

12. Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro

Marilene de Castilho Sá
Creuza da Silva Azevedo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SÁ, M.C., and AZEVEDO, C.S. Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A.D., *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 299-331. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415924.0014](https://doi.org/10.7476/9788575415924.0014). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

TRABALHO, SOFRIMENTO E CRISE NOS HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

12

Marilene de Castilho Sá
Creuza da Silva Azevedo

Os hospitais públicos de emergência das grandes cidades, e especialmente no município do Rio de Janeiro, sofrem, por um lado, as consequências da dificuldade de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços de saúde que garanta o acesso a todos os níveis de assistência e, por outro, os efeitos dos processos de exclusão social, de violência e de banalização da vida e do sofrimento alheios que se intensificam em nossa sociedade (Sá & Azevedo, 2002). Em um contexto social de insegurança e de despedaçamento das antigas redes de solidariedade (Bauman, 1998), de banalização das injustiças sociais (Dejours, 1999a), de conformismo gritante, os hospitais se deparam com a superlotação e extrema precariedade das condições trabalho, fonte de sofrimento para os pacientes e para os profissionais. Tal contexto mostra-se, a princípio, adverso à construção de projetos coletivos, à solidariedade e ao cuidado com a vida.

O presente capítulo procura analisar a dinâmica de funcionamento dos hospitais de emergência, particularmente sob a ótica do trabalho assistencial e gerencial, a partir de uma perspectiva teórica que busca articular a psicossociologia francesa, especialmente através das contribuições de Eugène Enriquez para compreensão dos processos organizacionais (1997a, 1997b), a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais, particularmente a leitura de René Kaës (1989, 1991, 1997), e a psicodinâmica do trabalho, na perspectiva de Cristophe Dejours (1994, 1999a, 1999b, 2004).

A organização é considerada, nesta visão, uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação e na qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para manifestação de paixões presididas pelo amor e também pela violência (Enriquez, 1997a, 1997b).

O fenômeno organizacional passa a ser por nós tratado a partir da dimensão imaginária, intersubjetiva e grupal (Enriquez, 1997a). Para compreender a organização, é necessário então admiti-la como fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando uma outra cena: a do inconsciente e do imaginário.

Na perspectiva psicossociológica, a organização é um sistema cultural, simbólico e imaginário, no qual se destacam o papel do sujeito e dos processos grupais. Toda organização dispõe de um sistema de normas e valores, procurando levar seus membros a certo modo de apreensão do mundo e de orientação de suas ações. Tal processo encontra equivalência, do ponto de vista psíquico, em imagens compartilhadas pelos sujeitos sobre as organizações às quais pertencem, conformando um imaginário social mais ou menos interiorizado pelos seus membros. Assim, a organização e o trabalho adquirem sentido para os indivíduos não somente por seus imaginários individuais, mas também por uma dinâmica psicossocial e pela conformação de um imaginário social.

A abordagem de Kaës (1989) sobre os processos intersubjetivos e grupais nos possibilita o exame das formações intermediárias e dos espaços comuns da realidade psíquica – expressos através de pactos e contratos inconscientes – fomentados, produzidos e gerenciados pela organização a partir das contribuições e dos investimentos que ela exige dos trabalhadores, reforçando, em cada um deles, alguns processos ou alguma estruturas dos quais eles tiram um benefício tão importante que torna a ligação que os mantém juntos decisiva para suas vidas psíquicas. O conceito de “alianças inconscientes” é particularmente importante para entendermos, por exemplo, os processos de “cegueira” de muitos profissionais de saúde no que diz respeito à adversidade de suas condições de trabalho ou mesmo aos processos de banalização do sofrimento humano (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008). Acreditamos que tal conceito contribua igualmente para a compreensão de determinadas modalidades de vínculo que ligam os trabalhadores à organização e ao seu trabalho porque, segundo Kaës, para se associar em grupo, os homens não só se identificam entre si, como também por meio de um acordo inconsciente deixam de dar atenção a determinadas coisas (que serão recalçadas, rejeitadas, abolidas, apagadas...) em defesa de seu vínculo e do grupo que o contém (Kaës, 1997).

A psicodinâmica do trabalho, abordagem desenvolvida por Christophe Dejours (Dejours, 1999a, 1999b, 2004) volta-se para a análise da relação entre trabalho, prazer e sofrimento psíquico e das estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento. O trabalho em saúde apresenta muitas fontes de sofrimento (Silva, 1994; Pitta, 1999), que adquirem especificidade nos hospitais de emergência, com consequências em geral negativas sobre a qualidade do cuidado (Sá, 2005).

São várias as defesas individuais e coletivas encontradas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento. Essas estratégias de defesa têm um papel paradoxal: não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas têm um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão. Em contrapartida, essas defesas também

podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético [experimentado pelo sujeito por infligir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho] e não mais apenas psíquico. (Dejours, 1999a: 36)

Nesse sentido, entendemos que podem representar sérios limites ao cuidado em saúde, pois, ao permitirem uma “eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer” (Dejours, 1994: 128), podem igualmente levar à negação da vulnerabilidade do outro, particularmente no caso de serviços de saúde, produzindo indiferença pelo sofrimento alheio, descuidos, apatia e, por vezes, falta de responsabilidade. Neste contexto, são possíveis a produção de representações psíquicas sobre a população capazes de dar origem a, por vezes, “uma estranheza radical em relação ao outro, destituído até mesmo de qualquer traço de humanidade” (Sá, 2005: 283).

Uma outra contribuição importante da abordagem da psicodinâmica do trabalho diz respeito à dinâmica do reconhecimento. A possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa pelo reconhecimento, compreendido como gratidão pelas contribuições proporcionadas pelos trabalhadores à realização do trabalho e também como constatação de suas contribuições à organização, sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a bom termo (Dejours, 2004). Entendemos que a dinâmica do reconhecimento também seja um importante condicionante dos vínculos que o trabalhador estabelece com o seu trabalho e com a organização onde se insere.

A partir dessas perspectivas teóricas, procuramos discutir neste capítulo os efeitos do que denominamos “enormidade da demanda” (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008), que bate à porta de um hospital de emergência no Rio de Janeiro, e o desamparo que ali se verifica, como também o imaginário organizacional e os processos de trabalho envolvidos no serviço de emergência e na gestão do hospital, seus dilemas, suas fontes de sofrimento e suas consequências sobre a qualidade do cuidado (Sá, 2005; Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008). Por fim, tratamos os limites e as possibilidades que o contexto de ‘crise’ – simultaneamente aguda e crônica, vivida nos hospitais de emergência do município do Rio de Janeiro –, o domínio da urgência e o imaginário que aí se origina (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007) trazem para a gestão e para a aposta na mudança organizacional.

Duas pesquisas, que originaram duas teses de doutorado, embasam este capítulo e sua estruturação. Sá (2005) desenvolveu, entre 2002 e 2004, um estudo de caso voltado para o exame dos limites e das possibilidades da solidariedade, da cooperação e do cuidado em um hospital de emergência vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ), localizado no município do Rio de Janeiro. Azevedo (2005) realizou, através da narrativa de diretores de hospitais públicos com emergência, das esferas federal, estadual e municipal, também no município do Rio de Janeiro, uma análise da prática gerencial nos anos de 2003 e 2004. Apesar da diferença entre as estratégias de pesquisa e a natureza do material empírico analisado, os dois estudos adotaram o mesmo referencial teórico, referem-se a hospitais com a mesma missão, localizados no mesmo município, no mesmo período, tendo testemunhado um momento de agudização da crise na assistência hospitalar pública no Rio de Janeiro.

FILAS E MACAS NOS CORREDORES: O DESAMPARO EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

O hospital ao qual nos referiremos neste capítulo é um hospital geral, da rede da SES/RJ, com serviço de emergência 24 horas e um serviço de pronto-atendimento (SPA) funcionando 12 horas por dia. Possuía, na época da pesquisa (Sá, 2005), 198 leitos e está localizado no município do Rio de Janeiro, sendo o único hospital geral com emergência em sua área programática, responsável por uma população de, aproximadamente, 1 milhão e 200 mil habitantes.

A despeito da melhoria de suas condições tecnológicas e materiais, comparativamente a um passado de extrema dramaticidade, o hospital ainda passa¹ por imensas dificuldades – como a baixa autonomia gerencial, o desabastecimento e a interrupção da prestação de serviços – devidas, por um lado, a atrasos no pagamento a fornecedores e prestadores de serviços responsáveis por funções essenciais como limpeza, vigilância e alimentação, e por outro, a atrasos no pagamento de servidores, à inexistência ou inadequação de planos de cargos e salários e à contratação de profissionais em bases precárias. Esses problemas, aliados à desarticulação entre as unidades públicas de saúde e ao precário funcionamento da rede básica, resultam nas invariáveis filas e aglomerações diárias, aparentemente irreduzíveis, nas suas portas de entrada e em seus corredores, numa situação em que o sofrimento e o desamparo são a tônica.

A confusão das aglomerações e filas é intensificada pelas características da planta, com espaço físico insuficiente para a demanda e inadequadamente dividido, e pela deficiente sinalização, tornando confusos e problemáticos os fluxos de pessoas e materiais, com prejuízos para o bem-estar de pacientes e trabalhadores (Sá, 2005). Há uma sensação entre os profissionais de um permanente descontrole, de uma invasão: “Isto é a casa da mãe Joana!” (Enfermeira reclamando da aglomeração de pessoas no corredor).

Tanto o serviço de emergência quanto o SPA contam com um único portão de entrada. Esse mesmo portão dá acesso a veículos em geral. Além disso, ele é via para o almoxarifado e o necrotério. Assim, por ali, entram e saem diariamente pacientes, acompanhantes, visitantes, funcionários, moradores de rua – que vêm buscar abrigo nos bancos e nas cadeiras da espera da emergência e utilizar seus banheiros –, bombeiros, policiais, e fornecedores em geral, e é por ali também, pelo pátio onde os pacientes aguardam por atendimento, que passam os cadáveres, transportados das enfermarias ou da emergência para o necrotério.

A fila se estende pelo pátio, com os pacientes no sol ou na chuva, às vezes ultrapassando os limites do portão do hospital. A aglomeração de pessoas que esperam a triagem geralmente torna difíceis a circulação e o trabalho das recepcionistas, cuja função é orientar

¹ Embora a situação do hospital aqui relatada se refira ao observado na época da pesquisa (entre os anos de 2002 e 2004), optamos por manter os verbos no presente do indicativo por entendermos que o contexto e as situações narradas ainda podem ser considerados exemplares da realidade da maioria dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, independentemente de eventuais mudanças que possam ter ocorrido particularmente no hospital estudado.

os pacientes que chegam e auxiliar a enfermagem na identificação mais rápida das urgências/emergências. A sensação que se tem, muitas vezes, é que a demanda ‘transborda’, ultrapassando em muito a capacidade de atendimento.

À precariedade e à insuficiência das instalações físicas e dos recursos do hospital somam-se a miséria e a precariedade de grande parte da população que ali vem buscar atendimento.

O espaço destinado ao registro de pacientes, no SPA, parece ser representativo das vivências de ameaça dos profissionais com relação à população e, em contrapartida e paradoxalmente, das humilhações e violências simbólicas cotidianas a que a população costuma ser submetida nos serviços públicos aos quais recorre. É um pequeno espaço, que se volta através de um guichê para a varanda do SPA. Ali, sentam-se dois funcionários, separados da população por placas de vidro. Para a comunicação entre os funcionários e os pacientes só existem duas aberturas pequenas, circulares, no vidro, uma para cada funcionário. Essas aberturas ficam, no entanto, muito acima das cabeças dos pacientes. Assim, os funcionários nem sempre escutam bem o que dizem os pacientes e vice-versa. Por sua vez, os pacientes mais baixos têm de se curvar sobre o guichê para falar através da fresta que existe entre o balcão e o vidro, por onde passam os boletins de atendimento e outros documentos. No setor de registro da emergência, a mesma estrutura de vidros separa os funcionários do público.

O balcão da recepção da emergência não tem vidros. Ali ficam funcionários contratados pelo Projeto de Humanização da Porta de Entrada: um assistente social, uma recepcionista e uma recepcionista volante – esta última encarregada de fazer o trânsito, a comunicação entre familiares que aguardam na recepção, os pacientes internados na emergência e os médicos. Em uma das observações, uma recepcionista convidou a pesquisadora a passar para o lado de dentro do balcão da recepção, comentando: “Assim, você fica fora do tiroteio. Isto aqui está uma guerra civil!”.

Além do contato cotidiano com pacientes que chegam com problemas graves e das pressões de muitos pelo atendimento imediato, os recepcionistas também têm de lidar com o sofrimento e a angústia dos que buscam notícias de parentes internados, ou dos que aguardam, muitas horas até, a chance de vê-los. É grande a resistência de alguns médicos e de parte da enfermagem em permitir as visitas.

Ao ultrapassar a porta que separa a recepção da emergência de suas salas, chega-se a um *hall*, onde quase sempre se encontram macas com pacientes com quadros leves – tomando soro ou alguma medicação e aguardando avaliação. Nesse espaço, também é comum pacientes considerados ‘casos sociais’ (população de rua, desnutridos, desidratados, alcoólatras etc), com os quais o hospital parece manter uma conduta ambivalente, porque não chegam a ser internados formalmente, mas demandam algum tipo de cuidado, incluindo alimentação.

Os pacientes tuberculosos contribuem também, com algum tipo de agravamento de seu quadro clínico, com a superlotação na emergência. O hospital não consegue transferi-los facilmente para os serviços especializados. Tornando o cenário quase dantesco, a

emergência do hospital possui apenas um leito de isolamento e são frequentes as queixas de profissionais a respeito da permanência, nos corredores da emergência e na sala de repouso, de pacientes tuberculosos “multidroga-resistentes”.

Ao final do *hall* de entrada, tem-se acesso a dois consultórios: um de pediatria e um de clínica geral. Este espaço é denominado pelos profissionais “pronto-socorro”, e é destinado aos pacientes considerados pela triagem como mais urgentes e que não poderiam esperar pela consulta no SPA. Em geral, há sempre uma fila de cinco ou seis pacientes na porta do consultório de clínica médica, e não há, no entanto, nenhum banco ou nenhuma cadeira onde possam se sentar. Os mais graves ou debilitados aguardam em cadeiras de rodas, ou até sentados no chão, quando as cadeiras são insuficientes para a demanda. A porta da sala ortopedia, logo a seguir, também é um local onde é comum observar pacientes aguardando o atendimento, também em pé.

Cada uma das salas da emergência – emergência pediátrica, ‘grande emergência’ (GE), para emergências clínicas, e sala de trauma ou ‘politrauma’ – comportaria, com razoáveis condições de trabalho, em torno de seis a oito leitos. No entanto, estão invariavelmente superlotadas, especialmente a GE, com macas entre os leitos e encostadas à parede, obstruindo o espaço de circulação, e ‘transbordando’ para fora da sala, acumulando-se ao longo de todo o corredor. São macas com pacientes gemendo ou parecendo padecer de falta de cuidado, alguns às vezes sem um lençol a lhes cobrir ou um cobertor nos dias de frio, alguns de fralda, idosos, com cheiro de urina. Segundo um médico, “(...) são jogados numa maca sem coberta, comem sem talher, como bichos, tendo que cortar a carne com os dentes”.² Segundo ele, a situação da população é tão adversa que aceitam aquela comida e buscam abrigo no hospital: “Vão ficando por aqui”.

A miséria generalizada da população vem, assim, ‘desembocar’ na emergência do hospital e, associando-se às insuficiências do próprio serviço e da rede pública em geral, produz um cenário bastante duro de ser visto. Em dias de superlotação muito acima da média (porque a superlotação é uma constante), podem-se contar mais de vinte macas ao longo dos corredores, além das que ficam espremidas entre os leitos da sala de ‘politrauma’ e da sala da GE.

Em um dos plantões, a recepcionista volante comentou que a emergência estava tão lotada que havia “corredor A, corredor B e corredor C”. Referia-se à forma como a enfermagem havia ‘organizado’ as macas nos corredores – à direita, à esquerda e à frente do posto de enfermagem – para facilitar a localização e a organização do processo de trabalho: quanto mais grave, mais próximo do posto de enfermagem.

O corredor é estreito, e com o intenso movimento as pessoas passam bem próximas às macas, aparentemente indiferentes aos gritos, às lamúrias, aos gemidos e acenos dos pacientes. É como se os pacientes adquirissem certa invisibilidade.

Esse negócio de solidariedade é difícil... Você já viu esse pessoal aí largado nas macas no corredor? Ninguém olha para a sua cara! Você chama e ninguém atende... São

² O fornecimento de refeições na emergência é feito em embalagens de alumínio – ‘quentinhas’ – com apenas uma colher.

tratados como lixo humano. Hoje passei por ali e fiquei imaginando: e se fosse eu, largada ali, sem ninguém para socorrer? (Depoimento de uma médica, ao ser informada sobre os objetivos da pesquisa)

De todo o cenário da emergência e do SPA, sobressaem a aflição e a angústia dos que esperam por atendimento – sem a certeza de que vão obtê-lo ou de quando vão obtê-lo –, a angústia dos que esperam por notícias de seus parentes ou amigos atendidos, a angústia e sofrimento dos profissionais, impotentes, na maioria das vezes, para dar conta de uma demanda muito além da capacidade de atendimento do hospital – demanda de uma população que busca, no hospital, muito mais do que a prestação de um serviço de saúde (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008); uma população cuja precariedade das vidas e desamparo muitas vezes têm a forma de sujeira, mau cheiro, maus-tratos, fome, feiura, tristeza, passividade e também agressividade.

Trata-se de um cenário bastante desfavorável à mobilização, entre os profissionais, de atitudes de cooperação, de solidariedade e de cuidado com os pacientes. Dificilmente, neste cenário, são possíveis processos identificatórios³ entre os profissionais de saúde e a população atendida, o que impede que os primeiros reconheçam, por meio da precariedade e sofrimento dos pacientes, sua própria precariedade e sofrimento, o que favoreceria, como observaria Birman (2000), o laço fraterno. Nesse cenário, importantes estratégias de defesa (Dejours, 1999a) são geradas para fazer face ao sofrimento que o trabalho na emergência e no SPA provoca (Sá, 2005) e têm consequências, a maioria negativas, para as possibilidades de cooperação, solidariedade e cuidado com o outro, bem como para o vínculo que liga os profissionais ao hospital e seu trabalho.

CARÊNCIA CRÔNICA E INCERTEZA CÍCLICA: DO HOSPITAL DAS INSUFICIÊNCIAS E DO QUE É POSSÍVEL AO HOSPITAL DA PRECARIIDADE, DA IMPOTÊNCIA, DO DESCUIDO E DO DESCASO

O exame do imaginário sobre o hospital estudado – representações inconscientes, fantasias, desejos, ilusões, expressos em metáforas, imagens e significações compartilhadas pelos sujeitos na organização (Sá, 2005) – revela elementos que remetem à imagem de um hospital marcado pela insuficiência ou carência ‘crônica’ de recursos e pela incerteza com relação à regularidade de sua provisão ou da prestação dos serviços.

³ A partir da abordagem psicanalítica sobre a identificação, podemos refletir sobre os limites e as possibilidades do olhar sobre o outro e do cuidado com o outro nos serviços de saúde. Referimo-nos aqui à formulação freudiana do conceito de identificação, “(...) a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (Freud, 1976: 133), processo central a partir do qual o sujeito – produto de múltiplas identificações – se constitui e se transforma (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 1986). Tal conceito na obra freudiana é, sem dúvida, um campo ainda a ser muito explorado, mas destacamos aqui sua importância para pensarmos os limites e as possibilidades da identificação entre profissionais de saúde e população atendidas nos serviços. Para que tal processo se dê, é preciso que haja o reconhecimento, no outro, de algo de si.

Essas imagens emergem do conjunto dos depoimentos dos profissionais entrevistados, a partir do reconhecimento de alguns problemas ‘estruturais’, como a insuficiência e a inadequação do espaço físico, ou ainda a falta de pessoal, especialmente de algumas especialidades médicas, e de determinados equipamentos e recursos de diagnóstico e terapia.

Esse hospital das carências crônicas é, assim, para muitos profissionais, o hospital do “básico”, do que “dá para fazer”, como o definiu um cardiologista, ou o hospital do “apesar de tudo, dá para fazer alguma coisa”. Como avalia um dos cirurgiões, é o “hospital do possível”, do que é possível diante de insuficiências e adversidades. Em outras falas, no entanto, a imagem do “hospital do possível” parece ganhar tons de uma resignação ou acomodação, uma incapacidade de crítica do presente e de formulação de um projeto para o hospital (ou incapacidade de desejar), como se pode perceber na fala de uma pediatra: “Acho que aqui não tem muito desafio não. Acho que o básico a gente faz direitinho. (...) às vezes a gente dá alta e eles não querem ter alta até porque comem aqui direitinho”. Para a médica, as insuficiências, precariedades e impossibilidades do hospital parecem perder importância face à situação de extrema carência do “povão” ali atendido, para quem, a seu ver, o atendimento “básico”, “feito direitinho”, e a comida regularmente oferecida é o que basta.

De todo modo, os discursos de ‘minimização’ ou negação das insuficiências são facilmente minados por uma situação de carência que parece crônica, que se ‘desloca’ ou ‘desliza’ de determinados componentes da assistência hospitalar para outros – como disse uma das auxiliares de enfermagem, “sempre tem uma precariedadezinha (...) quando não é no material é na medicação, quando não é isso, é o profissional que está faltando (...)” – e que se acumula, irremediavelmente. A fala de outra auxiliar de enfermagem é exemplar desse processo: “Aqui não é muito incompleto, não. Faltam pouquinhas coisas. São poucas coisas, mas aí vai se tornando grande, grande, grande...”.

Outro elemento bastante frequente no cotidiano dos serviços públicos de saúde e que parece ser, igualmente, fonte de sofrimento para os funcionários do hospital estudado é a incerteza quanto às condições de trabalho, quanto à continuidade de projetos e do próprio funcionamento do hospital. São recorrentes as interrupções no abastecimento, a não reposição de estoques, a interrupção ou atraso no pagamento de contratos de prestação de serviços básicos, como manutenção de equipamentos, alimentação, limpeza, segurança, obras, e também os atrasos no pagamento de servidores e prestadores de serviços.

Nesse sentido, uma auxiliar de enfermagem faz a seguinte observação sobre o Centro de Terapia Intensiva (CTI) que seria construído: “Vão fazer agora essa U.I. aqui, também. Não sei se vai funcionar, mas que já teve um projeto⁴ (...) o CTI era aqui. O projeto foi pra isso, mas não fizeram! Para, né? Sempre tem alguma coisa que para”. Do mesmo modo, observa um antigo pediatra do hospital: “(...) eu espero que esta inauguração do CTI não seja uma bomba de efeito retardado, no sentido de você ter o CTI e não ter profissional (...)”.

⁴ Refere-se a uma obra realizada às pressas, por uma das administrações anteriores. O CTI não chegou a funcionar porque, segundo depoimento de outra enfermeira, “esqueceram-se” de construir uma área para expurgo, banheiro e sala para médicos.

Assim, à carência crônica dos serviços públicos de saúde soma-se a incerteza cíclica (“sempre tem alguma coisa que para...”), que igualmente assombra tais serviços, compondo o quadro de precariedade e desamparo do hospital estudado (Sá, 2005).

Ao longo da pesquisa, houve pelo menos dois períodos em que o pagamento dos salários dos chamados ‘prestadores de serviço’ – trabalhadores sem qualquer vínculo trabalhista com o hospital – sofreu um atraso de cerca de três meses. Logo no início da pesquisa, o hospital sofria, quase simultaneamente, com a interrupção do fornecimento de alimentação para pacientes e funcionários, dos serviços de vigilância e também de limpeza. Em todos os casos, tais problemas ocorreram devido ao atraso no pagamento dos fornecedores/prestadores, pela SES/RJ. O endoscópio estava quebrado havia mais de dois meses. O tomógrafo, tão ansiosamente aguardado, havia sido adquirido ainda no primeiro semestre de 2002. Levou vários meses para ser entregue e, depois de entrega, outros muitos meses para ser instalado, na dependência de obras para adequação das instalações. Só começou a funcionar, de fato, quase dois anos depois, no início de 2004.

Mesmo diante da insuficiência de suas condições físicas, materiais e tecnológicas, o hospital tem sido, para muitos funcionários, fonte de proteção e amparo, tanto do ponto de vista material quanto psíquico. Com os salários aviltados, sem plano de carreira, e mesmo, no caso dos prestadores de serviço, sem quaisquer direitos trabalhistas, é no hospital que muitos funcionários se tratam e a seus parentes também. É o hospital, para muitos deles, a única possibilidade de acesso à assistência médica. Do mesmo modo, no contexto social de desvalorização do trabalho, de individualismo e competição crescentes, de corporativismo, que segrega os trabalhadores em suas respectivas categorias, é o hospital o espaço imaginário – ‘família’, ‘casa’, ‘colo materno’ – onde ainda julgam encontrar o amparo, a solidariedade e a cooperação que a crescente precarização dos vínculos sociais e de trabalho lhes nega cotidianamente. Esta perspectiva fica bem representada na fala de uma das enfermeiras: “Nós, funcionários, não temos plano de saúde. Temos o Silva D’Or!”⁵

A precariedade da situação dos funcionários se funde e se confunde, assim, à precariedade da situação do hospital e à precariedade da população ali atendida. Nessas circunstâncias, são muito frequentes, entre os profissionais, alusões ao hospital como “a nossa casa”, “casão”, ou como “uma família”, ou ainda a referência às figuras parentais – “O João Silva é o pai de todos”, “é uma mãe”. Essas metáforas configuram um imaginário organizacional de potência, proteção e segurança que cumpre, na economia psíquica daqueles trabalhadores em sua relação com o hospital e com os colegas, uma função de defesa contra o desamparo, a impotência, a vivência de fragmentação/despedaçamento que a vida nas organizações – e particularmente naquele hospital – provoca.

Assim, em alguns depoimentos, as imagens do hospital das insuficiências e da precariedade parecem conviver, lado a lado, com as imagens de um hospital que protege, acolhe e cuida de seus funcionários, como um pai, uma mãe, uma família.

⁵ Utilizamos o nome fictício ‘João Silva’ para denominar o hospital. Há aqui uma alusão irônica a uma famosa rede de hospitais privados do Rio de Janeiro.

Todavia, tais imagens cedem lugar, ainda que em poucos depoimentos, a um conjunto mais consistente de representações e metáforas que remetem à impotência, ao imobilismo, ao “nada a fazer”, à impossibilidade de mudança diante dos muitos problemas vividos pelo hospital. Um antigo pediatra, a despeito de dedicar muitas horas de trabalho ao hospital, incluindo funções não remuneradas de coordenação e assessoria à direção, utiliza-se repetidamente da imagem de uma “estrutura arcaica e viciada” para se referir à impossibilidade de mudar a realidade do hospital.

Especialmente marcante é a entrevista de uma médica, ortopedista, que parece estar totalmente tomada pelo imaginário da precariedade, da impotência, do descuido e do caos, incapaz de reconhecer qualquer aspecto positivo no funcionamento do hospital.

(...) amanhã eu passo visita aqui sozinha em 50 pacientes. Você acha que dá? Já falei com a Direção, já falei com o CRM, já falei com o sindicato... Sabe o que é que foi feito? Nada. Absolutamente nada. E que motivação eu vou ter, para um paciente que eu sei que vai ficar malvisto? Eu não fiz medicina pra isso!

Esse depoimento parece condensar todas as queixas dispersas nos discursos de outros funcionários. “Você não sente vontade de levantar para trabalhar! A maioria das pessoas aqui reza pra acontecer alguma coisa pequena, tipo: torcer um dedo, quebrar um dedinho, pra ficar afastado!”. Queixa-se de cancelar cirurgias por falta de lençol, da qualidade da comida servida aos funcionários, dos baixos salários e da sobrecarga de trabalho: “Tem gente hoje sendo operada com dois meses de fratura! É desumano! Você está criando uma fábrica de monstrinhos aleijados!”.

Assim, o imaginário de potência do hospital (o hospital que melhorou muito, que ganhou um prêmio, que é ‘casa’, ‘família’, que atende bem e que ampara seus funcionários), ou mesmo o imaginário do hospital das “precariedadezinhas”, do “no básico da para fazer”, “do que é possível”, que atravessa a maior parte das falas, se transforma, no discurso dessa ortopedista, em sua antítese.

Tomada por um imaginário de impotência, esta médica não é capaz de reconhecer os dilemas, contradições e paradoxos que marcam a vida nas organizações e o quanto é grande a pressão da demanda em um hospital público de emergência no Rio de Janeiro, que não pode simplesmente “fechar suas portas” sem um elevado custo social, ético e político. Hospitais que vivem, como observou uma recepcionista da emergência, cotidianamente, o dilema entre atender sem condições e não atender por falta de condições: “Se atender é risco, se não atender, também”.

De todo modo, o corte abrupto e intenso que sua fala produz no conjunto de depoimentos permite tomá-la como um ícone, uma condensação daquilo que nas várias outras falas é, de fato, negado (o que não pode ser reconhecido): mais do que a impotência ou o caos cotidiano da realidade hospitalar, nega-se o descuido, a indiferença perante a dor, o agravamento do sofrimento, enfim, a produção do mal em um serviço de saúde.

Perante o contexto em que se inserem os serviços públicos de saúde, particularmente os hospitais, atravessados por crises de natureza política, gerencial e assistencial, marcados

pela baixa governabilidade e baixo investimento (Azevedo, 2005, 2010; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), configura-se, então, um cenário particularmente favorecedor de vivências de desamparo e de desafiliação social (Azevedo, 2010; Carreteiro, 2003), originando um clima de desconfiança e dificuldades de cooperação. Tal contexto dificulta o investimento libidinal dos profissionais no trabalho e da organização, mostrando-se, portanto, adverso à construção de projetos coletivos e à busca de maior responsabilidade institucional (Azevedo, 2005).

Em nossa compreensão (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Azevedo, 2010), as organizações públicas de saúde estão vivendo sob o domínio de um imaginário (Enriquez, 1997a) atravessado pela impotência, pela descrença na possibilidade de mudança, determinando apatia e conformismo e tendo repercussões éticas na relação entre trabalhadores e pacientes. Tal imaginário seria constituído em um contexto de assujeitamento e reconhecimento negativo (Carreteiro, 1993, 2003) – de desvalorização do serviço público e de seus funcionários, de precarização das condições de trabalho, da remuneração e dos vínculos, fruto também do contato cotidiano com a miséria da população, com seu sofrimento social (Carreteiro, 2003) e com o que de irrepresentável se apresenta (Onocko Campos, 2005; Azevedo, 2010). A esse imaginário dominante vêm se contrapondo iniciativas que favorecem a construção de um imaginário da mudança (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), de processos voltados para a defesa da vida e para uma nova forma de organização e gestão dos serviços públicos de saúde – buscando maior qualificação da assistência e maior responsabilidade institucional –, movidos pelos valores que desde a década de 1980 têm norteado o chamado ‘movimento sanitário’. Tal imaginário, no entanto, mostra-se ainda frágil perante o “domínio da urgência” (Azevedo 2005, 2010) e dos processos de descuido e crise que emergem nos serviços públicos de saúde, particularmente nos hospitais públicos do Rio de Janeiro.

TRABALHO E SOFRIMENTO EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Junto com o sofrimento das pessoas que buscam atendimento nos hospitais de emergência, as pesquisas também apontam para o sofrimento experimentado pelos trabalhadores e gestores desses hospitais.

Examinamos alguns aspectos da relação entre trabalho, sofrimento (do profissional de saúde) e suas consequências sobre a qualidade do cuidado, a partir da especificidade dos processos de trabalho na porta de entrada do hospital estudado, onde várias são as fontes de sofrimento para os trabalhadores (Sá, 2005), destacando-se:

A Pressão da Demanda e a Pressão para Trabalhar Mal

Uma das principais fontes de sofrimento para os profissionais e trabalhadores de saúde em um hospital de emergência reside na desproporção entre o volume e diversidade da demanda e a disponibilidade de recursos e condições gerais para atendimento. Sofrimento

que resulta não apenas do dilema de ter de decidir entre a urgência e o sofrimento dos pacientes (na medida em que as situações de sofrimento agudo não necessariamente se encaixam nos critérios utilizados para a classificação de urgência/emergência), mas de ter de estabelecer prioridades entre casos muitas vezes igualmente graves e urgentes. O sentimento de impotência e a frustração são constantes.

Os depoimentos revelam não só a ansiedade e o cansaço dos profissionais diante de uma demanda cujo volume ultrapassa sua capacidade de trabalho, mas seu sofrimento pela percepção de estar fazendo um trabalho malfeito, sem tempo para “raciocinar” e ouvir o paciente:

(...) Hoje chegou uma hora que... eu estava quase entrando em pane, (...) porque os médicos têm uma taxa de quantos eles vão atender, uma taxa determinada (...). E nós somos os bois ladrões. Nós atendemos o quanto chegar. [ênfase]... (Enfermeira da porta de entrada)

A intensidade da pressão para trabalhar mal está representada na metáfora dos ‘bois ladrões’, utilizada pela enfermeira. Sentem-se, como ‘bois ladrões’, apanhando, sendo maltratados pelo volume de trabalho e pelo poder corporativo dos médicos que, ao definirem para si próprios um limite de atendimentos, tensionam ainda mais o trabalho da enfermagem, que se vê obrigada a ser mais rigorosa na triagem dos casos que atendem, todavia, sem limite. Atendem “o quanto chegar”.

Em um quadro de deficiências tão dramáticas, muitos profissionais se veem tendo de se desdobrar, assumindo inclusive atribuições que extrapolam suas funções. O cansaço, o sentimento de impotência, a desesperança com a falta de recompensa pelo esforço também se destacam: “A gente fica cansada porque se sente trabalhando muito e não vê resultados” (Enfermeira).

Para outros, a pressão para trabalhar mal tem como resultado um sentimento de desvalorização no trabalho, não reconhecimento profissional e, em consequência, depressão: “Tem dias que não tenho vontade de levantar da cama para vir para cá. Como você conciliar tudo que você sabe que deve ser feito e quando você chega aqui, quando você precisa, não tem chão? (...) Nós não estamos podendo fazer nosso trabalho (...)”.

A pressão para trabalhar mal também é decorrente da precariedade dos vínculos trabalhistas e dos baixos salários, o que leva os profissionais à acumulação de empregos. A consciência de que tal situação compromete a qualidade do trabalho e a própria qualidade de vida é também uma fonte de sofrimento para muitos e um dos motivos de desilusão com a profissão e/ou o serviço público. Um enfermeiro da porta de entrada, que tem três empregos, um deles fora do município, observa: “Torço para ver minhas filhas acordadas quando chego do trabalho”.

Uma médica se mostrou muito insatisfeita e frustrada não só com as condições materiais de trabalho, mas principalmente com o que caracteriza como “falta de compromisso e omissão” dos colegas, que acabavam se tornando para ela também fonte de pressão para trabalhar mal. Sempre insistiu para que os médicos passassem, pelo menos, duas visitas por

dia aos pacientes da GE. No entanto, reconhecia o quanto há resistências e dizia que não adiantava brigar, justificando-se por também acabar se acomodando: “É como a superfície do lago: por cima está calmo. Ninguém quer agitar esta água”. Mais adiante, confidenciou: “O próprio médico chefe do plantão me ameaçou de me tirar deste plantão caso eu continuasse criando marola (...). Ninguém quer agitar a superfície, quando tá todo mundo feliz”. Nesse depoimento, podemos ver que a pressão para trabalhar mal não é apenas o resultado das contingências que cercam os serviços públicos, mas pode ser consequência da ação deliberada de um trabalhador contra outro (ou de um superior hierárquico).

Como observa Dejours (1999a), a pressão para trabalhar mal ocorre quando, embora sabendo o que deva fazer, o trabalhador “(...) não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si (...) prejudicando assim a cooperação etc.” (Dejours, 1999a: 31).

A Vida por um Fio: incerteza e não saber como fantasmas constantes

Outra importante fonte de sofrimento para os profissionais em um hospital de emergência é o risco de ‘não ver’, não identificar e não intervir a tempo em um caso de risco de morte ou que exija intervenção imediata. A situação de superlotação, de filas e de aglomeração constante de pessoas, aliada às deficiências de pessoal e aos problemas de organização e gestão dos processos de trabalho, pode obstruir o olhar sobre a demanda, aumentando a angústia dos profissionais.

O medo de falhar se mantém nas situações concretas, nas quais nem sempre é fácil distinguir entre as ‘falhas do sistema’ – decorrentes das limitações dos recursos materiais e tecnológicos e do modo como estão organizados e são geridos – e os limites definidos pela experiência, pelo conhecimento, pela competência e, também, pela disposição do profissional.

Além disso, deve-se considerar que a própria natureza dos serviços de emergência, onde “tudo”, “qualquer coisa” pode chegar, pode bater à porta, a qualquer hora do dia ou da noite, coloca os profissionais cara a cara com o imprevisto, testando de modo incessante sua capacidade de resposta. A impossibilidade de antecipação ou de controle é constante, gerando angústia perante a incerteza e o desconhecido e perante a falibilidade dos mecanismos e critérios de identificação e priorização dos casos. O não saber se coloca aqui como um fantasma frequente.

Um enfermeiro da porta de entrada conta o caso de um homem que enfartou na fila de espera para o SPA. Lamentava, e de certa forma se culpava, pela lentidão do diagnóstico. Há sempre algo que ‘escapa’ aos critérios e aos instrumentos de diagnóstico e de priorização.

Para os médicos da emergência, talvez a maior fonte de angústia não seja tanto a possibilidade de não identificar a tempo os casos de risco de morte, mas a possibilidade de intervir com êxito sobre os mesmos, isto é, a possibilidade de evitar a morte. Estar de plantão num pronto-socorro é estar sempre sendo testado, de modo imprevisível, quanto a esta capacidade, é estar sempre, como observou uma médica, “numa certa adrenalina”.

Lidando com a Violência

Os serviços de emergência são, sabidamente, atravessados pela violência em suas mais variadas formas. Esta não é uma característica exclusiva do hospital estudado, mas ali também se manifesta intensamente e produz efeitos sobre os profissionais e as possibilidades de cuidado (Sá, 2005). Segundo Deslandes (2002: 24) “(...) a emergência e seus agentes convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: como demanda de atendimento/trabalho e como forma de relação entre profissionais e clientela”.

No primeiro caso, podemos dizer que o fantasma da incerteza, já apontado, volta-se para o próprio profissional, que identifica, na morte ou no risco de morte do paciente atingido pela violência urbana, não só sua total vulnerabilidade e a possibilidade de sua própria morte – questão sempre colocada para qualquer profissional de saúde –, mas a absoluta aleatoriedade desta, razão última de seu desamparo.

A partir de um estudo de Skaba (1997), também podemos concluir que o sentimento de impotência que muitas vezes aflige os profissionais de saúde é exacerbado entre aqueles que atuam na emergência, pela extrema gravidade dos casos e pelo estado de dilaceração dos corpos, produzidos pela violência urbana. A autora observa, no entanto, que apesar de toda a violência e adversidades a que estão expostos, nessa “medicina de guerra”, muitos profissionais não pensam em sair desse setor. Trata-se, segundo a autora, de um vício: o “vício da adrenalina”.

Em nosso estudo (Sá, 2005), encontramos muitos profissionais com muitos anos de trabalho na emergência e que também gostam do que fazem. Outros não suportam a “adrenalina”, metonímia também utilizada por uma das médicas que entrevistamos, e saem logo que podem. Os determinantes dessas escolhas são, certamente, complexos, e passam pelas especificidades que a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho (Dejours, 1999a, 2004) adquire no psiquismo de cada um. Cabe considerar, de todo modo, que esta “medicina de guerra”, como toda a guerra, não só produz impotência, mas potência. Na emergência do hospital estudado, os profissionais apresentam imagens tão contraditórias quanto impactantes a respeito de si mesmos e do trabalho que realizam, como: “aqui somos todos pobres coitados”, ou “aqui todo mundo é herói”. Essa última observação, feita por um médico que contava, com orgulho, como deram conta de atender a 12 policiais militares, baleados numa emboscada, e as vítimas de um acidente de ônibus, que haviam chegado ao hospital praticamente ao mesmo tempo.

Assim, acreditamos que os profissionais da emergência vivem, simultaneamente, a condição de impotentes diante da miséria e violência social e de heróis dessa guerra urbana, mesmo que ‘frágeis’ heróis – “frágeis salvadores”, como a eles se refere Skaba (1997), ou “frágeis deuses”, como os denomina Deslandes (2002).

Outro importante modo de manifestação da violência nos hospitais de emergência se refere à relação entre profissionais e população atendida. No hospital estudado (Sá, 2005), são muitos os relatos e queixas a respeito da agressividade da população, incluindo, além de ameaças, casos de agressão física contra os profissionais. A referência

feita por um enfermeiro ao “Projeto Porta de Entrada” como “Projeto Tapa na Cara” metaforiza a situação de exposição à violência em que se encontram os profissionais.

Mesmo em épocas de prestação regular dos serviços de vigilância, a sensação de insegurança no hospital não é desprezível. A pressão da demanda, a superlotação e até a inadequação da planta física são ingredientes do cotidiano do hospital presentes nas situações de ameaças e mesmo de agressões físicas a que estão expostos os profissionais. Ao longo da pesquisa, houve, pelo menos, duas ocasiões em que a Polícia Militar foi chamada para possibilitar que os médicos, sob ameaça da população, saíssem do SPA, que conta apenas com uma única porta de entrada e saída. Uma assistente social também conta que já quiseram linchar um médico. Uma médica fala, com alívio, ter conseguido sair da emergência, onde se achava mais exposta à agressividade da população, e estar trabalhando na enfermaria.

Na tentativa de compreensão da dinâmica da violência no hospital estudado, obtivemos uma certa ‘cartografia’ de sua forma de manifestação e de sua intensidade, cujos ‘relevos’ vão se atenuando, desde a porta de entrada do SPA/emergência até às enfermarias – percurso em que a população, em cada um desses diferentes espaços, vai se sentindo, progressivamente, mais segura do acesso ao atendimento, das rotinas do hospital e de sua (ou de seu familiar) possibilidade de recuperação (Sá, 2005). Como observa uma auxiliar de enfermagem da Enfermaria Pediátrica com experiência anterior na emergência, “(...) lá embaixo [na emergência], lá embaixo é brabo. Lá é aquela primeira entrada. As mães quando sobem, elas já estão mais tranquilas, já vão se acomodando (...) mas lá embaixo elas chegam brigando, batem, elas agriDEM, elas agriDEM mesmo!”.

Distinguimos então três espaços no hospital estudado quanto à intensidade e ao significado da agressividade da população e o que exigem de resposta dos profissionais: o espaço representado pela porta de entrada propriamente dita, circunscrito aos espaços da recepção e da triagem de enfermagem; o espaço delimitado pelos consultórios do SPA e pelas salas de atendimento do setor de emergência; e o espaço das enfermarias.

O primeiro, espaço do “tapa na cara”, é o de maior possibilidades de conflito e maior grau de agressividade da população, que ali ainda não tem a garantia do acesso ao serviço – às vezes só obtido “no grito” ou “no tapa”. Talvez ali resida a mais difícil tarefa da porta de entrada: a das recepcionistas, que ficam ‘cara a cara’ com a demanda tão logo esta chega ao hospital, que a recebem em ‘estado bruto’, isto é, antes de ter sido objeto de qualquer leitura ou interpretação pelo serviço. Trata-se, portanto, de ter de lidar, em primeira mão, não só com as dores e com as feridas de uma população extremamente maltratada, mas com o desconhecido, o imprevisível, o imponderável, com o sofrimento ainda sem nome, sem diagnóstico e sem certeza de resposta, e por isso com toda a brutalidade e violência, sem mediação, que tal situação manifesta.

No segundo espaço, mesmo já nas salas de atendimento ou nos corredores da emergência, nem sempre a população tem a garantia de um cuidado adequado à urgência e gravidade do caso. Nesse espaço, onde a angústia diante da proximidade da morte também é frequente, são igualmente grandes as possibilidades de conflitos e comportamentos agressivos.

No terceiro, espaço das enfermarias, manifestam-se também situações de conflito, mas que são atenuadas por um enquadre mais tranquilizador, devido a uma ‘organização’ do serviço e dos cuidados, cuja regularidade e garantia de melhores condições de conforto e atenção, comparativamente às da emergência, é superior (Sá, 2005).

Em que pese o desrespeito que as camadas mais desfavorecidas da população às vezes reproduzem em sua relação com os serviços públicos e com as camadas consideradas ‘superiores’ – demonstrando que apreenderam bem a lição com o desprezo e a indiferença das elites, como observaria Costa (2000) –, é preciso reconhecer que a percepção, pelo usuário, do profundo descaso com que frequentemente é tratado na porta de entrada dos serviços de saúde, bem como as inúmeras dificuldades de acesso aos mesmos, é um dos principais desencadeadores de atitudes de violência contra os profissionais. Como observa Oliveira, o usuário do SUS precisa “(...) estar, repetidamente, ‘lutando’ para se impor e se fazer presente como sujeito e cidadão na interface dos serviços de saúde” (Oliveira, 2004: 184).

A Invisibilidade do Trabalhador e do Bom Trabalho: o não reconhecimento

O trabalho na porta de entrada de um hospital de emergência é, como observou um enfermeiro, “um trabalho que ninguém quer”. Ali, como concluiu uma técnica do nível central da SES, a equipe é composta por prestadores de serviço porque o “pessoal estatutário não quer ficar levando porrada”. Assim, ocupar esse lugar é exercer uma função desvalorizada técnica e socialmente, que parece ser vista muitas vezes pela população como mais um obstáculo a ultrapassar para chegar ao atendimento médico. À desvalorização técnica e social dos trabalhadores da porta de entrada se soma sua desvalorização funcional, representada pela negação, por parte da administração pública, de quaisquer direitos trabalhistas a estes trabalhadores, contratados precariamente como ‘prestadores de serviço’.

Do ponto de vista de sua valorização social, o trabalho no interior do setor de emergência, por colocar seus profissionais muitas vezes na posição de “salvadores de vidas”, talvez possa ser um pouco mais reconhecido que o trabalho na porta de entrada. Ainda assim, trata-se de uma atividade em que a rotatividade dos profissionais é muito elevada, assim como a dificuldade de se contratar e de completar as equipes. Contribuem para isto não só as condições de trabalho, mas o fato de que grande parte dos profissionais da emergência também não possui qualquer vínculo trabalhista com o hospital.

No entanto, talvez mais do que a baixa remuneração ou a inexistência de vínculo empregatício, o que os profissionais mais parecem se ressentir é da invisibilidade (institucional e social) do trabalho e, especialmente, da invisibilidade do bom trabalho, aquele não só tecnicamente bem feito, mas, principalmente, feito com dedicação. Para alguns, “com amor”. A cegueira da instituição em relação aos trabalhadores assume muitas formas. Uma delas se concretiza na inexistência de uma política de saúde do trabalhador. O depoimento de um médico é contundente e exemplar:

Funcionário entra na Secretaria de Saúde, faz um exame admissional. Fica 35 anos (...) nunca mais (...) a Secretaria não sabe qual o nível de saúde dele (...) morre 35 anos depois e não querem nem saber. Você vê de tudo: (...) gente trabalhando sem condições (...), gente precisando ser readaptada. Só que a gente circula por isso tudo e a gente olha, aquele ‘olha’ e não enxerga nada. A gente olha e não enxerga exatamente nada!

Segundo Dejours (2004), a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa essencialmente pelo reconhecimento. No hospital estudado, o sentimento de não reconhecimento quanto ao trabalho na emergência também está ligado, para alguns, à impossibilidade de exercerem todo seu potencial técnico: “Sou um cirurgião de trauma e a toda hora chega uma ferida infectada”. Este médico, queixando-se das feridas dos pacientes diabéticos que é obrigado a atender, ressentido da invisibilidade de suas qualidades como cirurgião e, portanto, da impossibilidade de ter reconhecida a utilidade de seu trabalho.

Os trabalhadores dos hospitais de emergência sofrem, ‘cronicamente’, com o descrédito da sociedade em relação à qualidade de seu trabalho, à sua dedicação e, até mesmo, à sua honestidade. Espremida entre a história de descaso do poder público com a saúde da população e o cinismo existente em parte do funcionalismo que exerce sem culpa a omissão e a irresponsabilidade dos que veem o serviço público como ‘cabide de empregos’, a demanda por reconhecimento daqueles trabalhadores de saúde que se julgam realizando o bom trabalho (e que realmente se esforçam para tanto) não encontra qualquer perspectiva de resposta, condenando-os talvez a uma maior desmobilização e alienação com relação a seu trabalho e às suas verdadeiras fontes de sofrimento.

Sem saídas mais efetivas para seu sofrimento com a falta de reconhecimento do valor de seu trabalho, muitos agarram-se a um ‘gostar abnegado’, atribuído a uma ‘vocação’ – uma certa idealização do trabalho como algo nobre, elevado –, que permite suportar os baixos salários, os “tapas na cara”, superar o nojo de lidar com tantos corpos ‘des-subjetivados’ e acordar todos os dias para ir trabalhar.

Diante da Morte

Fazer ‘calar a morte’,⁶ pelo menos por um momento. Talvez seja este o trabalho principal do profissional de saúde e essa a essência do cuidado. Trabalho da Vida. Trabalho para a Vida, tendo a Morte como presença constante e primeira, como nos ensina a Psicanálise sobre a condição originária do ser (...), exigindo a presença e o trabalho do outro para que encontre outros destinos que não a descarga imediata e absoluta de energias e o seu consequente aniquilamento. (Sá, 2005: 358-359)

A morte que atravessa todos os espaços e tempos do hospital estudado em muito ultrapassa a morte física e singular dos pacientes na emergência ou nas enfermarias (o que não diminui a dramaticidade destas). É a morte simbólica dos usuários reduzidos ao vazio

⁶ Expressão de Loureiro dos Santos (2001).

de sua “carência”, a seus corpos “des-subjetivados” (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008); é sua invisibilidade nas salas e nos corredores da emergência, e também a invisibilidade de seu sofrimento nas filas; é a morte do hospital “das carências crônicas e incertezas cíclicas”, do “hospital da impotência e do descuido”, e também a morte de seus trabalhadores, pressionados para trabalhar mal e ao mesmo tempo invisíveis em seus esforços para um bom trabalho e em suas demandas por cuidado (Sá, 2005).

Assim, a morte, fonte de sofrimento no trabalho em saúde, adquire outros sentidos – senão mais complexos, pelo menos mais diversos e mais extensos – diferentes daqueles despertados diante da morte de um paciente, quando este trabalho se realiza em um hospital público, especialmente num hospital de emergência. Em contrapartida, a morte singular de cada paciente parece ‘atualizar’ ou ‘condensar’, como uma metonímia, todas as manifestações da morte aqui apontadas.

Os profissionais de saúde costumam realizar certa ‘diferenciação das mortes’ e dos sentimentos que suscitam. Loureiro dos Santos (2001) observa que a enfermagem as diferencia levando em consideração se se trata da morte de uma criança ou de um adulto; se é uma morte súbita ou anunciada e qual o tipo de sofrimento que a antecedeu. Rosa (2001) identifica entre as enfermeiras algumas situações de maior sofrimento diante da morte, como a de pacientes crônicos, que sistematicamente procuram o serviço e com os quais a enfermagem estabelece um vínculo. Tratam-se, como observamos no hospital estudado, de pacientes que ‘já são conhecidos pelo nome’ por parte das equipes do SPA e da emergência.

A morte de jovens e crianças também desencadeia sentimentos penosos entre as enfermeiras. São situações que suscitam, talvez mais que em outros tipos de morte, impotência e sentimento de fracasso. Este tipo de morte é, sobretudo, de maior dificuldade de elaboração, de compreensão, porque é uma morte, na linguagem de uma das enfermeiras entrevistadas por Rosa, “(...) que chega rápido, que a gente não consegue entender” (Rosa, 2001: 117). “A morte que chega rápido” povoa, com muita frequência, os serviços de emergência, fazendo um contraponto à “morte do convívio”, mais comum nas enfermarias. Cada uma, ao seu turno, suscitando sentimentos, embora diversos, talvez igualmente dolorosos entre os profissionais da equipe de saúde.

Na origem desses sentimentos, Loureiro dos Santos (2001) reconhece os processos identificatórios, sugerindo que a morte dos idosos nos remete à morte de nossos próprios pais, ao passo que na morte de crianças haveria “(...) um corte abrupto de nosso próprio futuro, sem a chance de realizar desejos e aspirações” (Loureiro dos Santos, 2001: 40). No entanto, a autora reconhece que nem sempre a “identificação positiva” dos profissionais com os pacientes tem lugar, podendo ocorrer “(...) complexos mecanismos psicológicos de defesa que podem ceder espaço ao que comumente chamamos *o mal*” (Loureiro dos Santos, 2001: 40 – grifo da autora). Nesse sentido, é especialmente tocante o depoimento de uma das enfermeiras que entrevistamos (Sá, 2005) sobre a morte de pacientes idosos:

(...) o paciente está morrendo lá em cima [nas enfermarias], as enfermeiras ou auxiliares ligam para a emergência, [pois a enfermaria não tem médico plantonista], e o médico responde: ‘Vai fazendo o corpo (...) diz a hora que morreu, que eu subo daqui a pouco’. Enfermeira: ‘Mas, doutor, ainda não morreu!’. [Conta que geralmente dão uma resposta irritada ou indiferente]: ‘vai morrer mesmo!’.

O espaço da emergência – espaço da superlotação, das macas nos corredores, dos gritos e gemidos, da falta de privacidade e de conforto mínimo para os pacientes – pode tornar a morte (ou o sofrimento que a antecede) ainda mais dolorosa, não só para pacientes e seus familiares, mas também para os profissionais de saúde.

Entre as principais dificuldades relacionadas ao lidar com a morte, coloca-se, para os profissionais de saúde, a tarefa de dar a notícia do óbito. No contexto tão adverso de um serviço de emergência – e por isso tão propício a sentimentos de impotência, fracasso e culpa pelas mortes (muitas vezes evitáveis) de pacientes –, comunicar o óbito aos familiares, se já é uma tarefa difícil em quaisquer circunstâncias, pode se tornar um trabalho extremamente penoso, do qual muitos fogem.

No hospital estudado (Sá, 2005), parece haver certo ‘jogo de empurra’ entre os profissionais quanto à responsabilidade por este tipo de notícia. Os médicos, segundo uma recepcionista e uma assistente social, “não gostam” de dar este tipo de notícia, especialmente quando o óbito não ocorreu em seu plantão. Quando os médicos não dão a notícia, os familiares são encaminhados para o setor de registro geral/documentação, recebendo a notícia dos funcionários administrativos que ali trabalham, encarregados de preparar a documentação relativa ao óbito. As assistentes sociais também raramente assumem a responsabilidade por esta comunicação. O que predomina como defesa contra o sofrimento produzido pelos processos identificatórios são estratégias de fuga e de diluição/indefinição das responsabilidades, especialmente na tarefa de comunicação com a família. Nessa perspectiva, o lidar com perdas de vidas humanas é, sim, por si só, um fator de sofrimento, agravado, todavia, pela percepção – nem sempre consciente – de que o hospital, devido a suas precariedades, e seus trabalhadores, possam ser os ‘coprodutores’ do óbito.

AS SAÍDAS PARA O SOFRIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

Sempre há sofrimento. A única possibilidade, para nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo. (Dejours, 1999b: 16)

Os trabalhadores do hospital manifestam de diferentes formas seu sofrimento gerado (ou agravado) pelo trabalho na porta de entrada e no serviço de emergência. Alguns parecem ter consciência deste sofrimento ou, pelo menos, se referem a alguns ‘problemas de saúde’ ou ao ‘estresse’ ou à ‘depressão’ ou à ‘hipertensão’, atribuindo-os às condições de trabalho e aos problemas que ali enfrentam. O alcoolismo é reconhecido pela própria

direção como problema de saúde de alguns trabalhadores. Outros manifestam seu sofrimento por meio de demanda, explícita ou implícita, por cuidado e escuta.

Alguns trabalhadores demandam explicitamente um ‘apoio psicológico’ como condição para lidar com a pressão do trabalho, com as dificuldades de cooperação entre a equipe e com a impotência diante dos casos que não podem resolver. No entanto, esta demanda por escuta parece não ser atendida ou muito pouco atendida pelo hospital. Assim, sem saídas ou canais mais ‘institucionais’ para expressão e encaminhamento de seu sofrimento, os trabalhadores lançam mão de algumas estratégias de defesa – tanto individuais quanto coletivas –, algumas com impacto negativo sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado; outras – em alguns casos, tentativas de transformação do sofrimento, no sentido de uma vivência de prazer no trabalho – parecem ampliar as possibilidades e a qualidade do cuidado.

O Imaginário Organizacional e sua Função Defensiva

Do ponto de vista mais global ou coletivo, o imaginário compartilhado sobre o hospital estudado pode ser considerado como exercendo uma função defensiva ou tranquilizadora face às angústias decorrentes das condições extremamente precárias nas quais o trabalho se realiza. É assim, com o imaginário do “hospital potente” (Sá, 2005), sustentado pelos funcionários numa espécie de contrato narcísico (Kaës, 1989), que, negando a precariedade e as falhas do hospital, atende a seus desejos de potência, de afirmação e reconhecimento de suas capacidades e identidades, preservando-os do desamparo de se sentirem “sentados sobre um barril de pólvora”. É assim com a imagem do hospital que “protege, acolhe e cuida” de seus funcionários – o hospital como “pai”, “mãe”, “família”, “casa” –, capaz de promover uma “ressignificação” do espaço hospitalar, tornando-o não só suportável, mas desejável, preferível a outros hospitais – um espaço onde o que é pequeno e bastante precário torna-se aconchegante, acolhedor, onde o que é indiscriminado e confuso torna-se comunhão, comunicação e facilidade de cooperação (Sá, 2005).

As consequências desse tipo de produção defensiva talvez possam ser tanto ‘mortíferas’ – anestesiando o sofrimento, mas turvando a visão sobre a dramaticidade da realidade cotidiana do hospital – quanto ‘vitais’ (ou ‘motoras/motrizes’),⁷ mantendo ‘aceso’ o desejo em relação ao trabalho (e possibilitando o prazer) numa realidade tão adversa. No entanto, vimos também que este imaginário de potência, proteção e segurança, apenas parcialmente cumpre a função de tranquilização psíquica perante as angústias de desintegração e o desamparo que a realidade de um hospital de emergência parece produzir no psiquismo dos que ali trabalham.

Assim, outros processos e mecanismos utilizados pelos trabalhadores em sua relação com a tarefa, com seu trabalho, de um modo geral, e com o hospital, podem estar cumprindo também um importante papel de defesa contra o sofrimento no trabalho. Em uma apreciação de conjunto desses processos, pode-se dizer que, de um lado, situam-se

⁷ Em um sentido mais próximo ao que Enriquez (1997a) denomina “imaginário motor”.

a desilusão, o desinvestimento, a incapacidade de eger o hospital ou o trabalho como objeto de investimento, a acomodação, a apatia; de outro lado, a idealização do trabalho e da profissão e a busca de reconhecimento como possibilidade de transformação do sofrimento, de construção de um sentido para este. Entre esses dois polos, encontramos estratégias variadas, envolvendo, por exemplo, a divisão do trabalho e a responsabilização; a relação do trabalhador com as regras, normas e rotinas da organização do trabalho (incluindo aqui as transgressões, ‘quebra-galhos’ e o zelo); a negação (da situação causadora de sofrimento) e suas variações, como as brincadeiras e zombarias; e a busca de apoio nos colegas para lidar com a situação problemática (Sá, 2005).

A Desilusão, o Desinvestimento no Hospital e a Apatia

Um dos depoimentos mais significativos como expressão do desinvestimento, da desilusão com o trabalho e da acomodação é dado por um médico-cirurgião com uma história de grande dedicação ao hospital. Queixando-se da falta de investimento da administração pública em seu aperfeiçoamento profissional, diz que não espera nada da instituição. “Nos 23 anos que estou no hospital o Estado pagou um curso só para mim. Todo meu aprimoramento (...) foi às minhas custas”. O profissional afirma que seu trabalho é razoável e vai sempre se aperfeiçoando, dentro dos limites do hospital, mas isso parece não fazer diferença aos “olhos” da instituição. Diz que, apesar de chefiar o plantão, nunca deixou de operar, mesmo de madrugada. É pontual e nunca faltou ao serviço e sempre procura evitar que os problemas da equipe cheguem à direção, resolvendo-os diretamente. No entanto, os processos de defesa contra o sofrimento pelo não reconhecimento de seu esforço e de sua dedicação deixam marcas visíveis sobre sua capacidade de investimento e criatividade no trabalho: “Estímulo? Nenhum. O meu trabalho é burocrático... não tem mais tesão (...)”.

O depoimento de outro médico da emergência é um exemplo contundente de como a “apatia burocrática” (Campos, 1994) – como defesa contra o sofrimento pela impotência em que os serviços públicos de saúde lançam muitas vezes os profissionais – pode resultar facilmente na banalização do sofrimento e na morte dos pacientes. Em sua entrevista, esse médico destacou as dificuldades que enfrentam muitas vezes na tentativa de conseguir vagas em outros hospitais para pacientes que o hospital não tem recursos para atender. Tentamos explorar como se sentia e o que fazia nessas situações e ele se limitou a responder: “Quando negam [a transferência] o único recurso que a gente tem é escrever na papeleta (...) antigamente a gente até ficava mais aflito (...) depois vê que não adianta (...)”.

A Omissão, a Não Responsabilização e a Segmentação do Processo de Trabalho como Estratégias Defensivas

A omissão e a não responsabilização são frequentemente observadas e parecem guardar relação, em parte, com as limitações estruturais e conjunturais que os serviços públicos de saúde impõem à realização do trabalho. Silva (1994), em estudo sobre o processo de trabalho hospitalar em enfermarias clínicas de um hospital público no Rio de Janeiro, observa:

A constante impossibilidade de realizar seu trabalho, sendo cobrado pela sociedade através da mídia, pelos familiares e pelos pacientes, produz um profissional que está sempre na defesa: ‘não temos tempo’, ‘não temos material’, ‘não temos nada’, e principalmente ‘não temos culpa’. (...) Existe um pacto, uma cumplicidade, em que ninguém é considerado capaz de mudar o estabelecido. (Silva, 1994: 194-195)

Algumas vezes, podemos observar que a divisão técnica do trabalho justifica a segmentação do processo de trabalho como estratégia (defensiva) de não responsabilização. Assim, por exemplo, numa entrevista em grupo, duas enfermeiras discutiam sobre os critérios de admissão de pacientes na emergência, e falavam, particularmente, do caso de um paciente recentemente atendido. Uma delas achava que se tratava de mais um “caso social”, não havendo nada a fazer pelo paciente a não ser “encaminhá-lo”: “(...) enquanto estiver aqui a gente encaminha, a gente procura ajudar no que for necessário, mas entrou na área social, não pertence mais à enfermagem, infelizmente. O máximo que podemos fazer é orientar o paciente e encaminhar (...) ao profissional do Serviço Social”.

Outras vezes, o estabelecimento de fronteiras rígidas entre as atribuições de cada categoria profissional parece resultar de um processo de disputa micropolítica de territórios, com importantes prejuízos para as possibilidades de cooperação entre a equipe e para a integralidade do cuidado. Tal disputa provavelmente tem, entre suas origens, uma luta dos sujeitos pelo reconhecimento de suas capacidades e potências, cotidianamente negadas ou postas à prova pela realidade organizacional.

Não é você querer resolver um problema de Psicologia que você não estudou (...) para aquilo! (...) Então, na sua seção, psicologia, vai entender (...) serviço social, parte social, o médico naquela (...) e o enfermeiro, no papel dele. Então cada um tem o seu papel. (...) ‘Você só pode ir até ali.’

Fazer o Trabalho do Outro: uma saída para o sofrimento

Enquanto alguns parecem se utilizar muitas vezes da divisão técnica do trabalho para justificar uma segmentação rígida do processo de trabalho como defesa contra a responsabilização (a culpa) ou contra o não reconhecimento e a impotência, outros trabalhadores – provavelmente por não estarem tão atados ao ‘peso’ das profissões e também por executarem tarefas que não exigem grande especialização – talvez se permitam mais facilmente trocar de lugar com o colega, ‘fazer o trabalho do outro’, na tentativa igualmente de se defender do sofrimento no trabalho, mas pelo caminho da busca de solução para o sofrimento do paciente.

Assim, uma recepcionista volante, fala com muito entusiasmo de seu trabalho: “Eu gosto de gente!”. Diz que não se limita a cumprir estritamente o que é considerado sua função. “(...) ajo como maqueiro, dou comida na boca de paciente (...). Não é minha função, mas eu faço. Não vai cair a mão (...)”. Certa vez, quando observávamos o setor de registro da emergência, percebemos um funcionário que, por duas ou três vezes, veio lá de dentro, trazendo uns papéis e solicitando ao funcionário do registro que abrisse

boletins de atendimento. Soubemos depois que se tratava do gesseiro,⁸ que vinha abrir os boletins para pacientes sem condições de se locomover (o que, a rigor, seria função da recepcionista volante). Em sua conversa conosco, demonstrou também muita satisfação com seu trabalho.

Transgressões, Quebra-galhos e Zelos

Outros processos observados no hospital estudado e que parecem também exercer importantes funções de defesa contra o sofrimento (Sá, 2005) dizem respeito às relações que os trabalhadores estabelecem, na realização de suas atividades, com as regras, normas e rotinas do trabalho, ou, na linguagem da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2004), às relações entre trabalho prescrito e o real do trabalho. Um dos exemplos mais frequentes de transgressão é a ‘flexibilização’, por parte dos profissionais, dos critérios de acesso ao serviço, permitindo o acesso ao SPA ou ao serviço de emergência de casos que não se caracterizam, a rigor, como de urgência ou emergência.

A prática do “quebra-galho” também é outro processo observado, e decorre, como a conceitua Dejours (1999b), do enfrentamento, pelo trabalhador, das dificuldades ou resistências impostas pelo real do trabalho. No hospital estudado, alguns “quebra-galhos” observados parecem adquirir mais claramente o sentido de uma estratégia de defesa contra o sofrimento decorrente dos limites impostos a um bom atendimento pela realidade hospitalar. Em outras situações de transgressão às regras ou às normas, o caráter defensivo não fica tão claro, não sendo possível distinguir se é de fato de um “quebra-galho”, no sentido de uma prática que busca contornar os limites impostos pela realidade para garantir a execução da tarefa e o alcance de seus objetivos, ou, na verdade, descuido ou negligência.

Como exemplo emblemático do primeiro caso, tivemos a oportunidade de observar a aplicação, por uma enfermeira, de uma injeção de analgésico/anti-inflamatório em uma paciente que estaria com “dor ciática”, conforme seu diagnóstico, mas ainda não havia passado pela consulta médica. Segundo a enfermeira, o ortopedista assinaria posteriormente a prescrição. Tratava-se, evidentemente, de uma transgressão às regras do exercício profissional da enfermagem e da medicina. Não sabemos até que ponto havia, de fato, algum acerto informal entre médicos e enfermeiros para tal procedimento ou se a enfermeira apenas disse que o médico assinaria posteriormente a prescrição para demonstrar que estava, de alguma forma, ‘respaldada’ pela equipe médica. De todo modo, e considerando principalmente que, pela rigidez dos ortopedistas com relação aos critérios de urgência, os casos de dor ciática não eram atendidos na emergência, a conduta da enfermeira nos pareceu claramente motivada pela intenção de aliviar o sofrimento, aliviar a dor, da paciente, defendendo-se, com este “quebra-galho”, de seu próprio sofrimento diante da dor alheia.

⁸ Trabalhador do setor de ortopedia encarregado de fazer as imobilizações com gesso, conforme orientação médica.

Por fim, outro tipo de processo que também diz respeito às relações entre trabalho prescrito e o real do trabalho – e que, em certas situações, pode ser considerado como possuindo um caráter defensivo contra o sofrimento no trabalho – é o zelo aportado pelo trabalhador à execução da tarefa. Neste caso, destaca-se a conduta de uma médica, pediatra do SPA, que sistematicamente orientava as mães a voltar em outro dia com as crianças para que pudesse avaliar sua evolução. A revisão é um procedimento esperado em um ambulatório, não em um serviço de pronto atendimento, destinado às urgências. Assim, o interesse da médica pela evolução das crianças, em vez de encaminhá-las a um ambulatório ou centro de saúde, pode ser considerado uma tentativa de superar o sofrimento, possivelmente decorrente da pressão para trabalhar mal, para atender rapidamente, que as condições de trabalho no SPA acabam impondo ao profissional.

Também próximas ao zelo, encontram-se, nos parece, outras saídas para o sofrimento que assumem o caráter de saídas individuais. São algumas condutas que podem ser classificadas de ‘jeitinho’, solidariedade ou, em alguns casos, ‘caridade’.

Uma assistente social diz-se preocupada com os pacientes ou mães de crianças que aguardam horas para o atendimento e não têm dinheiro para comprar nada para comer. Disse que as nutricionistas só atendem pedidos para liberar refeições quando vêm encaminhados pelos médicos, mesmo sabendo que a comida vai sobrar e estragar no final do dia. “Então eu vou e tiro do meu bolso (...), vou à cantina comprar um copo de leite, uns biscoitos para a criança (...). Não coloco como caridade (...), são benefícios que a população tem que ter (...)”. Entre o zelo e o “quebra-galho” situa-se também a conduta de alguns médicos que internam os pacientes apenas para garantir o tratamento medicamentoso, nos casos em que o medicamento indicado encontra-se disponível apenas para a internação.

Alguns profissionais parecem ter consciência das limitações dessas saídas individuais, tanto como mecanismo de defesa contra o sofrimento no trabalho quanto como forma de minimizar o sofrimento dos próprios pacientes. Uma enfermeira da porta de entrada, queixando-se das dificuldades para referir pacientes para determinadas especialidades, e contando que muitas vezes lança mão do conhecimento pessoal para estas referências, observa: “Só que aquilo ali te deixa chateada, porque (...) então, você tem que escolher um! Aquele ali é o sorteado, aquele ali foi abençoado com aquela vaga! (...) Mas nem sempre a gente pode estar fazendo isso!”.

Das Brincadeiras à Negação

Outro grupo de saídas ou defesas contra o sofrimento está relacionado à negação da situação adversa, produtora de sofrimento. Observamos que estas estratégias de negação podem assumir formas diversas, variando entre a brincadeira e a negação propriamente dita ou o não reconhecimento da situação (Sá, 2005). A zombaria também aparece como uma forma de defesa contra o sofrimento.

Um exemplo bastante contundente de negação do real do trabalho associado ao ressentimento pelo não reconhecimento do bom trabalho foi protagonizado pelo diretor do

hospital. Comentando a matéria publicada em um jornal sobre a precariedade dos hospitais da rede estadual de saúde, na qual constava uma foto da placa com o nome do hospital, toda deteriorada, o diretor observou que se a placa foi “a única coisa que destacaram” deveria ter sido “(...) porque não encontraram muitos outros problemas para fotografar”.

A placa deteriorada do ‘Hospital João Silva’ era, na verdade, a metonímia da deterioração dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, constatação, todavia, por demais dolorosa para profissionais que, como este diretor, doam-se cotidianamente à tarefa de fazer funcionar esses hospitais, “administrando o caos” (como ele mesmo nos disse certa vez) para mantê-los de portas abertas 24 horas. Nesse contexto, o ressentimento pelo não reconhecimento (pela invisibilidade) do bom trabalho e a negação do real do trabalho são respostas frequentes.

As Interrupções Frequentes do Trabalho: os “voos”

Outro tipo de defesa contra o sofrimento no trabalho nos pareceu ser o afastamento físico do trabalhador da ‘fonte’ de sofrimento, o que se daria a partir de interrupções frequentes do trabalho.

Certo dia, durante uma das observações do funcionamento do SPA, a recepcionista da emergência, em determinado momento, saiu de seu posto e veio conversar com a recepcionista do SPA. Falavam de um dos enfermeiros que fazia a triagem. Uma perguntou se a outra ainda não havia notado que ele “voava” muito – referindo-se a suas saídas frequentes da sala de triagem. De fato, já o havíamos visto saindo algumas vezes da sala de triagem durante seus plantões. De todo modo, tratava-se de um enfermeiro que, ao longo das observações e também na entrevista, pareceu bastante dedicado a seu trabalho e aos pacientes, o que reforça a hipótese de que suas saídas tivessem uma função defensiva. Pitta (1999), referindo-se aos trabalhos de Wisner, na área de ergonomia, destaca que a interrupção frequente das tarefas estaria entre os sinais de sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Subvertendo o Sofrimento: os processos de identificação, ilusão e idealização e a busca por reconhecimento

Por fim, é importante destacar que as saídas para o sofrimento no trabalho no hospital estudado assumem também a forma de uma busca de sentido e de prazer – tentativas de “subverter o sofrimento”, como observaria Dejours (1999b). Nesses processos, a identificação, a ilusão e principalmente a idealização assumem um papel central, ao lado da busca de reconhecimento pelo trabalho bem feito.

Assim, por exemplo, os processos identificatórios se destacam no depoimento de uma auxiliar de enfermagem da emergência. Fala com entusiasmo de seu trabalho, demonstrando o prazer que sente quando pode estreitar o relacionamento com os pacientes e seus parentes: “Você vê o quadro dele, se torna até amigo do parente”. No mesmo sentido, destaca-se a fala de outra auxiliar de enfermagem, que deixa os pacientes “à vontade”, cuidando deles para que fiquem “tão bem que a gente até se apega”. Uma recepcionista, referindo-se a

diversas situações difíceis de relacionamento com o público, inclusive casos de agressão, ressalta os casos em que fez amizade com pacientes ou acompanhantes.

A possibilidade de encontrar prazer no cuidar e na amizade – com os colegas, mas também com o paciente – é destacada por Loureiro dos Santos: “As auxiliares de enfermagem conferem sentido ao trabalho quando mencionam a importância do ‘companheirismo, da amizade’, ‘cuidar e conversar com o paciente’, ‘brincar, deixá-lo solto’ (...)” (Loureiro dos Santos, 2001: 113)

Para outros profissionais, a ilusão parece ser o principal mecanismo para a transformação do sofrimento, como uma assistente social da porta de entrada que observa:

Você ainda acredita que um dia vai trabalhar naquilo que você gosta, com respeito (...), que ainda vai melhorar – motivo porque eu tenho paixão por isso aqui (...). Já tive outras oportunidades de trabalho (...). Meu marido diz que eu me autoflagelo (...), mas a gente tem coisas boas.

Um das enfermeiras da porta de entrada afirma de modo veemente sua crença no Projeto, cuja concepção, ao valorizar o trabalho da enfermagem, sustenta seu investimento no trabalho:

Eu quero acreditar, (...), eu quero acreditar porque é um projeto pioneiro, você tem que quebrar várias regras, principalmente esse império, essa monarquia [ênfase] da medicina! Se você tem enfermeiros na Porta, num hospital de emergência, fazendo consulta de enfermagem, eu acho que você tem que quebrar muita coisa, sim!

A idealização do trabalho (e da profissão), para o qual é necessária uma espécie de ‘doação’, como no cumprimento de uma ‘missão’, parece ser uma das vias mais utilizadas para a transformação do sofrimento em prazer no trabalho ou em algum outro sentido compensatório.

Especialmente entre os enfermeiros, é comum – e provavelmente derivada da própria história da profissão – a saída para o sofrimento no trabalho através da idealização do papel da enfermagem como de orientação e ‘educação’ da população, de ‘humanização’ da assistência, especialmente apoiada no imaginário construído em torno da vocação para a profissão, vista quase como um ‘dom’, ressaltando-se a ‘abnegação’, ‘nobreza’ e a ‘dignidade’ de caráter dos enfermeiros, capazes de suportar as tarefas mais ansiogênicas e muitas vezes repulsivas e desvalorizadas socialmente.

Para um enfermeiro da porta de entrada, a idealização da profissão a partir da imagem de abnegação e nobreza envolvida na assistência aos pobres e necessitados não é o único mecanismo de saída do sofrimento. Este enfermeiro parece encontrar na “agitação” da porta de entrada e na rapidez de decisões exigida dos que ali trabalham a saída para outros sofrimentos, talvez anteriores ao próprio processo de trabalho.

Eu faço a triagem na porta da emergência (...). É um trabalho que ninguém quer e eu adoro. (...) É o povão... é o povão. (...) gosto do movimento... da agitação. Não gosto de

trabalhar à noite porque não tem movimento (...). Então é isso, é por causa do povo e do movimento... com todo o desgaste que existe... posso estar sendo masoquista, mas é isso aí. (...)

Ao analisar o trabalho gerencial de diretores de hospitais de emergência, examinamos a relação com o tempo, expressa na narrativa desses gestores (Azevedo, 2005). A partir do trabalho de Nicole Aubert (2003) sobre o culto da urgência na atualidade, destacamos que, além de ser uma construção societária e institucional, a urgência mostra-se, por vezes, como construção mental. Haveria uma ressonância, nestes casos, entre urgência interior e exterior. Trabalhar na urgência pode, assim, se constituir num meio de afirmação pessoal, de poder do sujeito, ou ainda uma forma de resposta à ansiedade: “Lutar diariamente para dar conta de muitos problemas do hospital, agindo rapidamente sob tensão acrescenta intensidade à vida, certo prazer, funcionando imaginariamente como domínio do tempo” (Azevedo, 2005: 192).

Tal discussão, trazida para a problemática do sofrimento dos profissionais no trabalho na porta de entrada de um hospital de emergência, sugere que a urgência, que até então tem sido tratada aqui como fonte de sofrimento para os profissionais do hospital, pode ser, para alguns, estruturante, fonte de prazer ou, pelo menos, de minimização de outros sofrimentos, talvez mais primitivos que os desencadeados no processo de trabalho.

Finalmente, entre as saídas para o sofrimento voltadas para a busca do prazer e do sentido no trabalho, destaca-se a busca de reconhecimento pelo bom trabalho. Pelo trabalho não só realizado com correção, do ponto de vista técnico, mas, sobretudo, com dedicação, inventividade e qualidade, o que pressupõe um julgamento estético.

Uma recepcionista fala empolgada de seu trabalho: “Adoro! Lidar com o público é a melhor coisa que tem. Me sinto muito bem em receber elogios sobre a forma como atendo. (...) É muito bom este reconhecimento, e eu queria ter o mesmo tratamento”. Uma assistente social da porta de entrada conta como foi difícil se habituar à realidade do trabalho hospitalar e como hoje se sente gratificada pelo trabalho na emergência, demonstrando que soube encontrar no reconhecimento – ou na busca por reconhecimento – uma via de transformação/superação de seu sofrimento no trabalho: “eles agradecem muito também. (...) nem todos fazem registro por escrito, mas eles passam aquele ‘muito obrigado’, e você vê que é [ênfase] realmente um muito obrigado! (...)”.

Dejours (2004) destaca o papel de reconhecimento exercido, sobretudo, pelos pares, pelo coletivo de trabalho, especialmente no que se refere ao julgamento estético. Como observamos (Sá, 2005), o trabalho em saúde guarda especificidades, sendo necessário considerar também a importância do julgamento ‘estético’ realizado pelo próprio paciente, com base, por exemplo, em critérios como dedicação e atenção dispensados pelo profissional.

Assim, a despeito de serem hegemônicos a invisibilidade do trabalhador de saúde e o não reconhecimento do ‘bom trabalho’, assim como parecem hegemônicos o descaso e a cegueira por parte dos serviços de saúde para com a população, alguns trabalhadores ainda conseguem, como vimos, tornar o reconhecimento (ou a busca por reconhecimento)

uma saída para seu sofrimento no trabalho, dotando-o de sentido e até transformando-o em prazer, com um impacto positivo sobre a qualidade do cuidado.

O cuidado possível na porta de entrada do ‘Hospital João Silva’ é produzido, muitas vezes, especialmente quando se trata da emergência, dentro do espaço de possibilidades definido pelo dilema, caracterizado por uma recepcionista como “se atender é risco, se não atender também”. Tal situação torna, em geral, esse “possível” muito pouco. Algumas situações, no entanto fogem, de forma positiva, desse padrão.

Acreditamos que este estudo tenha mostrado que se a solidariedade, a cooperação e o cuidado com a vida ainda não foram definitivamente banidos dos serviços de saúde, isto se deve, pelo menos no hospital estudado, ao trabalho ainda realizado pelos processos de idealização, ilusão, crença e pela dinâmica do reconhecimento, observados nas relações que os trabalhadores de saúde estabelecem entre si, com seu próprio trabalho e com a população, bem como aos vínculos (imaginários, em sua dimensão ‘motora’) que ainda mantêm com o hospital.

SOB O DOMÍNIO DA URGÊNCIA: EFEITOS E POSSIBILIDADES PARA A PRÁTICA GERENCIAL NOS HOSPITAIS

A investigação junto aos diretores dos hospitais de emergência do município do Rio Janeiro desenvolveu três modelos/modalidades de análise das práticas gerenciais (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007). Tais modalidades, na verdade, mostram-se como polos extremos de uma realidade mais matizada. Expressam, talvez, tipos ideais, ao passo que a realidade mostra-se mais heterogênea.

No primeiro modelo, a gestão representaria uma força no sentido da mudança, e sua perspectiva de trabalho se desenvolve em torno de uma representação psíquica e social acerca do que deve ser o hospital. Essa representação fundaria uma proposta ou um projeto para o hospital favorecendo o trabalho no plano coletivo.

O segundo modelo, representaria a tentativa de estabelecimento de certos objetivos e conseqüentemente de projetos, porém específicos – por exemplo, a reorganização da porta de entrada, o sistema de dose unitária de medicamentos, a informatização etc. –, não constituindo um processo mais amplo de mudança, pois não impactaria a visão e a perspectiva que se tem do hospital, suas significações imaginárias, seu projeto institucional. Talvez possa significar a possibilidade de mover positivamente o hospital, apontando, em um nível micro, possibilidades de influenciar seu futuro.

O terceiro modelo – dominante nos casos analisados – estaria pautado pelo imaginário da urgência, pela busca da operacionalidade, pelo esforço para fazer funcionar. A luta pela sobrevivência, neste caso, ocuparia de forma absoluta a atenção da direção, especialmente manifesta no esforço para dispor de insumos, equipamentos, estrutura física adequada, enfim, de condições de funcionamento que possibilitem o hospital continuar atendendo à sua demanda. Esse modelo seria fruto do contexto institucional, particularmente das secretarias de saúde, considerando a baixa capacidade de suprir as necessidades dos ser-

viços de saúde, o baixo nível de investimento que vem sendo feito e a falta de autonomia dos hospitais.

As experiências desses diretores indicam o quanto essas modalidades de prática gerencial encontram-se na encruzilhada entre vários planos de determinação. Por um lado, elas são expressões da capacidade dos diretores, associam-se às suas trajetórias profissionais, mas ao mesmo tempo, expressam processos intersubjetivos que se constroem na organização, compreendida como instância grupal e, num outro nível de análise, tais modalidades têm origem em processos institucionais e macrosociais.

A ausência de uma rede de serviços vem determinando uma sobrecarga aos hospitais de emergência, gerando vivências de descontrole e angústias associadas a um trabalho excessivo, porém ao mesmo tempo insuficiente. Fragmentos do relato de uma diretora de um hospital da SES evidenciam os reflexos dessa situação para o trabalho gerencial:

É uma demanda insuportável que quebra qualquer aparelho que você ponha: o aparelho tinha que funcionar com vinte tomografias está funcionando com quarenta. Onde você tinha que fazer quinze internações, está fazendo cinquenta. Está além da sua capacidade operacional. Então a gente vive esse drama que tem semanas que melhora e tem semanas que piora.

(...) Não vamos conseguir resolver sem a rede. Senão você dá alta para dez, interna vinte; dá alta para dez, interna vinte. A gente não consegue (...). É enxugar gelo, como o pessoal fala.

Apesar da angústia decorrente da improvisação e de uma prática orientada pelo “problema do dia” surge certa adaptação a este contexto de urgência. A prontidão permanente e a ação contínua parecem funcionar como um antídoto contra a incerteza, evitando contato com os conflitos. Assim, como já observamos anteriormente, o imediatismo e o curto prazo, em alguns casos, são produtores de sentido e podem cumprir um papel defensivo, de modo que “Trabalhar na urgência, ‘tomar’ as urgências, pode se constituir um meio de afirmação pessoal, uma forma de assegurar seu poder, ou ainda uma maneira de resposta à ansiedade” (Aubert, 2003: 103): “(...) eu digo assim: ‘ser diretora é muito emocionante. Não dá tempo de ter depressão (...)’. É uma terapia fantástica para os deprimidos: ou você morre, ou você fica para cima”.

O contexto de crise, ao mesmo tempo aguda e crônica, em que vivem os hospitais de emergência impede que os profissionais e os gestores experimentem o trabalho como realização de si e construção de identidade, ao contrário do que concebe Dejours (2004). A urgência tem por efeito ilusório anular o tempo, aponta Aubert (2003), minando no indivíduo sua capacidade de se projetar, de representar o futuro. Nesse contexto, há dificuldades para construção de projetos coletivos e para desencadear processos de mudança. Não há estratégia, só ato. A seguir, o depoimento da diretora de um hospital da SES:

No meu trabalho do dia a dia, eu pouco planejo, eu mais apago incêndio. (...) mas eu tento fazer. Planejar alguma coisa no Núcleo Estratégico, a passos de cágado,

tentar resolver. E o meu trabalho é para funcionar o hospital. (...) ‘Qual é o filé do dia?’ Separar o osso do filé, priorizar e rapidamente resolver. Sempre tem situações de emergência para resolver.

A urgência presente nos hospitais estaduais e municipais voltados para assistência de emergência do Rio não significa exclusivamente adotar como foco a operacionalidade, “botar para funcionar”. Enquanto a morte em um hospital que dispõe de recursos adequados para a assistência surge como o imponderável, no contexto de escassez e descontrole, a luta contra a morte toma contornos de uma luta contra a precariedade, em seu limite. Seguem depoimentos expressivos de alguns diretores de hospital:

Um hospital desse tamanho, desse porte, dessa complexidade, está sem contrato de manutenção predial, sem contrato de climatização de ar-condicionado, sem contrato de manutenção do gerador.

E o dinheiro não dá, porque eu também não tenho remédio nenhum. (...). Não tem morfina. Eu sou polo de oncologia. Só existem três polos: Eu não tenho um quimioterápico. Os pacientes choram, todo dia, na minha porta. Estão interrompendo tratamento!

À solidão hierárquica e ao nível de responsabilidade oriunda do cargo de direção somam-se outros fatores geradores de sofrimento. Em um contexto de estresse ou neurose profissional “o sujeito funciona, então, como uma caixa de ressonância dos múltiplos problemas ou múltiplos conflitos da organização (...)” (Aubert, 1994: 178)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retrato da assistência e da gestão nos hospitais de emergência aqui apresentado, ainda que possa conter muitas identidades com situações observadas em outros estados, expressa a especificidade da realidade hospitalar do município do Rio de Janeiro. As dificuldades para garantir o funcionamento dos hospitais de emergência estão associadas a problemas que vêm marcando as últimas décadas na assistência pública no Rio de Janeiro (Aquino, 1997).

Ao lado das limitações institucionais e dos modelos centralizados de gestão pública, apresentam-se obstáculos predominantes na cultura política do Rio de Janeiro, tais como o cinismo generalizado, que ‘autoriza’ ou ‘legítima’, por meio de imagens como o “rouba, mas faz”, a corrupção, o roubo, a dilapidação dos recursos e bens públicos, o nepotismo escancarado do “se mais filhos tivesse, mais filhos nomearia (...)”, o clientelismo e a absoluta falta de limites para os acordos, ‘pactos’, e troca de favores políticos com base na máxima ‘franciscana’ do “é dando que se recebe”. Tais processos, associados ao baixo nível de investimento na saúde, corroem cotidianamente o esforço dos trabalhadores e gestores no sentido da qualidade do cuidado (Sá, 2005).

O drama por atendimento e a situação de colapso enfrentada pelas nossas emergências produzem uma ferida narcísica nos pacientes e nos profissionais (Azevedo 2005, Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007). Os primeiros, maltratados, malvistos, vivem uma situação de invalidação social, que funciona simultaneamente no registro psíquico e social, capaz de conformar o que Carreteiro (2003) compreende como uma cidadania negativa. Os profissionais, obrigados a trabalhar em um contexto de ‘guerra’, sem condições materiais, e os diretores, impedidos de exercer funções intermediárias (Kães, 1994), de ligação, de articulação, de mediação, de apoio e sustentação.

As vivências de ameaça, as angústias de perda, a pressão para que atores/sujeitos voltem-se exclusivamente para o imediato impõem um imaginário de clausura – na leitura de Giust-Desprairies (2002) sobre situações de crise, uma ruptura de sentido, uma quebra nos modos de simbolização da organização.

O trabalho de René Kães e Janine Puget (1991) torna-se fonte fundamental na compreensão teórica do que se encontra em jogo em situações de intensa crise psicossocial como a que vem sendo descrita, compreendida então como uma situação de violência social. Tal violência é descrita como uma “manifestação disruptiva” que “reduz o espaço vincular e de socialização a sua expressão mínima”, “desarticula os eixos de pertencimento social” (Puget, 1991: 28) e é capaz de produzir a inibição do pensamento.

Podemos supor, e é importante dar destaque a essas considerações, que essa experiência da crise produza efeitos sobre as capacidades futuras de ilusão, idealização e crença dos sujeitos – gestores, profissionais de saúde, fortalecendo a apatia, o conformismo, contraindo para a manutenção de um modelo de ação contínua, pautado pelo imediatismo.

O cenário atual fortalece um certo lugar para o hospital no imaginário dos profissionais: mais que nunca os hospitais públicos funcionam como polo contraidentificatório, minimizando, assim, as possibilidades de afiliação, as vivências de pertencimento e também as construções coletivas.

As pesquisas que embasaram o presente capítulo nos levam a reconhecer que, no contexto em que se encontram os hospitais de emergência do Rio de Janeiro, não só se produz a indiferença em relação à dor e ao sofrimento alheios, sua banalização, mas também o agravamento do sofrimento e, mais ainda, também se produzem dor e sofrimento, também se produz o mal. São inúmeras as situações nas quais o descuido ou a indiferença pelo sofrimento alheio se ‘embaralham’ ou são alimentados (como defesa face ao sofrimento psíquico) na impotência dos trabalhadores ante a precariedade das condições de funcionamento do serviço. No entanto, também vimos que, a despeito do peso desses processos e das condições objetivas de funcionamento do hospital que produzem a insuficiência e até mesmo a cegueira do olhar para o sofrimento do outro, alguns olhares e cuidados ainda parecem possíveis, mesmo que frágeis.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E. M. M. L. L. *Socorro: quem precisa disso? Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- AUBERT, N. A neurose profissional. In: CHANLAT, J. F. (Coord.). *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1994. v. II.
- AUBERT, N. *Le Culte de l'Urgence*. Paris: Flammarion, 2003.
- AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- AZEVEDO, C. S. A Dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15, supl. 1: 977-986, 2010.
- AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.
- BIRMAN, J. A Dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 9(2): 09-30, 1999.
- BAUMAN, Z. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In: KEHL, M. R. (Org.). *Função Fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CARRETEIRO, T. C. *Exclusion Sociale et Construction de L'Identite*. Paris: Éditions L'Harmattan, 1993.
- CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. *Psicossociologia USP*, 14(3): 57-72, 2003.
- CASTORIADIS, C. O mundo fragmentado. In: CASTORIADIS, C. (Org.). *As Encruzilhadas do Labirinto*. São Paulo: Paz e Terra, 1992. v. III
- COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos. In: ROITMAN, A. (Org.). *O Desafio Ético*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.
- DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. (Orgs.). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999a.
- DEJOURS, C. *Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Editora Fundap, 1999b.
- DEJOURS, C. Parte I: trajetória teórico-conceitual; Parte II: a clínica do trabalho; Parte III: perspectivas. In: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Cristophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.
- DESLANDES, S. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997a.
- ENRIQUEZ, E. *Les Jeux du Pouvoir et du Désir dans l'Entreprise*. Paris: Desclée Brouwer, 1997b.
- FREUD, S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* [1921]. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII. (Obras Completas de Sigmund Freud)

- GIUST-DEPRAIRIES, F. Crise. In: BARUS-MICHEL, J. et al. (Orgs.). *Vocabulaire de Psychosociologie*. Paris: Editions Éres, 2002.
- KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. et al. (Orgs.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- KAËS, R. Ruptura catastrófica y trabajo de la memoria. In: PUGET, J. & KÄES, R. (Orgs.). *Violência de Estado y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitárias, Centro Editor de América Latina, 1991.
- KAËS, R. Las condiciones de posibilidad del proceso asociativo en los grupos. In: KAËS, R. (Org.). *La Invención Psicoanalítica del Grupo*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 1994.
- KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- LOUREIRO DOS SANTOS, M. *Cuidados Paliativos e Organização do Trabalho: a concepção na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- OLIVEIRA, L. H. *Cidadãos Peregrinos: os 'usuários' do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial – uma análise a partir de usuários do SUS no Município de Juiz de Fora*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583, 2005.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PUGET, J. Violência social y psicoanálisis: de lo ajeno estructurante a lo ajeno-ajenizante. In: PUGET, J. & KÄES, R. (Orgs.). *Violencia de Estado y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitárias, Centro Editor de América Latina, 1991.
- ROSA, N. G. *Dilemas Éticos no Mundo do Cuidar de um Serviço de Emergência*, 2001. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*, 36(1): 507-527, 2002.
- SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C. & FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.334-1.343, 2008.
- SILVA, C. O. *Curar Adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SKABA, M. M. V. F. *O Vício da Adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.