



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Dirceu dos Santos Betti

A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E O TRABALHADOR EM
SAÚDE: RELAÇÃO DE DEDICAÇÃO E INCERTEZAS

São Cristovão

2020

Dirceu dos Santos Betti

A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E O TRABALHADOR EM SAÚDE: RELAÇÃO DE DEDICAÇÃO E INCERTEZAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe – UFS, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho

São Cristóvão

2020

A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E O TRABALHADOR EM SAÚDE: RELAÇÃO DE DEDICAÇÃO E INCERTEZAS

. Dirceu dos Santos Betti

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe – UFS, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Data da Aprovação: São Cristóvão-SE _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho (Orientador – Universidade Federal de Sergipe- UFS)

Avaliador 1

Avaliador 2

Avaliador 3

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto de um processo, não somente da escrita, mas também da construção/formação do próprio pesquisador. O processo do mestrado abriu caminhos desconhecidos e, por não conhecê-lo, inicialmente, pareceu-me árduo. Por isso agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Daniel Coelho que, com muita paciência, permitiu-me caminhar ao meu passo, às vezes lento, outras vezes apressado, no caminho da pesquisa.

Agradeço aos professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Filosofia e Cinema que sem saberem contribuíram imensamente no processo da apuração das minhas ideias.

Aos colegas de sala de aula, das disciplinas do Programa de Pós Graduação, Luiz Casales, Denise e outros, que juntos compartilhamos da euforia da entrada e das angustias do processo.

Meus agradecimentos a duas amigas e companheiras de estudo, dos seminários de Lacan, Rafaela Tojal e Heloisa Prudente que durante dez anos, divertimo-nos, estudamos e tomamos nosso delicioso café às quintas-feiras à tarde.

A minha família que esteve sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida. Minha mãe, minhas sobrinhas Raphaela, Jeniffer e a minha esposa e companheira Vanessa que me ajudou a não cair nos devaneios da minha escrita.

Agradeço intensamente a força, energia e ousadia recebida da mais bela estrela do alto do firmamento de nome nenê, minha irmã, que me ensinou a ser melhor nesse mundo.

Por fim, a todos os professores e colaboradores do Departamento de Psicologia, que contribuíram de forma direta e indireta para a conclusão desta etapa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Hospital de Urgência de Sergipe e o Trabalhador	9
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E O PESQUISADOR	14
3.METODOLOGIA	15
3.1 Apresentação e discussão do material de pesquisa.....	15
3.2 Discussão do Método.....	16
3.3 Fundamentos do relato de caso clínico como material de pesquisa.....	19
3.4 Saber e verdade	21
CAPÍTULO 1.....	26
1.2 Hospital e religião	26
1.3 Hospital mercantilista	28
1.4 Hospital moderno e contemporâneo.....	29
1.5 Os hospitais no Brasil.....	30
1.6 A história do Hospital de Urgência de Sergipe- João Alves Filho/HUSE.....	36
1.7 Fundação Hospitalar de Saúde FHS e HUSE.....	37
1.8 Aspecto geral do prédio- Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE	39
1.9 Hospital entre o passado e o presente	40
CAPÍTULO 2.....	44
2.1 Relatos dos casos clínicos no contexto hospitalar-HUSE	44
2.2 Grande Fracasso.....	46
2.3 Fazer tudo e melhor	46
2.4 A moeda de troca	47
2.5 Decisões difíceis.....	49
2.5.1 Fragmentos de casos clínicos: hospital como produtor e agregador de identidade	50
2.5.2 O psicólogo e a dor da demanda.....	54
CAPÍTULO 3.....	58
3. A aliança entre trabalhador e a instituição hospitalar: A áurea sagrada	58
3.1 Fragmentos de casos e o sintoma no hospital HUSE	58
3.2 Os dois momentos do sintoma	61
3.3 Neurose ou grito de protesto?	63
3.4 Os fragmentos de casos clínicos e a pulsão de morte	66
3.5 O trabalhador em saúde o HUSE e o grande Outro: Laço do enigma, o que queres?	69
3.6 Os trabalhadores do HUSE, a ética do cuidar e a missão de salvar na fantasia.....	77
3.7 A repetição na demanda de reconhecimento e justiça	84
3.8 Trabalhador da saúde “santo adoecido”	86
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	94

RESUMO

Betti, D. (2020). A organização hospitalar e o trabalhador em saúde: Relação de dedicação e incertezas. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe, SE, Sergipe.

A pesquisa Organização hospitalar e o trabalhador em saúde: relação de dedicação e incerteza percorre o caminho das queixas e da sintomatologia psíquica do trabalhador em saúde, na Instituição Hospitalar de Sergipe. A pesquisa avança para além dos binômios opressor-oprimido, agressor-vítima, empregador e empregado, binômios que, em outras áreas da psicologia como, ainda estão presentes. A pesquisa, sua ênfase, está na relação dos Trabalhadores e o Hospital e se encaminha, não ao jogo das oposições, mas ao modo de relação que denominamos aliança. O sujeito trabalhador em saúde vive o drama no interior do Hospital seja pela ocorrência frequente da morte, das doenças, seja pela organização do trabalho, que insiste em desestabilizá-lo em sua organização psíquica. O cotidiano hospitalar afeta o sujeito trabalhador, nas certezas das significações sobre a vida e o futuro, e, também, impõe a ele, pela ética/moral do cuidar, valores como o amor, a doação e o sacrifício. Esta pesquisa destaca o encontro de duas realidades: a Institucional e a do Sujeito, que se entrecruzam, produzindo o enigma da relação. Compreender a relação entre Trabalhador em saúde e o Hospital de Urgência de Sergipe, pela experiência clínica do psicólogo-pesquisador, é o objetivo desta pesquisa, acrescentado também a busca pela compreensão do engendramento dos valores Institucionais com a dinâmica particular do sujeito trabalhador em saúde. O modo, o método de alcançar o objetivo, efetivou-se com a organização e relatos/narrativas dos atendimentos clínicos feitos pelo psicólogo-pesquisador e trabalhador da Instituição pesquisada. A elaboração do material, em relatos/narrativas clínicas, permitiu a análise e discussão da relação do sujeito trabalhador com a Instituição Hospitalar, desde um lugar de produção de Identidades como também lugar de repetição da estruturação e constituição psíquica do sujeito. A conclusão, a que a pesquisa nos direciona, é a do sujeito trabalhador que padece, sem saber, com a sua fantasia, num ciclo de repetição entrelaçado pela demanda de amor.

Palavras-Chave: Psicologia; Psicanálise; Trabalhador; Hospital

ABSTRACT

Betti, D. (2020). The hospital organization and the health worker: Relationship of dedication and uncertainties. (Master's Dissertation). Graduate Program in Psychology, Federal University of Sergipe, SE, Sergipe.

The research Hospital organization and the health worker: Relationship of dedication and uncertainty walks the path of complaints and the psychic symptomatology of the health worker, in the Sergipe Hospital Institution. The research goes beyond the binomials oppressor-oppressed, victim-aggressor, employer and employee, binomials that, in other areas of psychology such as socio-clinics, are still present. The research, its emphasis, is on the relationship between the Workers and the Hospital and is directed, not at the game of oppositions, but at the mode of relationship that we call alliance. The subject who works in health lives the drama inside the Hospital, either because of the frequent occurrence of death, of illnesses, or because of the organization of work, which insists on destabilizing him in his psychic organization. The daily routine of the hospital affects the working subject, in the certainties of the meanings about life and the future, and also imposes on him, by the ethics/moral of care, values such as love, donation and sacrifice. This research highlights the meeting of two realities: the Institutional and the Subject, which intersect, producing the enigma of the relationship. Understanding the relationship between the Health Worker and the Emergency Hospital of Sergipe, through the clinical experience of the psychologist-researcher, is the objective of this research, also adding the search for the understanding of the engendering of Institutional values with the particular dynamic of the Health Worker Subject. The way, the method of reaching the goal, was carried out with the organization and narratives \ narratives of the clinical care provided by the psychologist-researcher and worker of the Institution researched. The elaboration of the material, in clinical reports/narratives, allowed the analysis and discussion of the relation of the working subject with the Hospital Institution, from a place of production of Identities as well as a place of repetition of the structuring and psychic constitution of the subject. The conclusion, to which the research directs us, is that of the working subject who suffers, without knowing it, with his fantasy, in a cycle of repetition bound by the demand of love.

Keywords: Psychology; Psychoanalysis; Worker; Hospital

1. INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar está inserido numa atmosfera singular. Seu objeto de trabalho consiste em lidar com a doença, morte e a vida. A atividade hospitalar está envolvida num campo de significações históricas, simbólicas e psíquica de um longo processo social. Portanto, generalizar as atividades hospitalares a outros setores de serviços e produção industrial, pode conduzir a um estreitamento da compreensão das significações históricas e culturais de que o hospital contemporâneo é herdeiro.

Barros e Honório, ao escreverem sobre a especificidade do trabalho no hospital, apontam que “o ambiente de trabalho nos hospitais é tenso por natureza, pois ali estão sempre presentes a dor, a alegria, a vida e a morte” (2015, p.23-24).

Reconhecer a particularidade do trabalho do hospital, em relação aos demais locais de trabalho, leva-nos a pensar em outras concepções contrárias e contemporâneas sobre o hospital e o trabalhador. A concepção de Gonçalves (1999), por exemplo, compreende o hospital como local que executa serviços de cuidado à saúde, devendo ser pensado como Empresa, tanto em suas estratégias, suas ofertas, como também nos seus investimentos financeiros (GONÇALVES, 1999).

Consideramos que compreender o Hospital, apenas no aspecto acima descrito, pode limitar a reflexão sobre o ambiente hospitalar e excluir a compreensão do hospital como lugar de provável impacto às significações da vida e da organização psíquica dos trabalhadores da saúde.

A ocorrência da morte no hospital, ocorrência diária, provoca dor não somente às famílias do paciente, mas também aos trabalhadores dos hospitais.

Conforme Costa & de Lima et al (2005), a morte e o processo de morrer, mesmo passando pela institucionalização, pela medicalização e amparo dos sofisticados aparelhos, para reduzir o sofrimento do paciente, ainda é motivo de dor aos trabalhadores dos hospitais.

Costa e Lima (2005), ao descreverem o ambiente hospitalar, como um ambiente específico de trabalho, apontam que, nos hospitais, falta a estruturação para fornecer amparo e suporte emocional aos trabalhadores, em suas vivências diárias com a morte e a dor.

O apontamento dos autores Costa e Lima (2005) nos evidencia que o Hospital, como local de trabalho, pode provocar instabilidade psíquica no sujeito trabalhador em saúde.

O ambiente hospitalar, com o cotidiano das suas atividades, descrito acima de modo geral, encaminha-nos ao Hospital de Urgência de Sergipe e a relação com o trabalhador em saúde.

1.1 HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE E O TRABALHADOR

Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, hospital público de portas abertas, recebe sem impedimentos e restrições os que buscam atendimentos médicos de urgência.

O Pronto Socorro do Hospital de Urgência de Sergipe é uma das portas de entrada, setor reconhecido pelos trabalhadores de saúde como intenso e “dinâmico”. Nesse local, chegam os feridos por arma de fogo, acidente de trânsito, linchamento e outros. A ocorrência de óbitos é frequente, acompanhado do desespero, choros e gritos de familiares dos pacientes.

A morte e a dor são elementos do cenário hospitalar, lugar onde os trabalhadores passam das doze horas de trabalho, com um descanso semanal, normalmente, em dia da semana, longe dos seus familiares, que mantêm a rotina semanal de trabalho, de segunda a sexta-feira.

A rotina dos trabalhadores, no hospital, envolve ouvir, dos pacientes ou dos seus familiares, no momento dos cuidados médicos, relatos das circunstâncias dos acidentes ou da morte; relatos do absurdo e do sem sentido (do ponto de vista lógico), poderíamos, assim, chamar.

O encontro diário com a morte, a dor e o absurdo, no Hospital-Huse, nomeado por alguns trabalhadores de “circo dos horrores”, é o lugar onde eles seguem desempenhando suas atividades por longos anos.

A rotina dos trabalhadores em saúde suscitou a mim, psicólogo e trabalhador dessa Instituição Hospitalar, reflexões sobre os efeitos do cotidiano hospitalar na organização psíquica dos trabalhadores e da sua relação com a Instituição.

Ao considerar, no mínimo, o abalo emocional (para não dizer trauma) dos trabalhadores, decorrente do encontro da realidade do sujeito e a realidade hospitalar, questionamo-nos sobre o efeito desse encontro e as possíveis saídas aos trabalhadores.

A problematização da pesquisa, o germe da pesquisa, surge da reflexão sobre a busca dos trabalhadores por atendimento clínico psicológico, ofertado pelo Serviço de Saúde Mental do Hospital.

A busca por atendimento psicológico apresentava-se por queixas sobre a condição e a organização do trabalho e a impotência do trabalhador em modificar ou participar mais ativamente da gestão do trabalho. Essas queixas pareceram-nos a forma que os trabalhadores encontravam para adentrar, em certa media, nas questões do mal-estar das relações de trabalho e dos seus “adoecimentos” (entre aspas, pelo fato de suspeitarmos das sintomatologias que pareciam marcar esses sujeitos).

Apesar das queixas de adoecimento e a quase especialização dos trabalhadores, sobre as sintomatologias depressão, ansiedade e estresses, as demandas por tratamento psicológico se mostraram distantes da ideia de implicação com os problemas dos quais os trabalhadores diziam adoecer e sofrer.

Alguns outros trabalhadores recorriam ao serviço de psicologia apenas para manter o vínculo com o serviço de psiquiatria, já que a orientação do setor de Saúde Mental era que o trabalhador fosse acompanhado paralelamente com o serviço de psicologia.

A recusa dos trabalhadores, na implicação do próprio tratamento, no sentido de se cuidar, levou-nos a pensar a ideia de resistência para lidar ou questionar a organização psíquica, mas, ao mesmo tempo, suscitou-nos a questão do limite do poder saber da sua própria organização psíquica, na relação com o Hospital de Sergipe.

Ao considerar o cenário do Hospital de Urgência de Sergipe, acrescentando as queixas dos trabalhadores sobre o próprio adoecimento, as quais se relacionam à sobrecarga, à organização e condições de trabalho; à impotência da participação na gestão do trabalho e aos prolongados anos de prestação de serviços, no hospital, permite-nos encaminhar nossa problematização: O que sustenta e fixa esses trabalhadores, apesar dos pesares, a manter-se, por longos anos, no mesmo Hospital?

A hipótese, que passamos a considerar, é a da existência de um modo de relação que podemos nomear de enigmática entre Trabalhador e Hospital, que ultrapassa os simples vínculos empregatícios de trabalho. Parece-nos haver um laço simbólico que envolve o Trabalhador e a Organização Hospitalar a uma espécie de acordo de subordinação e sacrifício.

Essa hipótese de acordo de subordinação e sacrifício, entre Trabalhador e Hospital, levou-nos, de antemão, a questionar as vertentes sociológicas da exploração do trabalhador, marcado pelo binômio do opressor e oprimido, e direcionar, para a ideia de aliança que envolveria a dor, sofrimento, prazer, dedicação e devoção entre trabalhador em saúde e o Hospital de Sergipe.

Outro questionamento que surge, com a nossa hipótese de aliança entre Trabalhador e Hospital, é sobre o sofrimento do trabalhador causado pelas forças do trabalho. A concepção do sofrimento psíquico, no trabalho, amplamente discutido pela sócioclínica de Dejours (1992), descrita na obra *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*, descreve o trabalhador como sujeito oprimido pelas forças do trabalho, vítima do desprazer, do sofrimento e do adoecimento psíquico.

Dejours (1992), em sua obra, pensou o sujeito trabalhador no contexto da revolução Industrial, das grandes produções, das inovações tecnológicas e administração do trabalho. Essas inovações administrativas e produtivas entendiam que a separação do corpo e mente resultaria em mais eficiência da produção. No entanto, a separação produziu o efeito da alienação dos trabalhadores sobre a sua força de trabalho e da capacidade mental dos trabalhadores de elaborar os problemas do trabalho.

Desse modo, os trabalhadores, privados da capacidade mental, com o “corpo sem defesa, corpo explorado, corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental” (DEJOURS, 1992,p.19), transformavam-se em vítima sofrendoras da organização do trabalho.

Percebemos que a concepção de Dejours (1992) sobre trabalhadores que sofriam e adoeciam, por serem vítimas da organização do trabalho, e que utilizavam, segundo o autor das Estratégias Coletivas de Defesa, para se defenderem das condições precárias de trabalho; compreendemos que no contexto contemporâneo e mais especificamente no contexto do Hospital de Sergipe, as Estratégias Coletivas de Defesa, não se alinham no enigma da relação entre trabalhador e Instituição Hospitalar, que estamos dispostos a pesquisar.

As estratégias coletivas de defesa de Dejours (1992), e o não alinhamento na dinâmica e enigma da relação do Trabalhador em saúde e o Hospital, remeteu-nos a Freud ([1911] 2006, p.238), na primeira tópica teórica, na qual tratava o mecanismo de defesa do sujeito como o mecanismo mental, que consistia na busca do prazer e no afastamento do desprazer.

O afastamento do desprazer, pelos trabalhadores em saúde no hospital, parece paradoxal na dinâmica fixada no interior do Hospital. Nesse sentido, a concepção, tanto em Freud (1911), na sua primeira tópica, quanto em Dejours (1992), em sua concepção de Estratégica coletiva, parece não se harmonizar com o paradoxo “Prazer e desprazer” da relação do Trabalhador em saúde e o Hospital de Sergipe.

Resumindo, a relação do Trabalhador em saúde e a Organização hospitalar de Sergipe, com a sua relação paradoxal da dor e do prazer, confrontou-se com a concepção do afastamento da dor e a busca do prazer.

A nossa hipótese de laço entre Trabalhador e Hospital, também, marcou certo distanciamento sobre a concepção do trabalhador autônomo e consciente do contrato de trabalho estabelecido entre ele e o Hospital.

Foucault (1977), numa de suas aulas, na década de 1970, considerou o sujeito do neoliberalismo, autônomo e empreendedor de si; sujeito consciente das trocas e do seu lugar, como capital de si mesmo. (FOUCAULT, [1977-1978] 2008).

Das aulas de Foucault, destacamos uma frase “passe-me o sal, eu te passo a pimenta” ([1977] 2008, p.336); nesta frase, o autor indica a autonomia do sujeito empreendedor de si, sujeito cômico dos intercâmbios, do valor das trocas entre sujeitos neoliberais. Nossa pesquisa, toma outra direção e aponta para o mal-entendido das trocas, mal-entendido da relação de trabalho, que envolve os Trabalhadores em saúde e o Hospital.

As relações de trabalho parecem ir além das proporcionalidades que nos dá a entender o modo de troca e revela outros elementos, que não se reduzem a essas trocas: das transações simples da economia do tempo e dinheiro. Podemos dizer que entre o “sal” e a “pimenta” há uma obscuridade que o trabalhador em saúde parece ainda não compreender.

Nas relações de trabalho, no Hospital de Sergipe, parece que nem tudo está sobre a mesa das negociações do trabalho.

Como mensurar a satisfação, a dor, os custos-benefícios da negociação entre trabalhador em saúde e a Instituição Hospitalar? A contabilidade, o acerto de conta parecem não fechar, nas simples somas e subtrações das relações de trabalho, dos sujeitos autônomos.

Pareceu-nos, de certo modo, que o modelo neoliberal das relações sociais e de trabalho compreendia a troca num plano linear, ou seja, das trocas num nível de equivalência das demandas, expressa da seguinte forma: “Eu te dou e você me

devolve”. Essa ideia de equivalência, a nosso ver, parece encobrir a complexidade das trocas no interior do hospital, que envolve a subjetividade do valor à nebulosidade dessas transações.

Sobre o contrato de trabalho, outro ponto que nos parece importante, é a questão do desejo do trabalhador. Desejo compreendido como subproduto descrito por Lacan da seguinte forma: “o fato do desejo ser determinado por um ato de significação não fornece todo o seu sentido, em absoluto, de maneira acabada. É possível que o desejo seja um subproduto, se assim me posso exprimir, desse ato de significação” (LACAN [1957-1958] 1999, 348-349).

O contrato de trabalho, na esteira da produção, do capital humano, das trocas, das recompensas que se estende aos contratantes, Trabalhador em saúde e Hospital, mesmo que os trabalhadores sejam cômicos do lugar que ocupam nas cláusulas dos contratos, parece-nos que um subproduto do desejo se apresenta, provocando irregularidades nas contas do Trabalhador e o Hospital de Urgência de Sergipe.

A proposta de pesquisar sobre o subproduto do desejo envolvido, de certo modo, no enigma da trama das relações do trabalhador e a Organização Hospitalar, nos fez pensar o tema da pesquisa: A organização hospitalar e o trabalhador em saúde: relação de dedicação e incertezas, referindo-se à dedicação dos trabalhadores em suas atividades e a incerteza sobre os efeitos dessa relação de trabalho.

E, por fim, chegamos ao delineamento do objetivo geral da pesquisa: Compreender a relação do Trabalhador em Saúde e a Organização Hospitalar, a partir das experiências clínicas do psicólogo do Setor da Saúde Mental do Huse.

Para a empreita do nosso objetivo de compreender a relação do Trabalhador e a Organização Hospitalar, empenhamos em detalhar o método de pesquisa, desde a fundamentação, com a teoria psicanalítica, passando pela discussão do material de pesquisa e finalizando com a abordagem dos limites do método em relação à verdade e ao saber.

Na sequência, desenvolvemos, no primeiro capítulo, uma breve discussão da trajetória dos Hospitais da Europa da Idade Média à Modernidade e, também, do Brasil Colônia à República, partindo dos autores Foucault([1974] 1988); Ornelhas (1998), Mussi (2005), Sanglard (2006) e outros. A proposta é marcar a trajetória da organização dos hospitais, acentuando, no processo histórico, o peso da prática moral e ética religiosa, na organização e na concepção do cuidar no hospital.

O ultimo tópico desse capítulo é sobre o surgimento do Hospital de Urgência de Sergipe, suas questões gerenciais e políticas e, também, a descrição detalhada do ambiente hospitalar, no qual o trabalhador em saúde está inserido.

No segundo capítulo, discutiremos os Fragmentos dos Casos Clínicos e a sua relação, implicação com Hospital de Sergipe. Cada caso será discutido separadamente, cada um com seu traço particular articulado à Instituição Hospitalar. Na sequência, os fragmentos dos casos serão discutidos, numa perspectiva geral, abordando a questão da identificação de grupo e outros tópicos com o tema do sintoma em psicanálise.

No capítulo três, nos dedicaremos à discussão do sujeito trabalhador e o Hospital, com o Conceito de Grande Outro, em Lacan[1958-1959] 2016; discussão sobre constituição do Sujeito alienado ao grande Outro e a incessante questão “o que queres?” interligada à fantasia, ao desejo e à repetição.

Terminaremos a discussão do capítulo três com a discussão do sintoma mórbido e destrutivo ligado à devoção do sujeito à Instituição Hospitalar.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E O PESQUISADOR

No ano de 2013, por concurso, ingressei no serviço público da Fundação Hospitalar de Saúde-FHS, vinculada ao estado de Sergipe. A Fundação, nesse período, era responsável pela administração, gestão dos serviços e recursos humanos dos Hospitais Estaduais, inclusive o Hospital de Urgência de Sergipe. Atualmente, a gestão do Hospital pertence à Secretária de Saúde do Estado.

Os psicólogos clínicos, contratados para desempenhar suas funções no Hospital, tinham por atribuição prestar serviços psicológicos aos pacientes internados e aos familiares acompanhantes. No entanto, fui designado ao serviço de clínica psicológica, no setor denominado Humanização. Esse setor, com o nome semelhante à Política Nacional de Humanização-PNH, em nada se aproximava à política nacional. (BRASIL, 2006)

A concepção do setor de Humanização, no Hospital de Urgência de Sergipe, era consolidada na concepção assistencialista, atuando em praticar caridade aos pacientes e aos familiares, no período das visitas. O trabalho caritativo incluía a distribuição de donativos e a organização do fluxo dos voluntários do hospital. Outra função do setor era a de organizar as missas da capela do hospital.

O interesse da Humanização, no serviço psicológico clínico, surgiu da preocupação setorial em disponibilizar atendimento (Humanizado) aos trabalhadores do hospital que estavam adoecendo, afastando-se do trabalho e, em casos extremos, recorrendo ao suicídio. O interesse pela disponibilização dos serviços ainda continua setorial e não parte do fluxo geral dos serviços do hospital, ou seja, de uma política de Saúde Mental dos trabalhadores.

O programa de “Saúde Mental do Trabalhador”, inserido no fluxo interno do setor de humanização, é composto por três psicólogos e um psiquiatra, profissionais que prestam serviços clínicos aos trabalhadores em saúde do hospital-Huse, todos os dias da semana.

Atualmente, verificamos que o modelo de atendimento clínico, na Organização Hospitalar, seja pelas questões técnicas, seja pelo atravessamento institucional, é um modelo que necessita ser repensado como prática de Saúde Mental no Hospital de Sergipe. Os atendimentos em grupos, também, necessitam ser repensados e inseridos no fluxo operacional do hospital, devido a questões de interrupção do trabalho e alteração nas escalas dos trabalhadores participantes.

O percurso de sete anos de trabalho na humanização, no programa de Saúde Mental do Trabalhador, no Hospital de Urgência de Sergipe, possibilitou-me questionar o sujeito trabalhador, suas queixas e a relação com a Organização Hospitalar e destacar dois pontos de reflexão: A realidade do sujeito (organização psíquica) e a realidade do Hospital (a morte e o sem sentido).

A pesquisa A organização hospitalar e o trabalhador em saúde: relação de dedicação e incertezas pretende se enveredar por esses caminhos, da relação do Trabalhador e Hospital e compreender, por meio de Fragmentos dos Relatos Clínicos, a insistência desses trabalhadores que, apesar das queixas, se mantêm no mesmo ambiente de trabalho, por longos anos.

3. METODOLOGIA

3.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO MATERIAL DE PESQUISA

O material de pesquisa foi construído com referência à teoria psicanalítica. A escolha dos casos, como material a ser trabalhado na pesquisa, são casos, atendidos pelo psicólogo-pesquisador, no Hospital Público de Sergipe, que

chamaram a atenção por evidenciar, na relação do Trabalhador e Organização Hospitalar, certos paradoxos que surgiram nas queixas dos trabalhadores, apresentando-se com os duplos de amor e ódio, recusa e atração, sofrimento e prazer, no trabalho no Hospital de Urgência de Sergipe.

O relato e a escrita dos Fragmentos dos Casos Clínicos são o nosso material de pesquisa, em que pretendemos nos debruçar, com as referências psicanalíticas, a fim de destacar sentidos que aparentemente não estavam presentes.

Por meio da escrita e reescrita dos relatos-fragmentos dos casos clínicos, faremos o que propõe Vorcaro (2010): decantar o imaginário, a história particular dos sujeitos e fazer surgir o caso. Fazer o caso clínico ultrapassar a vida particular desses sujeitos para direcionar ao jogo estrutural da linguagem, ponto que nos interessa na relação do Trabalhador e a Organização Hospitalar de Sergipe.

O material de pesquisa é composto de casos clínicos individuais, atendidos pelo psicólogo da Saúde Mental do trabalhador, do Hospital de Urgência de Sergipe.

A proposta central da utilização dos Fragmentos dos Relatos Clínicos, como material de pesquisa, é o de poder extrair elementos “descentrais” da relação do Trabalhador e a Organização Hospitalar, ou seja, elementos não tão evidentes, na relação do trabalhador e hospital, dados pelo jogo do significante.

O material de Relatos de Fragmentos de Caso Clínico será apresentado de modo narrativo, na tentativa de fazê-lo revelador da dinâmica que envolve os participantes.

Será parte integrante da pesquisa, o pesquisador, já que esteve envolvido em todas as etapas da construção do material, desde os atendimentos à construção dos fragmentos dos relatos. Outro ponto que não pode ser negligenciado é o reconhecimento de que o próprio pesquisador é trabalhador do Hospital e que participa do jogo estrutural com a Instituição Hospitalar

3.2 DISCUSSÃO DO MÉTODO

Para compreender o Relato de Caso Clínico como material de pesquisa é necessário localizá-lo à teoria que o delineia, sustenta e o fundamenta. Sem essa localização, o relato poderá ser confundido com os contos de aventuras e tramas de um romance descomprometido.

A teoria psicanalítica, portanto, nos servirá de referência à leitura, escrita e análise do material de pesquisa e, assim, produzir conteúdo para a discussão.

Consideramos que a base teórica psicanáltica, por suas premissas, seus pressupostos e conceitos nos permitirá apreender algo da experiência dos Relatos dos Casos Clínicos e delineá-los num campo lógico e discutível.

. Estamos atentos à referência teórica para não deixá-la limitar nosso objeto de pesquisa, modulando uma compreensão predeterminada e esgotar a experiência clínica e a da pesquisa.

Consideramos como experiência clínica a relação entre psicólogo e sua condição não diretiva, o paciente com a repetição das palavras e atos. À experiência clínica, acrescentaremos também, como nos descreve Leitão (2018), o envolvimento do não sabido, tanto do psicólogo como do paciente que, de certo modo, produz efeitos na relação entre eles.

A observação e a descrição da experiência clínica, ou seja, dos fatos clínicos, fizeram-nos deparar, durante a construção do material de pesquisa, com a problemática da teoria e os fatos. O problema surgiu quando houve o questionamento: o que vem primeiro, A teoria ou os fatos? A construção do material de pesquisa é um fato de experiência ou uma teoria replicada? Então, nos baseamos em Santos (1988), quando diz que a experiência não dispensa a teoria prévia e as deduções e especulações não podem, em última instância, dispensar a observação dos fatos. Desse modo, com o paradoxo esclarecido, sobre a construção do material de pesquisa, seguimos com o possível da elaboração dos fatos clínicos.

Pautado na teoria psicanáltica, a construção dos Relatos dos casos Clínicos teve, como ponto de partida, a organização das dezenas de sessões, em sequência cronológica.

A sucessão das sessões, ou seja, dos atendimentos clínicos, não era de história ordenada de começo, meio e fim, da qual seria possível transcrever para construir o relato dos casos. Ao relator-pesquisador coube o ordenamento dos fragmentos fornecidos pela associação livre dos pacientes trabalhadores.

Desse ordenamento das sessões, surgiram a percepção e o reconhecimento, do próprio psicólogo, no jogo das relações do psicólogo-paciente na organização hospitalar.

Na descrição dos Fragmentos dos Relatos de Casos Clínicos, o pesquisador despontou como parte do objeto pesquisado e, portanto, elemento integrado na análise e discussão do material de pesquisa.

Considerar a escrita dos Fragmentos dos Casos Clínicos com o reconhecimento do envolvimento do psicólogo\pesquisador, no atendimento, na escolha dos casos e no relato, reforçou a escolha do método psicanálito e a inviabilidade de outros métodos, que trabalham com o modelo estatísticos de amostragem.

A inviabilidade da utilização dos métodos quantitativo-estatísticos dá-se devido ao fato de ser impossível mensurar a transferência (repetição do inconsciente com os elementos de afetos, demandas etc.) e também de compreender as razões, de forma clara, da escolha dos casos relatados pelo pesquisador.

Em meio a tantos casos, por que aqueles que se relacionavam com a queixa do trabalho foram os selecionados? Por meio desse questionamento, obtivemos a demonstração do desejo (inconsciente impossível de se mensurar) do pesquisador inserido na escolha dos casos e na organização dos relatos.

Decididamente, a compreensão da seleção, a organização e a construção dos relatos são possíveis desde que não desprezemos o método psicanalítico e os conceitos teóricos de inconsciente, transferência e desejo.

Outras metodologias, juntamente com as suas concepções teóricas, marcaram a distinção da forma de abordar o caso clínico, no campo de pesquisa: um no formato de Estudo de Caso Clínico e outro, de Relato de Caso Clínico (Moura; Nikos, 2000).

Vemos, como necessária, a descrição dessas diferenças de abordagem do caso clínico para não incorrermos em confusões metodológicas e demarcar a nossa escolha de construir e abordar o material de pesquisa.

Conforme Serralta, Nunes et al, (2011), o estudo do caso clínico é focado no caso em si, no processo interno, nas questões que envolvem o andamento do tratamento, seus problemas e evoluções.

A utilização do Estudo Clínico, nas pesquisas, conforme os autores acima, atende aos objetivos de validade e controle, elementos necessários ao método positivista.

Serralta, Nunes et al (2011) dizem que alguns pesquisadores preferem utilizar o estudo do caso clínico por julgarem o método mais preciso, por haver controle dos vieses da pesquisa somado à neutralidade, a não interferência do pesquisador.

O Relato do Caso Clínico se distingue do método acima porque considera a interferência do pesquisador não um problema na pesquisa, mas uma necessidade (MAGTAZ; BERLINCK, 2012).

O reconhecimento e aceitação da interferência do pesquisador, juntamente com sua condição de relatar, são possíveis, conforme Magtaz e Berlinck (2012) quando superadas algumas dificuldades, tais como: o receio de relatar por motivos quanto ao sigilo profissional, das questões éticas e, também, o receio da exposição da competência clínica do pesquisador.

Podemos concluir que a diferença, entre Caso Clínico e Relato de Caso Clínico, trata-se, no primeiro caso, do afastamento entre o objetivo e o subjetivo; o segundo insere o pesquisador, sua compreensão e sua exposição como elementos participantes da pesquisa. Por esse fato, a escolha pelo método de Relatar os Casos Clínicos juntamente com o método psicanálitico se tornou mais adequada à nossa pesquisa.

3.3 FUNDAMENTAÇÃO DO RELATO DO CASO CLÍNICO COMO MATERIAL DE PESQUISA

Destacaremos alguns autores clássicos que se debruçaram sobre o relato de casos clínicos como material de pesquisa e discussão. Os apontamentos desses autores nos servirão para fundamentar e esclarecer a singularidade do nosso material de pesquisa.

Freud ([1905], 2006), em seu texto sobre Fragmento da Análise de um Caso de Histeria, relata a preocupação em utilizar o relato do caso clínico como material de pesquisa; o autor reconheceu certas dificuldades quanto ao sigilo do caso e também da construção do relato sem anotações; no entanto, encontrou soluções para as suas dificuldades metodológicas.

O caso de histeria de Freud foi atendido durante três meses e escrito somente após o término do tratamento (FREUD, [1901-1905] 2006). Freud salientou a inconveniência de anotar ou registrar, durante as sessões, a fala do paciente, por isso o seu relato foi escrito com o recurso da memória, após alguns meses.

Freud considerou a memória como recurso à construção do relato do caso clínico e afirmou “Nada de essencial foi alterado nele, embora em vários trechos, para maior coerência expositiva, a sequência das explicações tenha sido modificada” (FREUD [1905] 2006, p.22)

Temos, em Freud, então, a demonstração de que a construção do relato clínico ocorre pela exposição de alguns fragmentos ordenados, lembrados e estruturados, conforme a necessidade de coerência descritiva do relator em que a construção lhe serviu como material de pesquisa.

Freud utilizou também, como material teórico e de pesquisa, outros relatos; relatos de terceiros, como a narrativa do doutor Paul Schreber, em sua obra *O Caso Schreber*, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos [FREUD,1911-1913] 2006.

Segundo Silva (2013), Freud utilizou, também, o relato e a história de Édipo de Sófocles para construir o conceito de Complexo de Édipo.

Outros exemplos descritos abaixo nos asseguram a possibilidade e a importância dos relatos clínicos como material de pesquisa.

Lacan, no Seminário, *O desejo e sua interpretação*, retomou alguns relatos de casos clínicos, atendidos por outros psicanalistas, como forma de repensar, formular e reformular os conceitos em psicanálise, como, por exemplo, o caso atendido e relatado pela psicanalista Ella Sharpe (LACAN, 1958-1959, 2016). O caso se refere a um atendimento feito pela psicanalista Ella Sharpe em que ela analisa um sonho de um dos seus pacientes. Lacan retomou o relato para refletir e analisar conceitos psicanalíticos pelo desdobramento das palavras-significantes destacadas no sonho. Como exemplo, a associação da palavra “lábia” e “lábios” que possibilitou à Lacan desenvolver e interpretar, em novas direções, o sonho do paciente, ampliando a interpretação no campo da fantasia e do desejo (LACAN, 1958-1959, 2016 p.200).

No Seminário, *o desejo e sua interpretação*, outro exemplo de retomada de relatos como material de pesquisa, Lacan utiliza a peça de Shakespeare, o drama de Hamlet - relato do impasse sobre o assassinato do amante da mãe de Hamlet - para pensar o conceito de desejo, da sua possibilidade e impossibilidade de realizar; da suspensão do ato e o desejo; a efetivação do desejo e a relação com a morte etc. (LACAN [1958-1959] 2016, p.255).

Lacan retoma a escrita-relato da peça de Hamlet, acompanha os detalhes da escrita da trama e observa que o drama de Hamlet estava na dúvida, no receio e na suspensão do seu desejo. O desejo de Hamlet estava envolvido na vingança do assassino do seu pai, mas este assassino estava ligado à sua mãe e a ele, conseqüentemente.

Resumindo, conforme Lacan, a realização do desejo de Hamlet significava não somente a morte do outro, mas a do próprio Hamlet. Lacan então concluiu, por meio dessa peça, do movimento de Hamlet de erguer as mãos para deferir os golpes no

assassino do pai e o seu momento de suspensão, que o desejo é algo para não realizar, mas ficar suspenso; caso se realizasse, seria a realização da morte do próprio desejo e do sujeito (Lacan [1958-1959] 2016).

Podemos concluir que os relatos clínicos ou o relato de um drama são fenômenos humanos que servem como material de construção de pesquisa e de revisão teórica.

3.4 SABER E VERDADE

Ao considerarmos o material de pesquisa, Relato de Fragmento de Caso Clínico, como um meio para produzir conhecimento-saber, estamos cientes de não podermos confundir saber e verdade, como descrito por Silva (2013). Nossa proposta pelo método da pesquisa é construir um saber, dentre vários possíveis, que faça ampliar a compreensão da relação do Trabalhador em saúde e a Organização Hospital de Sergipe.

A compreensão da relação do Trabalhador com o Hospital, como produção do saber científico, nos possibilitará aproximar da experiência dada pela metáfora do caleidoscópio, utilizada por Silva (2013), sobre a investigação científica como o que possibilita lançar luz sobre novas perspectivas de ângulos ignorados.

Consideramos os Relatos de Caso Clínico o material que poderá ampliar a discussão sobre o fenômeno-Trabalhadores e Organização Hospitalar, sabendo que o resultado\discussão não tratará do todo/verdade.

A proposta de construir um saber, por meio da compreensão do Relato dos Casos Clínicos, nos exige reforçar o entendimento sobre o limite da verdade com o campo da linguagem. Lacan, sobre este limite, diz “não há no significante nenhuma garantia da dimensão de verdade instaurada pelo significante” (LACAN [1958-1959] 2016, p.348).

Reconhecemos que a produção do Relato do Caso Clínico e sua escrita, ambos dependentes dos significantes, são sem garantia em relação à verdade; no entanto, nos possibilitarão não a descoberta da verdade, mas a produção de um saber.

A produção de saber pelo material de pesquisa, do Relato de Caso Clínico, insere a experiência do pesquisador com a transferência: primeiramente, em seus atendimentos e, em seguida, na escrita do caso clínico.

Consideramos a experiência da transferência nos atendimentos àquela entendida por Lacan como sendo o meio pelo qual o paciente não apenas repete sua história e recalques, mas também um saber, uma suposição de saber (LACAN [1964-1965] 1988, p.219).

A experiência do pesquisador com a transferência do paciente, na produção do material dos Relatos Clínicos, pode levar a interpretações imaginárias do próprio pesquisador; sabendo disso e, para evitar a armadilha de fazer uma análise-discussão sobre o imaginário do próprio pesquisador, apoiar-nos-emos nos significantes e seus encadeamentos, apresentados nos relatos dos trabalhadores e psicólogo na organização Hospitalar.

O significante concebido pela psicanálise é aquele que inverte a concepção de signo sausseriano, ou seja, não é submetido ao significado (SAUSSURE, [1857-1913] 2006).

O significante, na psicanálise, se torna autônomo, independente do significado, fazendo-se produtor de significação:

o significante tem autonomia em relação ao significado, ou seja, no sentido diacrônico, com o tempo produzem deslizamentos, modificando o conteúdo do significante a partir da evolução histórica das significações humanas (LACET, 2009,p.50-59).

A função do significante e a sua autonomia permitirão que o Relato do Caso Clínico se articule com outros significantes e promova nova significação e saber da relação do Trabalhador em saúde e a Organização Hospitalar.

Consideramos, nos Relatos Clínicos, material da nossa pesquisa, os significantes, nas palavras-chave dos relatos, nas passagens históricas, na descrição do Hospital de Urgência de Sergipe. Essas chaves são indicadas pela repetição, no relato, pela força de significações e semelhanças semânticas, que possibilitarão a condução do material à análise e discussão.

Pretendemos, com a articulação dos significantes dos relatos clínicos, avançar para além do imaginário e caminhar na direção da estrutura simbólica que abrange os envolvidos da pesquisa.

A trama simbólica, produtora de significações a qual estamos interessados, pode ser compreendida, inicialmente, por meio de Lacan ([1971-1972] 1992), no esquema de produção do saber das articulações simbólicas dos discursos.

O esquema dos discursos de Lacan nos ajudará a compreender a produção do suposto saber do trabalhador-paciente sobre o psicólogo e, também, compreender a posição simbólica, no momento dos atendimentos clínicos e da escrita dos relatos clínicos.

Lacan ([1970-1971] 1992) propõe pensar os discursos por meio de um aparelho, estrutura de quatro elementos, que estariam interligados e relacionados, que produz efeito de acordo com as disposições desses elementos.

Os elementos são escritos por Lacan como S1, (significante mestre) S2, (saber) \$ (sujeito barrado) e a (pequeno a, causa do desejo); elementos que formam os discursos.

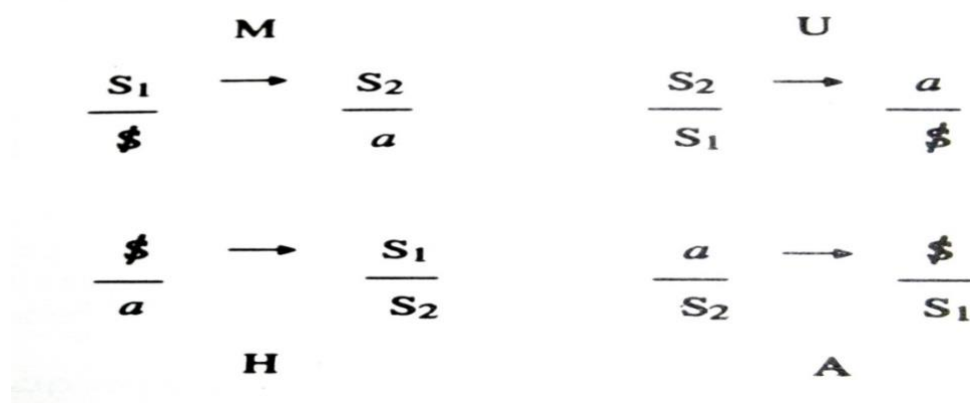


Figura 1(LACAN [1970-1971] 1992, p.37)

Os discursos são definidos por sua função, que depende da posição que os quatros elementos ocupam na estrutura, formando o laço social dos discursos, "o laço social é apresentada por meio da coordenação de quatro elementos - a, \$, S1, S2 - distribuídos em quatro lugares diferentes: o lugar do agente ou semblante, o lugar do trabalho ou Outro, o lugar da produção e o lugar da verdade" (CASTRO, 2009,p.245-258).

A operação desses elementos, sobre a base fixa semblante/verdade e Outro/produção, Lacan orienta, "nesse nível da estrutura significante, só temos que conhecer como isso opera. Assim, temos a liberdade de ver no que dá isso se escrevermos as coisas dando a todo o sistema um quarto de giro." (LACAN, [1970-1971] 1992, p.12).

Temos então, a cada ¼ de giro um modo de discurso: Universitário, Mestre, Histeria e do Analista.

Com a demonstração do esquema de Lacan ([1970-1971] 1992) sobre os discursos, compreendemos que a posição do psicanalista se alterna: primeiro, a do atendimento e, depois, a da construção do relato de caso clínico

O primeiro momento, nos atendimentos aos trabalhadores, supõe um lugar de objeto (semblante de objeto) ao analista, conseqüentemente, um lugar na fantasia e transferência do paciente. A partir do segundo momento, da elaboração do material da pesquisa, o pesquisador (pretende-se) assume o lugar do operador da produção do saber.

Os discursos que nos parecem predominar, no movimento descrito acima, são os discursos do Analista (A) e o da Histeria (H). Os dois discursos nos mostram a alternância de posição que o analista ocupou; num primeiro momento, a do atendimento com o paciente; no segundo momento, a da escrita do relato do caso clínico.

Durante o atendimento, espera-se que o analista ocupe a posição do objeto a, ou seja, posição não mais de sujeito, do semelhante ao paciente, mas de um objeto que o paciente poderá lançar a suposição de saber, que se inicia da seguinte forma, como descreve Lacan:

Vamos lá, diga tudo o que lhe passar pela cabeça, por mais dividido que seja, por mais que isso manifestamente demonstre que ou bem você não pensa ou bem não é absolutamente nada, isso pode funcionar, o que você produzir será sempre válido. (LACAN, [1970-1971] 1992, p.100).

A posição do analista, nos atendimentos, subtrai-se do encargo da produção e o encargo recai ao sujeito-paciente; é ele que deve trabalhar para produzir sentido, significantes, (S1) (ver gráfico acima).

A produção de pesquisa, diferente quanto à atuação do psicólogo, nos atendimentos, parece-nos requerer do analista outra posição: não a de objeto, mas a de sujeito e agente da produção.

Desse modo, no momento da pesquisa, compreendemos que o discurso dominante é o da histeria, por ser esse o lugar de quem vai interrogar o outro (material de pesquisa) para produzir algo novo (observar gráfico acima) (LACAN [1970-1971] 1992).

No discurso da histérica, o sujeito barrado (\$), neste caso, o pesquisador, ocupa o lugar do agente assentado sobre uma verdade (velada) que é objeto a,

causa do desejo que o faz avançar em direção ao trabalho de produção de um saber (S2). O pesquisador, ao se dirigir ao Outro (S1) (no caso específico desta pesquisa o Outro é o caso clínico Trabalhador e Instituição Hospitalar), inicia a maquinaria para produzir saber (S2).

E, assim, concordamos com De Castro (2009) “concebemos o discurso histórico como um poderoso estimulante subjetivo ($\$ \rightarrow S1$) ao deslocamento discursivo, ou seja, como estímulo ao descolamento do saber” (2009, p. 256).

A distinção que fizemos dos discursos do analista e o da histórica nos permitirá compreender a etapa da escrita do Relato do Caso Clínico, utilizado como material de pesquisa.

Resumindo, nas bases fixas do esquema de Lacan Agente\verdade e Outro\produção, podemos dizer que o pesquisador ocupará o lugar do Agente da Pesquisa e assim fazer o Outro (material de pesquisa) articular nova produção de significação.

A fundamentação do nosso método de pesquisa, na demonstração das diferentes posições do Sujeito e do outro nos discursos, possibilitou situar o objeto de pesquisa, o relato de caso clínico, no lugar da produção de saber.

Produção de saber que é, de certo modo, produção articulada do inconsciente como um operador do simbólico. Esse modo de produção de saber não deverá trazer estranhamento para aqueles que estão familiarizados com a teoria psicanalítica, ainda mais quando sabemos que a verdade do sujeito se encontra numa outra forma de razão:

A proposta freudiana opera uma subversão nessa lógica de produzir conhecimento. A descoberta do conceito de inconsciente revela que algo escapa à racionalidade técnica e a verdade do sujeito não se encontra na consciência (MOREIRA, 2010, p.152).

O material de pesquisa nos coloca na perspectiva do conhecimento-saber, que escapa ao imaginário e aproxima as relações do inconsciente à sua produção.

CAPITULO 1

1.1 HOSPITAL E A SUA ORGANIZAÇÃO

Neste primeiro capítulo, será apresentado o processo histórico sobre a organização dos hospitais e as mudanças das concepções do cuidar, desde a Idade Média à Modernidade. A obra de Foucault, *A incorporação do Hospital na Tecnologia moderna* (FOUCAULT [1974] 1988), será o ponto de partida.

A proposta de acompanhar o processo histórico dos hospitais é de poder identificar elementos que surgiram nas primeiras organizações dos hospitais, ou seja, nas organizações religiosas do hospital, que deixaram marcas as quais, mesmo de modo implícito, estão presentes nos hospitais atuais. Valores como a do silêncio e da salvação parecem-nos presentes na prática dos cuidadores dos nossos dias.

Contrapondo os elementos históricos com as novas concepções contemporâneas dos hospitais, discutiremos alguns aspectos da relação do cuidador e o hospital na contemporaneidade.

De modo geral, o acompanhamento histórico dos hospitais é a tarefa que pretendemos lançar para destacar práticas, mudanças técnicas e a ética religiosa, na organização do Hospital.

1.2 HOSPITAL E RELIGIÃO

Foucault ([1974]1988), em sua obra *A incorporação do Hospital na Tecnologia moderna*, (obra originalmente em francês, traduzida pelo pesquisador) percorre a trajetória das instituições hospitalares, do Hospital religioso ao Hospital da medicina, marcando o momento no qual a terapêutica, nas instituições hospitalares, tornou-se estratégia de regulação social.

A construção do processo histórico de Foucault ([1974]1988) aponta que as primeiras evidências de transformação da organização hospitalar ocorreram a partir das visitas de especialistas aos hospitais, no século dezoito, no território europeu, momento do reconhecimento e determinação dos hospitais como lugar de cura.

A partir da constatação, no século dezoito, de que o hospital era o lugar da cura, Foucault questionou a função dos hospitais nas suas organizações anteriores. (FOUCAULT [1974] 1988 p.32).

Foucault destaca três configurações de organização e procedimentos dos hospitais: uma, na Idade Média, e outras, no mercantilismo e modernidade.

Conforme Foucault ([1974] 1988), os hospitais, na Idade Média, não eram instituições médicas, mas instituições de acolhimento pertencentes à Religião Cristã. Era, também, a Instituição que atuava na separação e na exclusão dos pobres e moribundos da vida comunitária.

Ornellas (1998) fornece-nos um pouco mais de detalhes da relação entre hospital e religião; destaca que o período anterior à Idade Média, no século quatro, o clero substituiu os templos Esculápio pelos hospitais cristãos, momento em que os bispos foram instruídos a criar hospitais em suas dioceses. Consequentemente, com a expansão do cristianismo, houve conjuntamente, conforme a autora, a expansão dos hospitais cristãos e a obrigação da caridade como dever do mandamento cristão.

Os valores sociais religiosos, portanto, deram o tom aos cuidados e procedimentos hospitalares, no período da Idade Média. Ornellas diz “A cristandade introduz a hospitalidade na atenção aos doentes, aos quais oferece o conforto da religião, o cuidado dos corpos e, se possível, a recuperação de sua saúde” (ORNELLAS, 1998 p.256).

A recuperação da saúde, como uma possibilidade distante, indica que o foco principal dos hospitais, na Idade Média, não era a recuperação da saúde, mas o conforto pela religião.

Foucault ([1974]1988) acrescenta que a hospitalização, na Idade Média, possuía a função de fornecer assistência mínima material aos pobres internos e, aos moribundos, o último sacramento. Segundo o autor, o hospital era “un lieu où l'on venait mourir” (um local onde as pessoas vinham para morrer; tradução livre do pesquisador) (p.32).

Sobre a função dos cuidadores do hospital da Idade Média, Mussi (2005) acrescenta que os cuidadores traziam o apelo à salvação da alma; considerava-se que, salvando a alma do moribundo, o cuidador garantiria a salvação da sua própria alma (MUSSI, 2005 p.72).

Vemos que a relação do cuidador e o doente era da espécie de troca, na qual o cuidar do outro, salvar o outro, era, talvez, e ainda seja, uma relação de espelho que refletia de volta ao cuidador.

Foucault ([1974] 1988) também apontou para o lugar ocupado pelos cuidadores, nos hospitais na Idade Média, que era o de ser o auxiliar na transição da vida para a morte do moribundo.

Pensar nesse lugar do cuidador como auxiliar da vida para a morte, faz-nos, inevitavelmente, pensar no poder que o auxiliar, cuidador, ocupava no acompanhamento do enfermo, como um guardião do portal entre os mundos.

Nos hospitais da Idade Média, os cuidadores se dedicavam em levar conforto ao pobre e doente. O efeito do conforto era produzido pelos cuidados com alimentação, banho, lavagem de roupas e feridas. Segundo Mussi (2005), era por meio dos cuidados materiais que se alcançava o conforto da alma (p.73).

Concluindo, vemos que, durante a Idade Média, a predominância dos hospitais era o lugar para morrer, lugar para fazer caridade, levar o conforto e também para se salvar.

1.3 HOSPITAL MERCANTILISTA

Os hospitais religiosos da Idade Média, após certo período, passaram para outro modelo de organização e Foucault ([1974] 1988) denominou de Hospitais mercantilistas e militares.

A mudança de organização e função do hospital, como mercantilistas e militares, ocorreu devido à expansão do comércio na região e do controle das mercadorias e dos viajantes. A quarentena das mercadorias e dos viajantes ocorria nos hospitais, servindo, os hospitais, como equipamento de controle da economia e outros interesses como contrabando e desvios de materiais valiosos (FOUCAULT [1974] 1988, p.34).

O hospital mercantilista não era o lugar da cura, mas o centro de controle da administração e do comércio.

Os hospitais dos nossos dias, talvez, ainda, possuam características dos hospitais mercantilistas, quando observamos, no interior dos mesmos, o comércio de equipamentos milionários, medicamentos, órteses, próteses e outros.

1.4 HOSPITAL, MODERNO E CONTEMPORÂNEO

Os Hospitais Modernos tinham como características a fragmentação do cuidado aos enfermos, especializações sobre os corpos e a produção de saber (FOUCAULT [1974] 1988). O autor acrescenta que, nos Hospitais Modernos, com a terapia médica e medicalização, a medicina ocupou o lugar do controle e da disciplina dos corpos.

Conforme Foucault, a entrada da medicina nos Hospitais Modernos ocorreu com a necessidade de os hospitais organizarem os fluxos, espaços, controle do meio externo, como, por exemplo, a quantidade de ar, luz, separação e classificações dos doentes. Nesse sentido, o autor aponta que “la discipline est avant tout une analyse de l'espace” (a disciplina é antes de tudo uma análise do espaço, tradução do pesquisador) (FOUCAULT[1974] 1988, p.36) .

A passagem marcante dos Hospitais Modernos foi a mudança da relação do cuidador com o doente, não mais direta, como nas organizações anteriores, como na Idade Média, quando os doentes eram acompanhados em casa, observados nos seus momentos de crise. A relação passa a ser intermediada e controlada pela reorganização do meio físico, como a ventilação e luz (FOUCAULT ([1974] 1988). O autor considerou que, nos Hospitais Modernos, ocorrera a mudança de foco, antes no doente, para o foco do controle do meio. Mudança do cuidador da doença-crise para doença-meio.

Não podemos deixar de observar que, ainda hoje, a preocupação com o cuidado, ao menos por certa categoria de cuidadores, ainda é com o controle externo, ou seja, o monitoramento de aparelhos que controlam o oxigênio, a pressão e outras funções.

Mussi (2005) acrescenta que os Hospitais Modernos entraram pela via do controle do meio externo, tarefa que, aos poucos, fora abandonada pela medicina e assumida pela enfermagem (MUSSI, 2005 p.74).

A prática da medicina, nos Hospitais Modernos, e a passagem ao contemporâneo se deram, segundo Foucault ([1974] 1988), no campo das especializações sobre os corpos.

As especialidades médicas, conforme o autor não tinha somente o intuito de curar os enfermos, mas de registrar os procedimentos técnicos do tratamento do paciente e, com os registros, fazer, do hospital, o lugar para a produção do saber médico.

O Hospital Moderno-Contemporâneo evidencia-se como lugar da prática sobre os corpos. Foucault diz que o saber médico antes era limitado à literatura e, na modernidade, passa a ser produzido na prática sobre os corpos no hospital, “L'individu émerge donc comme objet du savoir et de la pratique Médicale” (O indivíduo emerge então como objeto do saber e da prática médica, tradução do pesquisador) (FOUCAULT [1974] 1988 p.40) .

Atualmente, Mussi (2005) considera que as inovações tecnológicas, como a divisão do trabalho, fragmentaram os cuidados. As atividades de cuidado com o enfermos tornaram-se atividades de produção.

Ainda segundo a autora, a relação com o paciente passa a ser visto como tarefa e o afastamento dos afetos, por parte do cuidador com o paciente, uma necessidade imposta pelos avanços tecnológicos.

1.5 OS HOSPITAIS NO BRASIL

A história dos Hospitais no Brasil não é isenta das influências e resquícios históricos da Europa, dos séculos passados. Resquícios abundantes, pelo fato de que o Brasil esteve em ritmo diferente quanto à organização política e de Estado. Enquanto a Europa se modernizava, o Brasil surgia como Colônia.

Demarcar esse tempo diferente de organização política e sanitário do Estado brasileiro se faz necessário, para melhor compreender o desenvolvimento histórico dos Hospitais, no Brasil. Assim, poderemos compreender algumas razões de postura, conflitos e discursos dos trabalhadores e gestores dos hospitais, nos dias atuais.

Para melhor entendimento da organização dos hospitais no Brasil, faremos no decorrer do texto, um paralelo histórico entre Brasil e Europa que, de certo modo, resgatará pontos já descritos nos tópicos anteriores a este capítulo. Vemos como necessária tal retomada para enfatizar a nossa questão sobre a organização do hospital e a insistência de alguns discursos da prática assistencial hospitalar, tanto no Brasil, quanto em nosso objeto de pesquisa.

A história dos hospitais no Brasil não é separada da prática dos profissionais que exercem suas funções de cuidadores nos hospitais. A política do Estado e o fazer cotidiano dos profissionais, historicamente, mostraram-se, às vezes, controversas; o fazer dos cuidadores oscilou entre a aceitação e rejeição da política do Estado em suas práticas hospitalares.

O período de divergência e conflito, na história do Brasil, foi muito mais amplo entre a prática do cuidado e as orientações governamentais e/ou político- sanitária, em comparação à Europa, devido à forte presença da organização religiosa na administração dos hospitais, aqui, no Brasil. (SANGLARD, 2006).

Alguns dilemas que já haviam sido apaziguados na Europa, nos hospitais modernos, no Brasil, ainda insistiam. Exemplo: a religiosidade e a caridade aos pobres e a organização médico hospitalar.

De acordo com Sanglard (2006), a religiosidade e a caridade aos pobres são marcas que os hospitais modernos trazem do período da Idade Média, difíceis de excluir.

Os hospitais estiveram, desde a Idade Média, envolvidos na prática da caridade aos pobres como numa áurea sagrada. Segundo a autora, os pobres eram visto com o “manto santificado do pobre de Deus” (SANGLARD, p. 13,2006.) A autora aponta que, nos momentos de epidemias e mazelas, nos hospitais medievais, as ofertas de doações aumentavam nas Instituições.

A concepção de sagrado sobre os doentes e as obras de caridade, ao longo da história, oscilou e, por vezes, fez cair o manto santificado, dando lugar à concepção de serem os pobres enfermos um aglomerado de pessoas, que representavam perigo. (SANGLARD, 2006).

Ao rever esses pontos históricos, não podemos deixar de perceber o jogo paradoxal que o cuidador e os enfermos ocuparam. Os pobres enfermos ora ocupavam o lugar do grupo que necessita de caridade, ora os que representavam perigo.

Este paradoxo nos permite refletir a relação de alguns profissionais de saúde com os doentes internos dos Hospitais; relação que oscila entre o exagero da caridade e a repulsa.

Retornando aos fatos históricos da Europa e Brasil, sobre a organização hospitalar, percebemos que, no Brasil, a organização hospitalar se deu de modo diferente num certo quadro cronológico.

Ao observar os pontos de efervescência Europa e Brasil, podemos perceber momentos diferentes que marcaram a organização dos Hospitais. Enquanto a Europa entrava na era da Modernização dos hospitais, o Brasil inaugurava-se como colônia; num outro momento histórico, caía a monarquia, com a Revolução Francesa, e o Brasil tornava-se Império, com a chegada da família Real Portuguesa;

outro ponto, a Europa pós-revolução Francesa e Industrial e o Brasil inicia sua República com a produção predominante agrária.

Esses fatos históricos foram destacados para melhor compreendermos a particularidade da organização hospitalar no Brasil.

No contexto europeu, segundo a Sanglard (2006), os hospitais, no período do século dezoito, aproximavam-se dos princípios medievais da caridade, no entanto, não estando mais atada aos monastérios, cada região passou a ter seu hospital, mantido pelos donativos do povo local. Nos hospitais, mesmo separados dos monastérios, a exemplo da Hôtel-Dieu, na França, e Misericórdia, em Portugal, a aproximação da organização, pelos princípios religiosos, ainda eram fortes.

A autora destaca que, no período da Revolução Francesa, dentre várias reformas, estava a tentativa de separação das atividades religiosas e as atividades médicas. Essa percepção histórica nos revela de certa forma, a força da ordem religiosa na organização hospitalar.

Conforme Sanglard (2006), com a passagem da ênfase na caridade à inclinação religiosa-filantrópica, marcada entre o século dezessete e dezoito, os hospitais passaram a aumentar o seu quadro médico e a organizar as estruturas física e gerencial dos hospitais.

Essas alterações, na concepção dos hospitais, teve como consequência o questionamento sobre a função dos hospitais quanto à higienização e à cura e, nesse período, segundo a autora, os hospitais se transformaram em “Máquina de curar”. (SANGLARD, 2006, p. 15)

As mudanças de concepção e questionamento sobre a função dos hospitais, no século dezoito, fez emergir tensões entre a prática médica e a prática assistencialista, até então em certa harmonia. (SANGLARD, 2006)

Os hospitais do Brasil, no século dezenove, ainda viviam a indistinção da sua função e da sua nomenclatura. Segundo Oda e Dalgalarondo (2004), os nomes asilos, hospital e hospício eram sinônimos.

A indistinção do termo hospital, hospício e asilo estavam relacionados ao público atendido, no hospital do Brasil, no início do século dezenove. Nas enfermarias do hospital, alojavam os órfãos, os leprosos, mendigos, entre outros. A assistência predominante era a caritativa, que se pautava no abrigo, alimento e cuidado religioso. (ODA, DALGALARONDO, 2004)

A prática assistencialista, nos hospitais, de modo geral, carregava, no seu bojo, a prática caritativa inspirada na pregação de São Francisco de Assis, que consistia

na fé e ajuda mútua. Mesmo com a mudança dos cuidados hospitalares das freiras aos leigos, formando a “ordem terceira” como a mediadora filantrópica católica, segundo Sanglard (2006), a instituição leiga ainda se situava entre a filantropia e a caridade.

Seguindo o processo de mudança da assistência caritativa à filantrópica, no decorrer dos séculos dezoito e dezenove, o hospital passou a ocupar uma posição política que, de certo modo, determinava a ordem social. Para os filantropos franceses, por exemplo, “a distribuição de cuidados médicos gratuitos era mais uma forma de assegurar a ordem social” (SANGLARD, 2006, p.17).

Segundo Sanglard, a prática médica do século dezoito estava mesclada com a medicalização e a caridade “no controle e gestão da pobreza” (2006,p.18).

Sanglard (2006) diz que, no final do século dezenove, o ícone no Brasil dessa influência europeia foi o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, que mantivera a tradição das pias, e a Ordem Terceira, na sua gestão e prática.

A autora destaca que o Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Brasil herdou da portuguesa uma herança, que remonta ao século quinze, e que se resume nos quatorze pontos das obras de Misericórdia: sete materiais e sete espirituais, sendo, um deles, o “sofrer as injúrias com paciência” (SANGLARD, 2006 p. 21).

Destacamos essa obra de misericórdia “sofrer as injúrias com paciência”, para podermos, mais adiante, lançar algumas discussões sobre a prática e os discursos dos trabalhadores em saúde, nos dias atuais.

Além das quatorze obras de Misericórdia, destacadas pela autora no regimento da organização hospitalar, outro ponto, que merece destaque, é a do prestígio social, ou seja, pertencer à irmandade não era para qualquer um, era para os poucos escolhidos. São esses valores que o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, no Brasil, reproduziu, mantendo, por algum tempo, a hegemonia no modo de gerir (SANGLARD, 2006).

Segundo Sanglard (2006), a hegemonia do modo de gerir da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro começou a sofrer mudanças somente no século dezenove com a inserção de médicos especializados nos cuidados aos internos. Tal inserção, que imprimiu outro modo de gerir, não alterou, no hospital, o forte traço de depósito da miséria humana.

As alterações estruturais, nos Hospitais no Brasil, teve seu início após avaliações e emissão de relatórios dos especialistas médicos e da autorização da

constituente de 1823. As mudanças estruturais que ocorreram foram: a separação dos órfãos, a construção de cemitérios afastado dos hospitais, a construção de prédio próprio aos alienados, dentre outros (SANGLARD, 2006).

A questão da inadequação dos hospitais, no Brasil, quanto à sua estrutura física, sua organização para atender a população, nos parece que, desde o primórdio, foi problemática. Segundo Ode e Dalgalarondo, o relatório, de meados do século dezenove, descrevia o Hospital da Santa Casa do Rio de Janeiro como sendo “insalubre, de construção inadequada e de tamanho insuficiente para a grande demanda de necessitados da capital imperial” (2004.p.131).

Podemos perceber, com a pontuação feita por Ode e Dalgalarondo (2004), sobre as condições insalubre e inadequada dos hospitais, como também os apontamentos de Sanglard (2006), sobre a separação dos alienados dos outros enfermos e da construção de cemitérios distantes dos hospitais, que a história dos Hospiais do Brasil, é recente, ou seja, em menos de duzentos anos, os hospitais ainda eram o local onde o cuidado, o cemitério e o abandono estavam juntos.

Sanglard (2006) enfatiza que o marco das mudanças na Santa Casa de Misericórdia no Brasil destacou-se com a vinda da família Real ao Brasil, em 1808, introduzindo o primeiro curso de Medicina no Brasil. Até então, não havia uma intervenção do Estado sobre os hospitais.

A intervenção do Estado, ainda Império, meados do século dezenove, surgiu com a necessidade do controle da epidemia da febre amarela e da cólera. O Estado, então, toma para si o controle da distribuição dos soros, visando à saúde pública e ao bem-estar social. Desse modo, conseqüentemente, o Império passou a intervir na administração e organização dos Hospitais da Santa Casa da Misericórdia (SANGLARD, 2006).

Conforme Sanglard (2006), com a intervenção do Estado, os médicos alcançaram a independência e resgastaram a importância social de outrora, atreladas à descoberta do soro. Os médicos se tornaram os responsáveis pelo controle e aplicação.

A passagem do Brasil Colônia à Sede do Reino Único e, posteriormente, a independência, custou duras providências políticas tendo, a medicina, o seu lugar privilegiado de ordenador social junto à concepção de modernização do Estado (ODA; DALGALARONDO, 2004).

A organização do hospital no Brasil, do período imperial em diante, esteve intimamente relacionada ao desenvolvimento dos preceitos da Ordem e do

Progresso, ideia moderna, que levaria o Brasil ao reconhecimento internacional. (ODA; DALGALARONDO, 2004).

O processo de modernização da organização social e dos hospitais estava, segundo Oda e Dalgalarondo, nos projetos de encaminhar o Brasil ao patamar do reconhecimento do “seleto clube das Nações Modernas” 2004.p.133).

Com o processo histórico dos hospitais no Brasil, podemos perceber que a medicina não estava, desde sempre, nos hospitais das Santas Casas da Misericórdia. A medicina, inicialmente, esteve restrita à escola de Medicina, vinculada aos Hospitais Militares.

A aproximação da medicina com os Hospitais da Santa Casa de Misericórdia, ou seja, do ensino médico e a assistência, conforme Sanglard (2006), não ocorreu de forma pacífica.

O encontro dos dois modos de cuidar, no hospital, começou a se atenuar com a abertura do Hospital São Francisco de Assis, em 1922, o primeiro hospital gerido pelo poder público. A inauguração desse hospital foi o marco da separação dos dois conflituosos modos de organizar o hospital. (SANGLARD, 2006, p.28-30).

O mal-estar da convivência entre a medicina e a assistência, isto é, da medicalização do hospital e as obras de caridade, pareceu findar com a conquista dos médicos do prédio próprio da Faculdade de Medicina, fato recente, que ocorreu no final da década de 1970. Em 1978, segundo a autora, foi inaugurado, no Campus da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o hospital próprio “Hospital Universitário Clementino Fraga Filho” (SANGLARD, 2006, p.24)

A ocorrência dos conflitos entre a assistência e a medicina, no modo de pensar o Hospital, era demonstrada nos detalhes da administração, como: as regras de comportamento impostas aos estudantes de medicina, que proibia o riso, por exemplo. O Hospital era considerado, pelas cuidadoras assistentes, o lugar sagrado, lugar de dor, destinado à infelicidade e, por isso, era inaceitável condutas que chocassem com a realidade. (SANGLARD, 2006).

Podemos notar, por meio das pontuações da autora, que o conflito entre dois discursos, o da caridade religiosa e o da especialização, foi marcante e duradouro. Dois discursos que, a nosso ver, ainda se entrelaçam no cotidiano da prática hospitalar.

Esse lugar, mencionado pela autora, lugar de infelicidade e, ao mesmo tempo, sagrado, nos ajudará a compreender parte da trama de nossa pesquisa.

Vemos, portanto, que a laicização e a consolidação da assistência médica, nos hospitais no Brasil, é algo recente e nos indica que a força do discurso religioso insistiu, por longo tempo, na organização hospitalar.

1.6 A HISTÓRIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – JOÃO ALVES FILHO / HUSE

O hospital de Urgência de Sergipe João Alves Filho, fundado em 7 de novembro de 1986 é considerado o maior hospital do estado de Sergipe, que presta serviços de média e alta complexidade à população sergipana e aos municípios dos estados vizinhos, Bahia e Alagoas.

Os serviços de alta e média complexidade estão divididos em setores como: Pediatria, Oncologia, Pronto Socorro, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Tratamento de Queimaduras, enfermarias, exames de tomografias e outros que compõem a oferta do Hospital. (www.saude.se.gov.br de 08/11/2016).

Em 2016, conforme a Secretária de Saúde do Estado, o quadro de trabalhadores do Hospital Urgência de Sergipe era de 3.653 servidores concursados, que prestavam os seus serviços no hospital. (www.saude.se.gov.br de 08/11/2016).

O Hospital de Sergipe, referência em saúde no estado, recebe milhares de pacientes, mensalmente, muitos considerados de baixa complexidade, que deveriam ser atendidos na Unidade Básica de Saúde dos municípios.

Devido à grande procura pelos serviços do Hospital, somada à estrutura física, o Hospital de Sergipe é manchete constante, nas mídias sociais (noticiário em telejornais, sites, dentre outros), em relação à superlotação e aos seus problemas organizacionais. (www.infonet.com.br, de 28/10/2019; www.nenoticias.com.br de 05/06/2019).

Podemos observar que a condição de superlotação, do Hospital de Urgência de Sergipe, o acompanha por anos. A superlotação é preocupante e constantemente debatida nas mídias sociais, fóruns e conselhos de saúde, no entanto, é um problema que permanece sem solução.

Recentemente, o estado de Sergipe contratou uma equipe especializada do Hospital Paulista Sírio-Libanês para sanar, de vez, o problema da superlotação no hospital. A equipe contratada prometeu, por meio de medidas administrativas e logísticas, “desafogar” o hospital de Sergipe. (www.fanf1.com.br de 12/02/2020).

A superlotação interfere na qualidade dos serviços e também na saúde dos trabalhadores. Esse cenário leva-nos a refletir a respeito da organização hospitalar e da condição\ participação dos trabalhadores em saúde.

A alta demanda por atendimento, no Hospital de Sergipe, exige dos trabalhadores o impossível, fato que é constatado ao observar a quantidade de pacientes por funcionário. O hospital é frequentemente cobrado, pelo Conselho de Enfermagem-COREN, para a solução do problema. (www.cofen.gov.br de 26/01/2011).

O Hospital de Urgência de Sergipe, centro e vitrine da Saúde Pública de Sergipe, sempre esteve na pauta das discussões dos gestores e órgãos públicos, sobre a sua eficiência e capacidade resolutive. Assim, em 2007, pensou-se o modelo de gestão que pudesse agilizar e resolver os problemas gerenciais do hospital. Surge, então, a Fundação Hospitalar de Saúde–FHS, com a promessa da melhoria do gerenciamento e resolução dos problemas do Hospital de Urgência de Sergipe (Sergipe, 2008.)

1.7 FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAUDE-FHS E HUSE

O Hospital de Urgência de Sergipe e os seus problemas estruturais físicos, de gestão e fluxo de serviços, sempre foi um problema a ser solucionado. Em 2007, o estado de Sergipe, visando à melhoria dos serviços do hospital, pensou um novo modelo gerencial que poderia desburocratizar a gestão, denominado de Fundação Hospitalar de Sergipe. (SERGIPE, 2008).

A Fundação Hospitalar de Saúde, criada por lei Estadual 6.347 de janeiro 2008, como Fundação Pública de Direito privado, tinha como proposta modernizar a gestão estadual dos hospitais, mas introduziu novos problemas e acentuou os velhos problemas do hospital.

Segundo Fontes (2009), os dirigentes públicos, ao lançar o olhar para a modernização da gestão da rede hospitalar de Sergipe, findaram por ignorar os efeitos simbólico e imaginário nos trabalhadores do hospital. A autora destaca que, ao excluir os trabalhadores da participação e construção do novo modelo gerencial, produziu-se o mal-estar e a insegurança.

Com a tentativa de atualizar a gestão do Hospital Público de Sergipe e sanar problemas graves de morosidade de compras de insumo e pagamento a fornecedores, os dirigentes públicos acabaram por produzir e revelar outras

dificuldades organizacionais do trabalho. Outros problemas que surgiram com as mudanças de gestão foram os de insatisfação e desconfiança dos trabalhadores do hospital que não reconheciam, no novo projeto, a sua afiliação. Pairou, sobre os trabalhadores, o que disse Fontes “um imaginário que expressa descrença, falta de idealização, impotência, frustração, dúvidas e expectativas negativas” (FONTES, 2009 p.7).

O novo modelo fundacional gerou também insegurança nos trabalhadores quanto às garantias legais da sua contratação. O novo modelo, criado pela Fundação Pública de Direito Privado, alterou a forma de contratação que passou de estatutários a celetistas.

O regimento de estatuto garantia ao trabalhador a estabilidade no cargo, após período probatório, enquanto o regido pela Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), não fixava a mesma garantia.

A Fundação Estatal, em seu estatuto, previa, segundo Fontes (2009), a criação do plano de carreira e remuneração (PER); o ingresso ao serviço, por meio de concurso público; acordo coletivo com negociação entre sindicato, trabalhadores e Fundação e o benefício do FGTS, por não haver garantia da estabilidade no emprego. (FONTES, 2009, p.26-27).

A precarização do trabalho, pelas Fundações de direito privado, já era discutido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, conforme Fontes (2009), a CNS elencou os possíveis problemas de uma Fundação Estatal, como: a mercantilização da saúde, precarização do emprego, incertezas dos trabalhadores com a nova contratação (CLT) e acrescentava também a extinção do Servidor Público.

Nos dias atuais, constatamos que, desde a implantação da FHS, em 2008, somente o benefício do FGTS é mantido; outros, como concurso público, efetivação do PER e reuniões para acordo coletivo ficaram suspensos.

O problema da contratação foi apenas um, dos muitos que surgiram com a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS). Outros problemas diziam respeito à transparência financeira e à prestação de contas. (www.g1.globo.com.br de 03/12/2015).

A mudança de modelo de gestão, com a promessa de melhoria aos trabalhadores, ficou apenas na intenção.

Todos os pontos problemáticos descritos acima revelam o grau de incertezas e também de impotência que os trabalhadores vivenciaram e que ainda vivenciam no HUSE.

O atual projeto de Lei sobre a reforma Administrativa, somado à Reforma Trabalhista, mais uma vez, vem lançar o assombro na instabilidade do emprego, regido pelas Leis e Consolidação do Trabalho (CLT). Acrescenta-se também o descaso do sexto ano consecutivo sem reajuste salarial, justificado, pelo estado de Sergipe, com o Limite Prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal.

1.8 ASPECTO GERAL DO PRÉDIO – HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE-HUSE

Somado aos problemas de gestão de serviços, da superlotação, da falta de materiais, o hospital possui um prédio que se assemelha aos prédios abandonados dos grandes centros urbanos.

O aspecto físico geral é de prédio abandonado, ocupado por “sem tetos”. Dá-nos a impressão de uma grande construção, apropriada indevidamente. Seu aspecto denota o descuido e a descontinuidade dos projetos públicos arquitetônicos e de saúde, em Sergipe.

A descontinuidade dos projetos públicos está cravada nas paredes, na arquitetura improvisada, desordenada, em que se vê reforma sobre reforma, portas fechadas e janelas fechadas com tijolos, sem rebocos nem pinturas. Emendas e remendos de construção inacabada. O hospital é a representação das muitas intenções mal começadas e, menos ainda, finalizadas dos projetos políticos da saúde estadual.

Podemos dizer que a insalubridade ultrapassa as questões bacteriológicas e virais e se estampa na própria arquitetura.

Segundo Costa (2011), a arquitetura e os hospitais caminharam juntos na modernização tecnológica dos cuidados aos enfermos. O autor relata que o modelo arquitetônico dos hospitais brasileiros, nos meados do século dezenove, seguia ainda o modelo europeu religioso. Os hospitais eram projetados à semelhança dos monastérios, construídos “sob o princípio da construção em claustro”. Somente após as ideias higienistas, é que a arquitetura dos hospitais brasileiros começou a se modificar, passando para o formato de pavilhões (COSTA, 2011, p. 53).

A questão da arquitetura, da circulação do ar e da luz já foi discutida por Foucault como um dos marcos da transformação dos hospitais europeus, do século dezoito, momento em que o controle do meio externo passou a ser central no processo de cura ou agravamento do adoecimento (FOUCAULT, 1988. p.37).

Apesar da ampla discussão e avanço do entendimento da relação arquitetônica com a saúde, os responsáveis pela gestão do Hospital de Urgência de Sergipe parecem ignorar a importância da arquitetura nos cuidados em saúde.

As diversas reformas que ocorreram no prédio do hospital são reformas em alas ou áreas específicas, como por exemplo, a reforma da cozinha e do refeitório do hospital, divulgada nos jornais digitais, intitulada “Reformas no Huse para conforto dos pacientes e funcionários” (www.ses.se.gov de 30 de julho de 2019).

As reformas, sempre parciais, tornam o ambiente do hospital ainda mais sombrio, marcando o contraste da nova pintura, numa parede e, em outra, ao lado, o musgo e o reboco se desprendendo.

O aspecto geral do prédio não é algo que contribui para a saúde dos trabalhadores e dos pacientes.

Para concluir, o hospital público de Sergipe insiste com sua construção e desconstrução, reforçando a denominação de “Depósito de Seres Humanos Doentes” (www.cinform.com.br)

1.9 HOSPITAL ENTRE O PASSADO E O PRESENTE

Hospital entre o passado e presente nos possibilitará aproximar a narrativa das experiências dos cuidados e da organização dos hospitais, de outras épocas, com os hospitais dos nossos dias. Nossa proposta é de indicar os elementos e valores dos processos anteriores à organização do Hospital e discutir as rupturas ou continuidades na formação da organização atual.

A história dos hospitais se apresenta como sobreposição dos valores, organização e práticas anteriores, então, seguiremos a analogia dos achados arqueológicos, empregada por Freud ([1927-1931] 2006), sobre a vida mental e a sua construção “nada do que uma vez se formou pode perecer – o de que tudo é, de alguma maneira preservado e que, em circunstâncias apropriadas, pode ser trazido de novo à luz” (FREUD, [1927-1931] 2006, p.78)

Acreditamos que a mesma analogia nos encaminhará aos achados dos hospitais e sua organização, aproximando-se do Hospital de Urgência de Sergipe e dos seus trabalhadores.

O artigo intitulado O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas será nossa partida:

Compreendendo o ser humano como um ser integral, complexo, e ainda a religiosidade como um componente da vida humana, que influencia a forma de pensar, sentir, agir e, conseqüentemente, a forma de cuidar, considera-se que a dimensão religiosa do enfermeiro é indissociável da construção pessoal e profissional do cuidar (SALGADO; ROCHA; CONTI 2007 p.223).

A citação acima nos parece estar em consonância com várias outras publicações do mesmo tema, como nos artigos dos autores (KOENIG, 2007) e (DUARTE; WANDERLEY, 2011), mostrando-nos ser o assunto da religiosidade nos hospitais, tema amplamente discutido.

Utilizaremos também a discussão de Mussi (2005), para apresentar outra perspectiva sobre a organização dos hospitais.

A lógica e a força do sistema hospitalar é tão grande e eficaz que faz com que as próprias instituições de ensino de Enfermagem assumam, sem muita crítica, o conforto como imperativo moral, que é explicitado do ponto de vista teórico, a partir de uma visão humanista (MUSSI, 2005 p.80).

Temos duas citações e algumas perspectivas da formação do cuidador nos hospitais. Nos artigos acima, as perspectivas são diferentes, em relação à formação do profissional de saúde, que servirá à nossa articulação.

Nosso interesse é de traçar pontos de tensão entre os autores e indicar o que possivelmente pode ocorrer no campo hospitalar. Aproximar também a narrativa histórica do hospital-religião, da Idade Média, com os valores do labor, da vocação, da missão e da devoção, nos cuidados aos enfermos, na organização do hospital atual.

Segundo Mussi (2005), o chamado para o trabalho no hospital, primeiramente, considerado chamado religioso e, depois, considerado vocacional, não extinguiu a ideia altruísta da sua prática.

A concepção do trabalho no hospital ser considerado um chamado religioso ou uma vocação não exclui a importância de se levantar algumas questões sobre a formação e práticas dos cuidadores no cotidiano do hospital. O artigo das autoras Salgado; Rocha e Conti (2007), do qual extraímos a primeira citação, é exemplar para demonstrar o que se pensa atualmente da formação dos cuidadores, atrelado aos preceitos religiosos como necessidade da prática do cuidar.

O altruísmo, na prática de cuidar, apontado nos artigos recentes (SALGADO; ROCHA; CONTI 2007), (KOENIG, 2007) e (DUARTE; WANDERLEY, 2011) nos leva a pensar que o chamado para o trabalho e a devoção estão relacionados ao sacrifício de si, não só como um discurso da Idade Média, mas como uma prática contemporânea nos hospitais.

Outro ponto, que nos parece carregar certo peso, é a ideia disseminada no campo do cuidar, reforçada pelo lema atual, na formação dos enfermeiros, que coloca, como dever ético e orientador, que “a missão da enfermagem é cuidar da vida” (MUSSI, 2005 p.80).

O lema acima nos faz refletir sobre o nível de responsabilidade ou de poder que se imprime na formação e no conceito sobre o cuidado. Restam-nos duas questões: Qual o preço do cuidado ao profissional de saúde? Seria o sacrifício de si, o preço a pagar pela missão?

De acordo com Salgado; Rocha e Conti (2007), os procedimentos religiosos devem ser incorporados nas ações dos enfermeiros e assim fazer parte da prática desses profissionais, acrescentando que, uma vez incorporados à prática, os enfermeiros devem registrar os procedimentos em prontuários médicos.

Os autores acima acrescentam que a prática religiosa é um instrumento terapêutico utilizado por profissionais de saúde e utilizado, ainda mais, quando os pacientes demandam cuidado espiritual (SALGADO; ROCHA; CONTI 2007 p.224).

A religiosidade, o altruísmo, o conforto e a consideração que se faz sobre o Ser Humano como ser bio-psico-social-espiritual, como define SALGADO, ROCHA e CONTI (2007), não é um problema e pode ser considerada uma escolha pessoal. O que nos parece problemático é o imperativo que se coloca sobre a prática do cuidar, fazendo da religião um procedimento técnico.

A religião, como um procedimento técnico aliado à ética do cuidar e reforçado por frases do cotidiano do hospital como a “missão de cuidar da vida”, parece-nos favorecer o desvio das responsabilidades administrativas, econômicas e técnicas a um plano superior.

Podemos concluir, em parte, que as exigências organizacionais, conceituais e de formação profissional modelam as práticas dos cuidadores nos hospitais para o fracasso do cuidado ou do sacrifício do cuidador.

A prática religiosa, no interior do hospital, como procedimento terapêutico profissional pode levar a outros sentimentos e valores, como os observados no período da Idade Média, tais como: culpa e salvação.

Os valores religiosos inseridos no discurso do cuidado ao paciente como caridade e compaixão, valores marcadamente dos hospitais da Idade Média, (FOUCAULT [1974] 1988), podem transformar os limites naturais do cuidado ao paciente como fracassos pessoais, acompanhado do sentimento de impotência do cuidador, exemplificado na frase “Não consegui salvar o paciente”.

A aproximação das crenças e discursos religiosos, como procedimentos técnicos, remete-nos à identificação do cuidador na Idade Média com o enfermo, momento no qual o cuidador se empenhava a salvar a alma do enfermo, para alcançar a própria salvação. Desse modo, o cuidado, o trabalho dos cuidadores dos dias atuais nos parece mudar da vocação à devoção.

A justificativa para o incremento explícito dos preceitos religiosos aos procedimentos técnicos, alguns autores encontraram, na perspectiva do cuidado transdisciplinar, o apoio necessário (SALGADO; ROCHA; CONTI 2007).

A pesquisa desenvolvida pelas autoras Salgado et al (2007), apoiada na corrente psicológica transpessoal, inseriu os preceitos religiosos como procedimento técnico e se revelou em problemática, no interior da própria pesquisa. Durante a pesquisa, foram apresentados questionários aos profissionais de saúde do hospital e algumas respostas diziam “não saber abordar as questões espirituais e religiosas, se o cliente for ateu. (SALGADO; CONTE; CONTI, 2007, p.225).

O assunto da religião, como estratégia do cuidar nos hospitais, por mais problemático que pareça, é prática comum nos hospitais contemporâneos.

Podemos observar, no Hospital de Urgência de Sergipe, o forte traço da religião no cotidiano do hospital. No Huse, até recentemente, mantinha-se uma capela no seu interior que, por alguma razão, fora desativada; no entanto, as missas continuam ocorrendo e presididas pelo padre, duas ou três vezes por semana, nos corredores do hospital. Parte dos voluntários cadastrados, no setor de Humanização, é de pastores evangélicos que, durante a semana, fazem orações à equipe de trabalho e aos pacientes do hospital, pedindo a intervenção divina pelos males acometidos.

CAPITULO 2

2.1 RELATOS DOS CASOS CLÍNICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR - HUSE

Apresentar os Relatos dos Casos Clínicos no formato de texto narrativo da fala dos pacientes, trabalhadores do Huse, não nos pareceu conveniente, nesta pesquisa. O sigilo, o respeito e a ética prevaleceram. Acreditamos que os significantes destacados dos fragmentos serão suficientes para a proposta da pesquisa. Inicialmente, pensávamos ser suficiente não caracterizar o gênero dos pacientes, os setores de trabalho, a idade e a profissão; assim, teríamos a condição de apresentar o Relato do Caso Clínico, sem o risco da identificação do trabalhador em questão. No entanto, verificamos que o risco era enorme, então, optamos em utilizar fragmentos dos Relatos Clínicos identificados por títulos.

Outro ponto que julgamos importante é sinalizar a aproximação que faremos do termo Organização Hospitalar à de Instituição Hospitalar. Vemos como possível, e necessária tal aproximação dos termos, pois a Organização Hospitalar contém, em si, aspectos e valores do conceito de Instituição como lugar que “funciona sob a égide de normas interiorizadas e onde reina, se não um consenso perfeito, pelo menos um acordo suficiente para empreender e levar uma obra coletiva” (ENRIQUEZ, 1991 p.53).

A justificativa, acima, é reforçada quando acompanhamos a história dos hospitais desde a Idade Média ao contemporâneo e verificamos que a História traz identidade, valores e crenças; ou seja, um sistema cultural que guia o modo de pensar e agir do cuidar, no interior do hospital.

2.2 GRANDE FRACASSO

Neste Fragmento de Caso Clínico, um paciente/trabalhador, diagnosticado com depressão e transtorno de ansiedade, pela medicina/psiquiátrica, traz, em sua história, a vivência da instabilidade financeira, emocional, amorosa e outras. No hospital, esse trabalhador vivenciava as mais variadas experiências, que provocavam a sua estabilidade. A oscilação entre a estabilidade e instabilidade era uma questão insistente na sua vida, repetida no trato com os colegas de trabalho, pacientes e condições de trabalho.

Certo dia, ao me encontrar no corredor do hospital, gritou “Isso aqui é uma Fábrica de Loucos”, referindo-se ao Hospital, num dia tumultuado.

Alguns meses, após esse episódio, o paciente tenta o suicídio por incisão, em seu braço, com bisturi, num local de grande circulação de pessoas do hospital.

Retornando a organização do Hospital de Sergipe, aos tópicos anteriores, sobre a gestão e organização do Hospital Huse, observamos que o Hospital de Sergipe não é o local onde possamos dizer que reina a estabilidade. A instabilidade está presente no cotidiano, desde a forma de contratação desses trabalhadores, até o gerenciamento dos serviços, no interior do hospital. São notórias as condições precárias de trabalhos, as quais os trabalhadores estão submetidos, somado ao atravessamento dos interesses politiqueros que faz, do ambiente hospitalar, em nada, um lugar tranquilo.

O paciente, com a sua queixa de adoecimento por depressão, percebe o local de trabalho insalubre e justifica a sua permanência, no trabalho do hospital, por gozar da estabilidade do concurso público.

De qual estabilidade esse paciente fala e busca no interior do hospital? Consideramos essa fala portadora de significados, quando relacionada à Organização Hospitalar, como Instituição Hospitalar.

KAËS (1991) apresenta-nos a Instituição como algo que deve permanecer e estabilizar a vida social e psíquica do sujeito.

Para o psiquismo, a instituição encontra-se, como a mãe, na base dos movimentos de descontinuidade instaurado pelo jogo do ritmo pulsional e da satisfação. Ela se confunde com a experiência mesma da satisfação. É uma das razões do valor ideal e – necessariamente – persecutório que ela assume tão facilmente (KAËS, 1991, p.23).

Percebemos que o Huse pode ocupar o lugar paradoxal de quem, de certo modo, favorece a acomodação do ritmo pulsional, ao mesmo tempo em que pode incitar a instabilidade do sujeito.

A tentativa de suicídio do paciente nos parece indicar a busca por sanar, de uma vez, o jogo estabilidade/instabilidade, em que ele vivia reforçado pelo cotidiano da Instituição Hospitalar-Huse.

Tentar o suicídio em um corredor movimentado do hospital é revelador de uma denúncia implícita. O fato surge como um grito de protesto do paradoxo da Instituição que protege, acolhe e, ao mesmo tempo, lança insegurança e destruição.

Destacamos desse Fragmento de Relato Clínico, de modo resumido, a insistência e repetição do paciente, na busca por estabilidade da sua vida, na Instituição Hospitalar.

2.3 FAZER TUDO E MELHOR

O relato do fragmento é o de mais um paciente/trabalhador diagnosticado com depressão. A história da sua depressão consistia em falar da fadiga, do limite físico e mental, em que se encontrava no seu trabalho. A história da depressão era acompanhada da queixa de não ser reconhecido pelos seus esforços no Hospital e da sua impotência de não saber o que fazer para alcançar o reconhecimento.

Seus esforços, no cumprimento das suas tarefas, ultrapassavam as suas atribuições; o paciente se via no dever de realizar as tarefas de outros companheiros de trabalho. Suas forças se esgotavam no período exato das suas férias; meses antes das férias dizia sem forças e no limite. Quando retornava das suas férias se dizia revigorado e pronto para mais um ano de trabalho, ou seja, para mais um ano de muito trabalho e com a esperança de ser reconhecido como bom profissional.

A sua justificativa em permanecer nesse ciclo, mais ou menos por vinte anos, de fazer tudo no hospital e com a exigência de fazer o melhor, sustentava-se na frase “eu preciso fazer, alguém precisa fazer”.

Havia nesse ciclo, o qual o paciente se fixou, uma concepção ética do fazer bem feito, conforme o paciente, pelo fato de tratar da saúde das pessoas. Assim, encontrava a justificativa para se renovar todos os anos, com a sua dedicação, até o limite físico, mantendo a esperança de alcançar o reconhecimento da Instituição Hospitalar.

No processo dos atendimentos, algo do romance familiar do paciente se evidenciou como parte da sua organização psíquica, isto é, a necessidade de fazer as coisas bem feitas, para conquistar o amor do seu ente querido. Essa necessidade se fixava, na sua realidade psíquica, como um imperativo de “você deve fazer o melhor”.

Esse Fragmento de Caso Clínico nos marca a questão da repetição da realidade psíquica do paciente, ou seja, dos seus arranjos particulares para lidar com a busca por reconhecimento e a incerteza do amor, não mais no seio familiar, mas no trabalho, na Instituição Hospitalar.

Nesse ponto, percebemos a espécie de atualização das questões primárias do paciente com seus familiares, ou seja, com a Instituição familiar, repetindo na Instituição Hospitalar.

Na aproximação da Instituição Familiar à Instituição Hospitalar, podemos citar Vidal (1991) que, no seu texto *Instituição como problema de família*, fala sobre o entendimento de alguns psicanalistas sobre ser a Instituição, em alguns casos, a materialização e repetição da relação com personagem familiar, ao modo de “Metáfora antropomórficas” (VIDAL, 1991 p.160).

Essa metáfora familiar do sujeito nas Instituições, segundo Vidal (1991), seria o “efeito sintomático de uma fantasia que infiltra e dinamiza essa representação” (VIDAL, 1991 p.161).

No Fragmento do Caso Clínico relatado, percebemos que a relação personificada, ou seja, metaforizadas em membros familiares, conforme a Fantasia (realidade) do sujeito, é apenas um passo para adentrarmos à outra personificação que, no momento, nomearemos de simbólica e será desenvolvida, no último capítulo, desta pesquisa.

A referência à personificação familiar, nesse Relato de Caso Clínico, ultrapassa à simples repetição das experiências (dos/com semelhantes) familiares, personificadas nas Instituições, mas nos direciona a compreender a personificação que o sujeito faz, não mais dos personagens familiares, mas da Estrutura Simbólica, que o constitui e repete, na Instituição Hospitalar.

2.4 A MOEDA DE TROCA

Um paciente é conduzido ao serviço de psicologia para ser acolhido em sua “crise”, conforme os gerentes do setor. Sua crise fora desencadeada no local de trabalho, devido a desentendimentos sobre a organização do trabalho, escalas, fluxo de trabalho e rodízios.

O trabalhador, em questão, não aceitava a remoção do setor, no qual trabalhava por anos, para outro setor que administração estava disposta a encaminhá-lo.

A recusa de ser encaminhado a outro setor levou a uma relação de “queda-de-braço”, entre paciente e os gestores. Após muita insistência e discussão entre trabalhador e gestão, o paciente escreve um testamento: “Se me transferirem de setor cometerei suicídio e os únicos responsáveis serão os gerentes e Hospital.”

Diante da ameaça (possível de ocorrer, já que, na Instituição, havia casos de suicídio), o paciente é contemplado no seu desejo de permanecer no setor que sempre trabalhou.

A primeira reflexão sobre o caso é a do trabalhador que se dizia vítima da injustiça do trabalho, da gerência e do Hospital e que, diante da sua impotência de realizar o seu desejo, ou seja, de permanecer no mesmo local de trabalho, coloca-se como objeto a ser sacrificado. Dito de outro modo, o trabalhador submete seu corpo, sua vida, como moeda de troca, objeto de barganha, na Instituição Hospitalar.

Nesse ponto, poderíamos retornar a Foucault ([1977-1978] 2008) sobre o sujeito empreendedor de si, o sujeito como capital das relações sociais, de trabalho e das trocas. O sujeito trabalhador, no jogo com a Instituição Hospitalar, não revelou as verdadeiras demandas da sua fantasia psíquica. Durante o acolhimento feito pela psicologia, outros elementos, percebidos pelo paciente, se revelaram valiosos, podemos dizer, em seu inconsciente, ameaçados no jogo com Instituição Hospitalar.

Em Foucault ([1974] 1998), sobre a História dos Hospitais, destacou-se que, na Idade Média, o hospital era o lugar que os moribundos iriam para morrer.

O hospital, como lugar para morrer, é destacado no Fragmento de Relato Clínico; o paciente encontra, no ambiente hospitalar, o cenário para se sacrificar em nome da justiça do trabalho.

A ocorrência da possível morte do paciente, na relação como o Hospital, no modo de sacrifício, em nome da justiça, produziria outra conotação para o ato de suicídio, uma conotação divina e de coragem. Vimos que, na história dos hospitais, a concepção do cuidar dos doentes e de acompanhar o processo da morte esteve envolvida numa áurea da dedicação, caridade e da santidade, caso os cuidadores fossem acometidos pelas doenças e mortes, no interior do hospital; tal fato seria socialmente reconhecido como bendito.

Considerando a história do paciente trabalhador, que relatou outras tentativas de suicídio, durante a sua vida, a repetição no interior do hospital poderia ser considerada, não mais uma desistência da vida e, sim, um ato de glória. Em nome da justiça, se tornaria um Santo Homem.

A relação que o paciente estabeleceu com o hospital possibilitou-o a legitimar a sua repetição com outra valoração, a sua vida e a sua morte adquiririam outro valor/significação.

2.5 DECISÕES DIFÍCEIS

Paciente se apresenta ao atendimento psicológico com a queixa de ansiedade e depressão. No hospital, sua rotina é intensa e, de alguma forma, era o que o paciente buscava no seu trabalho. Nas situações mais complicadas e de rápida solução, ele era convocado e sua resposta era imediata.

Na vida cotidiana, o paciente sofria com a dúvida, o medo de errar, de fazer escolhas ruins. Essa dinâmica o fazia a protelar as coisas até o limite crucial. Em certos momentos, a decisão era sem escapatória, ou para direita ou esquerda, uma encruzilhada, deixando o paciente em estado de muita angústia.

No hospital, o paciente assumia as decisões difíceis, o sim e não era imediato, lugar que não havia dúvidas. Esse aspecto do paciente/trabalhador, dentro do hospital, demandava dele tempo e energia, ao ponto de o corpo cobrar por descanso, por pausa da rotina intensa.

O corpo sem descanso, a dificuldade de o paciente/trabalhador decidir sobre as questões pessoais, levavam-no ao adoecimento e ao afastamento do trabalho, mas, só assim, ele podia se permitir parar. Na sua dinâmica psíquica, o seu corpo adoecido escolhia por ele.

Quando questionado sobre o limite da carga de trabalho e o seu adoecimento, o paciente se justificava com uma ética aparentemente irrefutável “Os pacientes internos precisam do meu trabalho e sem o meu trabalho eles têm poucas chances de vida”.

Nesse ponto, mais uma vez, a vida e a sua preservação entram no jogo enigmático com a Instituição Hospital. No trabalho, no hospital, o paciente-trabalhador encontra, na ética/moral do cuidar, a justificativa para sacrifício da sua saúde e da sua vida.

Na história dos hospitais, da Idade Média aos dias contemporâneos, como vimos em Foucault ([1974] 1988), Mussi (2005) e outros, a dedicação dos trabalhadores, nos cuidados aos enfermos, sempre foi visto como uma missão sublime. Em um primeiro momento, no período medieval, o trabalhador tinha a possibilidade de se salvar, quando se colocava na missão de salvar a alma do enfermo. Em outro momento, nos tempos atuais, o trabalhador, que sofre as dificuldades do trabalho é apenas o cumpridor do dever ético, da vocação profissional e da missão de cuidar, ambos os casos investidos de uma sublimidade.

Seguindo a percepção, acima, a do ato sublime na ética do cuidar, o paciente encontra, no hospital, em certa medida, a escapatória da sua vida de dúvidas, medo e, falha. No hospital, a decisão do trabalhador/cuidador é certa, não lhe restando dúvidas sobre o que fazer, mesmo que isso lhe custe a própria vida.

Os dilemas das incertezas, que o paciente-trabalhador vivia com sua organização psíquica, encontra, no hospital, o lugar de algumas certezas para os seus atos.

2.51 FRAGMENTOS DE CASOS CLÍNICOS: HOSPITAL COMO PRODUTOR E AGREGADOR DE IDENTIDADE

“Isso, aqui, é uma Fábrica de Loucos”.

Do caso clínico, *Grande fracasso*, extraímos o fragmento acima para podermos discutir uma das funções que nos parece ser ocupada pela Instituição Hospitalar-Huse, isto é, a de agregadora de identidades em torno de um ideal.

Enriquez (1991), numa das suas passagens sobre Instituição, no sentido geral das Instituições, indica-nos, de certo modo, a estrutura que visualizamos no Hospital-HUSE, como estrutura que engloba e marca seus membros, denunciada no grito do paciente: “ Isso, aqui, é uma Fábrica de Loucos “.

As instituições, enquanto sistemas culturais, simbólicos e imaginários, apresentando-se, portanto, como conjuntos englobantes, visando imprimir a sua marca distinta sobre o corpo, o pensamento e a psique de cada um dos seus membros. Elas vão favorecer a construção de indivíduos para a sua devoção, na medida em que conseguiram se instaurar para eles como polo ideal e a obcecá-los como o ideal. (ENRIQUEZ, 1991, p.59)

Não podemos deixar de acentuar a aproximação da Instituição e seu sistema de valores e, de certo modo, a modulação que faz nos indivíduos para a devoção do seu ideal, aos Relatos dos Fragmentos dos Casos Clínicos dos trabalhadores em saúde do Hospital-Huse, principalmente quanto ao fragmento acima, “*fábrica de loucos*”.

O fragmento do relato, paciente que grita no corredor do hospital, nos faz associar o Hospital formador de grupos ao modelo de fábrica que conhecemos. Fábrica da produção industrial, em larga escala, dos produtos marcados por

números/código de série; dos produtos com barras, que servem à identificação e acompanhamento/controle da sua validade.

Os Fragmentos dos Casos Clínicos selecionados são de trabalhadores/pacientes diagnosticados de Depressão, Ansiedade e Estresse, conforme o código internacional de doenças, livro que oferece conjuntos de sinais físicos e mentais; classifica e traça diagnósticos e diretrizes de tratamento (IACOPONI, 1999, p.132).

A apresentação dos Fragmentos dos Casos Clínicos desta pesquisa é apenas uma parcela de centenas de casos acompanhados, no setor da Saúde Mental do Hospital, marcados pelo código de doenças (CID-10); marcados não somente no receituário, mas marcados no corpo, seja pelo efeito colateral dos medicamentos ou pelos traços dos seus discursos de fracasso e impotência.

Na sala de espera de atendimentos da Saúde Mental, podíamos observar os trabalhadores, diagnosticados pelo CID-10, trocando com os seus pares informações sobre diagnósticos psiquiátricos, medicamentos e eficácias de tratamento.

Compreendemos que a produção em série dos diagnósticos, no Hospital de Urgência de Sergipe, sobre os trabalhadores em saúde, contribui para a formação de grupo dos trabalhadores “doentes” marcado por rótulo de identificação no seio da Instituição Hospitalar. A marca compartilhada entre eles, no seio hospitalar, apaga as diferenças individuais, podendo favorecer a emergência do comum entre eles.

A identificação coletiva dos trabalhadores em saúde, que denominamos acima, possibilita unir os membros trabalhadores do hospital, se aproximando a Enriquez (1991), quando fala sobre as Instituições, suas normas e seu sistema de referência.

As instituições que facultam a entrada do homem no universo de valores são criadoras de normas particulares e de sistema de referência (mito ou ideologia) que servem como lei organizadora tanto da vida física quanto da vida mental e social dos indivíduos que delas participam (ENRIQUEZ, 1991, p. 53)

A relação que vislumbramos entre Trabalhador e Hospital é a de comprometimento do Trabalhador e Instituição Hospitalar ao sistema de referência organizadora, que é destacada pelo discurso de fracasso e impotência, diante das demandas dos serviços hospitalares, ou, de modo mais contundente, pelos diagnósticos psiquiátricos ou psicológicos com que os trabalhadores são investidos.

O trabalho em Saúde Mental com abordagem psicanalítica, talvez, se direcione na contramão à referência organizadora da Instituição Hospitalar. Desse modo, compreendemos que a intervenção analítica pode provocar mal-estar na organização desses trabalhadores com a Instituição Hospitalar.

A intervenção psicanalítica e as consequências sobre o laço organizador da Instituição Huse e o trabalhador em saúde, que entendemos ser provocadora de instabilidade entre os membros e a Instituição, nos remete a Enriquez (1991), quando diz que as Instituições, na relação com seus indivíduos, é marcada pela sedução recíproca e coesão incontestável, fazendo a Instituição ser “um modelo de comunhão, de calor, de intimidade e fraternidade” (ENRIQUEZ, 1991, p.54).

Podemos então verificar que os nomes classificatórios diagnósticos podem ser o selo, a marca que identifica os trabalhadores do Huse, num laço de comunhão. O laço de comunhão dos trabalhadores adoecidos, diagnosticados e dedicados à tarefa de cuidar.

A formação de grupos de trabalhadores dedicados e a permanência desse modo de organização nos faz ir em direção a Freud ([1920-1922]2006) e sua compreensão sobre a formação de grupo como necessidade de proteção. Reconhecemos que os trabalhadores em saúde se protegem e fortalecem como grupo de trabalhadores do Huse.

Formar grupos e os reconhecer, como necessidade dos indivíduos é apontada por Freud ([1920-1922] 2006) como modo de estruturação psíquica.

Nesta pesquisa, aproximamos o sujeito trabalhador e o Huse na mesma perspectiva da formação de grupo como estruturação e fortalecimento da organização psíquica, produzindo entre os trabalhadores “intensos vínculos emocionais”, tornando-os individualmente sem independência e iniciativa, reduzindo-os ao nível de indivíduos grupais. (FREUD, [1920-1922] 2006, p.127).

Vemos que a redução do sujeito trabalhador em saúde a uma identidade grupal, na Instituição Hospitalar-Huse, é o meio para o fortalecimento às adversidades do hospital, que pode ser constatada na reação ao trabalho do psicólogo do Serviço de Saúde Mental do Hospital.

No Hospital-Huse, uma das intervenções do Serviço de Saúde Mental aos grupos de trabalhadores era com a formação de rodas de conversas, discutindo-se temas sobre a saúde coletiva, organização e condição do trabalho, adoecimento dos trabalhadores e as relações interpessoais.

A proposta, acima, de intervenção do Serviço de Saúde Mental, por meio da psicologia, nem sempre era bem recebida pelos trabalhadores. Podemos dizer que a intervenção era problemática, constado na recusa dos trabalhadores em participar do encontro. O psicólogo esbarrava na resistência dos trabalhadores, quando a intervenção se aproximava do modo de organização desses trabalhadores, na Instituição Hospitalar.

Descreveremos, abaixo, um episódio sobre uma intervenção grupal do psicólogo do Serviço de Saúde Mental do Hospital, para melhor entendimento da questão da resistência dos trabalhadores à ideia de alteração da organização grupal, no interior do hospital.

Demandado pela gerente do Setor e, também, por trabalhadores, com a queixa de estresse no trabalho e dificuldade de relacionamento interpessoal, foi marcado um encontro entre o psicólogo e os trabalhadores.

No dia marcado, poucos trabalhadores estavam presentes. Os que se fizeram presente estavam dispersos e sem interesse em discutir os temas em questão. Nesse ambiente de desinteresse uma trabalhadora adentra à sala, atarefada e agitada, com muitos prontuários nas mãos e diz “Mais uma reunião? Nós não precisamos de conversa, precisamos de resolução” e sai em seguida tão agitada como entrara.

A dificuldade dos trabalhadores do Huse de parar, por alguns minutos o trabalho, e refletir sobre os temas do encontro, as condições e organização do trabalho, representado pela trabalhadora acima, mostrou-se ser uma dificuldade do próprio grupo de trabalho, que recebeu o psicólogo como um intruso perturbador.

Nesse ponto, algumas questões da pesquisa passam a ser clarificadas: por exemplo, a resistência dos trabalhadores em se implicarem nas mudanças do estado mórbido das relações de trabalho.

Implicar no questionamento da dinâmica mórbida de trabalho, podemos compreender, nesse momento, poderia conduzir os trabalhadores ao mal-estar da “desconstrução” da adesão do grupo dos “adoecidos”, no qual se identificavam.

Podemos perceber, também, que a implicação individual sobre questões grupais, pelo questionamento e afastamento do trabalhador de saúde, não é algo fácil, como já apontava Freud ([1920-1922] 2006), ao falar sobre os indivíduos pertencentes a determinados grupos.

Segundo Freud, os impulsos emocionais e o ato intelectual do indivíduo isolado são fracos para alcançar algo por si próprio, pelo fato de que eles

“dependem inteiramente de serem reforçados por sua igual repetição nos outros membros do grupo” (FREUD, [1920-1922] 2006, p.127).

Compreendemos então que o trabalhador “adoecido”, que desejar se desvencilhar do manto das identificações coletivas produzidas no interior do hospital, experimentará a desconfiança dos seus pares como uma peça que não se assemelha a outras da série de produção do Hospitalar, tornando um desagregado do grupo de trabalhadores que se dedicam a “cuidar” do outro ao preço do limite físico e mental.

2.52 O PSICÓLOGO E A DOR DA DEMANDA

Esse último relato de fragmento de caso clínico será o Relato do Fragmento do primeiro atendimento clínico realizado pelo psicólogo-trabalhador, no Hospital de Sergipe, na Unidade Intensiva de Terapia Intensiva-UTI. O atendimento consistia em acompanhar os familiares, durante as visitas, que aconteciam duas vezes por semana, aos pacientes internados. Outros dias da semana, o atendimento do psicólogo era com os próprios pacientes internos, quando estes estavam conscientes e demandando falar das suas angústias, incertezas e esperança.

Os atendimentos realizados pelo psicólogo, na sala de espera dos familiares, ou mesmos aos pacientes internados no Hospital, suscitavam, ao profissional, algumas questões sobre o limite teórico e técnico da abordagem do psicólogo no Hospital, ainda mais pelo histórico clínico desse profissional, no atendimento em clínica particular.

Os limites teóricos e técnicos pareciam-nos marcar certa diferença do atendimento, no hospital e na clínica particular. No atendimento no hospital, a diferença pareceu se apresentar na instantaneidade da ruptura, ou seja, no momento da emergência do sem sentido provocado pela dor. No consultório particular, a ruptura do sentido se mostrava pela experiência da passagem pela falta no campo da articulação do simbólico, porém com fortes possibilidades de se engrenar em outras articulações significantes. Resumindo: no primeiro caso, a ruptura é a emergência do sem sentido, que nos parece mais próxima da experiência do real; no segundo caso, trata-se da ruptura do sentido, da cadeia de significante, que ainda se mantém no campo do simbólico e imaginário do discurso.

O relato do fragmento clínico, atendido na sala de espera das visitas à UTI, possibilitou ao psicólogo experimentar os limites da sua atuação no campo da fala e

vivenciar o silêncio, não como resistência às novas articulações, mas como o possível, diante do vazio das significações.

Normalmente, o psicólogo, no momento do atendimento familiar, na sala de espera, já é conhecedor dos detalhes do quadro clínico do paciente internado, tanto pelo atendimento direto ao paciente como pelas evoluções nos prontuários e reuniões multidisciplinar na Unidade.

O conhecimento prévio do psicólogo das condições gerais clínicas do paciente internado, conhecimento que não cabe ao psicólogo discutir com os familiares, por não tratar da sua especialidade, coloca-o, muitas vezes, entre a fé, esperança dos familiares e a realidade clínica do paciente. Nesse atendimento, o psicólogo já sabia da gravidade do quadro do paciente, internado por traumatismo craniano, decorrente de queda e de um prognóstico nada promissor.

No hospital, durante o acolhimento, os pais interrogavam como podia um fato daquele acontecer, tão de repente e inesperado; narravam a circunstância do acidente, os detalhes da brincadeira entre os adolescentes, o desequilíbrio do filho e sua queda.

O fato inesperado, que ocorrera na família, forçava os pais a demandarem ao psicólogo, durante as visitas, o sentido daquele acontecimento; buscavam insistentemente uma razão, ora perguntando ou apenas fixando o olhar transpassado pela perplexidade ao psicólogo. Dias depois, o paciente faleceu.

Nessa realidade hospitalar, o psicólogo se viu diante do sem sentido e do absurdo da vida, refletido no olhar dos pais transtornados. O silêncio diante da falta de respostas à demanda dos pais naquele momento o paralisou.

São vários relatos de profissionais de outras áreas do hospital, principalmente, pediatria e oncologia, que, ao vivenciarem experiências semelhantes, se trancam nos banheiros e choram. É claro que as experiências não são iguais para todos. Há outros profissionais que dizem “amar” trabalhar com pacientes terminais na oncologia ou atender os casos urgentes, no pronto socorro do hospital.

Desse acontecimento na sala de visita do hospital, podemos questionar a posição do psicólogo e sua atuação no momento de acolher, atender a dor do outro na Instituição Hospitalar, ou seja, sua experiência e emergência do Real no cotidiano do Hospital.

A experiência clínica, no consultório, pela razão do tempo e da possibilidade de vários encontros, parece-nos que dá ao psicólogo tempo de acolher, em partes, e refutar a demanda do paciente.

Conforme Lacan ([1959-1960], 1991), a experiência do sujeito, ao ter a sua demanda recusada e assim a experiência com a falta, é o que permitiria ao sujeito desejar e arranjar os meios necessários para lidar com a impossibilidade de ser contemplado em sua demanda.

No hospital, a demanda do paciente/familiar é marcada de outro modo, é instantânea no campo do sem razão, ou seja, na falta de qualquer significante para dizer ou mesmo refutar. O acontecimento é experimentado no sem sentido e sem significação.

O psicólogo, na Instituição Hospitalar, vestido com seu jaleco branco, talvez, para muitos significantes, que remetem a algum saber especializado, é convocado a rever sua posição nas consequências da sua relação com os pacientes e o Hospital.

Na relação clínica, a posição do analista, conforme Lacan ([1955-1956] 2008), no seu esquema “L” (p. 23), é marcada por uma relação no mínimo terciária do eu com o semelhante ($a - a'$) e o Grande Outro (A).

Espera-se que, na relação clínica, a relação do eu, o semelhante e o Outro esteja definida, ou seja, que o analista, durante os atendimentos, não ocupe o lugar de semelhante, que se relaciona com o outro como igual, no campo das identificações imaginárias, isto é, de uma relação binária ($a - a'$). Do psicanalista, espera-se que ocupe o lugar simbólico instituído pela transferência do paciente.

No atendimento clínico, mesmo que o analista saiba de algumas coisas, é preciso se calar, pois a produção de sentido tem que ser a do paciente. Lacan (2006) enfatiza essa posição do analista da seguinte forma:

Eles não dizem absolutamente que sabem, mas deixam-no a entender. “A gente se sabe um pouquinho, mas sobre isso, bico calado, acertamos entre nós”. Entra-se nesse campo de saber por uma experiência única, que consiste em se submeter a uma psicanálise. (LACAN, 2006, p. 17)

A questão que se coloca no Fragmento de Relato de Caso Clínico é a possibilidade de o psicólogo no hospital manter-se na posição de objeto, diante da experiência da morte e do sem sentido. Parece-nos que o lugar, de onde os sujeitos

são lançados, não cabe transferência de saber nem o seu manejo e muito menos qualquer possibilidade de identificação.

Ao considerarmos a impossibilidade de manejar a transferência dos pacientes e seus familiares, no contato com o Real, o peso das nossas considerações recai no limite da psicanálise, na relação com o Real, no momento da sua irrupção. Nesse sentido do impossível de manejar a transferência, reforça-nos ainda mais o nosso afastamento das concepções de contratransferência, que alguns poderiam utilizar para assim acolher os familiares no seu vazio.

Lacan ([1953-1954] 1986), ao revisar as técnicas da psicanálise, colocou em questão o termo da contratransferência que, na década de 1950, estava em voga como técnica interpretativa na clínica psicanalítica. O que o analista sentia, pensava, era utilizado como referência para interpretar a transferência do paciente.

A crítica de Lacan quanto à posição do analista, que ocupava o lugar do seu semelhante, baseando-se nas suas próprias experiências e entendimento, colocava-se como referência para o sujeito paciente, ou mesmo como tradutor de uma verdade. Talvez, aqui, alguns poderiam justificar o acolhimento pelas experiências pessoais religiosas para compreender a morte, como vimos no caso do tópico, desta pesquisa, Hospital entre o passado e o presente.

Consideramos que, na relação com a morte, com o sem sentido, no Hospital, o psicólogo é inserido no enigma do não saber sobre a morte.

O Huse passa a ser a causa e palco do ressurgimento de questões recalcadas da possibilidade do poder saber. Na experiência traumática com o encontro com o Real, Lacan ([1955-1956], 1985) diz que os neuróticos constroem a fantasia para fazer a obturação do trauma, que permanecerá recalcado.

No cotidiano do Hospital, essa fantasia, ou realidade psíquica, será constantemente afrontada pelas experiências com o Real, o que exigirá do sujeito maneiras de recobrir os furos da sua realidade psíquica.

Lacan ([1955-1956] 1985) diz que surgirá o sintoma como meio substituto para o sujeito com o lidar com o trauma.

Familiares e psicólogo, diante da dor, da experiência do não saber, buscarão, cada um por si, os próprios meios de se reorganizar, seja pelo rearranjo simbólico, seja pelo sintoma.

Assim, o fragmento dos casos clínicos, somados a esse último, coloca-nos no caminho da Fantasia, da instabilidade, do trauma e da emergência do sintoma na Instituição Hospitalar.

CAPITULO 3

ALIANÇA ENTRE TRABALHADOR E A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: A AUREA SAGRADA.

3.1 FRAGMENTOS DE CASOS E O SINTOMA NO HOSPITAL HUSE

O conceito de sintoma na psicanálise não se confunde com os sintomas dos diagnósticos psiquiátricos. Para a psiquiatria/medicinam, o sintoma e o seu sentido é dado pelo médico e, para a psicanálise, o sentido é construído na relação entre paciente e analista. (PIMENTA; FERREIRA, 2003).

A concepção corrente em psicanálise sobre o sentido de o sintoma ser o que é construído na relação com o analista, pela transferência, serviu-nos de ponto de partida e guia para a organização dos Fragmentos dos Relatos dos Casos Clínicos.

Outra referência, que nos possibilitou traçar a diretriz para leitura dos fragmentos dos casos clínicos, foi a concepção empregada por Lacan, na década de 1950, sobre o sintoma ser a fala dirigida ao Outro e de onde advém o sentido, a significação do sintoma, ou seja, onde o sujeito recebe a "sua própria mensagem de forma invertida" (Lacan, 1953/1998, p. 299).

Como as premissas de o sintoma ser uma fala dirigida ao Outro e de onde advém o sentido, articularemos os fragmentos dos casos no campo do simbólico, na relação Trabalhador e Hospital.

O interesse da pesquisa não se limitou ao discurso do paciente, como história do particular e, nesse sentido, não se limitou à discussão da realidade do sujeito, da sua fantasia como arranjo pessoal. O eixo central é o da repetição de certo discurso, no interior da Instituição Hospital, tendo o sintoma como sinalizador da relação da complexidade entre Trabalhador e Hospital.

No processo de análise sobre a relação sinalizada, por meio do sintoma, na relação trabalhador-hospital, algumas dificuldades surgiram quanto à própria definição de sintoma em psicanálise. Da diversidade dos aspectos conceituais, alguns, mesmo historicamente anterior, serviram como ponto de referência à compreensão da relação do trabalhador e Hospital de Sergipe. A seguir,

descreveremos algumas perspectivas do conceito de sintoma em psicanálise que foram acentuados ao longo da história da teoria psicanalítica.

O conceito de sintoma, em psicanálise, ainda hoje não é unívoco e, dependendo do momento histórico e teórico da psicanálise, o conceito e as técnicas para abordá-lo se diferenciavam. Segundo Mezan (1996), o conceito de sintoma percorreu um longo caminho na teoria psicanalítica, desde o uso da técnica da hipnose, da associação livre até a interpretação.

Autores como Maia, Medeiros e Fontes também mostraram o longo percurso do conceito de sintoma na psicanálise; apontaram que, nos primórdios da psicanálise, o sintoma foi concebido como recalque da experiência do vivido e, por meio do sintoma, o sujeito poderia alcançar a satisfação libidinal. No momento seguinte ao percurso teórico da psicanálise, o sintoma passou a ser a expressão de algo a mais do que a simples vivência recalcada; o sintoma era o meio para satisfação pulsional. Nas últimas fases teóricas da psicanálise, o sintoma é considerado como mensagem/metáfora do inconsciente e, mais recente, com a teoria lacaniana, elemento intrínseco da constituição do sujeito. (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012 p.44-61)

Devido às diversas concepções sobre o sintoma, na psicanálise, surgiram confusões no campo da psicanálise, principalmente quando não se atém ao contexto histórico e teórico do conceito. Dependendo do ângulo que se concebe o sintoma, o entendimento é, às vezes, contraditórios.

Para melhor entendermos as vastas compreensões que se empregam ao conceito de sintoma em psicanálise, citamos Mezan (1996) que, durante uma entrevista, foi questionado se a psicanálise era uma psicoterapia. Esse questionamento implicava reconhecer os momentos históricos que o termo psicoterapia fora utilizado, na psicanálise. A discussão implicava também a questão do sintoma ser ou não tratável.

Na atualidade, a falta da contextualização histórica da concepção conceitual torna-se problemático e faz surgir questionamentos sobre o como abordar o sintoma. No meio psicanalítico, clínico, por exemplo, as questões comuns são: o sintoma deve ou não ser interpretado? O sintoma é ou não satisfação libidinal? O sintoma é o ressurgimento de tudo o que foi recalcado? O sintoma é algo que precisa ser eliminado? Esses são alguns exemplos das questões e confusões conceituais do sintoma que, ainda, persiste, na atualidade. (MEZAN, 1996; DIAS, 2006; MAIA, MEDEIROS, FONTES, 2012)

Para bom encaminhamento das discussões dos Fragmentos dos Relatos de Casos Clínicos, reforçaremos que a nossa referência geral sobre o sintoma continuará sendo a de compreender o sintoma como função e não doença e, nesse sentido, compartilhamos com Mezan (1996), quando salientou não ser o objetivo da psicanálise eliminar o sintoma, mas de compreender a estrutura psíquica e seu funcionamento, na corroboração da origem e manutenção.

Os Fragmentos dos Relatos de Caso Clínicos, fragmentos da história dos trabalhadores revelaram o sintoma articulado à transferência do paciente/trabalhador, psicólogo e hospital.

O sintoma, no interior da Instituição Hospitalar, nos revelou o entrecruzamento de realidades do sujeito e do hospital; entrecruzamento que se mostrou na forma de aliança entre os envolvidos.

Ao adentrarmos a ideia de realidades que se entrecruzam, ou seja, do sujeito trabalhador em saúde e Hospital, inevitavelmente, deparamo-nos como a ideia da subjetividade.

Os limites do sujeito, que definimos nesse momento como a subjetividade, em relação aos valores e signos da Instituição Hospitalar, força-nos a definir, de modo mais preciso, o termo realidade psíquica do sujeito e, conforme Vieira (1991), temos como sendo, “certo número de histórias, de fantasias fundamentais que vão compor a trama do eu e vão contar a história de seu desencontro com o Real” (p.11). Essa definição nos conduz ao limite, talvez, de uma psicanálise de um setting individual, que opera sobre a fantasia do sujeito, na espécie de atravessamento dos seus ideais e de suas demandas, para ampliar a realidade das relações da organização psíquica do sujeito e Instituição.

Os Fragmentos dos Casos Clínicos nos fizeram defrontar que a história do sujeito trabalhador, no interior do hospital, é a história do seu encontro com o Real e seu entrelaçamento como a Instituição Hospitalar. Desse modo, ampliamos o entendimento sobre o sintoma psicanalítico ser apreendido, conforme Pimenta e Ferreira, unicamente, na história do próprio sujeito (2003, p.222).

A compreensão de ser o sentido do sintoma, não mais algo exclusivo do sujeito, mas do encontro com outras realidades, que se unem para formar uma só história, fez-nos percorrer por outros caminhos, talvez, um tanto esquecido dos primórdios da psicanálise freudiana que, no entanto, foi indicado por Haute e Geyskens (2017), quando reforçaram ser o sintoma não uma questão individual, mas o resultado da tensão constante entre o individual e o cultural.

A leitura dos Fragmentos dos Relatos Clínicos possibilitou observar que o sintoma é a tensão entre o individual e o cultural, mas também, de modo paradoxal, união entre eles. Esse paradoxo é notado na relação do sujeito e organização hospitalar.

Ao considerar que as mudanças, no conceito de sintoma, foram mais uma reformulação do que a anulação das concepções anteriores, prosseguiremos na discussão dos Fragmentos dos Relatos dos Casos Clínicos, marcando alguns pontos dos fragmentos, atrelados às concepções do conceito de sintoma, na psicanálise, que favorecerá na compreensão da relação do trabalhador em saúde e o Hospital de Sergipe.

3.2 OS DOIS MOMENTOS DO SINTOMA

No Fragmento do Relato do Caso Clínico Fazer tudo e melhor, encontramos a reedição da história familiar, do romance familiar, na relação como a Organização Hospitalar. As mesmas dúvidas, demanda de amor e reconhecimento de que o paciente dirigia, desde a tenra infância, à figura de um familiar, também se repetia, na figura da Instituição. A queixa do paciente era o não saber o que fazer para alcançar o reconhecimento desse outro e, por não alcançar êxito na sua busca, se sentia exausto e impotente.

Ao aproximarmos a repetição do paciente, configurado agora sintoma, não podemos deixar de destacar o que nos parece dois momentos do sintoma. O primeiro, experimentado e vivido no seio familiar e o segundo momento, experimentado no Hospital.

O ambiente hospitalar é um ambiente que possibilita, ao sujeito, experimentar, de certo modo, a desestabilidade psíquica, forçando-o a se arranjar, pelo sintoma, retornar à estabilidade.

A função do sintoma, conforme Lacan ([1955-1956] 1988) é de possibilitar ao neurótico buscar o seu ponto de equilíbrio, diferentemente do psicótico que, por lhe faltar a função do significante, sua metonímia se defrontaria com o delírio.

Nesse fragmento, Fazer tudo e melhor, vemos o surgimento do sintoma semelhantemente ao que podemos observar no caso Dora de Freud (1901-1905).

No caso Dora de Freud (1901-1905), o sintoma era considerado a expressão do inconsciente, ou seja, dos conflitos entre o desejo e a impossibilidade de se

realizar devido às questões sociais, morais e familiares, sobretudo, pela repressão sexual vivido em sua época.

Segundo Freud ([1901-1905] 2006), no caso Dora, os sintomas de tosse, enxaqueca e nojo representavam a expressão do conteúdo recalcado, ou seja, da experiência prazerosa ou, podendo ser prazerosa, reprimida e recalcada no inconsciente, pela culpa e vergonha.

Freud destacou que o recalque estava relacionado a vivências traumáticas entorno da sexualidade de Dora. A primeira vivência, o primeiro trauma, foi a experiência intensa da sexualidade, sem a organização racional dos fatos, tendo, apenas, como resposta, a reação físico-corporal, a fuga de Dora dos abraços do Sr. K. O segundo trauma, conforme Freud, decorreu de um evento acidental, a declaração de amor do Sr. K, à beira do Lago, à Dora.

Freud considerou o segundo episódio, o trauma que tocava o recalcado, ou seja, o primeiro trauma e, na sequência desses eventos, o aparecimento do sintoma de tosse e do nojo. (FREUD, [1901-1905] 2006).

Neste ponto da apresentação histórica e teórica do sintoma em Freud ([1901-1905] 2006), podemos questionar se o Fragmento Fazer tudo e melhor se aproxima do conflito psíquico, ao molde do caso Dora.

Ao considerar que o Fragmento do Caso Clínico *Fazer tudo e melhor* não possui, como ponto central, a sexualidade e sua repressão, outras aproximações nos parecem pertinente como, por exemplo, os dois momentos do trauma considerado por Freud, no caso Dora, ou seja, um acontecimento não pensado e recalcado e outro acontecimento que desencadeia o surgimento do recalque.

Sobre o acontecimento não pensado e a sua aproximação ao relato do fragmento clínico, Fazer tudo e melhor, podemos aproximar com a constatação da história e fantasia do trabalhador em saúde, construída entorno do amor ao seu familiar e a sua dúvida de estar à altura desse amor, que ele demandava.

O segundo momento, que nos parece ser o momento do ressurgimento do recalque, é da experiência do trabalhador no momento da sua mudança de setor por adaptação a outro setor do hospital e o seu receio de, a qualquer momento, ser reenviado ao setor de origem, que não lhe agradava.

Temos então, dois momentos: o primeiro, familiar, vivido como fato real ou fantasia e o segundo momento, desencadeado por sua transferência de função e setor no hospital. Essa sequência nos parece ser a fórmula que desencadeia o recalque no paciente trabalhador no interior do hospital e que podemos, de certo

modo, identificar como sendo a incerteza do amor e reconhecimento dos seus esforços.

Outra aproximação, que podemos fazer da estrutura apresentada por Freud ([1901-1905] 2006) sobre o sintoma de Dora ao Relato de Fragmento, é o modo de apresentação do sintoma pela sintomatologia. Dora, para encobrir e, ao mesmo tempo, revelar os conflitos psíquicos, apresentou-os com a sintomatologia da tosse e da enxaqueca.

No Fragmento Fazer tudo e melhor, o sintoma da impossibilidade de realizar o seu desejo, de ser compreendido, amado e zelado, pela garantia do reconhecimento, foi apresentado pela queixa da tristeza e impotência, marcado pelo diagnóstico médico de depressão.

Freud ([1901-1905] 2006) indica, no estudo do seu fragmento clínico, o conflito psíquico de Dora entre o seu desejo e a ordem moral; reconhecemos que, no Fragmento Fazer tudo e melhor, não se trata de um impedimento moral repressor, mas do recalque sobre poder saber do impossível de realizar o desejo. A repetição do nosso paciente, sua insistência na busca de compreender e saber o que o outro deseja, fazendo tudo e melhor na Instituição Hospitalar mostra-nos a sua insistência e impotência de realizar o que não pode e não se sabe, ou seja, o que o outro quer.

O dilema do nosso paciente trabalhador, no interior da Instituição Hospitalar, era saber o que outro desejava, mesmo que fossem nas mínimas coisas. Realizar o que outro desejava era poder também realizar o seu desejo de ser reconhecido e amado. Assim, o paciente/trabalhador envolve-se com dedicação, na busca às respostas das suas angústias, não lhe restando incerteza sobre o desejo do outro.

3.3 NEUROSE OU GRITO DE PROTESTO

Os Fragmentos dos Casos Clínicos Moeda de troca e Grande fracasso são, apesar do aparente exagero das condutas dos trabalhadores, reveladores do mal-estar da relação Hospital e os cuidadores em saúde.

O “exagero” dos sintomas, no interior do Hospital Huse, demonstrado em alguns comportamentos dos trabalhadores em saúde, principalmente os Fragmentos acima citados, aproxima-nos da ideia de Freud sobre o exagero e o normal das coisas, “a patologia, tornando as coisas maiores e mais toscas, pode atrair nossa atenção para condições normais que de outro modo nos escapariam” (FREUD, [1932-1936] 2006, p. 64)

Em psicanálise aprendemos, logo cedo, que os atos, os chistes, os lapsos de linguagem ou de memórias não acontecem sem razão. Talvez os sonhos e os sintomas sejam exemplos eficientes do funcionamento mental ou da estrutura mental que, com a simples observação do comportamento do indivíduo, não seria possível de apreender. No Fragmento *Grande fracasso* duas passagens nos parecem reveladoras da articulação entre trabalhador e a Instituição Hospitalar; primeiramente, o grito do trabalhador, numa ala agitada do hospital: “Aqui é uma Fábrica de Loucos”; segunda passagem do fragmento, a tentativa de suicídio do trabalhador no corredor do hospital.

O Fragmento Moeda de troca indica-nos também os aspectos do exagero, aparentemente tosco e sem lógica do paciente que, na espécie de chantagem, coloca o seu corpo e a sua vida como forma máxima do apelo contra a injustiça da qual ele se sentia vítima, no hospital.

Alguns trabalhadores do hospital, em sessão ou nos corredores, diziam que os sujeitos trabalhadores que agem de forma grotesca, seja pela tentativa de suicídio, seja por uma insistência aparentemente sem lógica, eram pessoas “surtadas”, fracas emocionalmente, desajustadas mentalmente. O ponto de vista desses trabalhadores, talvez tenha respaldo na noção reforçada por uma psicologia, ou mesmo de uma psicanálise desenvolvimentista, que tende a reduzir os sinais, os sintomas psíquicos, à incapacidade do sujeito de se adequar ao referencial e à proposta de desenvolvimento normal do psiquismo.

Haute e Geyskens (2017), ao fazerem a análise da construção teórica psicanalítica, da origem no trauma real à passagem ao complexo de Édipo, apontaram não somente uma virada teórica, mas a perda da abrangência da compreensão sobre o sujeito e o seu sintoma.

Inicialmente, o trauma, na psicanálise, conforme Haute e Geyskens (2017) estava posto na relação direta e constante da tensão entre o individual e o cultural e, na compreensão sobre a neurose traumática, a possibilidade de compreender a relação do sujeito e a cultura.

Os Fragmentos dos Relatos Clínicos nos dão a condição de retornar ao ponto da discussão empreendida pelos autores Haute e Geyskens (2017), de ser o sintoma dos pacientes/trabalhador do hospital, não um problema individual, desajuste na fantasia psíquica edípica, ou conflito mal resolvido do desejo edipiano, mas de reconhecer o sintoma como forma de denúncia da dinâmica tensa entre sujeito e Instituição Hospitalar.

Pensar a neurose e o sintoma apenas como conflito edipiano mal resolvido, ou seja, na perspectiva desenvolvimentista do ideal da normalidade não alcançada, transforma, segundo Haute e Geyskens (2017), o sintoma, antes social e cultural, em questões particulares do sujeito.

A desconsideração do sintoma como sinalizador da relação do trabalhador em saúde e o hospital é facilmente observado na fala dos trabalhadores/gestores do hospital Huse. O adoecimento do trabalhador, ou, nos casos mais graves, o suicídio, é considerado uma questão de capacidade ou incapacidade individual do trabalhador. A questão social e política, que entrelaçam a Instituição e trabalhadores em saúde, não são consideradas como partes envolvidas do mal-estar, no interior da Instituição.

Haute e Geyskens (2017) relembram que a psicopatologia, nos primórdios freudianos, foi reveladora de questões não somente psicológicas, mas antropológicas, sociais, conflituosas e abusadoras. Ponto que, na atualidade, parece esquecido.

Segundo Haute e Geyskens (2017), o papel da histérica, especificamente em Dora, ocupava a expressão da afirmação de um lugar, de uma posição da mulher na sociedade, na virada do século vinte. O sintoma de Dora surgiu como protesto ao Patriarcalismo e repressão sexual.

Reconhecemos que os Fragmentos dos Relatos Clínicos nos favorecem rever o sintoma na sua forma de protesto da tensão entre o individual e a cultura, isto é, da tensão entre o trabalhador em saúde e o hospital.

O protesto empreendido pelos trabalhadores do hospital via sintoma, não se limita a melhores condições de trabalho. Os trabalhadores, com o grito ou oferta do próprio corpo, como ato de protesto, reivindicam, da Instituição Hospitalar, respostas para as suas questões mal formuladas pela consciência e, desse modo, não consideramos esses sujeitos empreendedores de si.

Consideramos o protesto desses trabalhadores mais do que um empreendimento consciente e particular; os trabalhadores em saúde protestam, com o sintoma, sem saber que protestam e contra o que realmente protestam. Compreendemos que não é por acaso que o corpo, no Fragmento Moeda de troca, assume posição mercadológica de liquidez incerta, isto é, o corpo e a vida, na conversão de troca como a Instituição Hospitalar é, sem garantias de ganho para o sujeito trabalhador em saúde, na busca de sua relação com o Hospital.

O paciente/trabalhador, por não saber contra o que protesta no interior da Instituição hospitalar, torna seu protesto-sintoma mórbido, destruidor, próximo ao que poderíamos nomear de pulsão de morte.

Os fragmentos escolhidos Grande Fracasso e Moeda de Troca nos mostram a impossibilidade desses trabalhadores de compreenderem o sintoma, na sua forma de tensão entre o sujeito e a Instituição, e de tratá-lo de modo que não seja com a destruição de si mesmos.

3.4 OS FRAGMENTOS DE CASOS CLÍNICOS E A PULSÃO DE MORTE

Dentre as várias perspectivas que o conceito de sintoma em psicanálise enveredou, a perspectiva do sintoma, ligada à pulsão de morte, foi a mais complexa, na obra freudiana, não só por lançar o sintoma e sua repetição, para além da satisfação libidinal, mas por marcar a destrutibilidade do funcionamento psíquico.

No período pós-primeira guerra mundial, algumas questões suscitaram a Freud a reflexão da força e da tendência do Ser Humano em se destruir. Freud se mostrou desapontado, nesse período, ao ver a Europa, até então evoluída, ao menos no sentido de grandes produções intelectuais e tecnológicas, tomar a guerra e a destruição do próprio povo como meio para sanar as divergências (FREUD [1914-1916] 2006, p. 285).

Dentro do contexto do pós-guerra, o sintoma, a partir de 1920, passa a se configurar de outro modo para Freud; o sintoma foi percebido não mais como ajuste ao princípio do prazer, ou seja, busca da homeostase, do equilíbrio do princípio do prazer e da realidade; percebeu-se que algo do sintoma persistia, para além da homeostase psíquica. (MAIA; MEDEIROS; FONTES 2012, p.50).

A nova hipótese e formulação de Freud, sobre o funcionamento psíquico e o sintoma, foram denominadas de “além do princípio do prazer” (FREUD [1920-1922] 2006). Nessa reformulação, o sintoma é tomado em dois aspectos: um, como mensagem, passível de interpretação e outro, como satisfação pulsional, não possível de se dizer (MAIA; MEDEIROS; FONTES 2012).

A satisfação pulsional, sendo impossível de se realizar plenamente, insistirá via a repetição no sintoma e fará o sujeito experimentar, em si, o desprazer, o contraditório e o destrutivo (MAIA; MEDEIROS; FONTES 2012).

Essa concepção do sintoma, ligada à pulsão de morte e destrutibilidade, estando no âmbito do impossível de interpretar e significar, por falta de um significante, foi nomeado, na psicanálise francesa, gozo:

O gozo não coincide com prazer, mas é um modo de satisfação que leva o sujeito em direção ao seu pior: a pulsão de morte. O que o sujeito sente é um sofrimento intolerável que, paradoxalmente, é uma satisfação. O gozo, diferentemente do prazer, não circula, não encontra satisfação a não ser voltando sempre ao mesmo lugar, repetindo (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p.55-56)

Com a concepção de paradoxo do sintoma, com sua parte de prazer e desprazer, incluindo a repetição, temos, nos Fragmentos dos Relatos Clínicos Moeda de troca, Grande fracasso e Fazer tudo e melhor, a exemplificação da insistência dolorosa e da satisfação da pulsão, que conduz o sujeito trabalhador ao seu pior com a Instituição Hospitalar Huse.

O Fragmento Moeda de troca e a ameaça de suicídio do trabalhador como meio de barganha, coloca-nos diante do valor da vida e o reconhecimento pela Instituição Hospitalar, restando-nos a questão: estaria a Instituição a favor da vida?

Enriquez (1991) diz que toda instituição revela o olhar do divino, olhar de amor para com os seus participantes. A instituição dispensa o amor aos seus membros e exige, deles, o mesmo amor em troca, selando a mensagem de Eros entre eles. Esse contrato os une, permitindo o reconhecimento entre eles, como participante da mesma lei. No entanto, sob o manto de Eros, os membros se deixam conduzir e “isso ocorrendo, não poderão se dar conta da intromissão silenciosa de Tânatos no processo de instauração da ligação” (1991, p.54).

Os Fragmentos de Relatos de Casos Clínicos nos mostram a dedicação dos trabalhadores que, em nome do amor pela profissão e pela justiça, em nome mesmo da vida, lançam-se, talvez não silenciosamente, a Tânatos/pulsão de morte.

O lançar-se em direção à destruição, como seduzidos por um canto de sereia, os trabalhadores em saúde do Hospital de Sergipe justificam a aceitação do seu mal-estar à necessidade financeira, amor ao próximo, amor à profissão. Alguns desses trabalhadores selecionados, nos Fragmentos dos Casos Clínicos, chegam a trabalhar trinta e seis horas, em forma de plantão, no cumprimento das escalas, horas extras, substituição e trocas com colegas de trabalho. Somada a extensas horas de trabalho, a rotina de escalas de trabalho não permite que esses

trabalhadores participem, com seus familiares, das datas festivas como a natalina, ano novo e outros feriados.

A celebração da vida com os familiares, na maioria dos casos, é prejudicada; o convívio social com amigos também é comprometido. De plantão em plantão, os trabalhadores do Huse encontram, no hospital, o lugar para se acolher.

Mais uma vez, no sentido do lugar ocupado pelo hospital, não podemos deixar de lembrar a frase de Foucault sobre o Hospital, na Idade Média, “un lieu où l'on venait mourir” (1988, p.32) e, portanto, o Huse parece revelar o paradoxo do ambiente hospitalar como um lugar para se acolher e morrer.

Nesse cenário, de acolhimento e de morte, no qual a repetição do sujeito trabalhador se mostra pelo sintoma, seja ele na perspectiva do gozo ou da pulsão de morte, submete-o ao não saber da repetição e fixação no interior do Hospital.

O sujeito trabalhador em saúde, no Hospital de Sergipe, com a busca constante da realização de um ideal de lugar, trabalho e de justiça defronta-se com muro da indiferença da Instituição Hospitalar. Essa indiferença parece-nos, fazer o sujeito trabalhador experimentar e se expressar com a sintomatologia de depressão, de ansiedade e de estresse. O não saber desse ciclo, no qual o trabalhador está envolvido, é um loop que se repete incessantemente.

Haveria saída para essa repetição do trabalhador com a Instituição Hospitalar? Consideramos que a saída possível seria o reconhecimento, do trabalhador em saúde, na estrutura e na dinâmica, nas quais ele é capturado, da Instituição Hospitalar. Essa estrutura, começamos a reconhecer em outra mais primitiva: a constituição do sujeito com o grande Outro.

Nessa direção que começamos apontar, do sujeito em sua constituição simbólica com o grande Outro, a saída do sujeito estaria no reconhecimento e experimentação da incompletude, em que qualquer ideal não seria percebido mais que uma projeção de uma miragem no deserto. Ou ainda, como Lacan ([1959-1960] 1991) pontuou de que não haveria outro do Outro para remediar a falta simbólica da constituição estrutural do sujeito.

Nesse processo de reconhecimento, talvez a psicanálise e a experiência clínica pudessem ajudar o sujeito atravessar e experimentar o campo do imaginário e simbólico, como campo faltoso e, nesse processo, o sujeito pudesse, também, saber lidar com o incompleto da vida e do conhecimento.

Segundo Grecco e Ferreira (2016), a ética da psicanálise consiste em conduzir o sujeito à questão “Che vuoi?”, O que queres? Assim, de certo modo, ajudá-lo a

compreender que, “neste caminhar, não há pensamento em conformidade a um bem; o próprio pensar está em marcha, ou melhor, em ato” (GRECCO; FERREIRA, 2016 p. 37)

Os trabalhadores, que pudessem compreender a ética do próprio ato de caminhar, no sentido de fazer o possível com os limites de sujeitos simbólicos e humanos que são, talvez tivessem uma forma possível de se desvencilhar da trama, para qual são convocados, no interior da Instituição Hospitalar.

Desvencilhar da trama simbólica nos parece que seria a possibilidade de o sujeito trabalhador sair da insistência da busca por reconhecimento do Outro, seja como o bom, o justo e o dedicado profissional ou como pais, filhos e sujeitos e indivíduos na sociedade.

Os Fragmentos de Relatos de Casos Clínicos nos indicam que a incógnita da relação e da estrutura simbólica continua ativa entre trabalhador e hospital, submetendo os trabalhadores à busca da resposta “quem sou eu?”, na relação com o Outro/Instituição Hospitalar.

A busca do trabalhador em saúde, sem o saber o que realmente quer encontrar, coloca-os a circular, de modo ininterrupto, o trajeto da sua constituição primária de sujeito e do Outro.

3.5 TRABALHADOR EM SAÚDE O HUSE E O GRANDE OUTRO: LAÇO DO ENIGMA, O QUE QUERES?

“DECIFRA-ME OU TE DEVORO”

SOFOCLES, EDIPO REI

Os Fragmentos dos Relatos dos Casos Clínicos demonstraram haver, na relação entre Trabalhador em Saúde e o Hospital Huse, um modo de relação que ultrapassa o simples contrato de trabalho especializado em saúde.

A dinâmica entre os dois, Trabalhador e Instituição, foi explicitada por meio de material de pesquisa e nos mostrou que a vida do sujeito trabalhador, no interior da Instituição Hospitalar, estava inserida num jogo simbólico das significações históricas, culturais e, também, dos elementos estruturais da constituição do próprio sujeito.

O caso do Fragmento Clínico Moeda de troca mostrou-nos que a vida do trabalhador em saúde, na organização Hospitalar Huse, adquiriu outro valor daquele que poderia ser obtido numa outra relação exterior ao hospital. A vida, o seu valor,

tornou-se relativo, dependente do efeito das combinações e acordos da relação entre o trabalhador e a Instituição.

Qual o valor e o significado da vida do trabalhador no interior do Hospital? Parece-nos que o valor adquirido, no processo de negociação entre ele e a Instituição, passou a ser de um objeto de troca. Ao final das negociações, entre trabalhador e hospital, notou-se que o mais importante era manter a ordem do funcionamento da Instituição Hospitalar e o lugar do trabalhador nessa dinâmica.

A trama, na qual o trabalhador se insere no interior da Instituição, seja submetendo a si mesmo como objeto de troca, seja pela busca de reconhecimento e amor, os coloca no jogo da decifração do desejo na relação com o Instituído.

A busca do trabalhador pelo reconhecimento e amor parece-nos ocupar um lugar relevante na sua articulação com o trabalho. Utilizaremos o preceito do amor do Outro como referência ao que denominamos anteriormente, Instituído.

Seguindo o desenvolvimento da nossa discussão sobre o trabalhador e a Instituição Hospitalar, caminharemos juntamente com a demanda de amor e a busca por reconhecimento do trabalhador ao conceito do grande Outro.

Os termos Outro, com a primeira letra maiúscula, e o outro, com letra minúscula, são, na psicanálise francesa, os que marcam a distinção entre o campo simbólico, campo do inconsciente, em certa medida, e o semelhante, como imagem de espelho, aquele que reconhecemos como amigo, colega de trabalho, vizinho e familiares (QUINET, 2012).

Ainda segundo o autor, a relação de espelho serve como a imagem ideal, isto é, outro ideal para o sujeito.

Esse ponto do outro ideal é referência para a construção de identidades. O tópico Hospital como Produtor e Agregador de Identidade, desta pesquisa, foi desenvolvido um pouco mais detalhadamente.

Em resumo, no tópico referido acima, discutimos a busca dos trabalhadores por traços e elementos de identificação, no interior do Hospital. Observamos que os elementos sejam na forma de diagnósticos e posologias, sejam nos discursos fixados nas queixas, foram apropriados pelos trabalhadores como base da formação da identidade grupal e imaginária no interior da Instituição.

A seguir, discutiremos a relação dos trabalhadores, não mais no campo do imaginário, das imagens trocadas entre os seus semelhantes, na forma de espelho, mas da relação dos Trabalhadores e o Hospital, como sendo da relação estrutural e

constitucional do sujeito. Para isso, aproximaremos a Instituição Hospitalar ao conceito de grande Outro, elaborado pela psicanálise lacaniana.

Quinet (2012) apresenta o grande Outro lacaniano, na sua relação com a constituição do sujeito, como sendo o lugar do discurso inconsciente; lugar em que o sujeito é pensado mais do que o sujeito próprio pode se pensar.

Anteriormente a Quinet, Lacan havia parafraseado a máxima cartesiana do “eu penso, logo existo” (DESCARTES, 1987, P. 46.), dizendo que o sujeito estava onde não se pensava (LACAN, [1964-1965] 1988).

O Outro, denominado pela letra A maiúscula, por derivar da palavra Autre, em francês, é a instância na qual o sujeito recebe as determinações simbólicas da sua história. Outro “é o arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância e até mesmo antes de ter nascido” (QUINET, 2012, p. 11)

Na citação acima, temos, portanto, a indicação da constituição do sujeito na alienação do discurso do Outro. Resumindo, o Sujeito se constitui primeiramente pela alienação ao Outro.

É nesse lugar, no qual o sujeito não se pensa e, de certo modo, está submetido à alienação ao Outro, que aproximamos o trabalhador em saúde e a sua relação com Hospital de Urgência de Sergipe. Observamos que a relação entre Trabalhador em saúde e o Hospital Huse, refere-se a uma relação que escapa à racionalização e à consciência do trabalhador em saúde e que o remete à estruturação da sua própria constituição simbólica de Sujeito.

A constituição simbólica, na qual o sujeito trabalhador está inserido, é demonstrável no esquema abaixo, descrito por Sirelli (2019). A autora acrescenta que esse esquema lógico dos conjuntos foi utilizado pela psicanálise lacaniana para indicar a alienação do sujeito na relação do Ser e Outro; relação de reunião e intersecção.

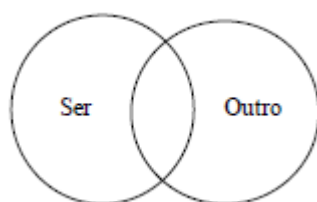


Figura 2: Representação do Sujeito no Grande Outro. (Sirelli, 2019)

Nesse esquema, temos demonstrado que a relação do sujeito, na alienação ao Outro, é dada pela reunião e intersecção e, portanto, o sujeito não é constituído fora, separado, do Outro; o sujeito está inexoravelmente no laço do Ser/Outro.

O sujeito, concebido pela psicanálise, é aquele que aproximamos do trabalhador em saúde, está atrelado ao campo do simbólico, ou seja, ao grande Outro. Esse sujeito direciona a Outro suas demandas, aguardando respostas que chegam na forma de outro questionamento. Nesse sentido, Quinet (2012) nos confirma que o Outro, como instância simbólica, é o lugar de onde as questões são postas ao sujeito, sobre a sua própria história e existência.

Não podemos deixar de perceber que as questões postas ao sujeito sobre a sua existência, no momento que o sujeito dirige suas demandas ao grande Outro, parece-nos aproximar da espécie de uma estrutura semelhante à dos tempos míticos.

No tempo mítico, temos o exemplo de Édipo e a Esfinge. O personagem Édipo, na busca por respostas das questões sobre seu destino, é confrontado com outro enigma e ameaçado ser devorado pela Esfinge (SÓFOCLES, 2002).

A relação do Trabalhador em saúde e o Hospital nos conduz a um caminho semelhante, um caminho de muitas questões e de respostas enigmáticas, que faz o sujeito trabalhador repetir o mesmo movimento de modo incessante.

Lacan ([1958-1959] 2016) esquematizou num grafo o percurso da constituição do sujeito na articulação com o campo simbólico. O grafo do desejo, como é denominado, dá-nos a possibilidade de visualizar a repetição do sujeito em torno do enigma da sua existência. O grafo é dividido em três partes: primeiro andar, segundo e terceiro andar, percorrendo a questão do sujeito da necessidade, da demanda e do desejo. Esse percurso direcionará o sujeito ao questionamento da sua existência no grande Outro com a questão “O que queres?” ([1958-1959] 2016, p.24)

Na base do grafo, no primeiro andar, destaca-se a conformação da criança (ainda não falante) a uma cadeia mínima de significante fornecido pelo outro, ou seja, pelos seus cuidadores; “esse é o desfilamento pelo qual as manifestações de suas necessidades devem rebaixar-se para serem satisfeitas” (LACAN, [1958-1959] 2016 p.21)

Nesse primeiro momento da experiência da criança com o outro, temos a sujeição da criança a uma cadeia de significante que se articula “como existindo para além do sujeito, impõe, a este, sua forma, queira ele ou não” (LACAN, [1958-1959] 2016 p.23).

De modo geral, a primeira fase do grafo do desejo, mostra-nos a constituição do sujeito na submissão de uma mensagem dada como verdadeira e inalterada. Lacan complementa que é no final dessa fase que se produzirá a primeira

Identificação “a primeira chancela [seing], signum de sua relação com o Outro” (LACAN, [1958-1959] 2016 p.22).

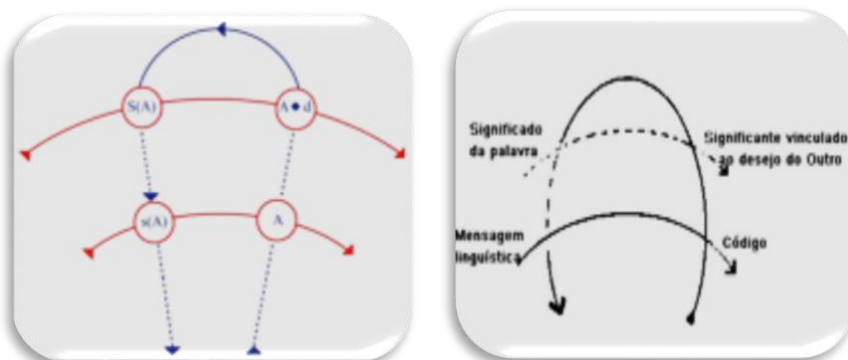


Figura 3 Grafo do desejo Lacan (D'AGORD; UMPIERRE, 2012)

Após a primeira fase, seguindo para o segundo andar do grafo, a criança, com a sua fala, mesmo que ainda em forma de balbuciar, empreende-se em demandar alguma coisa ao outro, algo além das suas necessidades fisiológicas. Nesse momento, a criança não é mais capturada pela mensagem do Outro, no sentido de uma mensagem pronta e já articulada, mas passa a estabelecer uma relação como o Grande Outro, no campo propriamente simbólico da Demanda (LACAN [1958-1959], 2016).

Lacan esclarece que esse Outro, para a criança, num determinado momento do processo da sua constituição, necessitará encarnar esse Outro, isto é, transformar a instância simbólica em um ser real para que a demanda da criança adquira outro valor, além das necessidades básicas do cuidado físico.

O outro, que aqui é alguém real, Sr, encontra-se, pelo fato de ser interpelado na demanda, em posição propícia para fazer esta passar, seja ela qual for, para um outro valor, que é o da demanda de amor (LACAN [1958-1959] 2016,p.398).

Este Outro encarnado, personificado na figura de seres reais, na figura dos cuidadores da criança, é o que possibilitará à criança transformar a sua demanda em algo mais específico como a demanda de amor e de reconhecimento. Quinet, na esteira lacaniana, confirma que o Outro “por ser da ordem do simbólico, é tecido de linguagem e pode ser “encarnado” no Outro do amor” (2012, p.5)

É possível perceber que, no processo de constituição do sujeito, a demanda de amor é tão necessária como o alimento que supri suas necessidades orgânicas.

Conforme Kehl (2017), “O amor é o dom essencial para sua sobrevivência subjetiva, narcísica” (p.155).

Podemos destacar, em resumo, que o sujeito humano, constituído na cultura, no mundo simbólico, encontra no amor a sua sobrevivência como ser de signo e de linguagem.

Desse ponto em diante, passamos para a segunda fase do Grafo do desejo, campo da Demanda e do desejo do Outro e, conforme Lacan([1958-1959] 2016), nessa fase do grafo, a criança, mesmo que não sustente um discurso, ela fala, ou seja, articula algo da sua demanda na fala.

A demanda da criança, seu apelo ao Outro, articulada na sua fala, a introduz no jogo dos significantes, melhor dizendo, na função do significante de fazer presença na ausência e o seu contrário.

A criança, por meio do significante, produz a presença de algo que não estava lá. Lacan dá o exemplo do Fort-da, de Freud, brincadeira que antecipava a presença de um objeto que estava ausente.

A brincadeira/jogo é lembrada por Lacan para conceber o modelo da relação da criança com o Outro. O modelo demonstra a relação da criança com o Outro, “na medida em que há apelo ao Outro como presença sobre o fundo de ausência” ([1958-1959] 2016, p.23).

Nesse ponto, podemos verificar o quanto as demandas e as repostas, que o sujeito vai alcançar, dependerão do jogo da ausência e presença dos significantes, na dinâmica simbólica.

Na relação do sujeito com o grande Outro, Lacan diz que o Outro pode dar resposta às demandas do sujeito, porém de forma invertida, forçando o sujeito a formular a pergunta ao Grande Outro: “Che vuoi? Que quer você?”, como modo de alcançar alguma resposta. ([1958-1959] 2016, p.24).

Desse modo, a pergunta do sujeito é feita ao Outro, submetendo a demanda do sujeito ao desejo do Outro, momento em que o sujeito tem seu primeiro encontro com o desejo, isto é, o desejo do Outro. (LACAN ([1958-1959] 2016).

O processo descrito, até agora, traça o percurso da constituição do sujeito, primeiramente, sujeitado ao discurso do outro, em forma de palavras de comando e o segundo momento, do sujeito que questiona na dimensão do desejo do Outro. Todo esse processo simbólico torna-se concreto e visível com a encarnação do Outro em um ser real e próximo.

Conclusivamente, o sujeito, com a sua necessidade de ser amado e reconhecido, aliena-se à mensagem do Outro e ao enigma do desejo do Outro.

Com esta compreensão, seguiremos na discussão do trabalhador e a relação como a Instituição Hospitalar-Huse.

Os Fragmentos dos Relatos Clínicos nos conduzem ao caminho da compreensão de ser, o Hospital, o Outro encarnado e personificado. O Hospital passa a ser o palco e sujeito do drama constitucional dos sujeitos-trabalhadores.

O que podemos observar, nos atendimentos clínicos dos trabalhadores em saúde, é a repetição da organização psíquica do trabalhador, que antes estava restrita ao seio familiar. A demanda de amor, que antes era dirigida a um ente querido, passa a ser direcionada à Instituição Hospitalar.

Exemplo do redirecionamento da demanda do sujeito é o Fragmento do Caso Fazer tudo e melhor. Na fala do paciente, durante as sessões, é marcado, como ponto desencadeador, a sua transferência a outro setor no hospital, que ele julgava melhor e, por isso, sentia-se constantemente receoso em ser devolvido ao setor de origem.

A estrutura psíquica do sujeito trabalhador e seu funcionamento, em certo momento, que poderíamos denominar de desencadeador, parecem-nos que é ativada no Interior do Hospital. No caso específico do fragmento acima citado, o paciente apresenta, de modo mais intenso, a sua demanda de amor e de reconhecimento, na relação com o Hospital, desejando e se frustrando em fazer o melhor para obter o reconhecimento almejado.

Outros trabalhadores em saúde, ao relatarem, nas sessões, o início do seu mal-estar, ou seja, a razão que os fazia buscar o atendimento psicológico, diziam ser devido a ocorrência por desentendimentos com gestores dos setores, colegas de trabalho, inconformidade com as condições de trabalhos, insegurança quanto à estabilidade do contrato e outros. Da queixa inicial dos trabalhadores em saúde, podemos perceber que o Hospital, de certo modo, ocupou o lugar de desestabilizador do sujeito e, como já sabemos, o sujeito desestabilizado psiquicamente buscará uma forma de se ajustar e o sintoma, como vimos em Lacan (1955-1956] 2008), é o que possibilitará o sujeito a se reequilibrar.

Vimos que os sintomas se revelaram no Hospital na sua forma de repetição e insistência por reconhecimento à dedicação do trabalhador, à Instituição Hospitalar. A busca por reconhecimento conduzia os trabalhadores às respostas contrárias ao

que eles desejavam alcançar. As repostas chegavam no formato da cruel injustiça das relações de trabalho.

Os Fragmentos dos Relatos Clínicos Fazer tudo e melhor, Moeda de troca, Escolhas difíceis e o Grande fracasso trazem forte apelo ao Hospital pelo reconhecimento dos seus esforços e esgotamento físico.

A queixa do paciente de Fazer tudo e melhor, tomada, mais uma vez, como exemplo, era de ser um trabalhador dedicado nas suas tarefas, sem receber o reconhecimento do seu trabalho. Sua queixa se atenuou meses depois, ao ser homenageado com a sua imagem em um outdoor, em ponto estratégico da cidade, exaltando a ele e a equipe de trabalho como trabalhadores exemplares e imprescindíveis, ao atendimento, no Hospital, e à população.

Vemos no exemplo acima e nos demais fragmento dos casos clínicos, que a busca por reconhecimento do sujeito torna-se uma exigência à Instituição Hospitalar. A Instituição, conforme nossa compreensão passa a ser o Outro personificado que pode reconhecer o sujeito-trabalhador e sua importância no mundo.

Nessa direção da necessidade do sujeito ser reconhecido pelo Outro e, no nosso caso pela Instituição Hospitalar, podemos citar Lacan:

É na medida em que o Outro é um sujeito enquanto tal que o sujeito se instaura e pode instituir a si mesmo como sujeito, numa nova relação com o Outro, a saber, que, nesse Outro, tem de se fazer reconhecer como sujeito. (LACAN, [1958-1959] 2016, p.398).

Nesse aspecto, percebemos o aprisionamento do sujeito trabalhador quanto à contínua necessidade de ser reconhecido pelo Outro. O sujeito é aprisionado na busca interminável da sua identidade impossível, conforme Quinet pontuou “O “eu” está para o outro assim como o “sujeito” está para o Outro. O sujeito é determinado pelos significantes do Outro. A identidade – que é imaginária – do eu vem do outro; mas o sujeito é sem identidade” (QUINET, 2012 p. 11).

A busca incessante, que o sujeito trabalhador em saúde empreende, para encontrar o significante que o represente, ou ainda mais, garanta uma identidade de bom, necessário, importante, o faz girar a roda da sua própria repetição, no interior do Hospital.

O Outro, como o grande depósito do significante, coloca o sujeito num constante apagamento de si e o força buscar um signo que o complete. Nesse processo de apagamento do sujeito, fazendo-o ora presente ora ausente, submete-o

ao significante sempre metonímico. Lacan apresenta o sujeito e sua dependência ao Outro com a função de ser o significante o que “representa o sujeito em sua relação com outro significante” (LACAN, 1968-69/2008, p. 55).

Este aprisionamento do sujeito ao Outro, e o dilema da sua constante busca do significante, que o complete, torna-se ainda mais tenso quando se constata não haver, nesse Outro, o significante que supra e cesse, de uma vez, a falta do sujeito. Lacan considerou que não haveria, nesse depósito de significante, nenhum significante que poderia dar conta do Ser do sujeito e, nesse sentido, o sujeito estaria, de certo modo, abandonado pelo limite do Grande Outro (LACAN, 1959-60/1991).

O drama do sujeito trabalhador de saber quem ele é, na relação com a Instituição Hospitalar, na questão “Quem sou eu para o Outro?” o conduz à fadiga, à impotência e ao grito de denúncia “Aqui é uma Fábrica de Loucos”, como vimos no Relato Grande fracasso.

A aparente falta de saída do trabalhador do ciclo infinito, representado no primeiro andar do Grafo do desejo, ou seja, na fixação da Demanda e desejo do Outro, permite-nos aproximar da figuração de Haute e Geyskens, sobre o destino dos heróis gregos fadados a cumprir a predeterminação dos oráculos, numa espécie de “destino que, apesar de ser terrível, está cercado de um divino esplendor trágico” (2017, p.48).

Lacan ([1958-1959] 2016) indica uma possível saída ao sujeito do seu trágico destino. O autor menciona a possibilidade de o sujeito construir a Fantasia ($\diamond$) para lidar com a falta do outro ($\bar{A}$), Outro barrado. A Fantasia, conforme Lacan, é que possibilitaria ao sujeito viver a falta, na forma de um desejo, na relação com o Outro.

Seguiremos o drama dos trabalhadores em saúde, sua busca, desejo e Fantasia de Salvar, no Hospital Huse.

3.6 OS TRABALHADORES DO HUSE, A ÉTICA DO CUIDAR E A MISSÃO DE SALVAR NA FANTASIA

Os Fragmentos dos Relatos dos Casos Clínicos favoreceram-nos observar e discutir a questão da subordinação ao desejo do Outro, instância que foi personificada na Instituição Hospitalar Huse. A subordinação, como demonstrado nos casos clínicos, aprisionou o sujeito como servo de um grande Senhor e, este sujeito, para alcançar as benevolências, necessitou corresponder com o desejo do

mestre-senhor, que não explicitava o que realmente desejava. Desse modo, o sujeito-trabalhador buscou exaustivamente acertar o melhor modo de agradar o seu Senhor, na figura da Instituição Hospitalar.

O drama do sujeito exposto acima, ou seja, do aprisionamento do Sujeito ao desejo do Outro, Lacan ([1958-1959] 2016), aponta-nos uma saída, na passagem à terceira etapa do Grafo do Desejo.

Na terceira etapa, conforme Lacan, o sujeito assumiria como ser de fala, dividido e castrado. Desse modo, o sujeito poderia avançar para além da Demanda e do desejo do Outro. O Sujeito se tornaria, nessa sequência, sujeito do significante, introduzido na articulação dos significantes, da criação e da falência de si. A Criação e falência se dão ainda segundo Lacan, pelo fato de estar a cadeia de significante em movimento constante (LACAN [1958-1959] 2016).

Conforme Lacan ([1958-1959] 2016), o sujeito, na terceira etapa, ao se deparar com a falta do Grande Outro ($\bar{A}$) e a inexistência de um Outro perfeito, ou seja, da existência de um Outro do Outro que complete o primeiro, o sujeito se colocaria na via do desejo, num movimento metonímico da busca da significação sempre incompleta.

o que isso quer dizer, senão, justamente, que não existe nenhum significante que garanta a série concreta de nenhuma manifestação de significantes? É aí onde se introduz esse termo: o A maiúsculo barrado (LACAN [1958-1959] 2016, p.399)

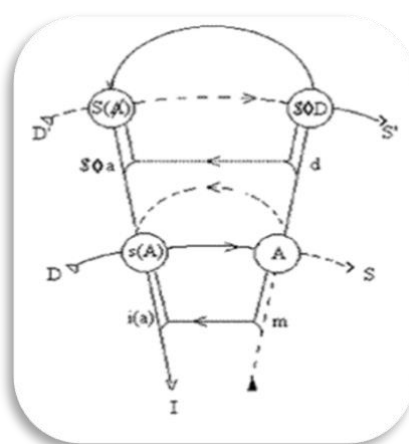


Figura 4 Grafo do Desejo, completo, incluindo a terceira fase (LACAN, [1958-1959] 2016 p.27)

Seguindo a grafia do Grafo do Desejo e, para melhor representar a articulação do pensamento do esquema, temos os símbolos $\$ \Delta D$ (lado direito do grafo) que se dirige à questão “O que queres?”, que não será respondida e, de certo modo,

denotará a falta do Outro. Avançar sobre a questão “o que queres?” é poder se deparar com a falta de um significante que dê garantia a qualquer significação; este é o encontro com $S(\bar{A})$. (LACAN [1958-1959] 2016).

O encontro do sujeito com esse Outro barrado marcará, no sujeito, a falta de não obter a garantida da verdade, no nível do Outro.

De modo resumido, a experiência de uma falta estrutural, como significante faltante no Grande Outro, é o lugar que o sujeito deverá se situar para se constituir como sujeito dividido ($\$$), castrado.

A consequência da castração no sujeito, na sua relação com o Outro, coloca-o na impossibilidade de realizar-se plenamente, no campo do simbólico, fazendo surgir o desejo como resultado da perda experimentado com o Outro barrado. (LACAN [1958-1959] 2016).

O desejo que surge como resultado e que estará para além do Outro é o desejo que não tem objeto próprio e será regulado pela Fantasia do sujeito. (LACAN [1958-1959] 2016).

A fantasia psíquica, que regulará o desejo, Lacan a formulou e a representou com os símbolos ($\$ \diamond a$) e, conforme Carreira (2009), representa o sujeito barrado ($\$$), o símbolo matemático da conjunção e disjunção ($\diamond$) e objeto a (a).

Sobre a fórmula da fantasia ($\$ \diamond a$), Lacan esclarece sobre o sujeito barrado e a fantasia:

se o sujeito está barrado aqui é porque se trata do sujeito falante, na medida que se refere ao outro como olhar, ao outro imaginário. Sempre que tiverem de lidar com algo que é propriamente uma fantasia verão que ela é articulável nesses termos de referência, como relação do sujeito como falante com o outro imaginário. É isso que define a Fantasia. ([1958-1959] 2016, p. 28).

Com o esquema da fantasia ($\$ \diamond a$), podemos perceber a consequência da passagem do sujeito pela castração do Outro e posteriormente a função do objeto a e a fantasia, elementos que surgem para organizar e formar a realidade psíquica do sujeito.

Segundo Lacan, a fantasia se colocará na tentativa de obturar a falta do Outro, ocorrendo desse modo o desdobramento e multiplicação do objeto, na fantasia, para lidar com a Barra do grande Outro (LACAN [1958-1959] 2016, p. 399).

A Fantasia e seus objetos multiplicados estão na mesma concepção do campo da alucinação, no sentido de que esses objetos não se reduzem ao objeto concreto e palpável, mas se ampliam na Fantasia.

A perspectiva da realidade alucinada, que a ideia dos objetos multiplicados na fantasia nos encaminha, já foi discutida por Lacan, no Seminário sobre as psicoses. Neste Seminário, Lacan considerou a questão da diferença da realidade de um sujeito neurótico e do sujeito psicótico, afirmando que a diferença entre um e outro não estava na alucinação do objeto. Lacan considerou que a realidade do neurótico também era uma realidade alucinada. Desse modo, a diferença entre neurótico e psicótico estava no modo que eles lidavam com tal realidade. O neurótico, em sua realidade, estaria inserido numa constante dialética com o outro, o seu semelhante e isso o conduziria a sucessivas revisões e mudanças das significações da sua realidade. O psicótico, na sua realidade alucinada, diferentemente do neurótico, não entraria no modo da dialética com o outro, mas, num modo de intransigência e certezas dos significados da sua própria realidade. O neurótico deslizaria nos significantes e o psicótico se fixaria nos significados da sua alucinação. (LACAN [1955-1956] 1988).

A figura abaixo nos esclarecerá melhor sobre a posição do objeto a, ou seja, daquele resto da castração após o sujeito passar pela barra do grande Outro. A figura demonstrará também o lugar ocupado pelo objeto a no laço com o Real, Simbólico e Imaginário, no qual o sujeito neurótico está envolvido.

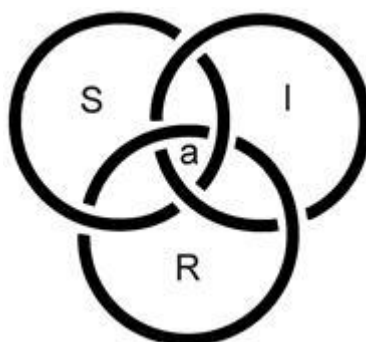


Figura 5 Objeto a e articulação com RSI (QUINET, 2012, p.16)

Quinet (2012) nos esclarece que o objeto a é envelopado pela Imagem e coordenado pelo simbólico, porém o “seu status é do registro do Real” (p.16).

O objeto a se aloja no Outro do simbólico sem aí estar (por não ser da ordem da linguagem). Ele não se encontra no inconsciente como discurso do Outro, pois não é simbólico e,

portanto, não é um significante. Equivale ao objeto perdido, cuja falta estrutura o inconsciente. Ele é simultaneamente íntimo e externo ao conjunto de significantes do Outro (QUINET, 2012, p.16).

A fantasia, juntamente com o objeto a, no sentido de ser um objeto perdido que estrutura o inconsciente, permitirá ampliar a compreensão do sujeito Trabalhador em saúde e a sua fantasia fixada e conservada no interior do Hospital pelo discurso do dever e Missão de Salvar Vidas.

Com a fundamentação sobre a Fantasia, juntamente com a função do desejo, avançaremos na compreensão da aliança e laço entre o Trabalhador e o Hospital de Urgência de Sergipe; aliança que nos parece vinculada aos princípios éticos do cuidar.

A fantasia articulada à ética do cuidar e ao desejo do trabalhador em saúde, conforme demonstrado nos Fragmentos dos Relatos Clínicos, leva-os a desejar o impossível, desde o fato de assumir quantidade excessiva de tarefas e o enfretamento da morte como uma guerra em que haveria vitórias e derrotas no cuidado com o paciente interno.

Segundo Lacan, o desejo encontra um lugar fértil na Fantasia “por isso é que o desejo humano tem a propriedade de estar fixado, adaptado, combinado não a um objeto, mas sempre, essencialmente, a uma fantasia.” (LACAN, ([1958-1959] 2016 p.28).

O caminho do desejo fixado numa fantasia coloca-nos na via da reflexão e compreensão dos trabalhadores em saúde nos Hospital de Sergipe, referidos nos relatos clínicos desta pesquisa.

É notável o quanto os trabalhadores do Huse estão envolvidos com as suas queixas de sofrimentos fixados na fantasia, numa realidade nomeada de missão, no interior do Hospital. O discurso sobre a missão de salvar é discurso comum no interior do Hospital e amplamente difundido, reforçado, entre os trabalhadores, e nos meios de comunicação em massa. Os termos “Missão de Salvar”, “Anjos da Saúde” e outros são abundantes no contexto hospitalar.

Os termos difundidos como Missão e Anjos da Saúde implicam o procedimento técnico e ético dos profissionais. Isso já foi demonstrado nos tópicos anteriores desta pesquisa, ou seja, a função do discurso religioso no direcionamento das práticas no interior dos Hospitais desde a Idade Média e que se estende, na prática do cuidar, nos dias atuais.

A ética que orienta as práticas médicas advém de uma herança histórica que Gomes (2009) destaca, na trajetória histórica da ética dos tempos gregos, passando pelos filósofos helênicos à Hipócrates; da transposição dos princípios éticos universais à prática da medicina, “Aí ocorre o lançamento oficial da ética na prática da medicina, quando o princípio da bondade, da descrição, da justiça, do respeito do conhecimento universal, se introduz no exercício efetivo do ofício de curar” (GOMES, 2009, p.2).

Essa herança histórica do fazer médico e do cuidar, atrelados aos princípios universais, segundo Gomes, tem a origem na “função tribal do curandeiro” e do “sacerdote visto como líder religioso” (GOMES, 2009 p.2).

Ainda segundo Gomes, “a ética, como ciência normativa do certo e do errado no comportamento humano, torna-se quase indissociável da religião com a qual se confunde nas origens remotas” (GOMES, 2009 p.2).

Outros autores também contribuíram com a confirmação da prática nos hospitais com os conceitos morais religiosos; exemplo, Foucault [1974] 1988; Mussi (2005) e Sanglard (2006).

Com as referências acima, reforçamos a trajetória do cuidar alinhado à moral e à religião.

Assim, temos de modo claro e confirmado pela História, que os preceitos religiosos e a prática do cuidar são elementos referenciais na prática hospitalar, desde a Idade Média (FOUCAULT, 1974) à contemporaneidade (SALGADO, ROCHA & CONTI, 2007).

Os preceitos religiosos, na prática do cuidar, consideramos articulados no cotidiano e à realidade psíquica dos trabalhadores em saúde do Hospital de Urgência. Realidade psíquica que aproximamos à concepção lacaniana de Fantasia e desejo.

Os Relatos dos Fragmentos dos Casos Clínicos nos demonstram as queixas dos trabalhadores do Huse, voltadas principalmente à injustiça do hospital; à vontade do trabalhador em fazer o bem e o melhor aos pacientes; à dificuldade e experimentação da impotência de levar a cabo a tarefa de cuidar, revelando-nos traços do desejo e da Fantasia psíquica.

Percebemos, nos Relatos dos Fragmentos Clínicos que o senso ético dos trabalhadores em saúde do Hospital de Sergipe, não só os conduziam para o melhor, mas, os torturavam com a impotência. A realidade dos trabalhadores estava

envolta no sofrimento, na culpa e, de certa forma, na intransigência do sentimento de justiça.

A imagem que podemos desenhar da postura dos trabalhadores, no interior do Hospital, quando relatavam a indignação com a injustiça (social, terapêutica, de trabalho etc.) era a de um herói ou heroína cansado\la e ferido\la; manchado\la de sangue e poeira; com a espada à mão e olhar fixo. Postura que demonstrava a intenção de enfrentar número igual ou maior de inimigos que acabavam de ser derrubados no campo de batalha; era a imagem de uma obstinação por uma guerra sem fim.

O menor questionamento do psicólogo aos trabalhadores sobre a razão do engajamento numa batalha infundável por justiça no interior do Hospital produzia o efeito de fazer surgir nos trabalhadores a indignação ética do dever de cuidar. Eles se mostravam prontos a se prostrar ou se sacrificar em nome daquilo que acreditavam combater no Hospital de Urgência de Sergipe.

Podemos compreender, nesse momento, que a realidade psíquica-fantasia dos sujeitos trabalhadores estava fixada pelo desejo de fazer o justo e correto, mesmo que isso custasse a própria vida.

Não é difícil associar a postura dos trabalhadores do Hospital de Sergipe aos cuidadores dos hospitais religiosos relatado por Foucault [1974] 1988, quando os cuidadores na Idade Média, dispostos a cuidar dos enfermos, se colocavam em situações de risco e sacrifício, no contato direto com doenças contagiosas da época.

Durante as sessões, quando os trabalhadores eram interrogados, também, sobre o lugar que ocupavam na dinâmica hospitalar, ou seja, nas condições e organização do trabalho, esses mesmos trabalhadores bradavam, em nome da ética e da justiça, como justificativa do seu quase aniquilamento, no ambiente de trabalho.

De modo geral, a morte, a doença e a significação da vida, que a todo o momento se apresentavam na atividade hospitalar, eram ofuscadas pela luta por justiça. A morte e a dor no cotidiano hospitalar deixavam de ser percebidas como algo incômodo e insuportável, tornando-se normais e corriqueiras, nos corpos anestesiados pela batalha que os trabalhadores travavam, em nome da justiça no Hospital.

Nas sessões psicológicas, nos relatos, observamos que nem sempre a morte e a dor foram experimentadas por esses trabalhadores com a indiferença. Em outros momentos da vida, da realidade psíquica desses trabalhadores, essa experiência com a morte os tocou de modo diferente.

A mudança do modo de lidar com a morte e a dor, que os trabalhadores experimentam, parece-nos estar na relação dos trabalhadores com o Hospital. Podemos dizer que a fantasia do sujeito trabalhador se altera e se reformula na relação com a Instituição Hospitalar.

Consideramos que a reformulação da fantasia dos trabalhadores se fixou como um laço entre eles e a Instituição e que se sacramentou pela ética religiosa, do trabalho e do cuidar.

Resumindo, podemos considerar, conforme o esquema do Grafo do desejo, de Lacan ([1958-1959] 2016), que os trabalhadores em saúde do Hospital de Sergipe ora se fixam na Demanda ao Grande Outro-Hospital com a e questão “O que queres?”, ora na Fantasia-desejo, dada pela imagem da luta pela justiça, no interior do Hospital.

A dinâmica dos trabalhadores na relação com o Hospital, parece-nos indicar o movimento circular de repetição entre a Demanda do Outro e o desejo na Fantasia da missão de salvar.

3.7 A REPETIÇÃO NA DEMANDA DE RECONHECIMENTO E JUSTIÇA

O conceito de repetição, em psicanálise, modificou-se no decorrer do tempo, assim como outros conceitos na construção teórica. Dependendo da compreensão e a ênfase que se dava ao conceito de inconsciente, em suas várias perspectivas, outros conceitos relacionados do ponto de vista lógico, também se alteraram.

Em Freud ([1911-1913] 2006), no tópico Recordar, Repetir e Elaborar, a repetição, naquele momento, referia-se a experiências esquecidas do paciente que, por intermédio da intervenção psicanalítica, poderia recordar e trabalhar nas sessões analíticas.

Segundo Lacan ([1964-1965] 1988), psicanalista pós-freudiano, a repetição era o efeito do encontro com o Real, ou seja, o efeito do trauma. Nesse ponto, não se tratava mais de recordar uma história, um evento, mas de repetir a estrutura da falha; da falta traumática do sujeito na sua história, “assim, não há como confundir a repetição com o retorno dos signos, nem com a reprodução, ou a modulação pela conduta de uma espécie de rememoração agida” (1964-1965] 1988 p.56).

A história dos Fragmentos dos Relatos Clínicos demonstra-nos, por meio de insistência e queixa dos trabalhadores, o caminho da repetição; não da história

articulada do sujeito, mas, como Lacan ([1964-1965] 1988) observou, da experiência do sujeito com o trauma.

O hospital é o lugar onde o sem sentido sobressalta tanto nos corredores, quanto nos relatos dos familiares. Temos como exemplo o Fragmento relatado nesta pesquisa O psicólogo e a dor da demanda.

Ao considerar a repetição como sendo o efeito do encontro com o Real, ou seja, momento quando faltam os significantes e falham as palavras, podemos compreender que a repetição encontra, no ambiente hospitalar, o lugar para emergir. Com a força do trauma, consideramos ocorrer aberturas-fissuras na fantasia-realidade dos sujeitos trabalhadores, dando lugar à repetição de alguns elementos do mundo simbólico/histórico, como por exemplo, o da missão de salvar vidas e sua implicação de impotência.

Como a repetição está ligada ao sintoma, ou seja, ao modo, a insistência de obturar as fendas da fantasia, o sintoma surge com a função de preencher e estabilizar o sujeito trabalhador.

As posições do defensor da justiça e de Demandante incansável do amor e reconhecimento do Outro são os pontos de fixação do desejo, no sintoma.

O desejo dos trabalhadores ligados ao drama da justiça e do amor, ao se repetir como sintoma, na relação com a Instituição Hospitalar, não revela a história particular dos sujeitos, mas, como podemos demonstrar no Grafo do Desejo, a estrutura psíquica, na qual eles estão entrelaçados. Essa estrutura, que a repetição vem revelar, pode ser observada na citação de Fingermann:

A repetição não é apenas uma manifestação, ela é a estrutura, o seu ponto de partida e de partição real. O desejo, como movimento, é uma consequência, um efeito de uma causa real, um "pas-de-sens" (passo de sentido) consequente do "pas-de-sens" (não sentido) (FINGERMAN, 2014 p.71).

Os dramas, nos Fragmentos dos Relatos Clínicos, nos revelam as duas vertentes acima: uma, da falência de alguns sentidos; outra, reveladora do não sentido, ou da pura Estrutura. Podemos dizer que ambas as vertentes do sentido e da falta de sentido se manifestam pelo sintoma dos Trabalhadores em saúde; isto é, na persistente luta por justiça, amor e sacrifício.

3. TRABALHADOR DA SAÚDE “SANTO ADOECIDO”

A fantasia psíquica tem a função de acomodar o desejo, o objeto *a*, a esse resto da castração pela qual o sujeito experimentou ao passar pelo Outro barrado.

Os Trabalhadores em saúde no hospital de Urgência de Sergipe, participantes da herança histórica do Hospital, ou seja, dos conflitos entre a obra caritativa, filantrópica e especialização médica, parecem-nos mesclar a fantasia psíquica, da sua organização singular, aos elementos e traços imaginários-simbólicos da História da Instituição Hospitalar.

Compreendemos, por meio dos Relatos dos Fragmentos dos Casos Clínicos, que a junção da Fantasia psíquica do sujeito aos traços imaginários e simbólicos do hospital é desencadeada por experiências traumáticas, talvez, não toda advinda do hospital, mas com forte contribuição da realidade hospitalar.

O sintoma, com a função de estabilizar o sujeito e sua fantasia, conforme Lacan ([1955-1956] 1988) descreveu no Seminário *As Psicoses*, coloca-nos na direção da compreensão de ser a fantasia e o sintoma a banda do laço que enlaça o trabalhador e o Hospital.

Faremos, de forma breve, o retorno histórico do conceito de sintoma na psicanálise apenas para situar a forma de laço que se estabeleceu entre o trabalhador em saúde, seu trabalho e o e hospital.

O conceito de sintoma, conforme sua trajetória histórica e teórica, possui suas múltiplas perspectivas de compreensão, na teoria psicanalítica. Às vezes, o sintoma pode ser considerado meio para a satisfação libidinal recalcada ou mensagem a ser decifrada do inconsciente; ou simplesmente satisfação pulsional. No entanto, em todas essas perspectivas, mantém um traço central: o aspecto de morbidez e sofrimento psíquico.

Freud ([1901-1905], 2006) nos demonstrou que o sintoma de Dora trazia, em seu bojo, o desconforto e o sofrimento, tanto por enxaqueca, quanto por tosse ou culpa. Outros casos, como em Freud (1893-1895; 1909), também são demonstrativos do aspecto doloroso do sintoma, revelado no caso de Anna O, que apresentava o distúrbio da fala, visão, falta de mobilidade. No caso “Homens dos Ratos”, último exemplo, tinha-se o peso do sintoma e a tortura do pensamento obsessivo, que não deixava de atormentar o sujeito.

De modo geral, a concepção do sintoma, em psicanálise, em todo o percurso teórico, passando pela ideia de satisfação libidinal, pulsional e de gozo, não

desconsiderou o aspecto duplo, paradoxal, do entrelace entre dor, prazer, satisfação e sofrimento para o sujeito. A passagem do sintoma por essas contradições não é difícil de encontrar na literatura da área, exemplos: Mezan, 1996; Haute e Geyskens 2017; DIAS, 2006; MAIA, MEDEIROS, FONTES, 2012 e outros.

Os Fragmentos dos Relatos de Casos Clínicos introduzem-nos na seara da discussão da fantasia, desejo e o sintoma, com seu aspecto paradoxal, ou seja, da satisfação e sofrimento e, mais ainda, atrelados à moral do trabalho e da religião.

Para compreendermos melhor esse entrelaçamento entre o sintoma e a moral do trabalho, vamos discutir brevemente a concepção do termo Trabalho.

O trabalho, sua concepção, esteve envolto desde os registros judaicos, principalmente o que foi registrado no livro de Gênese, como um elemento condicionante da permanência da existência humana. No livro de Gênese, observamos que o trabalho não foi concebido como uma dádiva aos Homens, mas como castigo dos céus por sua desobediência.

amaldiçoado será o solo por tua causa. Com sofrimento tirarás dele o alimento todos os dias de tua vida. Ele produzirá para ti espinhos e ervas daninhas, e tu comerás das ervas do campo. Comerás o pão com o suor do teu rosto, até voltares ao solo, do qual foste tirado. Porque tu és pó e ao pó hás de voltar”. (BIBLIA SAGRADA, 2007)

A citação, embora estranha aos nossos ouvidos contemporâneos, não deixou de marcar certo valor ao trabalho na atualidade. Não é difícil depararmos com pessoas que valorizam o trabalho árduo e sofrido e, orgulhosamente, dizem satisfeitos pela sensação de cumprir um dos mais antigos preceitos morais: retirar o sustento das suas vidas como o sofrimento do trabalho.

A concepção do trabalho como dor e sofrimento, para o sustento da vida, não foi a única a se estabelecer na história. Outra concepção, a do trabalho que dignifica o Homem, menos severa que a anterior, indica que o trabalho seria o caminho para a dignidade e realização humana. Essa concepção retira a ênfase do trabalho apenas como condição de sobrevivência para o a do enobrecimento do Homem.

Mendes (2019) afirma que a ética protestante reforçou a concepção do trabalho como forma do homem se aproximar de Deus e se dignificar diante dele. Pelo trabalho, o Homem estaria longe dos excessos, da preguiça e também da sociabilidade mundana e do prazer (MENDES, 2019, p.82).

Vemos que as duas concepções impõem ao trabalhador um caminho de purificação e salvação.

Quando aproximamos a concepção do trabalho, nas vertentes judaica e cristã, ao trabalho de cuidar dos enfermos na Instituição Hospitalar, percebemos que o trabalho adquiriu uma dupla áurea de santificação. Primeiro no sentido da concepção geral como a descrita acima, na história judaico-cristã, e a segunda, mais restrita, o trabalho relacionado ao cuidar do enfermo como uma dádiva e dom, no ambiente hospitalar.

O trabalho, como dádiva e dom, podemos verificar, na história dos Hospitais (FOUCAULT [1974] 1988), teve mudanças éticas desde o discurso religioso às renovações tecnológicas da modernidade, que imprimiram aos cuidadores certo modo de fazer e conceber o trabalho no interior da Instituição, porém sem abandonar, de modo geral, a ética cristã.

Atualmente, é difundida a “missão de salvar vidas”, expressas nas solenidades das formaturas, nos apelos públicos aos profissionais de saúde, no enfrentamento a pandemias.

Santos e Hormanez (2013), em revisão sobre o assunto, indicaram que a concepção dada aos trabalhadores, como salvador de vidas, leva-os ao limite físico e mental. Esses mesmos autores apontaram que os trabalhadores em saúde, no cotidiano do hospital, investidos da missão de salvar vidas, vivenciam o impacto da ocorrência da morte e “sentem não ter cumprido seu objetivo de salvar vidas” (2013, p.7).

A morte, desse modo, é significada como insucesso, gerando reações e sentimentos disfóricos como: tristeza, decepção, inconformismo, insatisfação, culpa, angústia, ansiedade, depressão, fragilidade, autorreprovação, baixa autoestima, dor, injustiça, desamparo, derrotismo, fracasso, impotência, choque, aversão, raiva, frustração, incerteza;(SANTOS; HORMANEZ, 2013 p.7)

A missão de salvar vidas conduz os trabalhadores a vivenciarem tanto a potência e sucesso como também, impotência e fracasso, no desempenho do trabalho de cuidar.

O peso moral e ético do lema “missão de salvar vidas”, juntamente com seus efeitos positivos e negativos, parece-nos marcar os sujeitos trabalhadores em saúde com um signo próprio que se articula entre eles, criando um modo particular de relação.

O Trabalho no Hospital de Urgência de Sergipe, com o peso moral e ético atrelado à concepção da “missão de salvar vidas”, compartilhada e reconhecida entre os trabalhadores, tornou-se o discurso de legitimação e justificativa da fixação do mal-estar e dos seus sintomas na relação com o Hospital.

Nos Fragmentos dos Relatos dos Casos Clínicos e de outros atendimentos, realizados no interior do hospital, os trabalhadores falavam das suas dores, do limite físico, da fadiga, fragilidade, culpa, angústia e frustrações vivenciados com o trabalho ininterrupto no hospital que, algumas vezes, aproximava-se de trinta e seis horas contínua.

Apesar dos excessos de horas trabalhadas e da fadiga do trabalhador, quando era questionado sobre a razão de permanecer e submeter o corpo ao limite físico e mental, respondiam ao psicólogo com certo orgulho: “os pacientes precisam de mim; tratamos de vida e não podemos negligenciar” ou, de modo mais agressivo, respondiam com o questionamento: “Você está me dizendo que eu deixe o paciente sem atendimento e morra?”

Com as justificativas acima, os pacientes trabalhadores dos fragmentos dos casos clínicos cobriam a suas queixas de sofrimento no interior do Hospital com o véu da santidade, do bem fazer e do sacrifício de si, dizendo não poder escapar.

O revestimento do sofrimento com o manto sagrado, compreendemos ser a força que justifica o discurso dos trabalhadores no Hospital, remetendo-os à roda primitiva da sua constituição como sujeito, assim como foi demonstrado por Lacan, no Grafo do Desejo ([1958-1959] 2016).

A roda primitiva e o seu retorno, consideramos o próprio retorno da estrutura, da gênese constitucional do sujeito. Podemos dizer que, do mesmo modo que o sujeito se detinha nas questões das respostas do grande Outro, passou a repetir as mesmas demandas e exigências à Instituição Hospitalar, manifestadas na luta pelo amor e justiça do trabalho.

O limite do corpo físico dos trabalhadores em saúde, que foi indicado pela sintomatologia dos transtornos de ansiedade, do estresse do trabalho e da depressão os obrigava, de certo modo, a se afastar do trabalho, mas não sem o sentimento de dever cumprido de um mártir, que deixou a sua própria vida e saúde, por amor aos enfermos internos do Hospital de Urgência.

O trabalhador em saúde, com os atos extremos para cumprir a missão no interior do Hospital Huse, remete-nos a Mussi (2005), quando diz dos cuidadores, no hospital, durante a Idade Média, que, ao dispensarem cuidados e conforto ao

moribundo, garantiam a salvação da alma do enfermo e de si mesmos. Tal dedicação dos cuidadores aos doentes, na Idade Média, não era gratuita; ao salvar o enfermo, o cuidador poderia salvar a si mesmo.

Passamos a considerar que o limite físico do trabalhador, com a consequência do seu adoecimento físico e desgaste emocional, somado à insistência do próprio trabalhador em permanecer em tal situação estão relacionados ao que denominamos de sintoma psíquico, ou seja, modo possível de fazer rearranjo na fantasia psíquica dos trabalhadores.

O sintoma, como elemento que se instala na fantasia, compreendemos transformar os trabalhadores em “Anjos da Enfermagem; Anjos da Saúde” ou mesmo se aproximar da ideia de um Santo Homem que se sacrifica em benefício do outro, nesse caso o batalhão de enfermos do Hospital e as deficiências estruturais da Instituição.

A expressão Santo Homem, que empregamos para designar a posição do trabalhador em saúde no Hospital, a expressão em si, foneticamente, faz-nos aproximar de outra expressão, articulada por Lacan ([1975] 2003), denominada Sinthome.

Santo Homem e Sinthome, mesmo foneticamente semelhantes, na demonstração dos Fragmentos Clínicos, são diametralmente opostos.

O conceito de Sinthome, conforme Maia, Medeiros e Fontes (2012); Tavares (2010) é a última invenção lacaniana sobre a forma de conceber o sintoma, na teoria psicanalítica, que passaria a ser concebido como invenção e criação do modo de ser do sujeito.

Segundo Tavares (2010), o termo sinthome foi um recurso lacaniano de fazer fusão dos significantes, para criar novas palavras e conceitos.

A palavra sinthome resgata a grafia antiga francesa, para fundir com a palavra sintoma. Dessa fusão e invenção, surgem “além de sintoma (symptôme), também santo-homem (saint-homme), pecado-homem (sin-t-home)”(TAVARES, 2010 p.36).

A invenção, pela fusão dos significantes, não mudou apenas a grafia, mas a concepção sobre como lidar com o sintoma. O sintoma deixaria de ser mórbido para ser aquilo que amarra o sujeito aos registros do Real, Simbólico e Imaginário-RSI. Essa invenção lacaniana foi marcante na obra psicanalítica e pode ser considerada uma heresia à teoria precedente dos três registros Real, Simbólico e Imaginário (RSI).

Segundo Tavares (2010), os termos RSI, os quais por muito tempo na teoria lacaniana foram o pilar para pensar a estrutura do sujeito, são confrontados com um quarto elemento, *sinthome*. A palavra heresia é a que confronta e faz a fusão como os elementos RSI com a aproximação homofônica “*hérésie*”, em francês (TAVARES, 2010).

O sujeito por meio do *sinthome* se colocaria de modo diferente com o próprio sintoma, que se tornaria o que de melhor se pode fazer; o *sinthome* seria o saber lidar com o sintoma. Essa experiência conduziria o sujeito a uma reinvenção de si. (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).

A invenção do sujeito por meio do *sinthome* remete-nos a outra concepção lacaniana: *savoir-faire*: “*Savoir-faire*, a arte, o artifício, o que dá à arte da qual se é capaz um valor notável, porque não há Outro do Outro para operar o Juízo Final” (LACAN, [1975-1976] 2007, p.59)

Maia, Medeiros e Fontes (2012) esclarecem o “*savoir-faire*” lacaniano como sendo o “saber fazer com o *sinthoma* de modo que o sujeito possa se valer dele, e não mais estar submetido. Isso depende de o sujeito se desprender da ideia de que o Outro goza de seu sintoma, que encare a falta no Outro” (2012, p.57).

Em relação aos trabalhadores em saúde, o jogo fonético de Santo Homem e *Sinthoma* possibilita-nos compreender melhor os fragmentos dos casos clínicos, nos quais o sintoma apresentado pelos sujeitos trabalhadores não é o sintoma da invenção e da criação de si mesmo, mas o sintoma que aqui nós poderíamos denominar de sintoma da Fé.

Dizemos sintoma da fé, justamente, por ainda, os sujeitos acreditarem e se apegarem à concepção de um Outro perfeito, ou seja, de uma Instituição perfeita, que exigiria, dos trabalhadores, atos perfeitos para apresentar, na prestação de contas do juízo final.

4. CONCLUSÃO

O estudo enveredou-se pelos caminhos da História da Instituição Hospitalar e também da constituição do Sujeito. A História dos Hospitais fora marcada, principalmente desde a Europa da Idade Média, pela ética cristã que apesar do distanciamento cronológico, ainda insiste como um discurso velado no interior dos Hospitais. O hospital de Urgência de Sergipe, não esteve excluído das marcas históricas, e sua organização segue pautada na ideia de compaixão, caridade e altruísmo, valores que são compartilhados entre seus trabalhadores.

Os trabalhadores em saúde tornaram-se personagens, herdeiros e propagadores dos valores de concepção religiosa da Instituição Hospitalar. A propagação dos valores éticos religiosos ocorre na prática e tem por base a atual ética do cuidar. Nessa pesquisa, podemos observar que os valores morais e religiosos estão desde a formação do profissional ao discurso social, cujo discurso reforça o lugar do profissional em saúde como “Anjos que possuem a missão de salvar vidas”.

Podemos então, compreender a problematização introduzida, inicialmente, ao que se refere à sustentação e fixação dos trabalhadores, por um longo período em um ambiente insalubre o qual, proporciona instabilidade psíquica. E também, esclarecer a nossa hipótese sobre o acordo de subordinação e sacrífico, na forma de aliança, entre Hospital e trabalhador.

Concluimos que o sujeito trabalhador em saúde no Hospital de Urgência de Sergipe busca respostas no interior dessa Instituição sobre a questão primordial da sua constituição através da reorganização da sua fantasia com o signo de missão e sacrifício de si.

Esse primórdio constitucional do sujeito levou-nos a considerar que o trabalhador em saúde é capturado no ciclo de repetição infinita da questão “O que queres”, agora não mais dirigida a uma esfinge mitológica, mas ao Hospital, este como sendo a encarnação e personalização do Grande Outro.

A aliança levantada na nossa hipótese entre trabalhador e Hospital a qual envolveria a dedicação, incertezas, sacrifício e o jogo da resposta insuficiente e enigmática da Instituição Hospitalar, pôde ser compreendida com a aproximação da concepção da alienação do Sujeito ao Grande Outro, conforme demonstrado no Grafo de Desejo de Lacan. O ponto central do grafo enquanto busca incessante por

aprovação e reconhecimento pôde ser observado na relação entre trabalhador e hospital.

A fantasia psíquica do trabalhador formada desde início da sua organização de sujeito na experiência com a castração é observada, nesse estudo, como obtendo reforço de signos e significação da História Hospitalar. Nesse entrecruzamento dos signos hospitalar e a do sujeito a fantasia do sujeito trabalhador culmina na potência e no fracasso que inclui a salvação do enfermo no hospital.

Podemos concluir que a missão de salvação incluída na fantasia do sujeito trabalhador o faz retornar ao ciclo da demanda de amor, ou seja, ao questionamento sobre o que o Outro quer. Essa passagem pôde ser demonstrado na figura do grafo do desejo juntamente com a ideia de “oito interno”. A repetição do sujeito agora é remontada na conjunção Outro/Hospital.

Concluimos que a relação dos Trabalhadores em saúde e o Hospital de Urgência Sergipe, insere o não saber, tanto dos trabalhadores quanto a do hospital. Ambos participam de uma estruturação simbólica que os antecede e que imprimi determinada dinâmica em suas trocas.

Os trabalhadores em saúde por não saberem da dinâmica e do jogo simbólico que estão inseridos, colocaram-se na roda da repetição dos atos e pensamentos insistente sobre a questão do amor e justiça em sua relação com o hospital.

O hospital de urgência de Sergipe, personificação do Grande Outro, passa a ser o ambiente de fixação da fantasia dos trabalhadores, cuja fixação tem a pulsão de morte como motora.

Constatamos que muitos trabalhadores em saúde, iniciaram a carreira pela vocação no trabalho de cuidar, mas, como demonstrado em nossa pesquisa, alguns se fixaram através do desejo e da fantasia ao sintoma mortífero pela via da devoção ao Hospital.

A devoção do trabalhador à Instituição Hospitalar que, em nome do altruísmo sacrifica a vida, tanto em negociações no interior do hospital, como também pelo afastamento da vida social e dos prazeres do ócio, desfalece marcado pela psicopatologia da depressão, ansiedade e estresse.

O nosso personagem, trabalhador em saúde, desfalece sem compreender o jogo do qual participa com a própria conveniência. Ele padece sem saber da dinâmica que o transforma em Santo Homem trabalhador “adoecido” do Hospital de Urgência de Sergipe.

REFERÊNCIAS

BARROS, Nereida Maria Guabiroba Coelho; HONÓRIO, Luiz Carlos. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **REGE-Revista de Gestão**, v. 22, n. 1, p. 21-39, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARREIRA, Alessandra Fernandes. Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 157-171, junho de 2009.

DA COSTA, Juliana Cardeal; DE LIMA, Regina Aparecida Garcia. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.

D'AGORD, Marta Regina de Leão; UMPIERRE, Alice Silva. Hamlet e o grafo do desejo. **aSEPHallus**, 2012.

DAVID-MENARD, Monique. Como ler Além do princípio do prazer?. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 37, n. 69, p. 99-112, jun. 2015.

DE CASTRO, Júlio Eduardo. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. **ágora (Rio de Janeiro)**, v. 12, n. 2, p. 245-258, 2009.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. In: **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 1992.

DESCARTES. R. Discurso do Método. Coleção os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1987, p. 46.

DIAS, Maria das Graças Leite Villela. O sintoma: de Freud a Lacan. **Psicologia em estudo**, 2006, 11.2: 399-405.

ENRIQUEZ, Eugène. "A organização em análise". Tradução: ROCHA FILHO, Francisco. Petrópolis: Vozes, 1997.

FINGERMAN, Dominique. Desejo e Repetição. **Stylus (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 67-77, jun. 2014.

FONTES, Katiene da Costa et al. A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do hospital de urgência de Sergipe. 2009. Tese de Doutorado.

FOUCAULT, M. Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1977-1978). Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne. (1974) **Hermès (Paris. 1988), 1988, N° 2, fascicule thématique " Masses et politique"**, 1988.

FREUD, S. A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 14. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1914-1916).

FREUD, S. Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 18. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1920-1922).

Freud, S. Construções em análise. **Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1937.)

Freud, S. Duas Histórias Clínicas (O “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909). **Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, vol. 10, 1996.

FREUD, S. Estudos sobre a Histeria. **Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Vol. 2. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1893-1895).

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos. . **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 22. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1932-1936).

FREUD, S. O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 12. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1911-1913).

FREUD, S. O Futuro de uma Ilusão, o Mal Estar na Civilização e outros trabalhos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 21. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1927-1931).

FREUD, S. Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre Sexualidade e outros trabalhos. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 7. Imago Rio de Janeiro. 2006 (Originalmente publicado em 1901-1905).

GOMES, Júlio César Meirelles. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 2009.

GRECCO, João Ezequiel; FERREIRA, Mariana Rodrigues Festucci. Che vuoi?: A ética psicanalítica para além da finda-linha. **Trivium**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 32-38, jun. 2016 .

IACOPONI, Eduardo. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, n. 2, p. 132, June 1999.

KAËS, RENÉ. A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos/R.Kaës...[et al.]; tradução Joaquim Pereira Neto. **Casa do Psicólogo**. São Paulo, 1991.

KEHL, Maria Rita. A utopia da cura em psicanálise. **Revista da Universidade Federal de Minas Gerais**, v. 24, n. 1 e 2, p. 150-161, 2017.

LACAN, o avesso da psicanálise. In: **Livro 17**. Rio de Janeiro 1992.

LACAN, J. (1959-60). *A ética da psicanálise*. In: **Livro 7**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

LACAN, J. (1966) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. (p. 231-259). Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

LACAN, J. (1953)(1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escrito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp.238-324.

LACAN, J. (1953-1954). Os escritos técnicos de Freud. In: Livro 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

LACAN, J. (1955-1956). As psicoses. In: **Livro 3**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. (1957-1958). as formações do inconsciente. In: **Livro 5**. Rio de Janeiro pp.348-349, 1999.

LACAN, J. (1958-1959). O desejo e sua interpretação. In: **Livro 6**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2016.

LACAN, J. (1958-1959). o desejo e sua interpretação. In: **Livro 6**. Rio de Janeiro 2016.

LACAN, J. (1960-1961) A transferência. In: **Livro 8**. Rio de Janeiro, 1991.

LACAN, J. (1964-1965). Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. In: **Livro 11**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

Lacan, J. (1968-1969) *de um Outro ao outro*. In: **Livro 16**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. (1975). Joyce, o Sinthoma. In: **Outros Escritos** — *Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, pp. 560-566.

LACAN, J. (1975-1976) *o sinthoma*, In: **Livro 23**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007

LACAN, J.. Meu ensino. Jorge Zahar, 2006.

LACET, Cristine. Considerações sobre a letra e a escrita na clínica psicanalítica. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 8, n. 14, p. 50-59, jun.2003.

LEANDRO, Mardem; COUTO, Daniela Paula do; LANNA, Maria dos Anjos Lara e. Da realidade psíquica ao laço social: a função de mediação do conceito de fantasia. **Cad. psicanal.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 28, p. 27-48, 2013.

LEITAO, Igor Brum. A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 11, n. 3, p. 410-424, dez. 2018 .

LIMA-GONCALVES, Ernesto; ACHE, Carlos Augusto. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 39, n. 1, p. 84-97, mar. 1999 .

MAGTAZ, Ana Cecília; TOSTA BERLINCK, Manoel. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 1, 2012.

MAIA, Aline Borba; MEDEIROS, Cynthia Pereira de; FONTES, Flávio. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 44-61, jun. 2012

MANETTI, Marcela Luísa; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de psicologia**, v. 12, n. 1, p. 79-84, 2007.

MARCOS, Cristina Moreira; OLIVEIRA JUNIOR, Ednei Soares de. O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacaniana. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 17-31, jun. 2013

MARCOS, Cristina Moreira; OLIVEIRA JUNIOR, Ednei Soares de. O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacaniana. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 17-31, jun. 2013 .

MENDES, Elenilton Oliveira. UM ESTUDO DA TERCEIRA ONDA DO PENTECOSTALISMO COM BASE NA OBRA A ÉTICA PROTESTANTE E O ESPIRITO DO CAPITALISMO. IN **TOTUM-Periódico de Cadernos de Resumos e Anais da Faculdade Unida de Vitória**, v. 4, n. 1, 2019.

MEZAN, Renato. Psicanálise e psicoterapias. **Estud. av.** São Paulo, v. 10, n. 27, p. 95-108, agosto de 1996.

MOURA, Ana; NIKOS, Isac. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional Revista de psicanálise**, v. 13, n. 140/141, p. 69-76, 2000.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto e lógica hospitalar: **análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem**. 2005.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 128-141, 2004.

ORNELLAS, Cleuza Panisset et al. Hospitals: Place For The Sick And Other Challenged Persons [os Hospitais: Lugar De Doentes E De Outros Personagens Menos Referenciados.]. **Revista brasileira de enfermagem**, 1998.

PIMENTA, Arlindo Carlos; FERREIRA, Roberto Assis. O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

QUINET, Antonio. **Os outros em Lacan**. Zahar, 2012.

R.Kaes;J.Bleger; E. Enriquez, F. Fornari;P.Fustier; R. Roussillon; J.P.Vidal. São Paulo. **Casa do Psicólogo**, 1991

SAGRADA, Bíblia. Tradução: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil–CNBB. **Editora Canção Nova**, 2007.

SALGADO, Ana Paula Alves; ROCHA, Ruth Mylius; CONTI, Claudio de Carvalho. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Rev Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 223-8, 2007.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Esboços: histórias em contextos globais**, v. 13, n. 16, p. 11-33, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo , v. 2, n. 2, p. 46-71, Aug. 1988 .

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2757-2768, Sept. 2013 .

SAUSSURE, F.; Curso de linguística geral. (1857-1913) Cultrix,2006.

SERGIPE. “Lei Estadual de Sergipe Nº 6.347 de 02 de janeiro de 2008”. Dispõe sobre a criação da Fundação Hospitalar de Saúde. Aracaju, **Diário Oficial do Estado** Nº. 25424, 2008c

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Assessoria de Comunicação**. “Huse participa de projeto do Sírio Libanês que reduz superlotação nas emergências”. Matéria veiculada no dia 10 de Fevereiro de 2020

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Assessoria de Comunicação**. “ Huse completa 30 anos cuidando da saúde dos sergipanos”. Matéria veiculada no dia 08 de novembro de 2016.

SERRALTA, Fernanda Barcellos; NUNES, Maria Lúcia Tiellet; EIZIRIK, Cláudio Laks. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 4, p. 501-510, 2011.

SILVA, Denise Quaresma da. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte , n. 39, p. 37-45, jul. 2013.

SIRELLI, Nilda Martins. " Ou não Penso ou não Sou": Uma Discussão sobre o Sujeito. **Psicanálise & Barroco em revista**, v. 10, n. 2, 2019.

SÓFOCLES. A trilogia tebana: Édipo Rei, Édipo em Colono, Antígona. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

TAVARES, Pedro Heliodoro de Moraes Branco. O sinthome como a heresia teórica de Lacan. **Ágora (Rio J.)** , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-49, junho de 2010.

VAN HAUTE, Philippe; GEYSKENS, Tomas. Psicanálise sem Édipo?: Uma antropologia clínica da histeria em Freud e Lacan. Autêntica, 2017.

VIEIRA, M. A. . Da realidade ao real: Jacques Lacan e a realidade psíquica. Pulsional. **Revista de Psicanálise** (São Paulo), São Paulo, v. 174, p. 56-60, 2003.

VORCARO, Angela. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. **Pesquisa em psicanálise: Transmissão na universidade**, p. 11-23, 2010.

<http://www.cofen.gov.br/coren-recebe-denuncias-e-realiza-fiscalizacao-no-huse_6212.html> notícia veiculada em 26/01/2011; acessado em 27/11/2020

<<http://fanf1.com.br/equipe-do-sirio-libanes-promete-resolver-superlotacao-do-huse/>> matéria veiculada em 12/02/2020; acessado em 27/11/2020

<<https://infonet.com.br/noticias/saude/pacientes-reclamam-de-superlotacao-e-demora-no-atendimento-do-huse/>> matéria veiculada em 28/10/2019; acessado em 27/11/2020

<<https://www.nenoticias.com.br/belivaldo-passa-na-cara-o-caos-no-huse-mas-a-culpa-e-dele/>> matéria veiculada em 05/06/2019; acessado em 27/11/2020

<<https://www.saude.se.gov.br/huse-comemora-30-anos-e-ganha-reforco-de-militares-na-seguranca/>> matéria veiculada em 08/11/2016; acessado em 27/11/2020

<<http://napolitica.com/30168/>> matéria veiculada em 27/11/2014 acessado em 27/11/2020

<<http://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2015/12/irregularidades-na-fhs-e-discutida-no-tce-e-leva-conselheiros-bate-boca.html>> matéria veiculada em 03/12/2015; acessado em 27/11/2020

<<https://www.saude.se.gov.br/reformas-no-huse-oferecem-mais-conforto-para-pacientes-e-funcionarios/>> matéria veiculada em 30/07/2019, acessado dia 27/11/2020