

### 3

## Recriação de vínculos sociais: a rua, os abrigos e os hospitais

Os vínculos sociais representam em nossa sociedade toda uma base de sustentação da própria reprodução da vida: a casa, o trabalho, a vizinhança, a família. Ao mesmo tempo, a ausência destas redes tende a lançar estes indivíduos em uma condição de fragilidade social e de trabalho.

Em estudo proposto por Castel (1994), o autor dá destaque ao tratamento das situações de privação, aos contornos relativos à sociabilidade. Castel considera que não somente a falta de recursos materiais define os grupos sociais como vulneráveis, mas também a labilidade das suas relações sociais os fragiliza. A esse processo de fragilização das relações sociais ele nomeia “desafiliação”. A desafiliação resume-se a dois movimentos fundamentais: integração/ não integração pelo trabalho e inserção/não inserção em uma sociabilidade sócio-familiar" (CASTEL, 1994) .

Estes dois momentos configuram três zonas específicas: zonas de integração (asseguradas pela inserção no mercado de trabalho e pela oportunidade de mobilizar suportes relacionais sólidos), zona de vulnerabilidade (aquela marcada por precários trabalhos e as redes relacionais frágeis), zona de exclusão – desafiliação (combina ausência de trabalho e isolamento social).

A população de rua é considerada desgarrada da sociedade, portadora de um modo de vida marcado pela perda e rompimento de vínculos sociais. Nesta conjuntura novas formas de sociabilidade são desenvolvidas e conseqüentemente novos vínculos sociais são estabelecidos, dentre eles o vínculo com a própria rua, com os abrigos e hospitais.

Este estudo está situado no espaço hospitalar enquanto campo de pesquisa. Tal opção proporcionou a possibilidade de analisar um espaço institucional não específico à população de rua que potencializa, portanto, os dilemas institucionais vivenciados por este segmento. Porém, cabe-nos discorrer previamente sobre os vínculos com as ruas e abrigos por sua fundamental importância na

reconfiguração das novas formas de sociabilidade desenvolvidas pela população de rua.

### 3.1

#### **A rua como espaço coletivo e lugar de referência**

“Cair na rua” é a expressão usada por esses sujeitos para simbolizar a ruptura que os leva às ruas. A ruptura de vínculos é gradual e pode-se dizer que este processo chega à última etapa quando há ruptura com a família, a vizinhança e o trabalho. A rua se apresenta sob diversas dimensões e significados para esta população. Enquanto local de moradia designa aspectos do campo material e objetivo relacionado à sobrevivência e ao trabalho e dimensões subjetivas relacionadas à fuga, solidão e liberdade. No campo teórico os espaços públicos se apresentam sob diferentes análises, uma delas é a relacionada ao território.

Para Rogério Haesbaert (2002), o território apresenta as seguintes dimensões: 1) um enfoque jurídico-político, segundo o qual “o território é visto como um espaço delimitado e controlado sobre o qual se exerce um determinado poder, especialmente o de caráter estatal”; 2) um culturalista, que “prioriza dimensões simbólicas e mais subjetivas, onde o território é visto fundamentalmente como produto da apropriação feita através do imaginário da identidade social dos indivíduos”; 3) um enfoque econômico, “que destaca a territorialização em sua perspectiva material, como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho”.

O autor fala em *aglomerados de exclusão* enquanto conjuntos ou agrupamentos de pessoas. E que estas pessoas, de algum modo, estão privadas do recurso material, incluindo-se aí o recurso socioespacial. São “espaços sobre os quais os grupos sociais dispõem de menor controle e segurança, material e simbólica”, lugares onde se produz o “anonimato, a anulação de identidades e a ausência praticamente total de autonomia”. (Haesbaert, 2002)

Estes conceitos são elucidativos quando se coloca em pauta a vulnerabilidade a partir do conceito de desterritorialização, muito comum entre aqueles que buscam nas cidades oportunidades de vida e trabalho e acabam integrando o grupo de pessoas em situação de rua.

Como objeto de medos sociais ou considerados como “hóspedes incômodos” de partes das cidades (principalmente dos bairros mais ricos), a pobreza urbana é vista através do morador de rua. Ele expressa, para aqueles que passam, moram ou “vigiam”, um sentido de repugnância, medo, incômodo e, quem sabe, até de “temor inconsciente” de um “espelho social” daquilo que não queremos ser e ver. O preconceito funciona como elemento pressionador que legitima a segregação dos espaços urbanos e tende a marginalizar aqueles que vivem nas ruas.

A visibilidade da população de rua nas cidades e o fato de tomarem de assalto o espaço público reforçam ações de caráter repressivo. São explícitas ações do tipo “recolher”, “higienizar” e “isolar” os moradores de rua, através de meios que impeçam a sobrevivência nos espaços públicos.

Um exemplo é representado pelo Projeto Rio Cidade, executado no período de 1995 a 2000, como parte do Plano Estratégico da cidade do Rio de Janeiro, plano construído na administração municipal do Prefeito César Maia (1993-1996). O Rio Cidade teve a abrangência de 15 áreas na primeira fase (Rio Cidade I) e mais 15 áreas na segunda fase (Rio Cidade II). Segundo o pesquisador Márcio Piñon Oliveira, as mudanças implementadas pelo projeto Rio Cidade revelam o caráter de disciplinarização do uso das ruas, ao inibir ou constringer a utilização desse espaço para certos usos e para algumas pessoas (camelôs, sem teto, meninos de rua, indigentes, etc.). Isso significou evitar a presença de pessoas tidas como “indesejáveis” ou “sobrantes”, uma vez que são consideradas como elementos causadores de “caos”, “insegurança” e, portanto, de “desordem urbana”. O estudo desenvolvido por Oliveira pontua o seguinte:

Sua ação foi pontual, realizando-se em áreas/eixos comerciais dos bairros que sofreram a intervenção. (...) Deste modo, nos bairros onde a intervenção urbana ocorreu, estabeleceu-se aquilo que a nossa pesquisa denominou de território Rio Cidade. Identificado tanto pela distinção espacial dos elementos que compõem o mobiliário urbano e a paisagem em geral, quanto pelo controle social exercido pela força policial (Guarda Municipal e outras) sobre o comércio ambulante e a população em situação de rua. Assim, se por um lado, a intervenção urbanística possibilitam um planejamento urbano tido como de “novo tipo”, com uma racionalidade e administração de empresa, por outro, o que observamos e um aumento do controle social sobre o espaço, os seus usos e serviços e a população que dele se utiliza, caracterizando, a nosso ver, em muitos aspectos, formas de restrição à cidadania para determinados sujeitos e atores sociais. (...) A própria limpeza urbana, no seu sentido estrito, foi incrementada, de maneira geral, nas ruas atingidas pelos projetos do Rio Cidade. Ao circularmos por essas ruas, nos surpreendeu a presença quase permanente de trabalhadores da empresa de

limpeza urbana realizando a limpeza dos logradouros públicos nos limites do projeto. Em alguns bairros, inclusive, encontramos um reforço dessa limpeza sendo realizado por homens e mulheres que vestiam macacões azuis com a expressão Fazenda Modelo impressa nas costas. Através de entrevistas, sabemos que se tratava de ex-indigentes que foram retirados da rua pela Prefeitura, abrigados naquela fazenda - localizada na Zona Oeste da cidade - e incorporados ao trabalho de limpeza urbana por um salário mínimo e meio, tendo moradia, alimentação e transporte garantidos, a época, pela Prefeitura.” (OLIVEIRA, 2008).

Viver na rua significa ter que garantir a sobrevivência de diversos modos possíveis. Significa, em primeiro lugar, apropriar-se do espaço público como uma condição básica de existência.

Entretanto, habitar as ruas é também ser habitado por ela. Ambiente marcado pela tensão, não permitindo descanso, onde não é possível desligar a percepção da insegurança constante. O embrutecimento sofrido após alguns anos nas ruas os torna vítimas deste ambiente hostil. A vida na rua deixa muitos danos dentre eles as sequelas no corpo que se juntam aos hábitos adquiridos no ambiente das ruas, tais como o abandono de hábitos de higiene e a frequente entrega à dependência química.

Na luta pela sobrevivência, a localização nas ruas tende a situá-los em pontos onde seja possível a captação de alimento, esmolas, biscates, enfim, tudo aquilo que possa lhes permitir a sobrevivência e contar com certa proteção. A ocupação das ruas como moradia traz incertezas e inseguranças. O lugar que ocupam nas ruas projeta-se em busca de segurança e sobrevivência material. Será que podemos dizer que estes lugares constituem guetos?

No sentido estrito do conceito, certamente não se aplicaria. Isto porque, um gueto, como define Loïc Wacquant, em Bauman (2003), “combina o confinamento espacial com o fechamento social, misturando proximidade/distância física com a proximidade e distância moral”.

Talvez pudéssemos falar em “guetificação”. Compreender a utilização do espaço numa lógica de guetificação requer uma análise acerca dos espaços urbanos destinados a pobres e ricos. Esta lógica recortada para as ruas se expressa no nível de tolerância em relação à presença ou não do morador de rua. Esta tolerância inegavelmente terá variações de acordo com o status do local, da rua, bairro ou cidade.

Isso não quer dizer que o morador de rua seja plenamente aceito e integrado nos locais mais pobres da cidade. Entre os pobres urbanos e aqueles que estão nas ruas, há também um processo de discriminação e segregação. Mesmo não contando com o apoio repressivo e com as rondas de abordagens sistemáticas, estes locais reproduzem a moral do trabalho como mediador da inserção social. O pobre que trabalha é ocupante de um status social diferenciado daquele pobre que não trabalha e que, além disso, vive de esmolas.

Finalmente diríamos que os rompimentos afetivos familiares os lançam a uma condição em que é perdido também todo um conjunto de suas pertencas. Como dissemos anteriormente, o vínculo com o lugar de permanência na rua se dá em torno da busca dos meios de sobrevivência. Os vínculos pessoais construídos neste espaço, embora frágeis e transitórios, estão presentes na forma de agrupamentos, em que a busca por segurança e sobrevivência é a base fundamental destas relações. (Escorel, 1999).

Rompidos os laços familiares e com eles a teia de sociabilidades primárias, estabelece-se então uma nova forma de sociabilidade e vínculos, agora junto à rede de proteção público-assistencial e junto a organizações coletivas de amparo social.

### **3.2**

#### **Abrigos e institucionalização**

As instituições de assistência aos moradores de rua institucionalizam o próprio comportamento da mendicância entre o bom e o mau mendigo, aqueles que aceitam a ajuda da instituição e aqueles que não se submetem às regras. Os abrigos para a população de rua reproduzem a ideologia dominante através do modelo forjado na desapropriação da individualidade, da dependência. De modo controverso são forçados a integrar-se e recuperar-se socialmente (Stoffels, 1977).

As classificações são um dos rituais de passagem pelos quais estas pessoas são submetidas. Obviamente as variações daí decorrentes são permeadas por julgamentos de valor e quase sempre carregadas de uma acusação moral. Esta classificação acentua-se em um discurso fundamentado basicamente na reprovação e na responsabilização individual, assim como a relação do morador

de rua com as instituições de assistência reflete a estrutura social dominante, que prega a manutenção da ordem e seguimento das regras.

Conforme dito anteriormente, o vínculo com os equipamentos de assistência são geradores de uma relação de dependência. Sobre esta articulação entre vínculo institucional e dependência, Paugam descreve os sujeitos que se distanciam de sua rede de relações sociais, (desempregados e sem moradia) e passam a configurar-se enquanto pessoas dependentes dos sistemas de assistência social.

Para o autor, estas pessoas configuram um grupo integrante do processo de *desqualificação social* no qual o vínculo principal desse grupo passa a ser as instituições de assistência social. (Embora este trabalho verse sobre a França, serve de referência para uma reflexão acerca da experiência da fragilização social e dos constrangimentos).

A assistência social configura-se, para aqueles que dela fazem uso, como parte integrante de um processo de desqualificação social. O autor descreve o processo de desqualificação social em três momentos fundamentais: a *fragilidade*, a *dependência* e a *ruptura*.

Para ele, a *fragilidade* corresponde à aprendizagem da desqualificação social, quando os desempregados são obrigados a demandar algum tipo de ajuda aos serviços de ação social. A entrada nas redes de assistência social é percebida pelos demandantes como uma renúncia a um “verdadeiro” status social e como uma perda progressiva da dignidade. Quanto à *ruptura*, Paugam afirma que esta condição relaciona-se a um “acúmulo de desvantagens”, tais como: expulsão do mercado de trabalho, problemas de saúde, perda do domicílio, perda de contatos com a família etc. Trata-se da última fase do processo de desqualificação social, constituindo-se no produto de uma série acumulada de fracassos que conduzem a uma forte *marginalização*. Na grande maioria das vezes, não poder contar com a ajuda dos membros de suas famílias priva-lhes de uma das formas mais elementares de solidariedade (Paugam, 2001).

A desqualificação social se desencadeia quando o indivíduo tem sua sobrevivência e integração na sociedade, condicionadas às ajudas sociais. Neste sentido, a *dependência* decorrente da assistência oferecida a esses indivíduos tem uma função de regulação social, procurando atuar sobre as sucessivas rupturas e através do restabelecimento, ao menos em parte, dos laços sociais. A inserção

social passa a ser o instrumento através do qual se busca recuperar certa dignidade para aqueles que são vítimas dos processos de exclusão social.

Para o morador de rua, a assistência é traduzida em ações pontuais, para garantia de necessidades mínimas. Figura como uma relação de subalternidade, controle e dependência, principalmente no campo das organizações institucionais. Restrita à provisão de mínimos sociais, ainda se ocupa da satisfação do mínimo para sobrevivência em uma instância meramente biológica: banho, alimentação, comida, roupas e abrigo.

“A provisão de mínimos sociais, introduzida na agenda política brasileira dos anos 90 pela Lei nº. 8742, de 7 de dezembro de 1993, é uma medida antiga, que transcende as fronteiras nacionais excede os limites das sociedades tipicamente mercantis. Fruto secular das sociedades individuais em classes \_ sejam elas escravistas, feudais ou capitalistas a provisão de mínimos de subsistência, sempre fez parte da pauta de regulações desses diferentes modos de produção, assumindo preponderantemente a forma de uma resposta isolada e emergencial aos efeitos da pobreza extrema.” (Pereira, 2002:15)

Na definição das Nações Unidas, considera-se *homeless* (sem casa) não só os que vivem na rua, mas também os que estão em habitações precárias, que não atendem a necessidades e padrões mínimos de habitabilidade (cortiços e favelas).

Para o grupo considerado “morador de rua” são direcionados serviços específicos; no caso do município do Rio de Janeiro, podem ser descritos em quatro modalidades de ações: abordagem, abrigamento, retorno à terra natal e geração de emprego e renda.

Abordagem: a abordagem de rua consiste, como o próprio termo diz, em “ir ao encontro das pessoas” que já se encontram em situação de rua. O objetivo principal seria convencê-las a saírem das ruas e aderir a um projeto de “abrigamento voluntário”. Geralmente este trabalho é executado por assistentes sociais e educadores sociais. Neste encontro, por vezes é realizado um cadastro dessas pessoas e muitas vezes são oferecidas a possibilidade de um banho e uma refeição.

Os abrigos municipais: atualmente o município do Rio de Janeiro trabalha com Centrais de Recepção para encaminhamento de moradores de rua aos abrigos. As Centrais de Recepção recebem todo o tipo de pessoas que se encontram vivendo nas ruas: desempregados recentes, moradores de longa data, idosos abandonados, mulheres vítimas de violência doméstica, doentes mentais,

ex-egressos do sistema penitenciário, refugiados, aventureiros, andarilhos, turistas assaltados, migrantes, famílias vítimas de despejo, desabamento ou em conflito com a comunidade.

A Central de Recepção realiza a triagem desta população, que é cadastrada e entra para uma “fila de espera”, no aguardo de uma vaga em alguma das instituições (Centros de Acolhimento ou Hotéis). Cabe mencionar que, no caso de famílias com filhos e idosos, tenta-se um atendimento distinto em função dos dispositivos legais (Estatuto do Idoso e Estatuto da Criança e Adolescentes-ECA).

No caso dos idosos, verifica-se geralmente se o mesmo dispõe de algum benefício assistencial ou previdenciário (aposentadoria por invalidez) e principalmente trabalha-se com a perspectiva de “reinserção familiar”. Neste caso, as dificuldades são muitas, considerando que alguns transformaram-se em idosos nas próprias ruas, o que significa que, há muito, perderam o vínculo com seus familiares. Esta rede possui equipamentos de abrigos, hotéis, albergues e instituições filantrópicas conveniadas<sup>5</sup>.

No caso das famílias, a maioria se constitui de mulheres e crianças, sendo comum a ausência da figura paterna. Em geral, são famílias conhecidas da rede de acolhimento e que já estiveram em algum momento de suas vidas abrigadas; ou que tiram seu sustento nas ruas, através de doações. Em sua maioria possuem algum tipo de moradia nas áreas mais distantes da cidade e até em outros municípios, permanecendo nas ruas em alguns períodos do dia ou da semana.

Geração de emprego e renda: uma vez abrigados, seriam estimulados a obter novamente seus documentos e se inserirem no mercado de trabalho ou em programas de geração de emprego.

Retorno à terra natal: viabiliza o retorno à cidade de origem para pessoas em situação de rua que, sem condições de moradia e infraestrutura de vida,

---

<sup>5</sup> Em dezembro de 2007, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), em parceria com o Ministério Público e a Vara da Infância, Juventude e Idoso, estendeu o programa Família Acolhedora. Desde então, a iniciativa municipal também oferece uma bolsa auxílio para famílias interessadas em acolher idosos que se encontram no Abrigo Cristo Redentor, em Bonsucesso. O objetivo desta ação é de desinstitucionalização para evitar o isolamento social em instituições de longa permanência, além de garantir o convívio familiar e comunitário do idoso. Os idosos e as famílias acolhedoras terão acompanhamento psicossocial de profissionais da Prefeitura do Rio, além de serem incluídos nos programas municipais de saúde, cultura, educação, esportes e trabalho. Cada família poderá acolher até duas pessoas da terceira idade e a bolsa terá valor mensal que varia de R\$550 a R\$928 por idoso, conforme a situação de cada um. Os primeiros idosos a serem acolhidos se encontram no Abrigo Cristo Redentor, que abriga 300 idosos. Fonte: site da secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro

desejem voltar para perto de familiares. (O programa de Volta à Terra Natal, caso haja possibilidade de acolhimento no referido local).

Em grande parte desses programas, o sujeito passa a ser alvo da ação de caridade ou de assistência. O ingresso nestas instituições, muitas vezes, é marcado por um ritual de práticas segregatórias e estigmatizantes, típicas das relações de subalternidade a que estão expostos.

### 3.3

#### **Instituições de saúde**

O hospital surge na Idade Média a partir dos preceitos cristãos. Etimologicamente, a palavra vem do latim *hospitale* (espaço onde se recebem pessoas que precisam de cuidados, abrigo e estalagem que seriam os hóspedes ou convidados). Primordialmente foi destinado aos indigentes e aos velhos, independentemente de toda e qualquer doença. Nestes hospitais o caráter religioso era preponderante, um lugar onde, mais do que curar a doença, se cuidava, sobretudo da salvação da alma. Daí os primitivos hospitais em França adotarem a designação de *Hôtel-Dieu* ou Casa de Deus.

As práticas do isolamento de pessoas com doenças contagiosas e daquelas cujo comportamento poderia ser considerado anômalo compunham a clientela destes hospitais. Leprosos, pestilentos, loucos, pecadores, deficientes, pobres, marginais, criminosos, vagabundos, prostitutas, órfãos, velhos, desempregados e mendigos eram todos candidatos à institucionalização. A criação de novas práticas de visita, observação sistemática e comparada como ‘fazeres médicos’ nos hospitais constitui uma inovação e um marco na história da medicina e dos hospitais.

Em 1656, Luís XIV tinha criado o Hospital Geral, com o objetivo explícito de impedir, nas principais cidades, "a mendicidade e a vagabundagem como fontes de todas as desordens" (Foucault, 1972, p.75). É o início da intervenção do Estado (absolutista), conferindo ao hospital uma função policial e de controle daqueles elementos perigosos para a ordem estabelecida até então, acobertados

pela ideia de caridade. Tratava-se do “*grand renfermement*” de que fala Foucault (1972).<sup>6</sup>

Os hospitais gerais desta época também são detalhadamente descritos pelo historiador Geremek em livro intitulado “A piedade e a força: História da miséria e da caridade na Europa”, em que chama a atenção para a nova forma de regulação social baseada no trabalho.

"Aquilo que se propunha o Hospital Geral, com a sua política de enclausuramento e de trabalho obrigatório, era, pois a afirmação do *ethos* do *trabalho*: assegurar a todo o custo — pelo terror, pela ameaça e pela violência — o respeito geral de tal princípio. O espetáculo da repressão que a assistência social dos Tempos Modernos integra nos seus métodos de intervenção desempenha uma função ideológica precisa" (Geremek, 1995, p. 261).

A adoção do princípio do trabalho irá nortear os moldes da assistência como serviço público. Além disso, vão se rompendo ideias predominantes na Idade Média, o que leva a uma série de outras reformas tais como: o cuidado domiciliar, a criação de estabelecimentos hospitalares voltados para a cura e prevenção de doenças, a laicização da instituição e dos funcionários.

Com a instalação definitiva do processo de industrialização dos países da Europa Ocidental, as consequências sociodemográficas irão obrigar o hospital a alargar sua clientela e a modificar suas práticas. Na França, os hospitais começam a abrir-se aos não indigentes, incluindo: os primeiros beneficiários das caixas de *assurance-maladie*, mediante o pagamento de diárias ou de um *prix de journée*, e aos trabalhadores, vítimas de acidentes de trabalho. A extensão da proteção social na doença, incluindo a reparação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, vão ter implicações no desenvolvimento e no exercício da medicina e na modernização tecnológica e organizacional do sistema hospitalar, a partir, sobretudo, da II Guerra Mundial.

Retomando Foucault, (1979), o nascimento do hospital com a finalidade terapêutica está condicionado às técnicas de poder disciplinar e da intervenção médica, em que o indivíduo se torna objeto de saber e de intervenção da medicina.

---

<sup>6</sup>Processo histórico de marginalização dos segmentos da população menos adaptados à sociedade industrial e moderna emergente no século XVIII, mas que, ainda assim, eram necessários à sobrevivência da própria produção e ao consumo da sociedade industrializada. De um lado, os loucos e os criminosos foram encarcerados, respectivamente, no asilo e na prisão, desde o final do século XVIII, instituições tuteladas pelo Estado-Nação emergente, o que constitui o processo do ‘Grand Enclausurement’ (Foucault, 1972).

Esta última referência fornecida por Foucault ainda aparece como expressão atual e recorrente nas representações sociais relativas ao aparato que circunda a relação médico-paciente.

É possível então dizer que, para a população de rua, a partir do momento em que a evolução do modelo hospitalocêntrico caminhou em direção a uma especificidade terapêutica, o acesso deste segmento aos hospitais passou a ser dificultado. Portanto, a análise sobre o tipo de vínculo da população de rua com os hospitais na atualidade está quase que restrito aos atendimentos em unidades de emergência. O vínculo daí resultante ocorre, em primeiro lugar, pela imposição da própria estruturação do sistema de saúde em que o acesso pela emergência se mostra mais flexível e menos burocratizado.

Esta estruturação proporciona assim um espectro de exigências mínimas compatíveis com a condição existencial de quem está nas ruas e não pode comprovar identidade e domicílio fixo. Esta relação ocorre em dois patamares, em que este segmento identifica a instituição como referência para responder a uma determinada necessidade e o segundo patamar está circunscrito no nível em que estas relações acontecem, ou seja, os processos institucionais estabelecidos neste processo.

### **3.4**

#### **A dinâmica de um hospital de emergência**

Podemos dizer que, embora os hospitais de emergência configurem uma referência para a população de rua, no sentido de sua recorrência, o mesmo não ocorre em termos de excelência dos serviços prestados, ou da organização de um acolhimento específico para esta demanda.

O hospital de emergência, enquanto instituição altamente hierarquizada e complexa, tende a oferecer um tipo de atendimento impessoal tanto do ponto de vista do tipo de serviço que disponibiliza, como das tensões daí resultantes.

Neste ambiente, falar em humanização<sup>7</sup> e redes sociais de suporte configura-se um desafio para profissionais e usuários. Muitas vezes árido e marcado pela “desumanização”, o hospital de emergência é o local onde o tratamento das pessoas se realiza como objeto de intervenção clínica. Em um espaço em que o cuidado é intermediado por máquinas e procedimentos, o morador de rua figura como “um problema” ou “pessoa de menor valor”. Para Deslandes, o sistema leva ao isolamento e à prestação de “cuidados subpadronizados”. (Deslandes, 2006).

Nesta seção procuramos abordar a dinâmica do hospital, a partir de sua lógica de emergência; as práticas por ela desencadeadas impedem a pausa para o questionamento, para a dúvida e para a cooperação, além de afetar a qualidade dos serviços prestados. Em uma urgência, o fazer ou o ato é preponderante, assim como a tomada de decisões rápidas é uma imposição. A vida e a morte são o binômio que, de certo modo, justifica a lógica da urgência, deixando a impressão de que nela não há tempo para a reflexão.

A pressão por resultados e a precariedade das condições de trabalho agravam as condições de atendimento. Em uma realidade adversa, como é o caso da maioria dos hospitais públicos, a luta contra a morte divide espaço com a falta de recursos, a violência, a ineficácia e o abandono. Com efeito, nesse processo, a angústia gerada para os profissionais e para os usuários é muito aguda.

A dinâmica de um hospital de emergência é descrita em um estudo realizado por Suelly Deslandes (2002) no qual analisa o ambiente, o processo de trabalho e a opinião dos profissionais nos serviços de emergência. Neste estudo, a autora chama a atenção para duas características do processo de trabalho em hospitais de emergência:

I - Responsabilização e vínculo das equipes: neste processo, Deslandes concebe as situações vivenciadas em um plano que oscila entre o heroísmo e o descaso. Estes dois polos são permeados pelo esgotamento físico e mental dos profissionais; abandono da evolução clínica dos pacientes em função da grande demanda por atendimento; inobservância dos direitos dos pacientes; violação de

---

<sup>7</sup>“A humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidade de saúde, qualidade das assistências, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção.” (Deslandes, 2006)

princípios éticos profissionais; desestruturação técnica e operativa das equipes de plantão; despreparo no atendimento dos casos emergenciais.

II - Acolhimento: a autora ressalta que na maioria dos hospitais de emergência, ainda hoje, a recepção é feita por funcionários do setor de segurança, que definem a prioridade do atendimento.

Neste contexto, que combina urgência e precariedade, surgem práticas defensivas por parte dos profissionais: a banalização, a indiferença, a falta de implicação dos profissionais aparecem como estratégias para lidar com fatores tão adversos.

A questão das práticas profissionais defensivas foi amplamente estudada pela pesquisadora Marilene de Castilho Sá (2005). Neste trabalho, a autora afirma que as práticas defensivas cumprem uma função paradoxal, ou seja, seria um mecanismo de proteção à saúde mental do profissional, mas também uma armadilha que insensibiliza.

A superlotação dos serviços de emergência nos hospitais públicos aparece como uma das justificativas da lógica da urgência, colaborando para maximizar os riscos para os pacientes que esperam pelo atendimento médico.

A classificação de risco ou triagem estruturada talvez seja um dos elementos primordiais para minimizar os danos oriundos da superlotação, porque permite que pacientes mais graves tenham prioridade de atendimento.

No Brasil, o critério para atendimento ainda é a ordem de chegada dos pacientes, excetuando-se os casos de emergências explícitas. Em muitos países da Europa e nos Estados Unidos, a triagem “estruturada” já vem sendo utilizada para garantir melhor atendimento em hospitais de emergência, assegurando atendimento prioritário aos casos mais graves. O tipo de triagem mais utilizado atualmente no mundo é o que classifica os pacientes em cinco níveis, a partir do critério do tempo máximo aceitável na espera pela consulta médica.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Os pacientes encaminhados para a sala de espera deverão ser reavaliados periodicamente, em tempos que variam de acordo com o nível da classificação inicial: III, a cada 30 minutos; IV, a cada hora ímpar; V, a cada hora. As trocas de níveis de risco deverão ser registradas. Os pacientes que entrarem pela porta das ambulâncias, normalmente nível I e possivelmente nível II, deverão ser colocados diretamente na sala de reanimação cardiorespiratória, para atendimento imediato. Os pacientes atendidos na sala de reanimação cardiorespiratória deverão ser transferidos para a sala de observação, onde continuarão a ser assistidos, tão logo sejam estabilizados.

A gestão do cuidado nos serviços de emergência poderia ser realizada por equipe formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e tendo como retaguarda profissionais fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos, integrados em um plano terapêutico individualizado, com problemas, metas e responsáveis devidamente registrados e acompanhado em um prontuário único. (Ciência & Saúde Coletiva, 2007 Bittencourt, R. J. & Hortale, V. A.p. 931).

Tabela 1: Classificação de Risco para atendimento em hospital de emergência

Nível	Classificação de Risco	Tempo máximo	Local de Atendimento	Sinalização
<b>I</b>	Ressuscitação	0 min	Sala de Reanimação	<b>Vermelho</b>
<b>II</b>	Emergência	10 min	Sala de Reanimação	<b>Laranja</b>
<b>III</b>	Urgência	60 min	Sala de Observação	<b>Amarelo</b>
<b>IV</b>	Semi-urgente	120 min	Sala de Espera	<b>Verde</b>
<b>V</b>	Não Urgente	240 min	Sala de Espera	<b>Azul</b>