram para cá e que foi ele quem atendeu ela. Quando eu cheguei aqui já era mais de uma hora. Eu estava em casa e ela não chegava nunca. Eu já estava preocupada quando meu sobrinho chegou lá em casa esbaforido para me contar. Viemos juntos para cá, [e quando chegamos] me disseram que ela estava no atendimento. Esse hospital estava uma confusão. Dali à uma hora me chamaram, e o doutor disse que ela iria ficar internada porque tinha batido com a cabeça. Deixaram eu olhar ela. Eu vi que aquilo era grave, ela estava roxa e inchada. (...) Ele me explicou direitinho o que iam fazer com ela, eu na hora não entendi nada, mas ele estava calmo e disse que iam cuidar dela. Graças a Deus e a esse doutor minha filha está viva. (USA-AMB-INT-SAL-12)

Os médicos aqui são especialistas. Não tem ruim para eles. Também né, aqui é um lugar que acaba atendendo de tudo, tem que estar preparado mesmo. Não adianta ser Médico tem que ser daqueles que gosta do que faz e não se assusta com qualquer coisa. Olha só o que entra aqui. Depois que eu fui atendido já entraram mais uns quatro, tudo estropiado. (PAC-AMB-22)

Eu só posso agradecer, não posso reclamar. No início achei que estavam demorando muito, quando reclamei me disseram para ficar calmo, mas de um jeito muito estúpido, sem me dar atenção. Depois que entrei e vi o que tinha lá dentro vi que era assim mesmo. Tinha um cara morrendo lá dentro e todo mundo em cima dele. Fiquei quietinho até que o doutor pegou o meu papel e veio falar comigo. Tá certo, ali ele é quem manda. Fui atendido e pronto, saí até com o remédio para tomar se começar a doer, levei 12 pontos. (PAC-AMB-12 SUT)

Vim para visitar a minha mãe, ela está na UTI e deve sair de lá para a enfermaria hoje ou amanhã. Eu tenho agradecido a todos os médicos que cuidaram dela. Ela está velhinha, mas é valente e vai sair dessa. Quando ela for para casa vou passar na Direção e agradecer. Vejo algumas pessoas indo lá para reclamar, mas eu quero agradecer. (USA-INT-19)

Como visto no capítulo anterior, verificamos que há outra recompensa que contribui para essa percepção. A recompensa simbólica, presente na gratidão dos pacientes e familiares, que expressam sua satisfação com a presteza do atendimento recebido. Em outro trabalho realizado essa constatação foi objeto de análise. Trata-se de uma 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. (Kniestedt, 2010 p. 37)

É inquestionável que o profissional médico é quem detém o maior “capital simbólico” na área da saúde, além do que a evidência da forte presença do paradigma biomédico, onde a doença estaria relacionada a um mau funcionamento da máquina humana, que teria no seu conserto a cura do organismo. Apesar de outras profissões também possuírem importante capital intelectual, a profissão

médica acabou por representar a sabedoria sobre o caminho e o conhecimento da cura, consagrando 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, 2002).

Essa discussão encontra base também na própria evolução das práticas de cuidado, que como vimos estão arraigadas na forma como foram se transformando ao longo do tempo os espaços de cuidado e a migração de hegemonias que acompanha essa evolução.

Desde os hospitais do século XVIII podem ser encontrados rituais que demarcam o advento do poder médico, são regulamentos que demarcam a apropriação do conhecimento e da lógica da cura. São rituais demarcadores desse poder, que podem ser vistos desde a cerimônia da passagem da autoridade até a rígida regulamentação que instruía os demais trabalhadores a não importunar o Médico com tarefas menores.

Talvez por serem profissionais menos numerosos, os médicos não residiam nos antigos hospitais, como os demais trabalhadores, principalmente as freiras das ordens religiosas que realizavam o trabalho do cuidado direto do paciente, e 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.

Construiu-se assim, ao longo desta trajetória um discurso dominante. Seu domínio, porém, por vezes vai muito além, predominando mais do que o discurso há a evocação de uma medida de força que não contrapõem resistência pela forma que toma. Como no diálogo a seguir, que trata de um atendimento na emergência.

Paciente: “Doutor, eu estava comendo um pedaço de peixe e quando engoli ficou trancada uma espinha na minha garganta. Está doendo muito e não consigo mais engolir nem a minha própria saliva.”

Profissional: “Já sei, então a senhora comeu um monte de miolo de pão, para ver se a coisa descia. Não é? E com isso acabou enfiando mais ainda a espinha de peixe na sua garganta, certo?”

Paciente: “Sim, sempre me disseram que...”

Profissional: “Se a senhora não sabe comer peixe então coma outra coisa, só o pão, por exemplo. Ou então coma filé de peixe, que não tem espinhas.”

Paciente: “Mas sempre me disseram que...”

Profissional: “A senhora pode ficar quieta?”

(PAC-AMB-34, MED-AMB-34)

Há, portanto, uma questão particular que se faz presente em parte das interações entre os pacientes e profissionais. Essa particularidade reside na posição assimétrica em que os participantes (o profissional e o paciente) se encontram no momento da interação. Enquanto o profissional mantém um amplo domínio sobre as condutas e detém o conhecimento técnico do que está em ocorrência, o paciente acaba por submeter-se a uma atuação acanhada porque se sente em flagrante desvantagem para posicionar-se. O profissional passa a desconsiderar a própria presença do paciente e trata exclusivamente da ocorrência. 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 com a presença de “violência simbólica” (Bourdieu, 2002).

Aqui, além da predominância de um discurso, há o constrangimento de um saber popular, ou do senso comum, não importa, o que se verifica é que existe o impedimento de uma manifestação “do outro” em relação ao que está acontecendo. Exclui-se aí, de forma truculenta a possibilidade de se estabelecer a passagem de um conhecimento, o que poderíamos dizer de caráter pedagógico para evitar-se a recorrência do fato ali em ocorrência. Por certo essa postura profissional, assim como o fato deste encontro se desenrolar com esse formato, encontra parte de sua resposta nos resultados cotidianos do paradigma biomédico. Aqui o paciente “esgota-se” num ser impessoal. Em muitas vezes o indivíduo, quando “paciente” coloca a idéia de que o mesmo é um ser hierarquicamente inferior, é esse o “outro” com o qual o profissional vai se relacionar. (Ferla, 2002) Esse processo de assujeitamento do paciente soa contraditório com os objetivos da instituição. Se afinal estivermos tratando de uma instituição que tem como objetivo central o cuidado do indivíduo, colocá-lo nessa posição se configura no inverso do que é pretendido.

Outras formas de identificar a maneira como os indivíduos lidam com o discurso dominante são frequentes em relatos colhidos durante a permanência na instituição.

Eu estava internado no leito 5 e não podia me mexer muito. Estava com quase toda a cabeça enfaixada, mas conseguia ver as pessoas que passavam ao meu redor. Minha boca estava muito seca, eu acho que era porque o meu nariz estava trancado e então respirava só pela boca. (...) Eu sentia os lábios rachados e ardendo. Pedi água várias vezes, mas não me atendiam. Numa das vezes uma Enfermeira chegou mais perto e então eu lhe disse que queria água, sua resposta foi de que eu não podia beber nada, era a recomendação médica. Com esforço expliquei que só queria molhar a boca para diminuir a secura, foi em vão, a resposta foi a mesma ‘ordens médicas’, você não pode beber nada. (PAC-INT-08)

Para além da identidade do capital intelectual do profissional médico percebido pela população, essa prerrogativa 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 também como uma “violência simbólica”, que se apresenta na forma de ações e procedimentos que são aceitos e não questionados (Bourdieu, 2002). A falta de questionamento é um elemento aparentemente recorrente, já que muitas vezes para quem “obedece” fielmente, qualquer questionamento pode significar um confronto com a “autoridade” estabelecida.

4.2-O tempo na emergência.

A indignação e preocupação de Paulo com o Guri têm também um componente agravante. Já faz muito tempo que ele saiu da enfermaria e foi para o Centro Cirúrgico. Essa “demora” poderá ter interpretações diferentes e dependem da quantidade de informações que podem chegar a quem está esperando.

As salas de espera são lugares onde o tempo tem um significado diferente para cada indivíduo, em geral os significados são decorrentes da proximidade afetiva que o acompanhante tem com o paciente que espera e do estado de saúde ou gravidade do evento que o levou para o atendimento.

De maneira geral as salas de espera são locais onde os indivíduos têm a oportunidade de interagir com outros “iguais”, de forma que ali são feitas confissões e questionadas as experiências dos outros. Como já referido anteriormente, esses espaços foram fartos para a coleta de informações que muito auxiliaram nas discussões feitas nos capítulos anteriores. Agora esses espaços são analisados como um dos palcos onde ocorre uma importante relação com o tempo que transcorre na emergência.

Quando minha sobrinha ligou e perguntou o que ela deveria fazer com o ‘neném’, eu disse para ela trazer para cá. Eu sei que aqui eles têm a capacidade de atender logo que o paciente chega, eles atendem logo que chega, e nessas horas isso é muito importante, quanto mais tempo passa até ser atendido o problema piora (USA-AMB-12)

Então, quando eu soube do acidente vim para cá, mas não consegui maiores informações. Eu acho que o caso é grave, e estou muito preocupada. Eles só dizem que o estado do meu filho é estável e que ele está em atendimento. O que posso fazer? Duas pessoas já me ligaram para saber se está tudo bem, e eu não sei. Só sei que está em atendimento. Eu vi outras pessoas que estavam no mesmo acidente e que já foram liberadas, mas o meu filho ainda não [choro], o tempo vai passando e não me dizem nada (...) isso é uma eternidade. (USA-AMB-INT-25)

A instituição que se estudou apresentou uma relação muito presente com a contagem do tempo. Haja vista a sua especificidade em relação ao objeto de interação, que é repleto de ansiedades. Se de um lado há o reconhecimento de que a emergência é um lugar que tem no seu tempo de atendimento imediato uma grande vantagem, existem outras formas de contar e perceber o tempo das emergências.

A passagem do tempo sem informações a respeito do que está acontecendo sempre parece pior do que quando há informações. Vim trazer o meu funcionário que estava no turno e saltou uma limalha no olho dele. Não vou poder mais esperar, mas não consigo falar com ele para saber se está tudo bem e posso ir embora. (USA-AMB-49)

Para Paulo essa espera foi planejada. Antes de seu amigo ir para a cirurgia ele perguntou quanto tempo poderia demorar. Sua pretensão era poder acompanhar o que ocorria com o seu amigo, e assim sentir-se mais confortável em relação a ansiedade da espera, mas mesmo assim:

É um tempo que não passa. Eu pedi para que me dessem informações sobre como está acontecendo a cirurgia, a última informação foi de que ele estava na sala para começar, mas depois disso ninguém veio de lá para dizer alguma coisa diferente. A

Enfermeira me disse que iria ligar para lá e saber novidades, mas até agora não me disse nada. (PAC-INT 58-Paulo Inf)

Ainda que o tempo possa ser um elemento que apresente uma medida universal para a sua contagem, com um fracionamento perfeitamente equacionado e acompanhado através destas suas infinitas frações, essa não é a única forma de pensar essa dimensão. Através de nossas próprias experiências somos capazes de perceber o quanto essa dimensão pode parecer tão diferente. A percepção do tempo poderá mudar enormemente de acordo com a sua utilização e o objetivo para o qual dispomos esse tempo, essa mudança se processará de acordo com um conjunto de elementos que convergem para a medida de sua dimensão. Sendo assim, o tempo poderá se revestir de uma dimensão qualitativa, além daquela que corresponde a sua contagem universal ou quantitativa.

Para essa discussão é importante o tratamento que autores como Émile Durkheim e Mircea Eliade,²⁸ dão a essa dimensão quando propõem uma análise conceitual do tempo, que faz com que o mesmo apareça como um fenômeno ao mesmo tempo qualitativo e quantitativo, cíclico e linear, homogêneo e heterogêneo.

Em grande medida pela tradição dos estudos marxistas, que consideram o tempo como uma mercadoria, assim como os estudos funcionalistas relativos à estruturação do tempo, as concepções quantitativas do tempo foram privilegiadas, enquanto que as qualitativas mantiveram-se num plano secundário. Ao privilegiar o tempo com essa visão, sua concepção linear, que apresenta o tempo como um elemento em contínuo progresso, prevalece como forma usual de ser percebido.

Nessa concepção de tempo, que o reconhece como um elemento linear preocupa-se em introduzir atributos específicos nas atividades, passando a valorizar a eficiência dos processos, ou seja, da obtenção de determinado objeto com o mínimo de recurso, entendendo o tempo como um recurso caro e raro. Isso abre espaço para a necessidade de disciplina, precisão e controle quantitativo das tarefas. Essa visão de linearidade do tempo, que o considera sem retorno, e que empurra a dimensão para a compreensão de “utilização deste recurso” com eficiência e eficácia, toma por certo a aproximação da sua racionalidade um atributo que contribui para o disciplinamento do espaço de saúde. De forma especial, como

²⁸ 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.

vimos, as emergências apresentam essa preocupação, onde a execução de procedimentos precisos, disciplinados e no tempo certo é uma qualidade buscada pela instituição e reconhecida pelos usuários. (Kniestedt, 2010)

Revestido por essa compreensão, pode-se perceber que o tempo na emergência, sob o ponto de vista de seus trabalhadores, apresenta uma forte linha de constrangimento para sua utilização de forma diversa daquela que está estritamente relacionada às tarefas que compõem o cuidado. Aqui mais um reforço para que os profissionais diretamente ligados ao processo de cuidado não se desviem para a realização de tarefas “menores”. Predominam nesse tempo as características de disciplina que forjam corpos dóceis, identificadas por Foucault (1979) neste “novo campo de produção”.

Esse aspecto acaba se estabelecendo como uma regra que é pactuada com todos os envolvidos. A instituição que tem na sua atividade a emergência o faz com a compreensão de que isso é necessário, tornando-se um compromisso, enquanto que quem procura esse serviço espera encontrar esse atributo.

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. (Kniestedt, 2010 p. 102)

O arcabouço que engloba a concepção do tempo linear deixa de reter, porém, o caráter heterogêneo e recorrente do tempo que se faz presente numa concepção mais ampla, que inclusive pode ser considerado no tempo do trabalho. Esse caráter heterogêneo é representado pelo tempo cíclico, vivenciado pelos indivíduos que a ele atribuem um significado (Hassard, 1996).

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. (Kniestedt, 2010)

Só depois da vizinha estabilizada é que conseguimos conversar sobre a escala de trabalho do Natal e ano Novo. (ENF-AMB-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... (MED-AMB-33 POLI)

Em estudo anterior foram apresentadas algumas situações em que a instituição estudada admite a observação de uma “micro cultura” que tem uma relação direta com os ciclos e tempos do cuidado.

São referências ao tempo que são contadas a partir de eventos específicos. Muitos tratam dos limites (antes e depois) dos episódios do dia (plantão) em que há o afastamento do campo de tensão, o que ocorre de forma heterogênea, fato que reforça a possibilidade da existência de diferentes formas de avaliar o tempo. São formas baseadas numa combinação particular de durações ou sucessões, muitas vezes cíclicas, onde a repetição se contrapõe ao tempo linear. Da mesma forma a prevalência de tipos de acidentes em determinadas horas do dia faz a contagem se dar antes e depois destas frações de tempo.

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. (...) depois disso eu relaxo. (ENF-AMB-26 SUT)

Outros ciclos podem ser percebidos desta forma cíclica de contar o tempo, 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. (ENF-AMB-INT-24 RX)

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

A ciclicidade da contagem do tempo também se faz presente sob o ponto de vista dos acompanhantes e dos pacientes. Há que se reconhecer que o paciente ou o acompanhante encontra-se imerso em uma ambiência diversa daquela em que costuma interagir o que propõe ajustes na sua conduta, como vimos anteriormente. A observação deste aspecto na interação destes indivíduos permitiu a identificação de um processo de contagem de tempo em muitas vezes relacionado aos eventos do cotidiano daquele espaço de cuidado.

Depois que me deram o remédio, de hora em hora a Enfermeira tirava [verificava] a minha pressão. Quer dizer, eu não sei se era em cada hora, se passava tudo isso, eu acho que não, sei lá, a cada meia hora, ou até menos eu acho. Bem, mas ela vinha ver como estava a pressão. Depois de umas vezes é que me sentaram e eu fiquei mais tranqüila porque a Enfermeira me disse 'agora sim' e perguntou como eu estava me sentindo (...) eu estou com fome, que horas são? (PAC-AMB-103)

Se existem questões contingenciais que estão relacionadas aos fluxos de atendimento, onde o processo do cuidado cria determinados constrangimentos na utilização do tempo por parte da equipe, para outra tarefa que não seja a do cuidado, também há um ajuste dos pacientes em relação a esse aspecto. 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. Assim, alguns elementos do cuidado são absorvidos pelos pacientes sem que haja uma qualificação que o referencie. Há, no entanto uma grande riqueza

observada na forma como os pacientes e usuários contam e qualificam o tempo. Parece haver a predominância de um aspecto, a ansiedade.

Para Paulo o tempo de espera é 'longo demais...' Para quase todos aqui a espera é longa demais. O HPS parece ser um lugar em que não se pode esperar. A emergência tem uma amplitude tal que irriga todas as áreas, sejam de atendimento, administrativas, de apoio da gestão, etc., nada escapa desta ansiedade. (ADM-ADM-DAH 01)

No capítulo anterior referimos que a instituição em estudo, por suas características de atendimento, possui uma conformação onde é possível a visualização dos pacientes entre si. Isso é possível porque, diferente dos hospitais gerais, onde os pacientes são internados em quartos, a área de atendimento do HPS tem o formato de um grande salão, onde os leitos ficam dispostos ao redor de um posto central. Desta forma é possível que os pacientes mantenham entre si um processo de comunicação mais intenso do que nos hospitais gerais. Por vezes há uma relação da contagem do tempo que refere a entrada ou migração de um paciente.

Foi desde a entrada de Mário no leito 14 que não deixaram mais fechar a porta de noite. Antes o carro da janta tinha que fazer a volta até chegar aqui. É que o Mário estava num leito extra e se mudou para cá. Para fazer essa mudança mexeram em vários leitos. Se vier outro paciente vão mexer em tudo de novo? (PAC-INT-13)

A partir de observações e das respostas obtidas no processo de investigação, em especial nas áreas de internação do HPS foi possível encontrar um conjunto de significados para determinados tempos e na forma como os mesmos servem para interpretar ocorrências.

Desde que eu cheguei aqui já passaram outros pacientes que ficaram menos tempo do que eu. Alguns tiveram alta e já foram embora que e eu ainda continuo aqui. Não tem outra explicação; eu sou um dos pacientes mais graves desta enfermaria, senão eu já

teria ido embora daqui. Quanto mais o tempo passa pior para mim. Depois de sair daqui ainda vou demorar um tempo para caminhar, estou longe de voltar ao normal. (PAC-INT-43)

Os tempos de internação normalmente são medidas que dão a dimensão da gravidade do paciente. Muitas vezes ao dizer “minha mãe ficou internada 33 dias na UTI” dá ao relato a certeza de se estar tratando de um caso com muita gravidade. Da mesma forma que um relato que inclua a informação de que “levou cinco horas para ser atendido” significa o provável agravamento do estado de saúde. São tempos que postos no relato, por quem informa, funcionam muito mais do que um número que quantifica a passagem do tempo, ele tem o objetivo de qualificar do que se está falando, não é um substantivo, mas sim um adjetivo, cujo significado quem relata quer passar com veemência. Mas ainda outros tempos são qualificadores de determinadas ocorrências.

Os dois entraram no mesmo dia, mas o Ricardo continua internado. (PAC-INT-19)

Normalmente em dois dias já é possível retirar do respirador, depois deste tempo a perspectiva é outra. (MED-INT-12)

Depois de sete dias de antibiótico, se não reagiu, bem, pode ser problema. (ENF-INT-19)

Foram sete horas de cirurgia, vai ficar mais vinte e quatro horas na recuperação. (MED-INT-12)

Depois de trinta minutos não adianta insistir. (MED-AMB-28)

É ambulatorial, sai em quinze minutos. (ENF-AMB-25.2)

A percepção do tempo com ciclicidade, ou seja, com a propriedade do persistente retorno, da qual falamos em relação a outros participantes, também pode ser verificada em algumas interações dos usuários com a ambiência com a qual passam a lidar.

Estou aguardando o horário de visitas para ver se minha esposa vem. Eu preciso saber como vão determinadas coisas. Na última visita ela não pôde subir porque são somente dois familiares em

cada horário e vieram a minha filha e genro. Se eu não conseguir falar com ela hoje só amanhã. (PAC-INT-16ad)

Ele chegou depois do horário do almoço e ficou o tempo todo reclamando que estava com fome. Ainda bem que tem um lanchinho de tarde e que ofereceram umas bolachas para ele. Eu já não queria mais ouvir ele falar que estava com fome. (PAC-INT-90)

São ciclos aos quais logo há uma adaptação dos usuários. Fazem parte das regras que devem ser cumpridas e facilitam a organização da Unidade de Trabalho. Há ainda por parte dos pacientes a percepção de que existem momentos mais oportunos para obter resultados positivos do que é pleiteado. Muitas vezes há a sensação, manifestada nas respostas dos pacientes, de que em determinado plantão²⁹ existe um maior compromisso para atender aos pedidos dos pacientes.

Vou esperar até amanhã para pedir isso. Esse plantão eu já conheço, não vão me atender. Da outra vez eu vi o Jorge pedindo para arrumar isso e disseram para ele que só com a ordem da Enfermeira. Passou o dia e não resolveram. (PAC-INT-28)

Há entre os pacientes, em certa medida, a concessão de um grau de “antiguidade”. Assim como em uma associação ou confraria. Porém, haja vista os tempos de internação não serem longos, essa antiguidade às vezes é medida em frações que são muito particulares do lugar. Não é incomum que os pacientes refiram que “o leito 02 chegou antes do almoço”, trata-se de uma medida de tempo que refere determinado ciclo e dá uma dimensão de uma peculiar maneira de se referir a essa dimensão.

Os pacientes recém chegados são referidos como quem “recém entrou”, dando um tratamento para esclarecer “de quem se está falando”, termo que também é utilizado pelos trabalhadores. Logo que acolhidos, os “recém chegados” despertem atenção dos demais pacientes internados. Trata-se de uma curiosidade comum em todas as enfermarias. A explicação para essa curiosidade foi apontada como sendo

²⁹ O modelo que prevalece no HPS é o de regime de plantão, o que significa a alteração dos trabalhadores em turnos. Esse modelo é percebido pelos pacientes que passam a conhecer os profissionais de cada turno.

um evento que oferece a possibilidade de ouvir uma nova história, já que em muitos momentos os locais de internação são monótonos. Percebe-se que há também uma certa tendência ao paciente que chega contar a sua história, bem como ouvir as dos demais que estiverem interessados em contar.

Paulo é um paciente com alguma antiguidade na enfermaria onde está sendo tratado, sua longa internação lhe dá esse rótulo. Se não fosse assim provavelmente não receberia informações privilegiadas sobre como está ocorrendo a cirurgia do Guri. Por certo os familiares também são informados sobre o andamento, o que é um direito, mas para Paulo essa informação é uma regalia, já que o mesmo não tem nenhum grau de parentesco que possibilite o acesso a essas informações.

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 como um processo de nidificação, isto é, um estilo de ocupação que transforma determinado espaço na casa da gente.” (Fischer, 2001, p. 97)

O que se pode perceber é que, não diferente de tantas outras situações que são experienciadas na vida, essa regalia faz parte de um processo que busca o enquadramento desta ambiência “áspera” em um espaço mais agradável, que se faz em parte, pelo processo de nidificação desta ambiência com a qual o paciente passa a conviver. Por certo essa observação poderá se dar em outras situações que encontramos na instituição estudada e que representam uma “fuga ao rigorismo” de determinada regra. Os motivos para essa ocorrência também, por óbvio, não estarão associadas somente a existência de rotulagens específicas, como a que aqui trouxemos, como sendo a antiguidade de determinado paciente. O que entendemos estar em ocorrência é aquilo que DaMatta (1993) chamou de “jeitinho”.

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. (Kniestedt, 2010 p. 158)

Na aproximação da explicação de ocorrências deste tipo Roberto DaMatta (1993) expõe questões que diferenciam dois tipos de Brasil. O primeiro identifica-se com dados estatísticos, precisos e esclarecedores de sua posição no mundo. São informações que, por se tratarem de dados possíveis de imediata comparação, ou seja, por serem elementos que nos permitem fazer certa análise, que poderá ser comparativa ou prescritiva, indicam o Brasil que somos e o Brasil que gostaríamos de ser. 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). Nesta outra configuração vertem as coisas admiráveis, a boa comida, a música envolvente, a saudade que humaniza o tempo, a solidariedade que permitem resistir e superar tudo e que nos dá outra percepção, a de que afinal somos um povo que “vale a pena”.

Por certo esse processo que busca tornar facilitadas determinadas questões, em especial aquelas que a regra proíbe, mas que não representa uma infração grave está acolhida pela tentativa de familiarização/nidificação da ambiência. Essa tentativa é de transformá-la em algo mais próximo da “casa” do que da “rua”. 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 conseqüências importantes (DaMatta, 1993).

São subversões “menores”, insignificantes ou não prejudiciais ao contexto do cuidado. 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 do qual a instituição não está imune.

O presente capítulo teve como principal objetivo trazer ao foco a dinâmica dos movimentos internos da instituição, em especial as formas que são delineadas a partir das especificidades da ambiência da emergência, onde o trabalho foi desenvolvido. Mais do que apresentar o espaço de atuação dos indivíduos que participam da interação no processo de atenção à saúde, o que se buscou explorar foram as maneiras de agir e interpretar o que está em ocorrência neste atendimento. A tentativa foi de deixar aflorar as expectativas e representações construídas a partir de um processo face-a-face tão desigual, em que o paciente em crise se defronta com o símbolo da sabedoria e autoridade do meio.

Como forma de buscar esse objetivo trouxemos um conjunto de experiências capturadas durante o trabalho de pesquisa, retratando de um lado o cotidiano do trabalho desenvolvido na instituição HPS, e de outro as diversas maneiras de compreender a dinâmica da assistência. Sua diferença dos capítulos anteriores está na interpretação das formas de agir numa perspectiva compreensiva dos eventos que eram trazidos ao texto.

O início do capítulo tratou do acesso aos estoques de conhecimento dos indivíduos envolvidos na interação, tentando identificar a sua intensidade e importância. Tratamos da complexidade que reveste a prática de interpretar os significados das informações dos pacientes e das dificuldades de fazê-las penetrar no discurso dominante que disputa a verdade e retém o poder simbólico. Na linha interpretativa das ocorrências observadas no trabalho de pesquisa, apontamos situações que entendemos possíveis de classificar como violência simbólica. Ocorrências que, não só sedimentam um discurso dominante, mas, também, acabam por constranger aspectos que entendemos importantes no arsenal do cuidado, como a formação de vínculos entre os participantes do cuidado, elemento facilitador da terapêutica desejada.

Abordamos também o auto-reconhecimento de qualidades dos trabalhadores da emergência, que auxiliam na apuração de uma qualificação do próprio grupo, bem como o reconhecimento dos usuários de sua especial posição no ranking dos serviços de saúde.

Alçamos uma reflexão sobre a forma como o tempo pode ser medido, levando em conta as discussões já realizadas desta importante dimensão. Entendemos que essa dimensão forja a maneira como é percebida a dinâmica da emergência, e apontamos outras relações desta contagem, que se escondem nas salas de esperas e enfermarias.

Por fim localizamos ocorrências que dão conta de um processo de nidificação da ambiência por parte de seus pacientes, indicando que por mais estranho e árido que possa ser o espaço da emergência, o indivíduo busca inserir no mesmo alguns atributos que lhe permita uma melhor estada. Tudo isso com o objetivo mais amplo de dar “carne e sangue” a percepção de que ali encena-se um conjunto de práticas implícita ou explicitamente subversivas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encaminhando para a finalização do presente trabalho, tentemos agora, organizar aquelas constatações que nos pareceram ser as principais. Não se tratam de constatações que confirmam qualquer hipótese que tenha sido anteriormente formulada sobre o tema que se buscou estudar, mas sim, aquelas que trouxeram maior significado para os propósitos da pesquisa aprendizado do autor, ou seja, aquelas que se incorporam ao conhecimento e que se lançam como base para novas indagações.

Lembrando que o nosso objetivo central ao empreender esse esforço de pesquisa, foi o de buscar, através de uma perspectiva compreensiva, os principais elementos que são manipulados pelos indivíduos num encontro de atendimento num hospital de emergência. Agora, então, é possível trazer questões importantes para serem referidas sobre esse objetivo.

De maneira geral, foi possível constatar que existem importantes elementos da ambiência em estudos, sob os quais existem formas de manipulação, tanto pelos funcionários da instituição, como dos pacientes que passam a habitar os espaços de atenção desta, por conta de uma necessidade de cuidado à saúde. Haja vista o trabalho ter se dirigido, em alguma medida, para a exploração de elementos que interferem na escolha da emergência do HPS, como forma de acesso preferencial, de muitos usuários, ao sistema de saúde, certa ênfase foi dada a esse aspecto.

A partir da observação da ambiência em estudo foram trazidas ao texto para reflexão as “desarrumações” que ocorrem no espaço do HPS bem como as turbulências que ocorrem nas interações entre seus habitantes. São desarrumações e turbulências que ocorrem por conta do que chamamos de “subversão” dos espaços da emergência, e que são o resultado de uma superlotação do serviço para dar conta de cuidados não dentro da vocação de atendimento do HPS.

Uma questão que foi explorada ao longo do trabalho tratou dos vínculos existentes entre o sistema de saúde que a sociedade deseja e aquele que é o resultado de um processo para onde convergem vários elementos da realidade. Nesta arena, onde acontece a formulação das políticas e sistemas de saúde, há uma disputa permanente de interesses de diversos tipos, o que resulta em um sistema que deve negociar com determinada conjuntura social, econômica e política. Essa exploração se fez incorporando informações sobre a evolução do processo constitutivo dos sistemas de saúde, em especial do sistema brasileiro, que interfere sobremaneira sobre diversas das questões que estão no processo de cuidado onde está inserido o HPS. Neste exame, foi possível refletir sobre as linhas mestras que conformam esses sistemas, que tentam, em vários lugares do mundo/planeta, atender às demandas existentes no que se referem ao cuidado à saúde. Por certo não existem sistemas puros, mas sim formulações que germinam dos anseios das culturas locais, e que sofrem as interferências externas de um mundo globalizado. Suas diferenças são fundamentais para compreender como se desenvolve o cuidado à saúde, pois os sistemas são o resultado de conquistas e, portanto, refletem o que se espera dos mesmos.

Por outro lado, a análise dos sistemas de atenção à saúde vigentes permite que se possa compreender as soluções implementadas para problemas comuns. Não obstante, os sistemas e as soluções não possam ser transferidos para comunidades diferentes, sem que sejam consideradas as suas especificidades, essa estratégia aponta para um processo permanente de discussão e provoca pressão para ampliação de sua atuação, o que vai no sentido de implementar adaptações para um processo de melhoria constante e contínua.

Ciente da necessidade de compreender a emergência, como parte de um conjunto de elementos que a constrói como porta do sistema, e não de uma forma isolada, foi necessário lançar o olhar sobre seus constituintes, entendendo o seu lugar no sistema. Compreender a forma como se articula o sistema de atenção permitiu que se explorasse as formas de acesso disponíveis. O que se verificou é que não há uma resposta única que possa explicar a busca intensa dos serviços de emergência como porta preferencial para o acesso ao sistema de atenção à saúde, mas sim, um conjunto de fatores.

Ao apontar para a realidade de superlotação das emergências, em grande medida já naturalizada pela sociedade, foram apresentados e discutidos alguns

motivos para a situação encontrada. São motivações que se revelaram através de um processo de escuta de seus usuários, bem como, de manifestações de trabalhadores e gestores do sistema. Neste aspecto, o que se constatou é que há uma parcela de usuários que faz uso dos serviços de emergência do HPS por motivações diversas daquelas entendidas como genuínas pelo saber dominante, mas que são legítimas quando explicitadas pelos usuários. Com certeza essas motivações estão alojadas não apenas na vivência do paciente que entende, por exemplo, a dor como uma situação de emergência, mas ,também, por entender que é a sua melhor opção para o atendimento e ingresso no sistema. Esse entendimento se constrói no usuário, por conta de uma imagem que é apresentada como o cotidiano dos serviços, seja pelas notícias vinculadas pela imprensa, seja por uma experiência pessoal ou familiar mal sucedida na busca de atendimento.

Um sistema de saúde, mesmo com acesso universal e igualitário, mas que mantém ainda ineficácias na hierarquização, com fragilidade na referência e contra-referência dos pacientes, que produz vínculos heterogêneos na relação com os pacientes, assimetrias nos tempos de atendimento e grandes diferenças na capacidade resolutiva e que carece de uma robusta regulação das demandas, oportuniza aos usuários a prática de subversões nos seus níveis de complexidade e espaços de atenção. De forma simplificada podemos dizer que o usuário, por falta de vínculo, e por vezes de informação adequada sobre o sistema, toma para si a “escolha” do serviço a ser acessado. Por outro lado, há um conjunto de expectativas produzidas pela mídia e pelo mercado privado de serviços de saúde, que cria novas demandas, fixando no imaginário dos usuários a solução da saúde através do atendimento por especialistas, acesso a exames mais complexos e medicação abundante. São muitos os relatos que apontam para a sinergia destes desejos, como sendo motivações para a pressão por atendimento nas emergências. Sendo assim, se na sociedade contemporânea o indivíduo é colocado na condição de consumidor, não podemos esperar que sua “escolha” seja afastada dessas expectativas.

Essa pressão acaba por estabelecer um novo desafio aos serviços de saúde, ou seja, para além do acolhimento e da prestação dos serviços, esses devem regular a demanda, tentando orientar a trajetória do usuário pelos diferentes níveis de complexidade que o sistema oferece. Isso, no entanto tem que ser feito de forma

simultânea, o que retoma a necessidade de formação de um vínculo mais qualificado.

No caso das emergências há um esforço que está limitado para a adequação da forma de atendimento se processar de acordo com o grau de risco dos pacientes, porém existem situações em que essa tarefa é dificultada pela própria característica da demanda, que busca seu atendimento através de um processo de “urgenciamento”. O estudo aponta que essa subversão, que ocorre no espaço de cuidado, seja pela intensa demanda, seja pela falta de regulação da mesma, promove uma desarrumação da ambiência. Por um lado essa ocorrência permite a superlotação da instituição, tornando seu papel no sistema fragilizado e, de outro lado, acaba por permitir que exista a mistura de pacientes com patologias diversas em um mesmo espaço de atendimento. Trata-se de um aspecto que apresenta uma aparente contradição, em especial por estarmos tratando de um espaço que tem por princípio ser um lugar onde a disciplina deve imperar.

Como vimos no decorrer das análises realizadas, estamos tratando de um especial espaço de produção, onde a introdução de mecanismos que tem como objetivo disciplinar o confuso espaço onde se dá o cuidado, é que permite a sua condição de funcionamento. Porém de acordo com o que foi trazido ao trabalho, sua atuação no cotidiano, em grande medida causado pela superlotação, não se processa com essas características.

A primeira evidência dessa desarrumação é apresentada quando se admite a possibilidade de confundir a emergência com uma enfermaria, dado ao fato de haver pacientes “internados” na emergência, ou mesmo aguardando o resultado de um diagnóstico ou de exames realizados. Essa desarrumação, provocada pela subversão de seus espaços de atenção, traz consigo uma turbulência interna que é identificada por trabalhadores e pacientes.

Por parte dos funcionários essa desarrumação aparece nas queixas de aumento do trabalho e preocupação com a possibilidade de ocorrência de erros, sob os quais poderá ser responsabilizado. No caso dos pacientes, isso se apresenta na forma de queixas por determinadas demandas não atendidas, o que chamamos de necessidades negligenciadas.

O que se pôde observar, aprofundando essa questão, é que há, por parte dos funcionários, um padrão explicativo para as demandas não satisfeitas dos pacientes, já que são reclamações sobre refeições, visitação e materiais de higiene,

o que seriam demandas de menor prioridade se comparadas com outras de pacientes mais graves. Essa explicação confere com as reclamações recolhidas, o que estaria indicando que, de fato, naquilo que é a principal vocação da emergência não há problemas de relevância. Essa interpretação reforça a lógica disciplinadora que impera(ria) nesse complexo espaço de produção. Ou seja, no interior desta aparente desorganização do processo de atendimento está ainda preservada a disciplina que gerencia a emergência, mantendo aquilo que é considerado o novo campo de produção, que se revela possível de operar porque se mantém dentro de uma rígida disciplina.

Há, no entanto um elemento que se apresenta de forma implícita nas interlocuções entre os usuários e que interfere nas interações e na ansiedade da própria instituição. É a questão da falta de informação/comunicação. Muitos foram os relatos de familiares e respostas de pacientes onde narravam-se situações de total desconhecimento de sua situação de saúde ou de seu familiar/acompanhado. Apesar de alguns destes relatos terem encontrado resposta na justificativa de que “são pacientes que aguardam o seu diagnóstico”, como foi justificado por um profissional da assistência, a falta de informação é prevalente quando se trata daquelas informações e/ou orientações que devem ser dirigidas aos pacientes e usuários.

É, ao que parece, uma característica da instituição, enquanto algumas informações circulam com muita rapidez e facilidade, já que dão conta de necessidades de movimentação de especialistas para elucidar determinado aspecto de um diagnóstico, em auxílio a outro profissional, outras, que dizem respeito ao que está em ocorrência com pacientes, têm um trânsito com uma elevada dose de burocracia, tornando-a muito difícil de ser obtida e por consequência, gerando ansiedade no âmbito do atendimento. Seria sábio encontrar caminhos para a organização de um processo de comunicação que proporcionasse aos usuários saber o que está acontecendo, talvez o início de um diálogo necessário. Uma iniciativa com um objetivo específico, que poderia evoluir para um propósito mais amplo, o de estabelecer um vínculo capaz de orientar sobre o que está por vir, ou seja a continuidade, muito comum, do atendimento necessário para a recuperação do paciente.

Analisando o ponto de vista dos processos que subvertem a lógica de atendimento e que estão ligadas as iniciativas de usuários, o que se constatou é que

existe mais de uma forma de manipulação para obter vantagem no seu atendimento. Há desde a decisão de não reclamar para evitar o conflito com a equipe de atendimento, até a simulação de sintomas para agilização do atendimento. Em relação a uma parcela destes pacientes, fica evidente que há, através de simulações aprendidas com outros pacientes ou mesmo de pessoas que já tiveram seu atendimento realizado, um aprendizado. São manipulações que se utilizam de artifícios para buscar vantagens, como a diminuição do tempo de espera para o atendimento ou liberação para deslocamentos nas dependências do HPS. Esse processo, que ficou evidente durante o estudo, e que ocorre especialmente nas áreas de internação, foi chamado de “aprendizados da emergência”, e só é possível porque os pacientes estão atentos para obter informações que possam facilitar ou tornar mais fácil a sua estada na instituição. São ações que passam a ser tomadas na medida em que dão ao usuário alguma vantagem na sua relação com a emergência.

Cabe aqui refletir sobre essa oportunidade pedagógica. Se de um lado temos indivíduos prontos para capturar informações que possam facilitar o seu cuidado à saúde e de outro um conjunto de informações importantes que podem facilitar o transito destes indivíduos pelos diversos serviços que compõem o sistema, o que mesmo estamos esperando? Ainda que a emergência seja um lugar onde tudo se pretende e tudo se executa de forma rápida e objetiva, cabe refletir sobre a possibilidade do “aprendizado da emergência” ter seu conteúdo explorado para qualificação da “escolha” do usuário.

Talvez, ainda uma pergunta fundamental deva ser feita: qual o perfil e o destino reservado às emergências?

Para se iniciar essa resposta é necessário reconhecer que há uma tarefa complexa a realizar. É preciso entender o embate entre a perspectiva médica, que busca legitimar as “emergências” e as “escolhas” dos usuários. De um lado a prática assistencial preparou-se longamente para, através de modelos muito bem delineados, estabelecer o que está dentro e o que está fora, estabelecendo limites a serem respeitados e, de outro lado, o indivíduo, que, em crise, busca aquilo que lhe é prometido, assistência, que é demarcado pela resolutividade, que buscará através de uma “escolha”, guiada por uma estratégia.

Mas existem ainda muitas pontas para amarrar, esse é um processo em permanente construção e cabe às emergências participar desta construção que

deve ter como objetivo a melhor assistência do usuário. O limite da responsabilidade da emergência não é a emergência, é o usuário. Vivemos em um tempo em que não basta fazer bem alguma coisa, temos que aprender a fazer novas coisas. A ambiência da emergência é um lugar onde se deve ensinar, além de curar.

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 dívida 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**. The environment and social behavior. Mobterey, CA: Brooks / Cole, 1975.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. Revista de Saúde Pública, 2004.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital**. Instituição e História Social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

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.

AROUCA, S. **A reforma sanitária brasileira**. Tema Radis 1988; 6 (11): 24

BAKER, L. C. & BAKER, L. S.. **Excess cost of emergency department visits for nonurgent care**. Health Affairs. Winter, 1994, 162-171.

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.

BOURDIEU, Pierre. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002, 98p.

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, MS - **Pacto pela Saúde** – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021 (acesso em junho 2013)

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. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS)**

CANADIAN COALITION FOR GREEN HEALTH CARE.
<http://www.greenhealthcare.ca/>> Acesso em Janeiro de 2007.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto; CORDONI, Luiz. **A organização do sistema de saúde no Brasil**. Bases da saúde coletiva, Londrina: Ed. UEL, 2001.

CARVALHO, A. I.. **Da saúde coletiva às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade**. Ciência e Saúde Coletiva, 1996 1(1): 104-121.

CFM- Conselho Federal de Medicina, 1995. Resoluções Normativas. Resolução CFM n ° 11.451/95. Consulta eletrônica:
[www.cfm.org.br/ResolNormat/Alfabetica/Pronto Socorro.htm](http://www.cfm.org.br/ResolNormat/Alfabetica/Pronto_Socorro.htm). Arquivo capturado em agosto de 2010.

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

CONILL, Eleonor Minho. **Sistemas comparados de saúde** In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.563-613. (Saúde em debate, 170)

COSTA, Nilson Rosário da. **Lutas urbanas e controle sanitário**. 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.

DAVIDSON, S. M. **Understanding the growth of emergency department utilization**. Medical Care, 1978. 16(2): 122-132.

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 Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo.** Rio de Janeiro: Perspectivas do Homem/edições 70, 2000.

DURKHEIM, Emile. **A Ciência Social e a Ação.** São Paulo: Difel, 1975.

FERLA, Alcindo Antônio. Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia da idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas / Alcindo Antônio Ferla; orientação de Denise Balarine C. Leite – Porto Alegre, 2001. 255 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa da Pós-graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, Jaqueline. **O corpo sígnico.** In: ALVES, PC., and MINAYO, MCS., (Org). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p. ISBN 85-85676-07-8.

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.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2004. 680p.

GEOVANINI, Telma. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GIDDENS, Antony. 1989. **A Constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**, São Paulo: Perspectiva, 2001.

GRUMBACK, K.; KEANE, D. & BINDMAN, A. **Primary care and public emergency department overcrowding**. Am. Jour. of Public Health, 1993. 83(3): 372-378.

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.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Contexto of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980

KNIESTEDT, Alvaro. **Os bastidores de uma emergência**: etnografia da ambiência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. 2010. 187. Dissertação de Mestrado Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

KNIESTEDT, Alvaro. **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.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de Marketing**: A Bíblia do Marketing. Prentice Hall Brasil, 2006, 12a edição. 776p.

LEMAY, A.; BÉLAND, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BOUCHET, M.; LAVOIE, G. **Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers**. Sciences Sociales et Santé, 1996. 14(2): 5-37.

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

LUZ, Madel T., **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje**. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos. (Org.) Cuidado: as fronteiras de integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MALONE, R. E. **Whiter the almshouse?** Overutilization and the role of the emergency department. J. Health Polit Policy Law, 1998. 23(5): 795-832.

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.

MERHY, Emerson Elias. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. & CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (org.), **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, R. M. . **Sobre a Economia da Saúde**: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Gastão Wagner de Sousa Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Júnior; Yara Maria de Carvalho. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, v. , p. 259-293.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOSSÉ, P. **L' analyse économique de l' urgence**: une construction sociale. Sciences Sociales et Santé. 1996. 14(2): 39-45.

NORONHA, J. C.; TRAVASSOS, C. M.; MARTINS, M. Mortalidade **Hospitalar como Indicador de Qualidade**. Ciência & Saúde Coletiva **JCR**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 367-381, 1999.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. ; MACHADO, C. V. . **O Sistema Único de Saúde - SUS**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ªed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, v. , p. 365-393.

PAIM, J. S. **Organização da Atenção À Saúde Para Urgência e Emergência**. In: SILVA, LMV. (Org.). SAÚDE COLETIVA - TEXTOS DIDÁTICOS. 1ed.SALVADOR: CENTRO EDITORIAL E DIDÁTICO DA UFBA, 1994, v. , p. 149-168.

PAIM, J. S. **Políticas de Saúde no Brasil**. . In: Maria Zélia Rouquayrol; Naomar de Almeida Filho. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6ed.Rio de Janeiro: Medsi, 2003, v. , p. 587-603.

PAIM, J. S. **O Sistema de Saúde Brasileiro**. In: Cesar Gomes Victora; Maria do Carmo Leal; Maurício Lima Barreto; Maria Inês Schmidt; Carlos Augusto Monteiro. (Org.). Saúde no Brasil a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, v. , p. 36-69.

PITTA, A. **Hospital**: Dor e Morte como Ofício. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

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.

POWER, R.; JONES, S.; KEARNS, G.; WARD, J. **An ethnography of risk management amongst illicit drug injectors and implications for development of community-based interventions** . *Sociology of Health & Illness*, 1996. 18(1): 86-106.

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.

ROCHA, Juan S. Yazlle. **Do caos mercantilista à racionalidade de saúde: a reconstrução do processo assistencial.** *Saude soc.*, São Paulo, v. 4, n. 1-2, 1995 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2901995000100026&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901995000100026>.

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.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979,

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: Trajetória da saúde pública**, São Paulo: Editora SENAC, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1. (acesso em julho 2013)

TANNEN e WALLAT, Deborah e Cynthia. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: Exemplos de um exame/consulta médica. In RIBERIO, Branca Telles (Org.). **Sociolinguística Interacional: Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso.** Porto Alegre. AGE Editora, 1998. p.121-141.

TORRENS, P.R. & YEDVAB, D.G. **Variations among emergency room populations: a comparison of four hospitals in New York City.** In: *Emergency medical services: behavioral and planning perspectives* (Noble, J. H.; Wechsler, H.; Montagne, M. E. & Noble, M. A., orgs.), 1973. pp. 139-164., New York: Behavioral Publications.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**, São Paulo: Atlas, 1990.

TURNER, Victor Witter. **O processo ritual**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974. p. 116-159.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1981.

<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/04/medicos-suspendem-atendimento-em-planos-de-saude-de-9-estados-e-do-df.html>