



Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação Avançada

Programa de Doutoramento em Sociologia

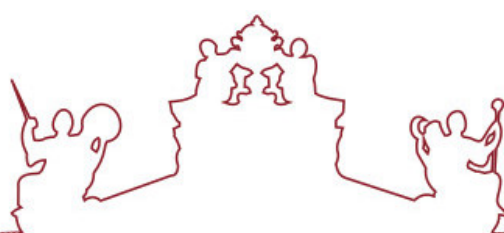
Tese de Doutoramento

«À espera na urgência»: uma perspetiva sociológica

João Miguel Pulquério de Paula

Orientador(es) | Rosalina Pisco Costa

Évora 2021



Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação Avançada

Programa de Doutoramento em Sociologia

Tese de Doutoramento

«À espera na urgência»: uma perspetiva sociológica

João Miguel Pulquério de Paula

Orientador(es) | Rosalina Pisco Costa

Évora 2021



A tese de doutoramento foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor do Instituto de Investigação e Formação Avançada:

Presidente | Carlos da Silva (Universidade de Évora)

Vogais | Catarina Sales Barbas de Oliveira (Universidade da Beira Interior)
Ema Pires (Universidade de Évora)
Emília Rodrigues Araújo (Universidade do Minho)
José António Machado da Silva Pais (Universidade de Lisboa)
Rosalina Pisco Costa (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Ao longo deste período importa referir algumas pessoas e organizações que foram cruciais nesta trajetória. Em primeiro lugar grato a todos os meus entrevistados, assim como ao Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo em Évora que autorizou as observações na sala de espera das urgências desta unidade hospitalar. E sem nenhuma ordem em particular, a referir a minha prima Raquel, o Lu, a Xana, o meu pai, o Carlos C., o Nuno L., primo Gonçalo, a Lurdes, o Paulo F., o Ramalho e o Ulisses, a Sofia, o Francisco C., o Carlos M., a Catarina, o meu irmão, a minha mãe, a Margarida, o meu tio Leonel, a minha prima Sandra, o tio Quim, a Natália, o Pubhd, a Câmara Municipal de Évora e a Costa, Calado, Pina & Associados. Por fim, *last but not least* à minha orientadora, a Prof.^a Rosalina Costa, que desde o mestrado me acompanha.

A todos, um sincero muito obrigado!

“And sure enough even waiting will end...if you can just wait long enough.”

William Faulkner

“À espera na urgência”: uma perspectiva sociológica

Resumo

Nesta investigação procura-se compreender as experiências do tempo (social) “à espera” em contexto hospitalar. O estudo deste fenómeno é tido como inovador pois a “espera” surge amiúde no quotidiano de todos, não obstante é um objeto pouco explorado em termos científicos. O *setting* a observar é a sala de espera de umas urgências hospitalares dado que apresenta características particulares para uma compreensão profunda deste fenómeno social. A opção metodológica é baseada na perspectiva etnográfica, objetivando descrever e analisar as práticas e interações sociais, assim como as experiências subjetivas do tempo resultantes desta vivência idiossincrática da espera. Objetiva-se incluir os componentes do tempo social na análise da espera, recentrando este fenómeno à luz da análise sociológica e sugerir algumas estratégias que permitam uma melhor gestão do tempo “à espera”.

Palavras chave: tempo social, espera, sala de espera, urgências, hospital

“Waiting in an emergency room”: a sociological perspective

Abstract

This investigation seeks to understand the experiences of (social) time in a hospital context. The study of this phenomenon is seen as innovative because “waiting” is present in everyone's daily life, although it is an object not largely explored in scientific terms. The setting to be observed is the waiting room for hospital emergencies as it has particular characteristics for a profound understanding of this social phenomenon. The methodological option is based on an ethnographic perspective, aiming to describe and analyze social practices and interactions, as well as the subjective experiences resulting from this idiosyncratic experience of “waiting time”. The aim is to include the components of social time in the analysis of “wait”, refocusing this phenomenon in the light of sociological analysis, and to suggest some strategies that allow better management of the “waiting” time.

Keywords: social time, waiting, waiting room, emergency, hospital

Índice

Resumo.....	6
Siglas e abreviaturas.....	10
Introdução.....	13
Parte I - Enquadramento Teórico e <i>Proof of Concept</i>	24
1.1. <i>Beginnings</i> : Onde Nada Acontece, Afinal Acontece Tudo.....	24
1.2. Sala de Espera das Urgências: um <i>Underdog</i> Sociológico?.....	31
1.3. Apontamentos Sobre (I) Mobilidades.....	42
1.4. O Cenário por Trás de Tudo: a Temporalidade.....	53
Parte II – Dos Métodos Aplicáveis ao Estudo da Espera	63
2.1. Fundamentação do Recorte Etnográfico e Modelo de Análise.....	63
2.2. Trajetória e Critérios Desenvolvidos	73
Parte III – Sala de Espera: Descrição do Cenário	85
3.1. <i>Floor Plan</i> e Fatores Ambientais	85
3.2. Notas Etnográficas: <i>in loco</i> , à Espera no SU	90
3.3. Da Ética na Abordagem Etnográfica	112
Parte IV – Análise de Conteúdo: “Ir e Estar na Sala de Espera”	119
4.1.1. Do Lugar e do Valor do Hospital	119
4.1.2. Atendimento.....	125
4.1.3. Movimentos e <i>Stasis</i>	134
4.1.4. Filas e Priorização	142
4.1.5. Objetos Envolvidos na Espera	152
4.1.6. Lógicas de Cooperação	156
4.1.7. Lógicas de Conflito	162

4.1.8. “Ouvir os Outros”: o que se Fala nas Urgências.....	172
4.1.9. “Olhar os Outros”: o que se Vê nas Urgências.....	178
4.2.1. O Lugar das Crenças	186
4.2.2. A Experiência do Espaço	193
4.2.3. Percepções do Tempo.....	206
Parte V – Notas Finais.....	217
5.1. <i>Tweaking the Waiting Experience</i>	217
5.2. Resumo Esquemático	226
5.3. Conclusão	227
Referências Bibliográficas.....	238
Apêndices	257
Grelha de Observação.....	257
Guião de Entrevistas.....	266
Dados Sociodemográficos dos Entrevistados.....	269
Maxqda Code System	272

Siglas e abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

ANACOM – Autoridade Nacional de Comunicações

AO – Assistente Operacional

BCE - *Before the Common Era*

BPM – Batimentos por Minuto

CA – Conselho de Administração

CME – Câmara Municipal de Évora

CAQDA - *Computer-Assisted Qualitative Data Analysis*

DGS – Direção Geral de Saúde

Dr. – Doutor

E.g – *Exempli Gratia*

Et al. - *Et Alia*

Etc - *Et Cetera*

ER – *Emergency Room*

EUA – Estados Unidos da América

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

Eng.º – Engenheiro

Fig. – Figura

GNR – Guarda Nacional Republicana

HESE – Hospital do Espírito Santo, Évora

HSJP – Hospital São João, Porto

I.e – *Id Est*

ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

ICS – Instituto de Ciências Sociais

OMS – Organização Mundial de Saúde

OGM – Organismos Geneticamente Modificados

P2P – *Peer-to-Peer*

RX – Raio X

RSI – Rendimento Social de Inserção

SU – Serviço de Urgência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SMS - *Short Message Service*

SpO2% - Saturação Periférica da Oxihemoglobina

Sr. - Senhor

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

TV - Televisão

TVI – Televisão Independente

TGV - *Train à Grande Vitesse*

UE – União Europeia

UP - Urgências Pediátricas

WC - *Water Closet*

Introdução

Nas sociedades o quotidiano é de algum modo regido e contextualizado por uma variável que está presente de forma transversal em todas as ações, contextos e interações: o tempo. Com efeito, saber “quanto tempo demora” uma determinada ação/tarefa é essencial à vida em sociedade, sendo que métodos de mensurar o tempo encontram-se presentes desde as mais antigas civilizações¹. Estes têm como finalidade marcarem o tempo permitindo dividi-lo em segmentos temporais sejam anos, meses, dias, horas, minutos ou segundos. Temos que praticamente toda a ação humana (Weber, 1978)² é medida, objetivada, organizada e planeada de acordo com um sistema abstrato e partilhável por um determinado grupo social, e é a estes pontos cardeais que nos servem de referência, que marcam segmentos temporais de forma regular, que designamos como tempo. Estas noções encontram-se em linha com os significados que os dicionários Priberam (n.d a) encontram para a definição de tempo, sendo estes:

1. Série ininterrupta e eterna de instantes.; 2. Medida arbitrária da duração das coisas. 3. Época determinada. 4. Prazo, demora. 5. Estação, quadra própria. 6. Época (relativamente a certas circunstâncias da vida, ao estado das coisas, aos costumes, às opiniões). 7. Estado da

¹ O *gnómon*, o mais antigo relógio solar data de 3500 BCE (*Before the Common Era*), e o relógio solar mais antigo ainda preservado é um relógio egípcio de xisto que data, no mínimo, à data anteriormente referida (Encyclopaedia Britannica, 2019). Atualmente existem calendários, relógios, computadores, entre outros dispositivos.

² Este autor propõe vários tipos de ação que ocorrem e guiam as interações sociais, muitas delas possíveis de enquadrar no que se descreve ao nível desta investigação, mormente a ação racional, social, emocional e tradicional.

atmosfera. 9. Duração do serviço militar, judicial, docente, etc. 10. A época determinada em que se realizou um facto ou existiu uma personagem. 11. Vagar, ocasião, oportunidade.

Existe assim uma polissemia do conceito contudo, entre todos estes significados destacamos o expresso no nr.º 2 (“medida arbitrária das coisas”). Esta arbitrariedade em “medir o tempo” encontra-se subjacente a todos os outros significados, sendo essa a pedra angular do conceito de tempo. E é arbitrário porque, desde logo, existem diversos métodos e sistemas de referência para o mensurar. Por outro lado, a medição do tempo encontra-se associada à noção de um tempo quantitativo³, mas nem sempre existiu a necessidade de uma partilha alargada e de uma unificação da métrica temporal como hoje a conhecemos.

Como lembra Zerubavel (1982), no século XIX cada cidade e aldeia tinha a sua própria métrica temporal e este quadro só começou a ser perspectivado como problemático a partir de 1840 quando, com a emergência dos caminhos-de-ferro, a intercomunicabilidade entre cidades, aldeias e indivíduos aumentou exponencialmente. Este encurtamento das distâncias através dos caminhos-de-ferro, comprimindo tempo e espaço (Harvey, 1989)⁴, foi crucial para a construção de uma referência temporal comum a todos⁵. Mais tarde, podemos apontar a segunda vaga (Toffler, 1989) e a emergência de certos fenómenos como o *taylorismo*⁶ como fatores que vieram trazer uma maior necessidade quotidiana de gerir o tempo. Se a noção de tempo quantitativo vem desde tempos imemoriais, nas sociedades modernas a sua importância é cada vez maior, surgindo com maior ênfase a necessidade de segmentação temporal, mas também

³ Entendido como um sistema objetivo, partilhável, que segmenta e referencia o tempo.

⁴ A compressão do tempo e do espaço, ou seja, a diminuição do tempo percorrido em distâncias de grande dimensão em decorrência de avanços tecnológicos, nomeadamente na área dos transportes, é um conceito cunhado por Harvey (1989).

⁵ Como refere Zerubavel (1982).

⁶ Com base em Ritzer e Ryan (2011, p. 232), este é um método de gestão baseado no controlo da tarefa que permitiu aumentar a produtividade.

de unificação e partilha de um sistema objetivo comum a todos numa dada comunidade, tido como essencial para a organização da vida social.

Não obstante este movimento de unificação, por definição, o tempo é uma medida arbitrária das coisas, e de facto a vida social ao longo da história foi sendo organizada e regida por sistemas de tempo (quantitativo) diferentes. Concretizando este último aspeto, se nas sociedades ocidentais de cunho judaico-cristão está implementada uma semana de sete dias, já os romanos e o povo *Khasi* regiam-se por uma semana de oito dias⁷; por outro lado, o calendário chinês, um dos mais antigos do mundo, tem um ano de 354 dias e não de 365 como se encontra instituído nas sociedades contemporâneas ocidentais. Ou seja, a prova de que o tempo quantitativo é uma métrica variável e arbitrária (das coisas) encontra-se precisamente nos diferentes sistemas “que marcam o tempo” existentes. Mas como refere a definição antedita, “medida arbitrária das coisas”, o tempo mede e funda-se em “coisas”, nas suas referências sociais. O sistema de tempo adapta-se a eventos sociais, e neste sentido em Espanha implementou-se, até com força legislativa, “a hora da sesta” ou, *a contrario*, o facto de Nova Iorque ser conhecida como a “cidade que nunca dorme⁸” numa referência ao seu estilo de vida cosmopolita e de um tempo ininterrupto.

Do mesmo modo, genericamente, a cultura asiática valoriza mais as noções de aceitação, tranquilidade e de um tempo *slow paced*, por oposição ao imediatismo das culturas ocidentais. Por sua vez, a adaptação das horas no Verão e no Inverno tem por base a mudança da realidade física (pôr do sol)⁹, o que reflete também novas práticas sociais que daí advêm. Estas diferenças demonstram a influência da esfera social na construção da realidade temporal das comunidades e, daí decorrente, que a medição do tempo é, como se referiu, uma construção social surgindo

⁷ Exemplos referidos por Sorokin e Merton (1937).

⁸ Expressão idiomática com referência a Nova Iorque.

⁹ Um exemplo que Zerubavel (1982) refere e analisa com detalhe.

a montante de uma certa tangibilidade social à qual sempre remete. A métrica, independentemente de qual seja, mede sempre fenómenos sociais e estes têm o seu curso próprio num todo muito mais amplo e significativo do que o número. Seguindo esta lógica, podemos referir que existe uma vertente qualitativa e social do tempo, que está em linha com a cultura, práticas, valores sociais, assim como com modos particulares de interpretar e perspetivar o tempo.

Com efeito, já na Grécia antiga o tempo tinha duas dimensões representadas na mitologia pelos deuses *chronos*¹⁰ e *kairós*¹¹. O primeiro representa a linearidade existente entre passado, presente e futuro, uma medida objetiva que procura ser uma referência exterior. Já o segundo (*kairós*), pauta-se pela subjetividade, significa o “momento oportuno”, sendo que o que é oportuno agora, poderá não ser depois, e difere de indivíduo para indivíduo. Neste sentido, admitir que existe um tempo qualitativo pressupõe que a interpretação dos fenómenos naturais ou sociais adquire significados diferentes conforme a cultura, as circunstâncias, o espaço e os próprios atores que o percecionam. Se podem existir diferentes métodos e medidas no que se refere ao *chronos*, não menos é verdade que existirão diferentes interpretações no que se refere ao *kairós*. Aliás o tempo qualitativo, pela própria natureza das coisas, além de não ser passível de unificar, é ele muito mais diverso e multifacetado que o *chronos*. Isto porque não se trata de uma simples e abstrata medida do tempo, antes sim de percorrer toda a paisagem de significados, experiências, eventos, interações e conteúdos de um determinado espaço temporal, partindo da premissa que este é relativo, contextual, cultural, subjetivo e dessemelhante. E não será esta plêiade de significados tão díspares e tão ricos, merecedor da análise sociológica?

¹⁰ Sobre o *chronos* no âmbito da mitologia Grega (*vide* Ferreira & Arco-Verde, 2001, para mais detalhes).

¹¹ O dicionário Merriam-Webster define *kairos* como: “a time when conditions are right for the accomplishment of a crucial action: the opportune and decisive moment” (Merriam-Webster, 2020a).

Porém, o tempo sociológico, em linha com esta vertente qualitativa, tem sido objeto de escassa investigação no âmbito da sociologia, sendo, *grosso modo*, tratado como contexto e não como objeto, algo que Gasparini (1986, p.54) nota em tom crítico: “il tempo ha rappresentato per lo piu per i sociologi un mero elemento di sfondo, ovvio e non problematico, nei quale collocare elaborazioni teoriche e ricerche empiriche.”.¹² Em todo o caso, existem exceções que importa referir. O primeiro passo na direção de uma construção do tempo sociológico foi dado por Durkheim (1915), que perspetiva o tempo como uma categoria social, afastando este objeto de conceções puramente ontológicas ou filosóficas. As categorias emergem e baseiam-se em factos sociais¹³, sendo o tempo uma categoria social porque pretende “medir” uma série de movimentos\ritmos num determinado contexto. Como refere Ritzer (2011, p.102) a propósito da concepção teórica de Durkheim: “The Elementary Forms presents an argument for the social origin of six fundamental categories...essential to human understanding: time, space...Time comes from the rhythms of social life.”. O tempo vem assim de uma necessidade de “marcar” o ritmo da vida social.

Se Durkheim esboça uma aproximação/interesse da sociologia ao conceito de tempo, como que o destacando do tratamento abstrato que teve noutras disciplinas, só mais tarde, com o artigo seminal de Sorokin e Merton (1937), é que a perspetiva de tempo social (*kairós*) ficaria mais explícita e consolidada. Com efeito, os autores discorrem sobre a importância de um tempo social vincando as diferenças entre este e o tempo newtoniano (matemático, objetivo). Para esse desiderato, servem-se dos diferentes significados do tempo em economia¹⁴ ou na psicologia,

¹² Optou-se por manter a língua original nas citações diretas.

¹³ Segundo Ritzer (2011, p.77): “social facts are the social structures and cultural norms and values that are external to, and coercive of, actors.”.

¹⁴ Tendo em conta as durações longas dos ciclos económicos, como refere Samuelson e Nordhaus (2010).

entre outros exemplos, para precisamente realçar que ele é uma construção social, adaptando-se às necessidades de cada disciplina/objecto.

Se a conceção do tempo é variável e oriunda da esfera social, então, pela lógica, deve-se perspetivar uma vertente qualitativa - um *kairós*, como se mencionou antes. O *kairós* em Sorokin e Merton (1937) manifesta-se em referências sociais no decurso desse tempo, e os autores fornecem vários exemplos de expressões temporais¹⁵ com um significado muito mais abrangente que a designação numérica ou quantitativa. Talvez um dos contributos mais notáveis para a consolidação desta corrente de pensamento tenha vindo de Gurvitch (1964), que advoga a existência de tempos múltiplos. Com efeito, para este autor não faz sentido a unificação do tempo, mas sim compreender as infinitas particularidades dos vários tempos sociais existentes na sociedade que diferem consoante os grupos sociais, acabando o autor por propor uma classificação dos vários tempos sociais¹⁶ que identificou. Neste sentido, Costa (2004, p.77) dá conta de uma perspetiva em que o tempo qualitativo é variado, consoante o contexto e os atores: “Porque as significações do tempo são múltiplas, variadas e ricas em conteúdo, à sociologia caberia procurar descrever e compreender as diversas representações, os diferentes modelos temporais próprios de uma sociedade ou de um grupo em particular.”. A linha de pensamento destes autores é muito aquela que nesta tese também se advoga, pela construção (e uso) de um conceito de tempo social.

Ou seja, indagar sobre as significações do tempo em determinados contextos, procurando compreender as interpretações, as experiências, a subjetividade e todo um mundo de significações que vão muito para além de um mero sistema métrico. Com efeito, referir “a hora da sesta” traz consigo não só a referência do tempo quantitativo, mas uma significação muito mais vasta, que nos transporta para valores culturais, experiências, subjetividades e uma textura

¹⁵ E.g. "Shortly after the World War".

¹⁶ E.g., *enduring time*, *deceptive time*, *cyclical time*, discutidos com maior detalhe no capítulo 1.4.

que o número, sendo importante, é incapaz de fornecer. Não obstante, esta posição está longe de ser *mainstream* e consensual, sendo que alguns dos principais argumentos contra a perspetiva do tempo social podem ser subsumidos no seguinte trecho:

A major argument of supporters of the concept of social time is that it does not flow evenly. Such a claim can be difficult to prove...The concept of social time assumes that time is a human work...what is definitely not a human creation is time in terms of its objective, inevitable flow in the direction of the time arrow. (Subrt, 2015, p.340)

Procurando de forma sucinta rebater estes argumentos, parece ser evidente que na esfera social os factos ou eventos não se repetem a intervalos regulares, e que efetivamente o tempo é uma construção social, daí a possibilidade de várias métricas - conforme se referiu. Quanto à “inevitabilidade do tempo ser linear”, importa lembrar que este é culturalmente determinado e que por exemplo o povo aborígene não tem uma conceção linear do tempo (*vide* Janca & Bullen, 2003, para mais detalhes), e que mesmo nas *hard sciences* a linearidade é hoje alvo de discussão, conforme refere Dace (2018, p.321):

Despite our innate sense of time as unidirectional flow, scientific investigation compels us to consider the possibility that temporal passage is illusory. Every solution of a dynamical law is accompanied by a time-reversed solution...Moreover the laws of physics say nothing about our experience of time as a moving "now."

Podemos afirmar que existe um cenário social complexo de eventos e construções sociais - que o tempo quantitativo se limita a seguir e medir - que podem ser nomeados e interpretados de outras formas, nomeadamente por “simples” frases (e o seu significado)¹⁷ e não necessariamente por números.

¹⁷ Por exemplo, a frase “Na altura da grande depressão” remete-nos para 1929. Mas o significado que ela transmite é muito maior, desde logo que foi uma crise sem paralelo. Por sua vez, o número, *per se*, não significa nada, é pura abstração.

Assim, quanto ao que nos cabe, este argumentário não colhe, pelo que a noção qualitativa do tempo peca mais por um *déficit* de investigação que pela natureza ou adequação do conceito como objeto. Outro autor que preconiza a dimensão social do tempo é Elias (1989), que refere a existência de um tempo construído na esfera social, sendo simbólico de eventos ocorridos no quotidiano:

Queda mucho por hacer, pero no olvidemos que la Luna, que ha desaparecido como medio de medir el tiempo, prácticamente de la vida de los ciudadanos urbanizados de las naciones industriales, que padecen la presión del tiempo sin entenderla, fue antaño un mensajero gracias al cual los hombres pudieron a intervalos más o menos regulares fijar ciertos momentos en su vida social. (p.217)

O excerto de Elias refere o que foi antedito, a substituição de métodos arcaicos de medir o tempo, a exemplo o uso da Lua, por formas mais modernas sobretudo após a revolução industrial, dado existir, de forma mais enfática, uma necessidade de segmentação e planeamento do tempo. O autor explicita a noção base do tempo social, ou seja, que existe uma certa “fixação” do que é tangível, dos momentos ou eventos sociais por elementos simbólicos de medição e segmentação do tempo. É a tangibilidade social que define o tempo, este nasce para referenciar estes elementos, não o contrário. O nosso pensamento sustenta-se muito nesta perspetiva, que constitui a base e referência desta investigação. Mas então, impõe-se a pergunta: porquê estudar o tempo social no contexto de uma sala de espera de um SU (Serviço de Urgência)?

O que se advoga e será objeto de discussão ao longo deste trabalho é que neste *setting* existem particularidades que fazem com que exista neste lugar uma noção temporal diferente, muito própria deste lugar. De facto, somos levados a pensar que a um segmento de tempo tem que corresponder alguma atividade e, por contraposição, a “espera” surge como um “não-tempo”, uma suspensão temporal entre atividades, como a definição do Cambridge Dictionary

(2020a) refere: “to allow time to go by, especially while staying in one place without doing very much, until someone comes, until something that you are expecting happens or until you can do something”. Num olhar desatento, numa sala de espera de um SU apenas se observam pessoas sentadas, silêncio e passividade. Porém, retirado um certo sedimento que se encontra à superfície, munidos de um olhar mais atento para aquela realidade, veremos que este é um espaço repleto de complexidades e significados sociais que urge conhecer. É a (des) construção desta perspetiva da espera que em parte se objetiva realizar nesta tese, pois estudar a espera numas urgências hospitalares é investigar um microcosmos em ebulição da vida social, já que naquele contexto existe o encontro das mais variadas “gentes”, culturas e etnias¹⁸.

Por outro lado, a sala de espera de um SU é um lugar acessível a todos, independentemente da sua profissão, etnia, idade, ou *status* socioeconómico, todos ali acorrem nas situações de maior aflição. Esta democratização no acesso e a representação social das urgências do SU faz deste um local único, um *melting-pot* de pessoas muitas vezes vivenciando estados emocionais limite, que olham para as “urgências” como o último recurso. Existirão neste *setting*, atitudes, movimentos, discursos, interações, sons (ou a ausência deles) e também uma vida interior dos atores em termos de sentimentos e emoções¹⁹, que fazem de uma pequena sala de espera uma teia complexa de significações (Geertz, 2008), feita de um tempo muito próprio, por entre múltiplas manifestações, que só ali, naquele lugar em particular se experiencia. É este o racional que fundamenta a escolha do *setting*, que se distingue de tantas outras “esperas” e de outros tempos sociais. A opção por este *setting* foi tomada após incursões de carácter exploratório, observando e percebendo, *in loco*, a riqueza sociológica deste lugar.

¹⁸ Uma noção referida em trabalho preliminar (*vide* Paula, 2018, para mais detalhes).

¹⁹ Uma vertente cada vez mais importante na Sociologia, embora não constitua o nosso referencial nesta investigação (*vide* Stets, J., & Turner, J. H., 2006, para mais detalhes).

Outro argumento que justifica esta investigação prende-se com a complementaridade. Segundo Magalhães (2019), com base em dados disponibilizados pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde), entre 2017 e 2018 existiram 6.366.000 episódios de urgência um número que, *per se*, nos diz “pouco” acerca de toda a envolvência, experiência e significados da espera no SU. É precisamente neste ponto que surge a importância do estudo do *kairós* no contexto de um SU, já que o tempo, e mais especificamente a “espera”, tem sido focada sobretudo na perspetiva quantitativa²⁰, pelo que esta investigação vem complementar esses estudos, permitindo ver o outro lado dos números, atendendo a outras dimensões que não apenas o *chronos*. Em termos metodológicos optou-se pelo paradigma qualitativo, tendo este estudo um cunho etnográfico com recolha de dados através de observações *in loco* e entrevistas. Relativamente à estrutura, esta investigação encontra-se dividida em cinco partes, sendo que a primeira colhe um primeiro olhar etnográfico sobre as urgências e depois procura a sua integração em termos teóricos²¹. A segunda parte incide sobre o método, fundamentando e detalhando as opções metodológicas, e a terceira parte é centrada na análise etnográfica, descrevendo o que se observou no terreno. A quarta parte analisa o material empírico provindo das entrevistas, e a quinta parte, já de carácter conclusivo, sintetiza algumas melhorias ao nível da experiência na sala de espera do SU e apresenta as notas conclusivas.

Ao longo dos capítulos procura-se escarpelizar e relevar os componentes sociais da espera em contexto de SU, um objeto onde se entrecruzam várias dimensões, cumprindo, como se demonstrará, os critérios de Mauss (1966, p.76) acerca dos fenómenos sociais totais: “are at once legal, economic, religious, aesthetic, morphological and so on.”. Por fim, cabe referir os três objetivos gerais que guiam esta investigação sendo estes: integrar e relacionar os vários constructos envolvidos na espera, e neste concreto cabe lugar primeiro ao conceito de tempo

²⁰ E.g tempos de espera, número de episódios de urgência.

²¹ Que em rigor vai sendo realizada ao longo da tese.

social; em segundo lugar importa descrever e analisar a espera enquanto realidade objetiva, encontrando-se este segundo objetivo relacionado com a ida para o campo e as observações *in loco* tidas na sala de espera; por último objetiva-se compreender e analisar a espera enquanto realidade subjetiva e experienciada, estando este objetivo conexo com a 2ª fase de recolha de dados e subsequente análise do material empírico via entrevistas.

Por outras palavras, procura-se compreender o fenómeno do tempo social pela captura da experiência e dos significados de quem se encontra numa sala de espera num SU, recentrar e tratar a problemática à luz da análise sociológica, assim como propor uma nova tipologia tornando mais fina a análise e moldura do tempo proposta por Gurvitch (1964). Deste estudo emergirá uma moldura mais ampla da espera, que tem sido perspectivada sobretudo na vertente quantitativa, num olhar sobre um *setting* com especificidades próprias que esconde um complexo e intricado mundo de práticas sociais que importa conhecer e compreender. A sala de espera é, pois assim, uma pequena bolsa cultural onde sob um véu de passividade acontece tudo. É este véu que se pretende desocultar ao olhar para os detalhes, os símbolos, as pessoas, os objetos, os movimentos para daí retirar os sentidos de um lugar e de um objeto, ímpares na riqueza para a análise sociológica.

Parte I - Enquadramento Teórico e *Proof of Concept*

1.1. *Beginnings*: Onde Nada Acontece, Afinal Acontece Tudo

Este capítulo traduz as observações, ainda de carácter exploratório, na sala de espera do SU do HESE (Hospital do Espírito Santo, Évora), e foi com elas que gradualmente se foi consolidando a ideia de estudar este fenómeno neste local em particular. Estas observações totalizam cerca de 18 horas de observação na sala de espera nas urgências do HESE em 2017. De certa forma, esta introdução traduz as primeiras impressões tidas na sala de espera, sendo que, naturalmente, deste primeiro registo etnográfico transparece um tom mais impressionista. Este registo inicial tem a vantagem de dar ao leitor um olhar sobre o ambiente da sala de espera do SU, para de algum modo perceber se este é um *setting* e um objeto que importa analisar. Desde logo, foram identificados elementos relevantes para a análise sociológica, seja referente às formas de esperar ou à intersecção de alguns conceitos sociológicos. Porém, ainda antes de entrarmos na descrição, importa referir um artigo (de um periódico) que descreve bem o ambiente de uma sala de espera de umas urgências hospitalares. Os periódicos são uma excelente fonte de informação, embora não científica, para compreender a importância e o impacto da sala de espera das urgências no público em geral.

Neste sentido, Silva (2019) descreve uma experiência de “20 horas inacreditáveis numa urgência”, e sobressai um *setting* caótico, uma “panela de pressão”, profissionais de saúde “no limite” e “queixas” que não dão em nada. Descreve-se um mundo em que o acaso comanda, antevê-se as macas acumuladas que estão no imaginário de cada um, a falta de privacidade, e

para quem espera, um tempo que não acaba. De facto, todo o artigo perpassa uma certa incerteza do tempo de atendimento o que agrava o “desespero”²² de quem espera. Em grande parte, alguns dos aspetos que se apuraram ao longo desta investigação, são também aqueles que são descritos neste e noutros relatos.

Quando se espera existe uma teia de complexidades que talvez escapem ao olhar destreinado, onde se encontram subjacentes relações, interações, subjetividades e práticas próprias de quem espera. O tempo (social) enquanto se espera joga-se muito na subjetividade (i.e.²³ introspeção), mas também na intersubjetividade, com os outros. Com efeito, “as esperas” observadas pelo autor na sala de espera, revelam não um quadro de sujeitos passivos, mas antes o cruzar destas subjetividades, com rituais, diálogos e interação. Na sua maioria são familiares que anseiam pela informação, que tecem comentários entre si e opinam sobre a demora no atendimento. Existe um mundo de interações entre atores, num contexto onde à partida se esperava um “deserto social”, e talvez por isso este tenha sido um objeto e um contexto *overlooked*²⁴. Na sala de espera do SU, existem interações, à partida até de cunho cooperativo, mas existe também uma oposição de quem espera, a todos os outros (i.e. profissionais) que cuidam – isso é notório para quem se senta à espera. Quem se encontra ali sentado sente-se como que fazendo parte de um público a quem é prestado um serviço demorado, porém muitas vezes incompreendido nas suas mais variadas complexidades²⁵.

Desde logo, na sala das urgências é possível observar o anseio pela informação, e embora existam horários predefinidos em que os administrativos transmitem informações, ouve-se

²² Nesta investigação aquando do recorte empírico, o “desespero” é também uma palavra crucial para definir o que se sente à espera no SU.

²³ *Id Est.*

²⁴ No sentido em que o Cambridge Dictionary (2020b) também lhe confere: “to fail to notice or consider something or someone”.

²⁵ Em parte este *insight* advém do facto do investigador ser também profissional de saúde.

amiúde que “não se sabe nada...não dizem nada”. A falta de informação parece prolongar a espera, aumenta a angústia, e faz dela uma experiência subjetivamente vivenciada como dilatada. Existem também diferentes modos de lidar com a espera. Neste concreto, destaca-se a passividade perante a norma e a crença na ciência médica que a maior parte de quem espera evidencia. Estes utentes integram formas de aceitação que mesclam rostos angustiados com a passividade de quem ignora procedimentos, técnicas e saber especializado. Mas há os que se arriscam questionar, dessacralizando a ciência e fugindo ao seu domínio. No segundo dia de observação, pelas 18:00 ouve-se alguém que vem “lá de dentro”: “Ainda não lhe puseram soro, nem fizeram exames.”. Para quem espera o “soro” e o “exame” revestem-se de uma enorme significância, sendo o exame o meio através do qual se consegue o diagnóstico. Por sua vez, o soro está ligado à cura, aliás o “soro” é uma palavra muito ouvida na sala de espera, como que se tranquilizam os que esperam (no caso familiares) se o doente já estiver a soro. O significado do soro a correr é quase equivalente ao de uma cura anunciada e de uma certa esperança no futuro.

Ao quinto dia de observação pelas 8:00 ouve-se ao longe: “Não se sabe o que tem. Tem febre, mas não sabem o que é. Os filhos estão na internet a ver o que é”. Constata-se a importância da “nomenclatura” da patologia, que aqui se tenta chegar através do saber instantâneo da internet, retirando algum poder e domínio que a ciência médica, sacrossanta, sempre teve. O tempo, neste contexto, parece estar sempre dilatado pelas emoções, e objetivamente pode ser reduzido, mas quase sempre é experienciado como longo e demorado, pois vive-se na incerteza, risco e inconstância do “não saber”. Quase sempre não se compreende o porquê da “espera” e da falta de informação, o que amiúde origina reclamações. A informação, aliás, é exigida e é entendida como um direito. Em certa medida é-o legitimamente,

noutra nem tanto, pois dependerá do tipo de informação²⁶, da relação e grau de parentesco com o doente. Mas o “não saber o que se passa lá dentro” é muitas vezes percecionado como um muro que não se consegue transpor. Por outro lado, humanizar cuidados, é trazer, tanto quanto possível, a plêiade de cuidadores informais, amigos e familiares ao processo terapêutico, respeitando os devidos limites, o que nem sempre é bem conseguido. Assim, neste microcosmo da sala de espera, essa subjetividade que cada um dá ao tempo e à espera, atribuindo-lhe significâncias e interpretações próprias, chocam com a necessidade de outros tempos, de outros sistemas, nomeadamente o tempo próprio da ciência, dos procedimentos, da técnica.

Ao sétimo dia observou-se durante cerca de duas horas o comportamento de indivíduos da etnia cigana. À observação, desde logo se nota que são em número elevado, aglomeram-se, falam entre eles, tendem a esperar de pé e até a sair para o exterior onde transmitem informações a um grupo mais alargado. É uma espera menos passiva quando comparada com a dos demais. A espera, sempre em grande número e com bastante movimento, revela a importância da família e o agir desta como um todo, muito mais do que nas “ilhas familiares ocidentais” (tantas vezes, individuais e monoparentais). O clã é bem perceptível na espera dos indivíduos de etnia cigana, nunca é uma espera solitária ao contrário dos demais que normalmente ali se encontram. A preferência pela espera no exterior, essa integra manifestamente elementos culturais²⁷ da sua vivência, nomeadamente o nomadismo e talvez um certo repúdio à instituição hospitalar²⁸.

Observam-se diferentes formas de esperar, alguns de fato, mostram-se cordiais e parecem sentir-se à vontade, numa igualdade de *status*, para “ir lá dentro” obter informações. Quanto às

²⁶ À informação clínica cabe o dever de sigilo.

²⁷ Kendall (2012, p.42) define cultura como: “the knowledge, language, values, customs, and material objects that are passed from person to person and from one generation to the next in a human group or society”.

²⁸ Por exemplo, é frequente as famílias ciganas levarem comida de fora aos seus familiares quando se encontram internados, em alguns casos por acreditarem que a comida do hospital, vinda do mesmo local onde se tratam as doenças, poderá ser impura.

práticas sociais, há os que se encontram sempre ao telefone, como que continuando uma atividade profissional agitada que deixaram para estar “à espera”. O telefone, de tanto utilizado, parece ser um refúgio do “tempo interminável”, mas também um meio para contactar amigos e família. Outros, sempre de pé, andam de um lado para o outro, “passando o tempo” – o movimento é efetivamente parte importante da espera.

Por este breve quadro, uma observação de acaso e de cariz preliminar, parece existir material empírico suficiente para investigações mais alargadas e profundas. Algumas destas observações vão precisamente ao encontro do que refere Araújo (2012, p.21):

Os processos de estratificação social são bem explícitos no que concerne ao jogo de esperas entre estratos sociais e a importância dessas esperas físicas (lugares de centro e de periferia) na definição do relacionamento social e determinação dos patamares de legitimação de comportamentos sociais.

Com efeito, observa-se na sala de espera uma complexa teia de interações, e ainda que tenha no geral uma frequência e intensidade diminutas, o que se explica pelas especificidades contextuais, são recortes muito relevantes do ponto de vista sociológico. Desde logo, ao entrar na sala de espera existe um silêncio imposto socialmente, não obstante se ouça falar aqui e ali. Por outro lado, na sala de espera todos se observam muito uns aos outros, procurando saber a ordem da fila ao olhar para a cor da pulseira: “estará à minha frente?”²⁹.

O referencial teórico principal desta tese, em parte, é constituído pelo paradigma das mobilidades, porque a espera implica movimento, não só entre o “ir” e o “chegar”, nessa função de charneira que também tem, mas mesmo enquanto se espera pois a espera sentada e quieta, neste *setting* em particular, muitas vezes não acontece. O paradigma das mobilidades desde logo atrai porque se foca em objetos diferentes, multifacetados, mas, sobretudo pela adequação

²⁹ Todas estas premissas preliminares foram corroboradas pelo material empírico.

ao *setting* e ao objeto, pois o foco dos estudos inseridos nesta linha é muitas vezes para estes locais de passagem, improváveis à partida para o estudo sociológico, o que permite descobrir novas realidades. Não obstante, é inevitável referir o interacionismo simbólico que Kendall (2012, p.67) define do seguinte modo:

From this perspective, people create, maintain, and modify culture as they go about their everyday activities. Symbols make communication with others possible because they provide us with shared meanings. According to some symbolic interactionists, people continually negotiate their social realities.

Por exemplo, o silêncio que se referiu é aqui carregado de simbolismo, conexo com um respeito pelo hospital, pelos mais vulneráveis, e este “peso” sente-se assim que se entra, percebe-se imediatamente que neste local não se deve falar em tom de voz alto. Os comportamentos adequados ao *setting* são assim objeto de uma coerção social, e neste concreto o silêncio constitui-se como uma norma social. Neste sentido, de tentar aduzir mais comportamentos reprovados socialmente, vale a pena lembrar os elementos da comunicação não-verbal conforme refere Kendall (2012, p.131), a saber: o contacto visual, expressão facial, toque e espaço pessoal. Destes, a destacar o contacto visual, pois nunca é mantido durante muito tempo quando se olha para alguém, certamente nunca por mais de alguns segundos, o que seria um sinal de desrespeito pela pessoa e a situação de sofrimento que está a passar. Na sala de espera do SU, quando os olhos de ambos os atores se encontram, é natural alguém desviar o olhar, como que a evitar olhar para o sofrimento alheio. Este é um aspeto que denota, em parte, a falta de privacidade que se faz sentir nesta e noutras salas de espera do SU, pois o facto de quem espera se encontrar triste ou angustiado numa sala com estranhos, é bem revelador deste aspeto³⁰.

³⁰ Esta questão foi muito focada\corroborada pelos sujeitos informantes, em análise na parte III.

Quanto à expressão facial, os olhares são quase sempre “rápidos, tristes, cabisbaixos” - olha-se muito para o chão como que a assinalar o desespero. O toque é, obviamente uma violação do espaço pessoal, pelo que só nos ajuntamentos de conhecidos que trocam palavras entre si é que se observam “gestos que tocam”. Todas as dinâmicas da sala de espera estão sob o olhar atento dos administrativos por detrás das janelas em acrílico, como que policiando o espaço. Por este breve capítulo de carácter introdutório procurou-se uma imersão no que se pode observar na sala de espera, mas também já algumas relações conceptuais, objetivando que este primeiro olhar sobre o espaço e o objeto, faça despertar o interesse e a curiosidade sociológica pelas dinâmicas na sala de espera.

1.2. Sala de Espera das Urgências: um *Underdog* Sociológico?

Um *underdog* é uma expressão inglesa que se utiliza para designar uma pessoa ou situação que *a priori* tem menos probabilidades de vencer (Cambridge Dictionary, 2019c). Pode-se fazer um paralelismo entre este conceito e o fato de se ter escolhido a espera numa sala de espera de um SU como objeto e *setting* a analisar, pois num primeiro olhar, analisar este contexto onde se encontram várias pessoas sentadas à espera, que interesse sociológico/científico poderá ter? Se no capítulo anterior foi realizada uma breve imersão naquilo que se pode observar enquanto à espera no SU, neste capítulo iremos relacionar a temática com conceitos sociológicos e assim começar por destacar a relevância científica/sociológica deste objeto. Os conceitos abordados nesta fase inicial são utilizados de forma implícita ou explícita ao longo da tese, daí a importância de serem tratados nesta fase inicial. O primeiro desses conceitos é a “espera” que, como se referiu na introdução, deriva de um conceito mais abrangente, o tempo, que por sua vez se subdivide em tempo quantitativo e qualitativo³¹. A espera encontra-se inclusa no conceito de tempo, porém, paradoxalmente, o sentido que lhe é dado nas sociedades modernas é o de um “não-tempo”, uma suspensão temporal que liga um “antes” e um “depois”, ou no caso concreto “a chegada” e a “partida”.

Assim, a espera corresponde ao tempo que medeia estas duas atividades, um tempo que antecede o objetivo, que não se encontra associado a uma atividade, tarefa ou ação sendo por

³¹ Quanto a este conceito em particular, que guia a investigação, além de se ter feito referência na introdução, este é desenvolvido e objeto de discussão ao longo desta investigação.

isso tempo improdutivo. Se analisarmos o que referem os dicionários Priberam (n.d b), temos que a espera tem os seguintes significados:

1. Ato de esperar.; 2. Ponto ou local onde se espera ou aguarda algo ou alguém.; 3. Posição ou situação para atacar ou surpreender alguém. = CILADA, EMBOSCADA; 4. Processo de caça em que o caçador aguarda parado os animais a caçar (ex.: *caça de espera*).; 5. Período em que se espera ou aguarda algo ou alguém (ex.: *a espera não foi longa*).; 6. Prazo marcado como concessão ao cumprimento de uma obrigação.

Portanto, esperar é essencialmente perspetivado como um período de pausa, digamos assim, e muito do que a empiria nos diz e o que se desenvolve acerca da espera neste contexto é que efetivamente a espera possui vários tipos de ação social (Weber, 1978) e significados, pelo que não corresponde ao conceito árido a que a sua definição “pura” nos leva a pensar. Mesmo a função relacional de dois momentos temporais, um “antes” e um “depois”, já ele possui grande significância social pois a espera apresenta-se como construtora e intermediária desses momentos, e assim pode influenciá-los. No caso da espera no SU, é bastante notório este aspecto, já que a percepção “positiva” ou “negativa” da espera influencia sobremaneira o atendimento - ou seja o “depois”. Esperar não é assim um ato inócuo, é um momento necessário, preparatório e fulcral, é um tempo de antevisão e planeamento.

No caso concreto da espera no SU, se fizermos o enquadramento com a definição que Weber (1978) propõe de ação social, facilmente concluímos que esta é desde logo intencional e onde a comunicação com outros é essencial (e.g doentes, profissionais, família), sendo estas as características que o autor adianta. Se a espera é uma ação social, em termos dos subtipos de ação social, este é sempre um momento (e ação social) emocional, pois quem espera neste contexto acaba inevitavelmente, em maior ou menor medida, por acabar por entrar num

turbilhão de sentimentos (tendencialmente negativos) acerca de si ou familiares³². Por outro lado, a espera também é uma ação social racional, pois objetiva e tem como expectativa a cura da doença ou incapacidade, assim como é mediada por uma série de valores que se encontram presentes na formação das filas e critérios de atendimento³³. Por outro lado, a espera, ou a forma de esperar, também se encontra conexa com um quarto subtipo de ação social, a tradicional, em que as formas de esperar são motivadas e enquadradas por valores e costumes, o que é visível sobretudo na espera dos indivíduos de etnia cigana.

Mas se a espera poderá parecer mais dinâmica no povo cigano, nos demais, ela não deixa de estar ligada ao movimento, à comunicação, à interação e também à introspecção. É esta vertente da espera, acedida pela perspectiva do tempo social, que aqui se pretende (des) construir. Existem, portanto, laços ou interações com frequência e intensidade diminutas, o que se explica pelas especificidades contextuais, ainda assim não menos é verdade que existem interações sociologicamente relevantes neste grupo de pessoas. Contudo, será que podemos designar quem se encontra à espera no SU como um grupo social? Segundo Macionis (2012, p.146), globalmente um grupo social apresenta as seguintes características:

Human beings come together in couples, families, circles of friends, churches, clubs, businesses, neighborhoods, and large organizations. Whatever the form, a group is made up of people with shared experiences, loyalties, and interests. In short, while keeping their individuality, members of social groups also think of themselves as a special «we.».

Assim, considerando os indivíduos que se encontram na sala de espera do SU como um todo, estes não possuem estas características base, desde logo uma ação unificada para atingir um objetivo comum e não existe assim o funcionamento como grupo. Mas, como se irá demonstrar, existem interações e partilhas de experiências, embora em grau diminuto, e até, em certos

³² No mínimo haverá preocupação, e em casos mais extremos angústia e desespero.

³³ Discutidos com maior detalhe no capítulo 4.1.4.

momentos, uma partilha de um certo sentido de (pré?) “nós” entre os atores que esperam. Não será tanto como o existente em grupos primários (Cooley, 1909), nem adquire a estrutura de um grupo secundário, pois não existirá um objetivo comum ao grupo, mas existe em certa medida, uma partilha entre os que ali estão, um respeito, uma solidariedade, um certo sentido de comunidade, entre os que esperam. Por sua vez, Hughes e Kroehler (2011, p.59), referem que a definição de grupo social é aquela em que: “Sociologists define a group as two or more people who are bound together in relatively stable patterns of social interaction and who share a feeling of unity”.

Não existe na sala de urgência “lealdades”, nem interesses comuns entre os utentes, mas aqui e ali existem experiências que se partilham, existem identidades heterogéneas dos muitos que ali estão, mas que se unificam em certa medida, e em certos momentos, no motivo que ali os trouxe. E o motivo é invariavelmente uma doença, mais ou menos grave, mas que tende a despertar sentimentos de vulnerabilidade e solidariedade entre os que se encontram nessa situação. Não obstante, em rigor, os utentes que esperam na sala de espera enquadram-se no conceito de agregado social:

An aggregate is simply a collection of anonymous individuals who are in one place at the same time, such as shoppers in a mall or individuals waiting in line for football tickets. Individuals shift in and out of an aggregate rather easily and frequently. Because the people in aggregates interact with one another only transiently and temporarily, patterns of social ordering in the are short-lived. However, this quality should not lead us to dismiss aggregates as inconsequential. (Hughes & Kroehler, 2011, p.59)

Assim, existe na sala de espera um agregado social que consiste num público composto pelos utentes do hospital e é esta categoria social que permite enquadrar e classificar os seus membros. Dentro desta categoria (agregado social, público), existirão dois tipos de utentes, podendo estes ser doentes ou acompanhantes. Embora estejamos a lidar com um agregado

social e dois tipos de utentes, sendo assim este público bastante heterogéneo, pouco coeso e sem objetivos comuns, existe ali um certo *ethos*³⁴ partilhado, com um grau evidentemente menor do existente nos grupos sociais estruturados.

O conteúdo deste *ethos* relaciona-se com as normas que devem ser seguidas na sala de espera (e.g silêncio), além de que a espera tem um motivo comum a todos os utentes, pelo que estes fatores irão implicar (alguma) coesão. Ritzer e Ryan (2011, p.273), referindo-se às multidões referem num sentimento temporário de coesão:

Crowds are a special type of collectivity that brings individuals together in the same location at the same time. Some crowds can share a focus of attention that can produce a temporary feeling of cohesion. Workers, shoppers, and tourists who overflow city street at closing time are a crowd whose members display a rudimentary form of social organization in which individuals will generally keep both bodily and eye contact to a respectful minimum as they maneuver along crowded sidewalks.

Também o estudo de Goffman (1961), aponta solidariedades e partilhas entre doentes numa ala psiquiátrica, e este também não é um “grupo” com objetivos comuns, porque embora o grau de fechamento e o tempo de permanência seja menor na sala de espera (e esta efemeridade resulta numa diminuição das interações), existe em ambos os casos uma grande concentração de atores num mesmo espaço o que tende a fomentar a interação. Neste sentido, refere Goffman (1961, p.59):

In addition to fraternalization among all inmates there is likely to be bond formation of a more differentiating kind. Sometimes special solidarities extend throughout a- physically closed region, such as a ward or cottage, whose inhabitants perceive they are being administered as a single unit, and hence have a lively sense of common fate.

³⁴ Definido pelos Cambridge Dictionary (2020d) como: “the set of beliefs, ideas, etc. about the behaviour and relationships of a person or group”.

Como o motivo que os une é um quadro agudo de doença, dos próprios ou familiares, rareiam entre os utentes relações de competitividade, e tende a existir um respeito, compreensão e solidariedade pelo outro, dadas as situações extremas de angústia, sofrimento e preocupação que todos ali vivenciam. Este elo comum faz com que existam momentos de sublevação quando alguns reclamam, que são apoiados por outros, ou seja, as individualidades tornam-se num agregado social com maior apego entre os membros³⁵.

Em rigor, este maior apego não transforma o público numa multidão, onde a *irracionalidade das massas* predomina, mas existe certamente a passagem da individualidade para um agregado com maior união, melhor definido por um *lively sense of common fate* (em certos momentos), não obstante não se tratar de um grupo social *stricto sensu*. Em muitos aspetos, este é um mundo simbólico, pelo que o autor anteriormente referido, Goffman (1959), se torna importante para compreender a espera dado que este se insere no interacionismo simbólico. Trata-se de uma corrente sociológica que estabelece, *grosso modo*, que à vida social está subjacente uma plêiade de símbolos aquando da interação social, e o foco desta corrente encontra-se na interpretação que cada um faz dessa mesma interação (Ritzer & Ryan, 2011, p.36). Efetivamente, a sala de espera é um mundo rico em interpretações simbólicas, desde logo porque todos ali se observam uns aos outros – a isso convida a disposição da sala e o estar sentado, sem “nada para fazer”. E tal como o recluso que estreita relações com os seus companheiros de cela, na sala de espera das urgências do SU existe, aqui e ali, uma empatia mútua por esse sentido de *common fate* que Goffman refere, incorporado no que de mais nobre tem o ser humano, a noção de civilidade.

Assim, existe na sala de espera essa noção funda de civilidade e urbanidade, onde com grande probabilidade todos um dia irão³⁶, e onde todos, em maior ou menor grau, sofrem. A esta civilidade traduzida na forma de esperar, *grosso modo*, ordeira em que se cumprem as

³⁵ Este ponto também veio a ser corroborado pela empiria.

³⁶ Na qualidade de doentes ou acompanhantes.

normas sociais respeitantes à sala, encontra-se subjacente o processo de socialização que Ritzer e Ryan (2011, p.588) definem como:

a process of role learning by which people adopt prescribed orientations to life which limit the ends to which they aspire and the means they use to achieve them. From this perspective, socialization is the imprint-ing of cultural patterns on personalities and a major means of integrating people into the patterns that constitute society's institutions. This is a deep process leading people to treat external values and norms as definitive of their identity.

Ou seja, o processo de socialização surge como um processo contínuo, que visa integrar os indivíduos na sociedade obrigando a uma *compliance* das normas sociais. Neste sentido, é possível na sala de espera observar formas de esperar que traduzem *deficits* ao nível do processo de socialização, cujo exemplo serão alguns indivíduos de etnia cigana. Com efeito, regra geral, o povo cigano vive existe mais para “dentro” do clã, em detrimento de procurarem um certo enquadramento na sociedade em que se inserem. Esta atitude é explicada por valores culturais diferentes, pelo seu isolacionismo típico e estilo de vida nómada.

Deste modo, a expectativa de corresponder a certas normas, e o feedback/validação de outros indivíduos, ou a necessidade de conformidade são aqui mais atenuadas, como refere Stryker (2006, p.220):

Persons are visualized as automatons who simply accept and reflect social norms they have been socialized to adopt. Their motivations are the result of internalizing norms via socialization and conformity to these norms that come from self-esteem derived from the positive feedback from others for conformity.

Assim, na generalidade, os indivíduos de etnia cigana são reconhecidos pela menor adesão ou recusa em seguir algumas normas sociais da cultura hegemónica, e isso é visível na sala de espera. Por comparação a essa, dentro deste grupo, foi possível observar uma espera mais desordenada, mais movimentada, mais numerosa, uso frequente de um tom de voz alto, em

lugares diferentes, seja “lá fora”, seja “lá dentro”, o que em certa medida entra em conflito com a norma social vigente, o *ethos* da sala de espera. O processo de socialização tem paralelismos com outros conceitos, nomeadamente com o conceito de *habitus* desenvolvido por Bourdieu (vide Johnson, 2008, p.299, para mais detalhes). Com efeito, Bourdieu (1995, p.72) define o *habitus* como: “dialectic of the internalization of externality and the externalization of internality”. Ou seja, servindo-nos do exemplo acima descrito, existe a internalização de normas como o silêncio na sala de espera, um efeito da socialização, e esse comportamento reproduz-se nas práticas sociais, influenciando outros a segui-lo.

Assim, esta modelação (Bandura, 1977), estrutura a forma adequada de esperar na sala de espera, e vai criar esquemas e predisposições para que o indivíduo se comporte sempre assim em lugares análogos. Portanto o ambiente, a estrutura, informa e condiciona o comportamento do indivíduo, daí a dialética entre estrutura e agência³⁷ – um influencia o outro. Um dos autores que explica e conceptualiza melhor esta questão é Giddens (2009), que faz uso de uma analogia muito adequada a este objeto, comparando a estrutura a uma sala, onde existem paredes e portas que constroem a ação dos atores, porém o mesmo autor destriça entre este constrangimento e um determinismo, sendo que a ação pode estar constrangida, mas em última análise nunca será dotada de um rigidez total - existem relações dialéticas e não dualidades intransponíveis³⁸. No caso concreto da sala de espera, existem regras sociais (tácitas e explícitas), mas é a sua *compliance* que dita a medida em que estas constroem a ação. O silêncio, os olhares, o tom de voz, o movimento, são exemplos de ações com várias graduações e serão, mais ou menos reprovados pelos atores, pelo que são um exemplo de agência mas também da estruturação.

³⁷ Segundo Ritzer & Ryan (2011, p.8), “Agency is the faculty for action... Action is contingent; behavior is necessary. An actor can act, but also not, and can also act in different ways.”.

³⁸ “Societies, communities or groups only have 'structure' insofar as people behave in regular and fairly predictable ways. On the other hand, 'action' is only possible because each of us, as an individual, possesses an enormous amount of socially structured knowledge” (Giddens, 2009, p.89).

Voltando a Bourdieu (1995), outro conceito central neste autor é o de campo, que neste caso será a sala de espera, onde os atores têm ações segundo regras pré-definidas pela “estrutura”, ou seja não podem passar da porta que dá acesso à sala “pequena” onde se encontram os doentes triados³⁹, têm que manter o silêncio, não podem fumar dentro da sala, entre outras. Seguindo estas regras, explícitas e tácitas, toda a ação é possível. Para compreender melhor o conceito de campo deixa-se um excerto do manual de Ritzer (2011, p.535):

He saw these fields as a series of positions in which a variety of «games» are undertaken. The actions taken by the agents (individual or collective) who occupy specific positions are governed by the structure of the field, the nature of the positions, and the interests associated with them. However, it is also a game that involves self-positioning and the use of a wide range of strategies to allow one to excel at the game. Taste is an opportunity both to experience and to assert one's position within the field.

Por exemplo, os administrativos ou os assistentes operacionais, quando se dirigem à sala para pedir que haja menos barulho, estão a ter o papel de árbitros neste campo em particular. A ordem que emitem define, em certa medida, o seu posicionamento no campo, num *status* superior ao dos utentes.

Estes árbitros exercem assim o seu capital simbólico. A noção de capital é central em Bourdieu (*apud* Giddens, 2009, p.459) que a este respeito refere que “identifies four forms of 'capital' that characterize class position...”, ou seja, deixa a visão estática de classe baseada no marxismo e avança para uma conceção com quatro tipos de capital: cultural, económico, social e simbólico. O capital cultural encontra-se diretamente relacionado com a formação académica, o gosto pelas artes, etc. O capital económico relaciona-se com a quantidade de dinheiro de um determinado agente; o capital social com os seus contactos sociais, e o capital simbólico com a

³⁹ Comummente designada por “porta da triagem”.

reputação que este tem. Todos estes tipos de capitais são passíveis de interligação e conferem vantagens aos atores inseridos num determinado campo. O capital simbólico encontra-se, ainda hoje, muito concentrado na figura do médico, que ocupa neste campo (i.e sala de espera) a posição ou *status* mais elevado.

De facto, existe uma realidade paradoxal, existe um certo poder que deriva deste capital simbólico, daqueles que se encontram envolvidos no “processo de cura”, mas é um poder ou *status* cada vez mais escrutinável e escrutinado, por vezes até posto em causa, donde surgem relações de oposição e conflito. Esta questão conduz-nos a outro conceito omnipresente na espera neste *setting* em particular: o biopoder. O conceito de biopoder (Foucault, 1975; Foucault, Senellart, & Collège de France., 2008) está relacionado com a utilização de vários “dispositivos”, seja orientações, técnicas, políticas, que objetivam balizar e a orientar o comportamento num certo sentido, encontrando-se conexo com práticas próprias da saúde pública. Como refere Silva (2018, p.865):

Foucault demonstra o equívoco de se pensar o poder como repressivo, que diz «não», que impõe limitações. O poder disciplinar produz conhecimento e corpos submissos, o biopoder se encarrega da vida, daquilo que a ameaça, é um poder que se apropria dos processos biológicos para controlá-los e modificá-los.

O poder em Foucault surge com um significado diferente, pois não existe centralidade e emanção de ordens, existe antes um controlo das massas não tanto através de algo que se identifica como hierarquicamente superior, mas antes pelo implícito. É possível controlar as populações através de diretrizes que não são imediatamente interiorizadas como “poder”, e tendo esta natureza, algo que se impõe sem imposição, porventura o controlo é ainda maior. No caso da sala de espera é possível descortinar um sistema de disposições, desde a sinalética, ao normativo e à disposição da própria sala, que está pensada para induzir um certo formato comportamental. Neste sentido, a referir a investigação de Schildermans e Vlieghe (2018), cujo

setting é uma sala de espera de um consultório para crianças dos 0 aos 3 anos, e em que se faz a relação de alguns aspetos da sala⁴⁰ com a noção de biopoder.

Com efeito, as conversas informais que os pais têm entre si, os *posters* e outros materiais informativos constituem-se como disposições não imediatamente conscientes, mas que induzem os indivíduos (pais) a um certo comportamento preconizado pelas orientações gerais do estado, nomeadamente a vacinação, uma alimentação racional, entre outros. Existem, como se demonstrará, estes aspetos na sala de espera, mais vocacionados para a orientação comportamental, mas que poderiam ser melhorados na linha de providenciar mais informação sobre várias questões enquanto se espera⁴¹. Se no capítulo anterior se faz uma breve imersão do que se pode observar numa sala de espera, neste capítulo fica patente que a espera é um objeto multifacetado passível de análise através de inúmeros conceitos de carácter sociológico.

⁴⁰ Aspetos que no conceito de tempo social designamos como materialidades.

⁴¹ Questões discutidas com maior detalhe no capítulo 5.1.

1.3. Apontamentos Sobre (I) Mobilidades

A linha de estudo das mobilidades está muito associada ao advento da tecnologia e à crescente mobilidade das pessoas, informação, objetos, às práticas, aos símbolos e a toda uma teia de significação que lhe está subjacente. De facto, se seguirmos a definição do Merriam-Webster (2020b), a mobilidade envolve deslocação de um ponto para outro, e esta lente surge por contraste a abordagens mais “estáticas” da análise sociológica das relações interpessoais, grupos, organizações ou estados. Trata-se de uma nova perspetiva que surgiu de estudos que tiveram origem há cerca de uma década, e que acarreta novas metodologias e modelos teóricos, daí que se discuta se de facto estamos perante um novo paradigma (Sheller & Urry, 2006)⁴². Para além de um *corpus* e método diferentes, diremos que é sobretudo a forma de “olhar” que se distingue das demais, pois aborda objetos que até então tinham de alguma forma sido preteridos em favor de conceções mais estáticas: grupos, organizações, estados. Esta abordagem esteve primeiramente muito ligada ao estudo dos transportes e do turismo, com foco na deslocação das grandes massas e tem vindo a caminhar paulatinamente para estudos micro sociológicos dos quais este é um exemplo.

Com efeito, estudar o que é “móvel” é crucial para uma compreensão cabal da contemporaneidade líquida (Bauman, 2005). Nesta linha, referem Sheller e Urry (2006) que existem cerca de 700 milhões de viajantes “legais”, por comparação a 25 milhões em 1950. Estes números têm que ser contextualizados à luz da data deste artigo – atualmente serão

⁴² Este autor, entre outros, advoga uma Sociologia do Tempo, uma vertente da Sociologia dedicada ao estudo do tempo social (*vide* Urry, 2002, para mais detalhes).

certamente muitos mais. Por sua vez, Costa (2016, p.5) refere que “em 2014, cerca de 4,14 milhões de residentes em Portugal, 39,8% da população residente, efetuaram pelo menos uma viagem turística”. Dados mais recentes da World Tourism Organization (2018), indicam existir 1,322 milhões de turistas em 2017, números que mostram o impacto e importância do estudo das mobilidades que no seu ADN (Ácido Desoxirribonucleico) tem este “olhar” direcionado para os “pequenos” (e.g movimento pedestral), e “grandes” movimentos de pessoas (e.g refugiados), objetos e informação, dentro e além-fronteiras. Porém, o paradigma das mobilidades não pode estar inteiramente dependente de uma perspetiva tendencialmente macro, pois, como refere Kalir (2012, p.324) “Yet it is precisely this hypermobility, characteristic of Tseng’s generation, that leads me to think that my project’s success has been severely contained by a mobilities paradigm that strongly directs our attention to those who cross national borders”.

O que Kalir, em certa medida, nota é que uma certa “fixação” de alguns estudos dentro das mobilidades no que são os “grandes movimentos”, poderá desviar-nos de outras realidades riquíssimas do ponto de vista sociológico, nomeadamente os *settings* onde ocorrem os “pequenos movimentos”, como uma sala de espera de um SU. Com efeito, existirá tanta “mobilidade” numa sala de espera como existe num aeroporto ou numa estação de comboios, não só porque existe movimento de pessoas, objetos e informação, mas também porque existe o seu oposto: a imobilidade. Assim, pode-se afirmar que a linha de estudo das mobilidades surge como referencial teórico deste estudo desde logo pelo objeto, pois na espera é possível observar o binómio mobilidade-imobilidade⁴³, mas também pelo *setting*, um lugar repleto de movimentos e do seu contrário. De facto, como referem Hannam, Sheller e Urry (2006): “There is no linear increase in fluidity without extensive systems of immobility”, pelo que à mobilidade

⁴³ Que caracteriza esta nova abordagem das ciências sociais.

corresponde sempre uma imobilidade, cristalizada nas fronteiras, em lugares de transição, como a sala de espera, que constituem nós que ligam vários territórios.

O exemplo acabado seria o aeroporto investigado por Adey (2006), mas não existe (i) mobilidade só nesta perspetiva macro, em dimensões mais reduzidas surgem outros lugares, talvez demasiado comuns e triviais da vida quotidiana que uma análise mais profunda revelam que são de uma complexidade e grande riqueza sociológica. Um destes lugares, cremos, é a sala de espera das urgências hospitalares, onde se cruzam “gentes” variadas, de todas as faixas etárias e *status* socioculturais, vivenciando situações de crise, um cenário que nos compele à investigação de todas as nuances que ali se escondem. Desde logo, paradoxalmente, “esperar” pode implicar movimento, havendo, como se demonstrará um mundo dinâmico, rico e fluido, a par da espera atomizada, anonimizada e passiva. Fica evidente que a integração no paradigma das mobilidades surge por estes dois critérios: o espaço e o objeto. Não se trata pois de analisar objetos ditos “clássicos” que surgem em territórios bem definidos, pois dificilmente naquele contexto podemos identificar e recortar grupos sociais que tenham estrutura, objetivos comuns e laços entre os membros. Porém, tal como Adey (2006), entre tantos outros, demonstrou⁴⁴, é possível estudar objetos de outra perspetiva, que fogem a este “encaixe em sistemas”, sendo estes não raras vezes os mais difíceis e interessantes de analisar.

A perspetiva das mobilidades é por muitos apelidada de paradigma (Sheller & Urry, 2006), dado que as suas linhas teóricas, método e objetos, são não só diferentes como essenciais para compreender o mundo atual. De facto, existe uma enorme dicotomia entre o mundo cheio de movimento e colorido, muito possibilitado pela tecnologia, transportes e as grandes modificações no mercado de trabalho que isso implicou, e as condições observadas antes desta “explosão do movimento”. Desta forma, as mobilidades encontram-se muito conexas com a

⁴⁴ Com foco no estudo do aeroporto.

globalização e ao conceito que daí deriva de “aldeia global”⁴⁵ cunhado por McLuhan (1962). Se estas mudanças foram globais e transversais, e uma maior mobilidade é de facto o elemento base caracterizador deste “novo mundo”, fará algum sentido investigar objetos de estudo segundo estes novos cânones e daí falar-se em paradigma. De facto, seguindo o pensamento de Kuhn (1962), se existem mudanças estruturais, novos modelos e conhecimento que orienta toda uma linha de investigações, então estaremos a falar de um (novo) paradigma. Não obstante os fortes argumentos a favor, a opinião que partilhamos vai no sentido de que estas novas abordagens ainda não estão consolidadas e disseminadas o suficiente que justifiquem estarmos perante um paradigma. Mas o valor é inegável, e compreender o movimento das pessoas, o espaço, o tempo, os símbolos, as práticas, as imagens, objetos e significados em sítios tão variados como no aeroporto no comboio, na internet, ou o simples movimento pedestre, é crucial para uma análise profunda do mundo atual. A estes já estudados lugares, pretendemos aqui juntar um outro, a sala de espera de umas urgências hospitalares, um contexto sobre o qual recaem poucos estudos.

Por outro lado, como se referiu, estudar as mobilidades é também estudar a imobilidade, pois a estase é sempre um estado associado ao movimento e aos fluxos. Surgem também dois grandes vetores associados ao estudo dos fluxos, o espaço e o tempo, pois os movimentos não ocorrem de forma abstrata, eles ocorrem num determinado espaço e são mensuráveis segundo uma medida temporal. No caso da espera, existirá uma experiência que os atores têm do tempo social e dos vários componentes que o compõem, nomeadamente subjetividades, interações sociais e materialidades, que se traduzem em práticas quotidianas que importa compreender, pois acabam por se (re) traduzir na “estrutura” (Bourdieu, 1995). Em última análise, existirá a

⁴⁵ De forma sucinta, os conceitos de “globalização” e “aldeia global” referem-se à redução das distâncias, e a uma certa homogenização cultural possibilitada pelo acesso mais fácil aos transportes, como o avião ou o TGV (*Train à Grande Vitesse*), *mass media* e TIC’s (Tecnologias Informação e Comunicação).

incorporação de elementos da espera e do tempo social que refletem e são parte de esquemas culturais, pelo que entender estas relações e significâncias se torna crucial. Nesta linha, um fenómeno que surge muito como representação/associação ao tema das mobilidades é a compressão espaço-tempo (Harvey, 1989), em que o estar em movimento auxiliado por estruturas modernas e pela tecnologia implica uma certa instantaneidade da ação, e surge como exemplo o aeroporto e os voos frequentes a *low cost* para qualquer capital, comprimindo distâncias que antes levariam dias/meses a percorrer.

Não só existe esta facilidade da mobilidade das pessoas, mas também da informação, pois o *click* num botão de um rato ligado a um computador leva-nos instantaneamente para outros lugares. Se existe esta vertente de pressa e rapidez, não menos é verdade que a espera num aeroporto, como numa sala de espera, pode subjetivamente parecer longa e infundável. Mas guiemo-nos pelo que refere Cresswell (2006, p.7): “Writing on mobility remains either very specific (about commuter patterns, migrations, or dance for instance) or maddeningly abstract—the kind of work that talks of points A and B.” e assim, propomo-nos encontrar um modo de investigar e escrever sobre mobilidades que fique algures no ponto intermédio, nem muito abstrato, nem muito específico.

Em grande medida, investigar as mobilidades remete para o quotidiano da cidade, pois é neste lugar onde se observa e manifesta de forma mais evidente o movimento constante de pessoas, automóveis, aviões, bicicletas, informação, imagens, num “tempo” acelerado já notado por Simmel (1950). Neste sentido, Sheller e Urry (2006) falam em “cosmopolização”, um “metabolismo” da cidade virado para o consumismo que necessita das interligações e das infraestruturas sobre as quais as mobilidades dirigem o seu olhar. Estas interligações fazem

surgir cada vez mais espaços para os quais o conceito de Augé (2008) de não-lugar⁴⁶ terá aplicabilidade, sendo assim fundamental para compreender as (i) mobilidades. Com efeito, a sociologia/antropologia tradicional estuda as relações entre atores em espaços bem delimitados, onde existem fortes laços entre os membros de um determinado grupo, sendo que estes se constituem como espaços relacionais e simultaneamente históricos e identitários, porque as relações entre os membros configuram significados que transportam o passado, presente e futuro, agregando o grupo em torno de uma identidade.

Estas características não estão presentes nos não-lugares, que são locais de transição, impessoais, sem identidade. De facto, estes locais são propositadamente assim concebidos com o objetivo de servirem as massas, e a sala de espera de um hospital é um exemplo acabado de um não-lugar, pois possui todas as características do conceito de Augé (2008). O conceito de não-lugar é referido por este autor de forma crítica, porém uma nova linha de autores (e.g. Wigley, 2017), referem que existe uma certa “negligência” por parte dos académicos em olhar estes lugares como socialmente significantes. O autor antedito refere que as diferentes experiências de mobilidade, transformam estes não-lugares em lugares com identidades heterogéneas para todos os implicados. É também esta linha de raciocínio que se pretende demonstrar nesta tese.

Torna-se essencial classificar os diferentes tipos de estudos dentro da perspetiva das mobilidades, e para isso Urry (2000) propõe as seguintes categorias: a mobilidade de objetos, em que são analisados os objetos em movimento; a mobilidade dos corpos, em que são analisados os movimentos dos indivíduos; a mobilidade imaginária, que pretende observar o imaginário – símbolos, valores e conceitos de uma determinada comunidade. A mobilidade

⁴⁶ Em linhas gerais é definido como um lugar de transição, de movimentos, de escassa identificação, genérico e assético, sendo talvez melhor compreendido se tomarmos o exemplo dos quartos de dormir versus a sala de espera de um SU.

virtual, ou seja, todos os movimentos existentes na *world wide web*, nomeadamente os fluxos de ideias, dinheiros, imagens, símbolos e ideologias que giram à velocidade de um *click*. Neste ponto, destaca-se o trabalho de Castells (2010), que nota um mundo cada vez mais mediado pelo símbolo e pelo digital, relações de trabalho duais (os muito e os pouco qualificados) e uma cultura própria. Por fim, regressando ao último tipo de mobilidade proposto por Urry (2000)⁴⁷, temos a mobilidade comunicativa, que diz respeito às formas de comunicação.

Por sua vez, Fortunati e Taipale (2016), sugerem refinar este modelo e propõem uma estrutura de análise/classificação em que estas são analisadas à escala do indivíduo. Existem assim as micro-mobilidades, que analisará por exemplo o movimento dos atores num não-lugar, as macro-mobilidades em que se analisam os movimentos migratórios, e as mobilidades “desencorporadas” como aquelas de onde surge a transformação da ordem social, sendo certo que todos estes tipos se interligam, pelo que muitas vezes será difícil distinguir e classificar certas investigações. A investigação que se efetuou sobre a espera, tendo por base a classificação de Urry (2000), está mais aproximada de uma mobilidade imaginária, pois a linha de investigação apela ao relato da experiência na sala de espera das urgências, interrogando sobre emoções, valores e atitudes. Por sua vez, segundo o modelo de Fortunati e Taipale (2016) estará mais próxima de uma micro-mobilidade.

Quanto a fundamentos teóricos das mobilidades, Sheller e Urry (2006) referem seis eixos centrais de teoria. A primeira sustenta-se em Simmel (1950), baseada na sua noção da “vontade humana para se ligar”, dando o exemplo de uma ponte que liga dois lugares como símbolo dessa vontade, mas também de relação com estes objetos ou materialidades. Com efeito, esta relação e uso de materialidades, nomeadamente telemóveis, automóveis entre outros, são únicos no ser humano. Por outro lado, Simmel refere a noção de tempo como crucial na cidade, um tempo

⁴⁷ Ele próprio um defensor da Sociologia do Tempo.

acelerado, fugaz, que apela ao movimento. Esta aceleração do modo de vida, que tão bem se observa e compreende nos dias de hoje tem como consequência uma nova atitude/personalidade, o desapego, a reserva, o anónimo, o *blasé*⁴⁸. Como já se referiu⁴⁹, toda esta constante necessidade do movimento vem aumentar a necessidade de uma mensuração precisa do tempo, o tempo quantitativo e os seus instrumentos, sendo que Simmel refere o relógio como exemplo. O segundo eixo encaixa na noção de sistemas híbridos que envolvem estruturas e objetos com quem o ser humano, com a sua “vontade para se ligar” ao mundo, trazendo maior proximidade entre todos o que desemboca na noção da compressão espaço-tempo.

O terceiro eixo refere-se à dicotomia entre agência e estrutura, propondo que os movimentos criam experiências e identidades, reconfigurando a sua ligação com o espaço. O quarto eixo está centrado nas emoções, e objetiva estudar a sensibilidade das experiências observando e registando as emoções que se sentem na relação com as diversas materialidades. O quinto eixo encontra-se ligado à importância dos laços mais fracos, pois como referem Sheller e Urry (2006): “the patterns of weak ties that may generate ‘small worlds’ amongst those apparently unconnected (Buchanan, 2002; Granovetter, 1973; Urry, 2004a; Watts, 1999; 2003).”. Ora esta noção de “pequenos mundos” é precisamente o que cremos ter observado na sala de urgência, uma pequena bolsa cultural, com uma imensa vida e significância social. Por fim, o último eixo assenta na análise de sistemas complexos, que se interligam e estão por isso cada vez mais interdependentes neste mundo globalizado. Por exemplo, o controlo das fronteiras e a conexão

⁴⁸ A atitude *blasé* e a necessidade de reserva referida por Simmel são notadas e discutidas aquando da análise do material empírico.

⁴⁹ Aquando da introdução deste estudo em que são explanados os conceitos de tempo quantitativo e tempo social.

destes sistemas com outras variáveis como os desastres naturais, dá uma noção desta interligação e dependência assim como do quão complexo é o mundo atual.

Por outro lado, Sheller e Urry (2006), dão conta das diferentes metodologias presentes no paradigma das mobilidades. A primeira assenta na análise dos movimentos, dos tempos, dos padrões, assim como das expressões face a face que são criadas. O segundo exemplo baseia-se numa etnografia dos movimentos, em que o investigador segue os movimentos dos atores enquanto investiga naquilo que os autores chamam de “imersão co-presente”. A terceira são os diários espaço-tempo, em que os sujeitos anotam em diários o que estão a fazer, o lugar e a que horas. O quarto método é a pesquisa em plataformas como a *web*, em que são feitas entrevistas via *email*, consultados *websites*⁵⁰, simulações, entre outras. O quinto método assenta na exploração das experiências e emoções associados aos lugares. O sexto é baseado no estudo da memória e dos mundos privados, pelo acesso a objetos que contenham esta carga emocional, tais como diários, fotografias, entre outros. O sétimo analisa os não-lugares a que já nos referimos, locais de transição, onde pessoas e objetos se encontram, e que acabam por não ter essa impessoalidade que Augé (2008) apontou, mas antes uma envolvimento que mescla experiências heterogêneas e por isso também identitárias.

Desta forma, discute-se se esta nova perspetiva não ocupará o lugar de um paradigma, pelo uso de construções teóricas e metodológicas inovadoras, que combinam saberes interdisciplinares, mas também, como já se referiu, porque existe uma mudança de uma perspetiva estática, que analisa grupos, organizações e estados, segmentos socialmente significativos, mas deixando com essa perspetiva de analisar a fluidez entre estes blocos ou para além destes blocos – onde também existe relevância sociológica. Como referem Adey *et al.* (2014, p.3):

⁵⁰ Páginas que contêm informação, localizadas em servidores, acessíveis através de dispositivos conectados à internet através de um endereço.

Mobilities researchers have sketched out new transdisciplinary research spaces between sociology, geography, history, anthropology, communication and cultural studies. The forging of these research spaces was assisted in part because of the pressure of internal critiques within individual research fields concerning the continued prioritization of fixity and stasis.

Portanto, é desta encruzilhada, e do trilhar de novos caminhos transdisciplinares para fugir à estase das abordagens tradicionais que surge a abordagem das mobilidades. Esta abordagem também faz uso de métodos “clássicos”, como a etnografia, para aceder às complexidades de pequenas bolsas culturais, como é exemplo a investigação de Salazar (2010).

Com efeito, após um estudo de tipo etnográfico na Tanzânia em que analisou a tribo nómada Maasai, Salazar dá conta de um mundo complexo, matizado, onde o ser “móvel” constitui um traço cultural fundamental. Neste sentido, Salazar refere existir uma dicotomia entre o “aqui” e o “lá”, ou seja, um lugar que se encontra caracterizado pela desesperança e baixas condições de vida, contraposta pela perspectiva de um ocidente próspero para onde planeiam ir, um anseio constante que vive no imaginário destes antigos guerreiros. O traço cultural da vida e do que é ser imigrante está tão inculcado na cultura deste povo, que existem canções sobre esta temática que na sua letra refere histórias hiperbolizadas de emigrantes que gastaram milhões no ocidente e regressaram sem nada, o que é motivo de vergonha. Mas a atração pelo ocidente não se faz só por estas histórias, pode-se observar na forma como os jovens desta tribo usam relógios e telemóveis – o símbolo último das mobilidades segundo Salazar (2010).

Como refere Salazar (2010, p.64): “Migratory movements have created new avenues for the transnational flow of identities, ideas and practices.”, ou seja, as mobilidades, aqui entendidas na sua perspectiva macro, permitem o (re) arranjo de elementos culturais que (re) configuram a constelação cultural destes povos, o que fica bem patente pela ocidentalização deste povo. É esta linha de busca de significados nos movimentos, que enformam práticas sociais tão variadas,

que se reproduzem e refletem ao nível de esquemas culturais que em última análise se procura atingir com esta investigação. São estas significâncias e as suas relações mais profundas que se pretendem desocultar, numa aparentemente trivial e sociologicamente pouco relevante sala de espera. Portanto, incluir as mobilidades como referencial teórico na sala de espera faz todo o sentido, desde logo porque o *setting* tem as características de um não-lugar, onde existe um espaço cuja função é a espera, mas onde, paradoxalmente, o *movere* é constante sendo assim intrigante e desafiador perceber estas dinâmicas num espaço tão simbólico e importante⁵¹ como é a sala de espera de um SU.

⁵¹ E ao mesmo tempo tão pouco investigado.

1.4. O Cenário por Trás de Tudo: a Temporalidade

Na introdução foi feita a distinção entre tempo quantitativo e qualitativo, sendo essa noção essencial pois é a vertente do tempo social na espera que se pretende nesta investigação estudar. Voltando a esses conceitos, segundo Harvey (1989, p.228), a noção de *chronos* foi construída na época medieval, e este autor demonstra bem a divisão existente entre os ritmos naturais da vida social e o tempo cronológico:

The mediaeval merchants, for example, in constructing a better measure of a time...Symbolized by clocks and bells that called workers to labour and merchants to market, separated from the "natural" rhythms of agrarian life, and divorced from religious significations, merchants and masters created a new "chronological net" in which daily life was caught.

Ou seja, existe uma vertente de classificação do tempo (que pode assumir várias formas), partilhada e objetiva, que procura segmentar o tempo e com esta divisão permite referencia-lo e localizar o social numa certa linha que se constrói com experiências e eventos sociais.

Não obstante, é sempre a esfera social que lhe está subjacente e que em última análise o constrói. Repare-se que Harvey aponta um divórcio entre o tempo do “relógio” e os ritmos significantes da vida social, em jeito de uma certa artificialidade do *chronos* relativamente ao social. Também Costa (2004, p.64) aponta esta diferença, caracterizando o tempo do “relógio” e o *kairós*:

...no sentido abstrato o tempo é visto como objetivo e real – materializado nos ponteiros de um relógio, é o tempo do *chronos*, expresso de um modo universal e público -, já

experienciado enquanto «duração», é subjetivo, contínuo e fluído, daí que o *kairós* seja um tempo de experiências, sem fronteiras e ilimitado.

Portanto, o tempo social consiste em toda a tessitura de aspetos sociais que dão forma a uma experiência específica num determinado lugar, sendo por natureza subjetivo, fluído e contínuo⁵². Concretizando e ampliando as suas características, estas são referidas por Sorokin (1943), citadas e discutidas por Subrt (2015, p.337), nomeadamente o facto de ser relacional a outros fenómenos sócio-culturais⁵³, podendo decorrer de forma mais rápida ou lenta, tendo momentos ricos em eventos e outros de um completo “vazio”⁵⁴, não é linear nem infinitamente divisível, mas é significativo, criativo e transformativo sendo estruturado internamente por eventos e processos sociais.

Outro autor que também entende o tempo como uma construção social é Elias (1989), que refere que a noção de tempo parte sempre do homem que procura e necessita de um sistema de referenciação para os eventos (sociais) tangíveis. Para além da crítica à reificação do conceito de tempo⁵⁵, este autor entende o tempo como simbólico e relacional, ou seja, a métrica do tempo faz a ligação, através do símbolo, entre dois ou mais eventos tangíveis: “Así pues, con la palabra «tiempo» nos remitimos a la puesta en relación de posiciones y periodos de dos o más procesos factuales, que se mueven continuamente.” (Elias, 1989, p.20). O tempo é desta forma simbólico dos eventos sociais, o que só reforça a tese de este ser uma construção social.

Porém, esta não é a perspetiva *mainstream* e neste sentido vem Löw (2013, p.22) referir sobre o pensamento de Giddens que: “O autor volta-se contra uma prática comum a vários

⁵² No sentido em que não tem momentos de paragem ditados pela objetividade do relógio. Será descontínuo, no sentido em que a tangibilidade do social não surge a ritmos regulares.

⁵³ E.g “Aconteceu quando o Salazar caiu da cadeira”.

⁵⁴ O tempo vivenciado na sala de espera é o exemplo acabado desta característica.

⁵⁵ Seja a autonomização e referenciação do tempo como uma entidade separada, quando de facto ela provém do social.

cientistas sociais: assumir o espaço e o tempo como meras condições marginais da ação.”. Em grande parte, é efetivamente assim que o tempo tem sido perspectivado por alguns sociólogos - este conceito surge quase sempre como contextual. Neste sentido, serve de exemplo o materialismo histórico de Marx (Ritzer & Ryan, 2011, p.65), ou o conceito de risco (Beck, Giddens & Lash, 1994), premissas teóricas que só fazem sentido se colocadas num certo *background* temporal. O “risco” parte de uma certa indefinição temporal e incerteza que a pós-modernidade veio trazer e procura aferir cenários e controlar o incerto. Por sua vez, o materialismo histórico assenta na ideia de uma evolução histórica que pressupõe a luta de classes e desemboca no comunismo.

A própria teoria de Durkheim (1964) sobre o suicídio aponta a noção de tempos diferentes, seja de guerra e paz, períodos em que a coesão social é maior ou menor, conforme explicam Hughes e Kroehler (2011, p.12):

He found that suicide rates were higher among Protestants than Catholics, higher among the unmarried than the married, and higher among soldiers than civilians. Moreover, suicide rates were higher in times of peace than in times of war and revolution, and higher in times of economic prosperity and recession than in times of economic stability.

Ainda neste sentido de um tempo como *background*, encontram-se as correntes de pensamento da sociologia a que cumpre prever e planear, seja através de teorias de índole funcionalista⁵⁶ (Durkheim, 1964; Merton, Hochstim & Plake, 1997; Parsons, 1937), ou de outras metodologias mais recentes como a prospetiva e o método dos cenários (Godet, 1985). De especial relevância, nas sociedades atuais, surge também o envelhecimento populacional, uma problemática que a

⁵⁶ Ritzer & Ryan (2011, p.239) definem o funcionalismo da seguinte forma: “Functionalism is a theoretical perspective emphasizing the contributions made by social arrangements (e.g. institutions, cultural values, norms, rites) to the maintenance and reproduction of society and culture. It often rests on an analogy between societies and biological organisms...”.

sociologia é chamada a resolver, diagnosticando, identificando causas, traçando cenários e projetando o futuro (Bandeira *et al.* 2014).

Existe assim uma linha de previsão e controlo da sociedade que se colonizou, hoje mais do que nunca, dado que as sociedades vivem na incerteza e no risco (Beck *et al.*, 1994). Vive-se por isso numa constante análise da quantificação do risco, de medidas preventivas, evitando “o que pode acontecer”, eventos negativos que se reificam tornando a vivência e a experiência do tempo como sôfrega, insuficiente, medida, linear e regular. A sociedade sob o véu da incerteza permanece refém de um certo curso temporal que é disruptivo, expectante e desconfiado. De facto, podemos referir que a sociedade do risco não existia no tempo da geração dos *babyboomers* que viveu no auge do estado-providência, num certo *continuum* de estabilidade que hoje efetivamente desapareceu.

As gerações seguintes (X e Y), já vivem na sociedade do tempo fugaz e da inconstância, por mudanças em aspetos estruturais da sociedade, desde logo a tecnologia - desde o Spectrum⁵⁷, à “ingenuidade” do Napster⁵⁸, até às modernas redes sociais que “exigem” estar “always on”. O filósofo-sociólogo Lipovetsky (Lipovetsky & Serroy, 2007) designou esta Era como mediada e (sobre) influenciada pela *écranosphère*, sendo que esta comunicabilidade a todo o tempo como que (des) privatiza o *self* ao qual é “exigido” uma acessibilidade constante. Neste sentido, Zerubavel (1981, p.143) aponta a diferença entre um tempo público e um tempo privado: “I suggest that we view the relative degree of the individual's social accessibility at any given time as a proportion between two hypothetical constructs: private time and public time.”. Paradoxalmente, as mesmas tecnologias que facilitam cooperações são aquelas que tornam o

⁵⁷ ZX Spectrum® foi um dos primeiros computadores pessoais tendo sido lançado pela Sinclair Research em 1982.

⁵⁸ Napster® foi um serviço criado em 1999 que utilizava o protocolo P2P (*Peer-to-Peer*), permitindo fazer *downloads* de músicas de forma descentralizada, originando mais tarde um litígio entre este serviço e a indústria fonográfica, tendo como base a infração de direitos de autor.

mundo mais individualista e alienado, existindo tempos múltiplos e fugazes num claro aumento do tempo público dos atores.

O tempo surge também muito conexo a um conceito *core* da sociologia: a classe social. O estudo pioneiro de Leshan (1952), refere que as classes⁵⁹ mais baixas tendem a ser focadas mais no presente e no imediatismo e as mais altas tendem a ter mais *skills* de planeamento a longo prazo. De certa forma, este pressuposto haveria de ser confirmada por O’Rand (1974), num estudo com universitários que conclui que a forma de antecipar o futuro está mais presente naqueles que, *grosso modo*, têm mais rendimentos e pertencem à classe média ou alta. Por sua vez, Schneider e Lysgaard (1953) acabam por cunhar o conceito de *deferred gratification pattern*⁶⁰, como forma de descrever estas orientações temporais mais viradas para o futuro. Já os autores Zimbardo e Boyd (2008), continuam esta linha de raciocínio de classes e atores com propensão para um padrão de gratificação deferido:

In general, present-oriented people are more likely to engage in risky sexual behavior, to gamble, and to use drugs and alcohol than future-oriented people are. They are also less likely to exercise, to eat well, and to engage in preventive health practices such as flossing their teeth and getting regular doctor exams.

Portanto, a orientação ou perspetiva temporal tenderá a desenhar atitudes e comportamentos que ora são mais arriscados e imediatistas, ora convergem numa noção mais nítida do futuro e são mais ponderados e planeados. Acerca destas conceções de tempo, mais orientadas para o

⁵⁹ Ritzer & Ryan (2011, p.65) definem classe social da seguinte forma: “Class refers to a stratification system that divides a society into a hierarchy of social positions. It is also a particular social position within a class stratification system: lower class, working class, middle class, upper class, or other such class designation. It is a method of social ranking that involves money, power, culture, taste, identity, access, and exclusion.”.

⁶⁰ Conceito que se refere à negação de uma recompensa imediata em prol de uma futura.

presente, ora para o futuro, a referir o que Flaherty e Fine (2001) afirmam sobre o pensamento de Mead⁶¹:

For Mead, the present is the paramount form of temporality. When he describes the present as the ‘locus of reality,’ he means that social interaction is happening now; the self is arising from and acting back upon that interaction now.

Ou seja Mead, que se inclinou sobre a problemática do tempo (*vide* Mead & Murphy, 1980 para mais detalhes), entende o tempo como uma construção no presente que predomina sobre o tempo passado e projeções no futuro, e este presente, emergente e fugaz, adequa-se de forma perfeita ao “encontro interacionista”.

O interacionismo simbólico é uma corrente de pensamento que entende as interações sociais como um decifrar constante de códigos e significações, sendo um referencial teórico suplementar para efeitos desta investigação, mas crucial para o estudo da espera, uma vez que nesta existem infinitas significações a retirar e a compreender que variam consoante o contexto. Esta corrente de pensamento é definida segundo Hughes e Kroehler (2011, p. 21-22) do seguinte modo:

The world we live in, therefore, is largely a social reality, manufactured by people as they intervene in the world and interpret what is happening there using the symbols and meanings available to them. Accordingly, symbolic interactionists said that we experience the world as a constructed reality.

Por outro lado, a experiência do tempo subjetivo e social difere muito de lugar para lugar, sendo que apenas o tempo quantitativo, abstrato e objetivo, se poderá aplicar a vários lugares, um aspeto sobre o qual já nos referimos aquando da introdução. Neste ponto, a referir o contraste entre duas temporalidades diferentes, entre a cidade e a aldeia, algo que Queirós (1987) bem

⁶¹ George Herbert Mead, um sociólogo que se encontra inserido na corrente de pensamento do interacionismo simbólico.

descreveu, um modo de viver na aldeia, devagar, sempre com um tempo que parece não acabar, e o modo de vida urbano e cosmopolita, que vive a temporalidade sempre “sem tempo”.

A urbanidade surge como uma temática muito presente em Simmel (*apud* Giddens, 2009, p. 210) que também faz esse contraste entre “tempos” diferentes, entre a cidade e a “serra”:

City life, says Simmel, bombards the mind with images and impressions, sensations and activity. This is 'a deep contrast with the slower, more habitual, more smoothly flowing rhythm' of the small town or village. In this context, it is not possible for individuals to respond to every stimulus or activity they come across, so how do they deal with such a bombardment? Simmel argues that city-dwellers protect themselves from 'the unexpectedness of violent stimuli' and the assault of 'changing images' by becoming quite blasé and disinterested...

Este autor percebe a cidade como um mundo de estímulos, de pressa, de atividade, que contrasta com a lentidão da aldeia, e daí emerge o conceito de *blasé*, seja da adoção de certas atitudes em jeito de indiferença/reserva, como que uma tentativa de filtrar uma multitude de estímulos⁶². Já Pais (2016b), afirma por uma passagem do paradigma da lentidão para o paradigma do encontro, um pouco em jeito da evolução ao nível da conceção da temporalidade nas sociedades de primeira vaga para as sociedades atuais, ou mesmo considerando os contrastes entre lugares (cidade vs aldeia) anteditos.

Ou seja, o tempo difere de lugar para lugar, se tivermos em consideração a sua dimensão social, pelo que poderemos afirmar que diferentes culturas vivem o tempo de forma diferente. Experienciar o tempo em diferentes culturas, lugares ou grupos implica decifrar os símbolos particulares, interioriza-los e externaliza-los na forma de comportamento. Neste sentido, Leach (1966 *apud* Bergmann, 1992) descreve experiências de tempo que não são necessariamente

⁶² O que explica certos comportamentos tidos na sala de espera, que em capítulos posteriores serão discutidos.

aquelas que são vividas nas sociedades ocidentais, assentes na tridimensionalidade passado-presente-futuro – por exemplo a vivência do tempo como um “contínuo presente”.

Daqui resulta que o tempo é culturalmente determinado, e neste sentido referem Hughes e Kroehler (2011, p.52): “In fact, most of what we do each day is culturally determined—including how we think about what day, what month, and what time of the year it is.”. Também o pensamento de Pronovost (1983, p.222), reflete esta linha de pensamento, de um tempo construído socialmente e assim múltiplo e distinto consoante os lugares, os grupos sociais, as atividades culturais e o próprio contexto profissional:

Cela n'est possible que si l'on fait l'hypothèse que le temps est devenu une dimension importante de la culture des sociétés modernes...et parce qu'il s'est institutionnalisé sous forme de multiples temps sociaux, structurés en fonction des lieux, des groupes sociaux, des activités culturelles et du travail lui-même.

Como refere o autor, o tempo decorrido em contexto profissional é totalmente diferente do tempo do lazer ou aquando da realização de atividades culturais, o tempo difere conforme o lugar e entender esta diferença passa, quanto a nós, pela aplicabilidade do tempo social e dos seus componentes. Por outro lado, não existem dúvidas que o tempo tem um valor, função e significação social, e neste sentido Costa (2004) refere “o tempo como recurso”, “a organização do tempo” e a “associação de metas temporais à ideia de progresso” como as três dimensões fundamentais das significações modernas de tempo. De facto, o tempo é perspectivado de certa forma como linear, e nessa linha, encontra-se subjacente a noção de progresso. Por outro lado, o tempo é percecionado como um recurso, sendo alocado, aqui e ali, em diversos tamanhos e partes, consoante a necessidade, implicando o uso de uma aritmética à métrica - o tempo é um recurso escasso.

Compreender estes significados, e mais ainda, compreendê-los no âmbito de uma sala de espera, passa por decifrar e integrar a simbologia que lhe está subjacente dado que o tempo é

uma construção social, pelo que será necessário e importante integrar como coadjuvante ao referencial teórico das mobilidades o interacionismo simbólico. Por fim, importa detalhar o conceito de tempo social cunhado por Gurvitch (1964, p. 27), que precisamente vai ao encontro da noção já explanada, referindo-se a uma multiplicidade de tempos em que a vida social se enquadra. Nas suas palavras o tempo social é:

Social Time is the time of convergency and divergency of movements of the total social phenomena, whether the total social phenomena are global, group or micro social and whether or not they are expressed in the social structure. The total social phenomena both produce and are products of social time. They give birth to social time, move and unfold in it. Thus social time cannot be defined without defining the total social phenomenon.

O mesmo autor, Gurvitch (1964), sustenta-se no conceito de fenómeno social total de Mauss, que se opõe a uma visão estática e rígida dos fenómenos sociais proposta por Durkheim, que os caracteriza como entidade atomizadas e externas ao ator. Neste sentido, o tempo relaciona-se com várias outras dimensões e é assim que o devemos entender: múltiplo porque o social enquadra em cada microcosmos a sua própria subjetividade e singularidade, mas ao mesmo tempo como peças que se encaixam num puzzle que lhe conferem um sentido único. Repare-se que na definição proposta pelo autor existe a noção de movimento, convergente e divergente, e que entender os fenómenos sociais totais, passa por entender o tempo social como o seu produto e produtor. Assim, para compreender a espera (fenómeno social), existe a necessidade de entender o tempo social, que por sua vez integra e origina a espera, sendo que a espera também contribui para a constituição do tempo social.

A mencionar também Gurvitch (1964, p.31), que refere oito classificações/tipologias que importa conhecer e referir: *Enduring Time*, um tempo prolongado e dilatado, onde o passado é projetado no presente e futuro; *Deceptive Time*, um tempo prolongado que mascara crises inesperadas, o que configura ruturas entre passado e presente; *Erratic Time*, um tempo

caracterizado por ser irregular e com ritmos diferentes; *Cyclical Time*, um tempo vivido pelo indivíduo como uma espécie de retiro do próprio *self*, um tempo predominante em certos lugares como igrejas e em sociedades arcaicas em que os mitos, o religioso e o mágico têm um importante papel; *Retarded Time*, é um tempo longo que se vive em grupos fechados em que a admissão é difícil (corporações, nobreza, ordens profissionais, entre outras); *Alternating Time*, tempo em que passado e futuro competem no presente, onde existe mais descontinuidade, é o tempo que se vive com as regras, sinais e conduta de uma coletividade; *Time in advance of itself or time pushing forward*, é um tempo de descontinuidade, em que o futuro se torna presente, onde existe efervescência social e inovação; *Explosive Time*, onde quer o passado quer o presente são dissolvidos num futuro que entra em rutura com presente e passado – é o tempo das revoluções.

Por fim, a referir que o tempo relaciona-se com conceitos, preceitos e terminologia importantes ao inquérito sociológico, nomeadamente: cultura, classe social, risco, mudança social, espaço, períodos históricos, contrastes geracionais, interacionismo simbólico, entre outros. Ao compreenderem a importância da temporalidade, alguns, (Gurvitch, 1964; Zerubavel, 1979) reclamam por uma construção de uma Sociologia do Tempo:

For some reason, sociology has not caught up yet with physics or biology in becoming interested in time as a topic in its own right, and not merely as an aspect of other social phenomena, such as social change or leisure. Zerubavel (1979, p. p.XI):

Com efeito, perspetivar e recentrar o *kairós* no âmbito da análise sociológica e não apenas trabalhá-lo ora como *chronos*, ora como um contexto, é um dos contributos desta tese, sendo o tempo social fundamental à análise da espera que iremos efetuar.

Parte II – Dos Métodos Aplicáveis ao Estudo da Espera

2.1. Fundamentação do Recorte Etnográfico e Modelo de Análise

Primeiramente importa enunciar os critérios subjacentes à escolha da sala de espera do SU. Este *setting* tem interesse em ser analisado porque todos os cidadãos percecionam as urgências de um hospital como o último recurso aquando de um quadro agudo de doença, o que faz este lugar ter uma importância crucial. De facto, as urgências são consideradas a “porta de entrada” no hospital e a satisfação dos clientes/utentes encontra-se muito ligada à perceção (qualidade do atendimento e rapidez) nas urgências hospitalares. O segundo critério está relacionado com a proximidade e a exequibilidade, uma vez que o investigador reside em Évora, e as urgências do HESE ficam a minutos de distância.

Por outro lado, um estudo qualitativo que complemente outros de índole quantitativa sobre os tempos de espera torna-se fundamental, dado que existem escassos estudos deste cariz focando este objeto e neste *setting* em particular. O quarto critério prende-se com a transferibilidade⁶³ dos resultados, pois esperar numa sala de espera de umas urgências hospitalares não é tão diferente de hospital para hospital, sendo que os elementos essenciais que aqui são discutidos se mantêm inalterados de lugar para lugar⁶⁴. O quinto critério está

⁶³ Em certa medida, o conceito equivalente em métodos qualitativos segundo Flick (2014).

⁶⁴ Haverá diferenças no que respeita à composição/disposição e dimensões da sala, e eventualmente em relação a alguns comportamentos atípicos.

relacionado com as dinâmicas de uma sala de espera das urgências, porque existe uma vivência de quadros clínicos agudos, com o inevitável extremar de emoções, o que faz com que este *setting* assuma uma particularidade única.

Quanto ao paradigma, a referir que a posição aqui adotada encaixa na adoção de metodologias qualitativas que são definidas por Flick (2014, p.5) da seguinte forma:

Qualitative data analysis is the classification and interpretation of linguistic (or visual) material to make statements about implicit and explicit dimensions and structures of meaning-making in the material and what is represented in it. Meaning-making can refer to subjective or social meanings. Qualitative data analysis also is applied to discover and describe issues in the field or structures and processes in routines and practices.

Estas metodologias são aquelas que mais bem se adequam a grande parte dos estudos sociológicos, sobretudo se estivermos no plano da micro interação, como é o caso, por serem as que permitem recortar o social e abarcar mais detalhes e mais informação, o que possibilita compreender melhor a complexidade da interação humana. Com efeito, perante um jogo social extremamente complexo, a abordagem qualitativa traz vantagens na decifragem destas interações, renegando princípios de mera causalidade. A dimensão qualitativa insere-se na compreensão das subjetividades, e busca por isso uma “epistemologia subjetivista” (Coutinho, 2014, p.14), uma interpretação que constitui uma verdade possível perante tantas outras, consoante o sujeito-objecto a que se recorre. Esta “via-longa” (Ricœur, Harion, & Welsen, 2015), que foge à “clausura do texto” tem encontro nas posições sobre metodologia qualitativa referidas por Denzin e Lincoln (2005).

Por outro lado, “as esperas”, que assentam no conceito de fila que assume as formas mais variadas, como objeto de estudo são muitíssimo pouco exploradas, mas quando recai sobre elas algum tipo de análise de cariz científico, existe a tendência para a abordagem quantitativa (Ministério da Saúde, 2016). Ao nível da vertente quantitativa algumas questões levantadas são:

quanto tempo na fila? Que critérios para a espera? E efetivamente, as respostas a estas perguntas (e outras), são contributos importantes para reduzir o tempo de espera – sendo que o *chronos*, *per se*, se encontra intimamente associado à insatisfação dos clientes. Esta perspetiva, sendo importante, não é a que se procura neste estudo. O valor acrescentado desta investigação será então abordar não só um objeto pouco estudado, mas também consegui-lo através de uma perspetiva que, tal como é proposta, talvez⁶⁵ ainda não tenha sido tentada. Daqui resulta um efeito de complementaridade aos estudos quantitativos sobre a espera, que poderá ser uma mais-valia para compreender o fenómeno de forma holística. Neste sentido, de acordo com Lionel-Henri Groulx (1997 *apud* Guerra, 2006, p.36) os estudos qualitativos são os mais adequados em pesquisas exploratórias, do quotidiano e do vulgar, e do que é transitório e mutável, o que parece ser exatamente aquilo que define a espera enquanto objeto.

Com efeito, Denzin e Lincoln (2005, p.695) perspetivam a entrevista e os métodos qualitativos tidos como um todo, para focos mais abertos, de entrevista empática, tendo por base um processo negocial e de construção de *rapport*. Tais assunções, permitem compreender o fenómeno social na sua maior extensão e complexidade, sem ferir o princípio da objetividade, assumindo o estudo com realidades factuais, objetivas, certamente “transferíveis” para outros contextos – utilizando a designação de Flick (2014) que se correlaciona com a generalização. A referir Angrosino (2007, p.36), que faz uma crítica aos métodos de índole mais positivista, que acabam por se focar em dissecções objetivistas, descritivas e factuais de uma parte da realidade, em vez de procurarem a essência intemporal do objeto:

Some scholars (such as the ‘postmodernists’ discussed earlier) would take the position that striving for ‘accurate’ depictions of social ‘reality’ through the collection of objective ‘facts’

⁶⁵ Refere-se “talvez” porque é impossível conhecer, em rigor, todos os estudos sobre uma determinada área. Em todo o caso, a pesquisa realizada permite afirmar com algum grau de certeza que se existirem estudos desta natureza, serão em número reduzido.

is an inherently futile exercise....as such their intention is not so much to characterize some sort of timeless ‘reality’ but to chronicle a particular snapshot of that reality.

Assim, a escolha do método etnográfico permite uma maior maleabilidade, uma profunda imersão no campo, que por isso mesmo acarreta sempre alguma subjetividade que se tentará pausar através da consciência dos obstáculos epistemológicos, como nos ensinou Bachelard (1938). A referir que se investiga a “espera” dentro de uma mesma unidade hospitalar, sendo esta a do Hospital do Espírito Santo em Évora. Esta unidade hospitalar contém várias salas de espera (e.g urgências pediátricas, consultas externas), mas opta-se pela sala de espera das urgências gerais⁶⁶ marcada por uma noção de tempo fugaz, onde existe mais buliço, rapidez e acontecimentos da mais variada natureza.

Neste *setting* passam diariamente dezenas de pessoas que oram ali acorrem por um problema de saúde, ora esperam por notícias dos seus familiares, sendo que estes números e esta diversidade de atores e situações, torna este lugar mais propenso à polarização de acontecimentos. Neste contexto, o grupo alvo serão os doentes, familiares ou acompanhantes que tenham estado na sala de espera do SU recentemente. Sendo assim, importa definir o método etnográfico, seguindo a definição proposta por Creswell (2007, p.68):

Ethnography is a qualitative design in which the researcher describes and interprets the shared and learned patterns of values, behaviors, beliefs, and language of a culture-sharing group (Harris, 1968). As both a process and an outcome of research (Agar, 1980), ethnography is a way of studying a culture-sharing group as well as the final, written product of that research. As a process, ethnography involves extended observations of the group, most often through participant observation, in which the researcher is immersed in the day-to-day lives of the people and observes and interviews the group participants.

⁶⁶ Embora alguns entrevistados façam referência à sua experiência também nas urgências pediátricas.

Portanto, o inquérito etnográfico procura compreender comportamentos, crenças (expectativas) e até uma linguagem própria (tácita) de quem espera na sala de urgência. Esta micro cultura é algo que se quer desocultar ouvindo o que se diz, observando os gestos e movimentos, recorrendo, num primeiro momento, às notas de campo como técnica preferencial. A etnografia que nos propomos realizar vai beber ao “quotidiano” de Pais (2002), que mais recentemente nos dá conta de achados etnográficos guiados por uma lógica de descoberta, sem apriorismos condicionantes indo “para o campo como um artesão que se move por amor ao ofício” (Pais, 2016a, p.20). O método etnográfico tem por base uma inserção do investigador no grupo, o que permite um “mergulho” no local, cultura e atores a estudar, obtendo assim uma experiência riquíssima em termos de informação.

Quanto a este instrumento de recolha de dados, partilha-se do enquadramento realizado por Patton (2002, p.303) que nele engloba citações diretas, descrições e observações detalhadas, numa perspectiva *emic*, ou seja, olhar de dentro o fenómeno, vivendo-o e experienciando-o *in loco*. Neste concreto, o risco é *go native* e obter uma perspectiva demasiado próxima das “gentes” que se estuda. Porém, como se disse, embora se objetive por uma distância e objetividade, afastando, entre outros, o etnocentrismo – como Angrosino (2007, p.38) nos refere – esta é sempre a objetividade possível, num recorte da realidade que é o dos autores, o dos entrevistados, naquilo que são realidades sociais construídas por esses intervenientes num processo que num certo sentido é negocial. Nesta vertente mais subjetivista, a mencionar Patton (2002, p.303) que relativamente às notas de campo, a técnica por nós utilizada, refere que: “Field notes also contain the observer’s own feelings, reactions to the experience, and reflections about the personal meaning and significance of what has been observed”. Assim, as notas de campo envolvem observação e descrição “pura”, mas também uma “participação” do fenómeno que provocará no investigador uma certa interpretação idiossincrática envolvendo

(eventualmente) sentimentos, reflexões e emoções⁶⁷ que caracterizam e enriquecem este tipo de estudo.

Por sua vez, a escolha dos diários de bordo/notas de campo é fundamentada por Pais (2016b, p.17) do seguinte modo:

As notas dos cadernos de campo, essenciais na pesquisa empírica de pendor etnográfico, veem-se ameaçadas por registos instantâneos dos celulares, muito mais aptos a captar, em flagrante, o que ocorre à vista desarmada. As armadilhas do presente, reconhecidas pelos próprios defensores dos *live methods*, exigem que nos livremos do aprisionamento ao tempo curto, caso contrário perdemos a capacidade das vistas largas, as que nos permitem analisar o presente inscrito nas engrenagens do tempo histórico e, ao mesmo tempo, imaginar o futuro.

Não é, pois, um estudo puramente neutro, positivo, observacional, uma mera captura instantânea da realidade, haverá espaço para a inclusão de (alguma) subjetividade do investigador, num espaço relacional e reflexivo, sem perder onexo objetivo da análise sociológica. Aliás, se o pressuposto é experienciar em primeira mão, essa distância entre investigador e objeto dilui-se, e é precisamente por esta via que o investigador torna explícito o conhecimento tácito do grupo, como nos refere Patton (2002, p.111). Esta perspectiva está bem presente no diário de Malinowski's (1967/1989, *apud* Denzin & Lincoln, 2005, p.705), e de facto alguns dos exemplos reportados por Denzin e Lincoln (2005) fogem a uma sociologia mais tradicional e enformam o que será uma entrevista ou método etnográfico indistinto, quer na sua classificação, quer pela proximidade entre investigador e objeto.

⁶⁷ Adiantam-se alguns exemplos, a sensação experienciada pelo investigador permite sentir-se “parte” dos utentes que esperam, e assim “sentir” esse *lively sense of common fate*. Mas, também, a dilatação do tempo, a intrusão da privacidade de pequenos gestos como o *stare*, entre muitas outras *nuances* que apenas a experiência do campo providencia.

Ainda quanto às técnicas usadas no contexto de uma etnografia, lembra-se o estudo etnográfico de Haenfler (2004, *apud* Creswell, 2007, p.316), em que o autor refere que recorreu a uma plêiade de métodos de recolha de dados, nomeadamente a observação participante que engloba entrevistas formais e conversa informal:

In addition to participant observation, casual conversation, and interviews, I examined a variety of other sources including newspaper stories, music lyrics, World Wide Web pages, and sXe 'zines/ coding relevant snippets of information into my field notes. To record and organize my data, I took brief notes at shows and other events that I immediately afterward expanded into more full field notes on computer. Using headings and subheadings, I coded data according to particular topics of interest, beginning the process of organizing data into useful and interesting categories (Charmaz 1983).

Nesta investigação opta-se pela observação participante, mas com algumas condicionantes, mormente sem se engajar em conversas informais com os utentes das urgências, objetivando maior objetividade e rigor, assim como não desestabilizar utentes que já se encontram a vivenciar situações limite⁶⁸. Importará também fazer uma referência a uma das fases mais importantes de uma investigação deste tipo, a construção do modelo de análise.

Neste concreto, segue-se as orientações metodológicas de Campenhoudt e Quivy (2008, p. 109) que sobre esta fase refere que “Constitui a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro...”. Nesta fase encontram-se em diálogo os conceitos que aqui são chamados, sendo esta fase designada por conceptualização que Campenhoudt e Quivy (2008, p.121-122) definem como: “uma construção abstrata da realidade em questão, mas somente exprime o essencial dessa realidade, do ponto de vista do investigador. Trata-se

⁶⁸ A respeito da reflexão ética sobre este aspeto, consultar capítulo 3.3.

portanto de uma construção-seleção.”. Efetivamente esta é uma fase crucial em termos metodológicos, pois de certa forma orienta e baliza toda a investigação. O modelo de análise proposto é o seguinte:

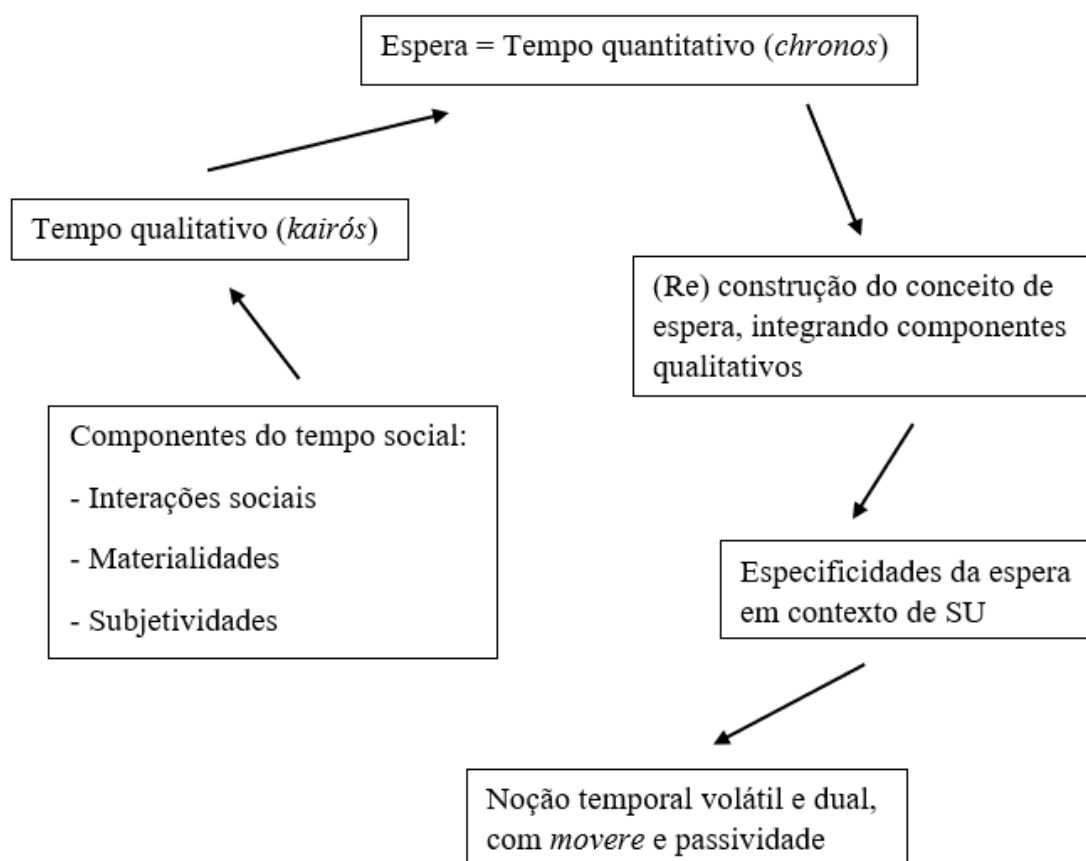


Fig.1⁶⁹ – Modelo de análise

Existe um diálogo entre três conceitos base neste modelo: tempo quantitativo, qualitativo e a noção temporal volátil e dual. A espera que, *grosso modo*, corresponde um entendimento de caráter quantitativo, procura-se reconstruir com o acrescento de componentes do tempo

⁶⁹ Abreviatura de *figura*.

qualitativo, nomeadamente as dimensões: interações sociais, materialidades e subjetividades. Com efeito, o significado da “espera” encontra-se ligado a um tempo improdutivo, vazio, nulo, sem sentido e sem significado. Neste sentido, vai a definição do dicionário Collins (2020) que define a espera como “the act of staying in one place or remaining inactive in expectation of something”.

É esta noção que se pretende (re) construir, no sentido de formar um conceito em que esta participe como dimensão no tempo social, que para todos os efeitos se define como aquele em que elementos sociais se constituem como referências, nomeadamente através de interações sociais, materialidades e subjetividades, que atuam como significantes e significados da noção de tempo. As interações sociais pressupõem os diálogos e aproximações entre os atores dentro da sala de espera. Já as materialidades referem-se ao mundo físico, sejam os objetos, as dimensões e a disposição da sala de espera. Por seu turno, as subjetividades implicam acessar à experiência relatada pelos próprios, às emoções e sentimentos associados à espera neste contexto. Esta leitura tripartida da realidade em análise permite (des) ocultar atitudes, movimentos, cheiros, cores, discursos, interações, sons e todo um subjetivo interior que importa conhecer, para caracterizar profundamente o cenário e a experiência da espera no SU. A inclusão do tempo social para compreender a espera é essencial, e neste sentido refere Araújo (2012, p.9) “É, afinal, a própria teia de relações sociais e das suas densidades que condicionam a existência, as funções e as características da espera.”, pelo que, é com base neste pressuposto, que emerge toda uma lógica em investigar a espera indo buscar componentes do *kairós*, compreendendo assim este fenómeno à luz do tempo social.

Esta tese, entendida na sua globalidade, inicia-se e termina nesta premissa geral, seja a de advogar especificidades da experiência do tempo social na sala de espera de um SU. Com efeito, procura-se demonstrar que “estar no SU à espera”, corresponde a uma noção temporal muito específica que logramos designar como uma “noção temporal volátil e dual”, dando um

pequeno contributo/acrescento à tipologia apresentada por Gurvitch (1964). Com efeito, como se demonstrará, o tempo (neste contexto) é sempre volátil, no sentido em que “mesmo sentado” existe expectativa, preocupação, movimentações constantes, comunicações com a família, profissionais e doente, estados de maior alívio, alegria e esperança alternados com outros de maior preocupação, tristeza e angústia. Estar sentado numa sala de espera de umas urgências é viver o tempo como incerto, pode durar muito ou acabar de forma rápida e inesperada.

Esta experiência de ciclos temporais que se alternam rapidamente traduz-se numa palavra: volatilidade. Por outro lado, e relacionado com esta volatilidade, também se observa uma dualidade, pois o recorte do real corresponde no seu *core* a uma alterância rápida de estados, pois existe tranquilidade e agitação, espera e pressa, angústia e esperança, estados comportamentais que vão desde a espera calma e ordeira, até situações de agressões verbais e físicas; ora envolve o doente e famílias, o doente e os profissionais, cada qual também com os seus regimes temporais próprios e muitas vezes antagónicos. Esta noção temporal implica passividade e ensimesmamento mas, simultaneamente este é um *locus* e um objeto matizados pelo movimento, ora de entrada, ora de saída, ao telefone, movimentos *back and foward*, ir “lá fora”, utilizar as *vending machines* ou conversar.

O movimento, paradoxalmente, perpassa a espera e estas características, destacam-se e são mais intensas nesta vivência efervescente da sala de espera do SU, por comparação a estados de espera, noutros contextos, que não têm uma textura e densidade tão rica. Sem dúvida que o próprio lugar, um não-lugar quasi-sagrado, também contribui para que se advogue que, esta textura, densidade e evidência constituem uma experiência idiossincrática do tempo. Em suma, objetiva-se uma etnografia em que a observação participante constitui a sua base em termos técnicos, com descrição do contexto e comportamentos observados (*vide* em anexo grelha de observação). Foram realizadas observações na sala de espera das urgências do HESE em Novembro, Dezembro, Janeiro e Fevereiro de 2017.

2.2. Trajetória e Critérios Desenvolvidos

Quanto à pergunta de partida, seguimos as orientações de Coutinho (2014, p.38) que refere, citando Cardona Moltó (2002), que a definição do problema deverá ser o mais específica possível fazendo referência ao *que se estuda*, com *quem se estuda* e *como se estuda*. O mesmo autor, Coutinho (2014, p.41), agora citando Macmillan & Shumaker (1997), enuncia também os critérios para a definição do problema, dos quais destacamos três que nos parecem os mais importantes: exequibilidade, clareza e relevância. Assim, a pergunta a fazer é: Quais as representações sociais e práticas em torno da espera numa sala de espera de uma urgência hospitalar? Com efeito, a teoria das representações sociais constitui um importante recurso metodológico, na medida em que ajuda a desocultar as manifestações deste fenómeno, seja na perspectiva externa (etnográfica) ou interna (subjativa).

Se seguirmos o que referem Gordon Sammut *et al.* (2015, p. 6), o conceito de representações sociais transporta-nos para a noção de símbolos, noções contextuais, valores e práticas que orientam a ação entre atores de um determinado agregado social:

The meaning of things in our environment is thus not a given of the things themselves. Rather, it is 'represented' as a forged understanding between social subjects oriented to the same social phenomenon... Rather than judging a group's ways by the normative code of one's own sociocultural group, researchers adopt the social representations approach to gain an insight into the system of knowledge (common sense) that justifies certain human practices.

O objetivo último é chegar às significações próprias daquele contexto, onde a ancoragem (classificação) e a objetificação (manifestação do fenómeno através de imagens ou proposições) desempenham um papel importante, conforme os ensinamentos de Moscovici e Abric (1984). A perspetiva material e externa da espera tem por base os comportamentos, atitudes, contexto e descrição espacial através do método etnográfico. A perspetiva das noções, ideias e valores, ou seja, a perspetiva subjetiva da espera neste contexto é-nos fornecida através de entrevistas semidiretas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bibliotecas⁷⁰ e nas bases de dados *B-ON*, *SciELO*, *JSTOR*, *RCAAP*, *PLOS ONE*, *Pubmed*, além de em sites de revistas especializadas (e.g. *Mobilities*, *American Sociological Review*) com uma combinação das seguintes palavras chave: *waiting room*, sala de espera, hospital. Incluíram-se, preferencialmente artigos científicos e livros de autores relevantes para o estudo, assim como teses, dissertações e num segundo eixo, referência a páginas web, normas e legislação, assim como artigos de periódicos *online* de referência, que abordam questões relacionadas com o objeto\contexto e que não foi possível obter de outras fontes em tempo útil. Como critério preferencial selecionaram-se artigos com teor sociológico, o que nem sempre foi possível. Existiram artigos e teses às quais não conseguimos aceder por estarem bloqueados ou exigirem um *fee* incomportável.

Relativamente aos objetivos, a referir que estes constituem uma parte fundamental de qualquer estudo, pois permitem identificar uma trajetória, do início ao fim, que guia todo o processo de investigação. Assim, os objetivos gerais consistem em:

- Integrar e relacionar os vários constructos envolvidos na espera
- Descrever e analisar a espera enquanto práxis de uma realidade objetiva
- Compreender e analisar a espera enquanto realidade subjetiva e experienciada

⁷⁰ E.g Biblioteca Geral da Universidade de Évora.

No que concerne aos objetivos específicos são os seguintes:

- Definir os conceitos de tempo quantitativo e tempo social
- Descrever a noção de tempo dual e volátil
- Descrever o espaço onde decorre a espera
- Relacionar a influência do espaço no fenómeno em análise
- Descrever os objetos mais frequentemente manuseados na espera
- Descrever os sons, diálogos, maneirismos, fâcies, e linguagem corporal presente na espera
- Interpretar as experiências de atores quanto ao tempo e à espera
- Identificar os diversos agregados sociais envolvidos na espera
- Descrever as relações de conflito-cooperação que possam existir entre os diversos grupos/agregados sociais envolvidos na espera
- Compreender a influência de fatores culturais na espera
- Descrever as interações sociais na sala de espera
- Descrever os movimentos na sala de espera
- Identificar a estrutura normativa (tácita e explícita) que enquadra a espera
- Compreender a influência das crenças na espera
- Delinear estratégias que permitam gerir mais eficazmente a espera

De uma forma global, os três objetivos gerais referem-se ao conceito de espera que se pretende (re) construir, para o compreender de forma global, atendendo sempre ao *setting* em análise: sala de espera das urgências hospitalares. Assim, pretende-se compreender o objeto de forma extrínseca (etnografia) e intrínseca (entrevistas⁷¹), que constituem também as duas vertentes metodológicas da investigação. Logrou-se construir uma grelha de observação para a

⁷¹ De tipo semidireto, seguindo o que refere Guerra (2006, p. 52) “...considerando a maioria dos trabalhos em sociologia torna-se necessário que todos os entrevistados foquem os mesmos aspetos, pelo que há alguma orientação temática das entrevistas.”.

etnografia que contém os itens a observar, que também serviu de base para a construção do guião. Nessa segunda fase (entrevistas) procura-se, *grosso modo*, as experiências da espera, sendo que a amostra é construída através de duas fases, a primeira através de *snowball sampling*⁷² tendo sido entrevistados 18 indivíduos.

A segunda, por saturação da rede de contactos do investigador, consistiu em lançar um *online pool* para selecionar os restantes entrevistados. Para este desiderato foi contratada uma empresa⁷³ que procedeu à conceção e lançamento do recrutamento, tendo como indicação procurar obter sujeitos informantes com os seguintes perfis: 1) 1-2 Indivíduos, jovens adultos, com idade inferior a 30 anos, tendo como critério preferencial que sejam estudantes universitários ou com outras profissões; 2) 4-6 Indivíduos, com idade superior a 30 anos, tendo como critério preferencial que sejam licenciados; 3) 1-2 Indivíduos, com idade superior a 30 anos, com experiência atual ou recente em funções de chefia\direção⁷⁴. De 06/11/2018 a 10/11/2018, período em que o recrutamento *online* esteve ativo, 44 participantes responderam, e 20 correspondiam aos perfis solicitados dos quais foram selecionados, por sorteio: 1) 1 indivíduo; 2) 6 indivíduos; 3) 1 indivíduo. Posteriormente, foram realizadas as 8 entrevistas em local acordado entre o investigador e os sujeitos informantes. A referir também que, desde muito cedo, com os estudos exploratórios, se identificou um grupo étnico que se pensou ter algum protagonismo na dinâmica da sala de espera do SU, e que por isso seria importante entrevistar, existindo alguma dificuldade em chegar até estes indivíduos. Em Novembro de 2018 contactou-se a CME (Câmara Municipal de Évora) no sentido de facilitar a abordagem a

⁷² Técnica de amostragem não probabilística através da qual inicialmente os sujeitos são recrutados através dos contactos do investigador, e seguidamente enunciados por cada um dos entrevistados.

⁷³ Costa, Calado, Pina & Associados.

⁷⁴ Inseriu-se este critério para introduzir maior diferenciação e diversificação da amostra. Foram entrevistados dois indivíduos que atualmente exercem cargos políticos, para além de exercerem a sua profissão.

este grupo, tendo esta entidade disponibilizado um técnico⁷⁵ que se deslocou ao terreno e facilitou os contactos com indivíduos de etnia cigana.

No total foram realizadas 26 entrevistas semidiretas⁷⁶ (*vide* em anexo, grelha com dados sociodemográficos dos entrevistados). O guião das entrevistas tem como foco os seguintes componentes: espaço, atores, grupos, objetos, práticas e experiências associadas à espera. As entrevistas foram gravadas através de um gravador⁷⁷, e foram analisadas com recurso ao *software* MaxQda 11.1.4 ®. O uso de CAQDA (*Computer-Assisted Qualitative Data Analysis*) tem o seu sustento na literatura, nomeadamente em Bardin (2011, p.175) que refere a maior rapidez, rigor na organização, maior facilidade de manipulação de dados complexos, sendo que “a criatividade, a reflexão, têm teoricamente um lugar destacado, visto que o analista se vê livre de tarefas laboriosas, longas e estéreis”. No mesmo sentido, Costa (2015) refere maior facilidade no processo interpretativo por permitir uma visão holística do material empírico. A definição de análise de conteúdo surge em Guerra (2006, p. 62) da seguinte forma “a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interpretações do analista face a um objeto...cuja articulação permite formular as regras de inferência”.

A análise de conteúdo objetiva assim extrair o significado explícito e tácito dos segmentos texto (unidades de registo), articulando com outras proposições e literatura, inferindo assim de forma lógica o seu significado. As unidades de registo (e de contexto), numa análise de cariz

⁷⁵ Grato à CME, e em particular ao Dr. Manuel Francisco Santos.

⁷⁶ Guiamo-nos por Coutinho (2014), que com base em Patton (2002), refere três tipos de entrevista, desde mais estruturada, com perguntas fechadas e pré-determinadas, à mais aberta *in depth interviewing*, que pressupõe questões abertas e mesmo vários encontros *face-a-face* com os sujeitos. A entrevista semidireta, encontra-se no ponto intermédio, com um guião que estrutura e orienta as perguntas.

⁷⁷ Olympus® VN-731PC.

temático, agrupam-se dentro de uma determinada categoria⁷⁸ ou nas palavras de Bardin (2011, p.135) “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.”. Esta autora refere três fases cruciais para se desenvolver a análise de conteúdo, a pré-análise, altura em que se fazem leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas para se realizar um apanhado global, que permita começar a fazer sentidos e relações, sendo que existe muito de intuitivo nesta fase, como Bardin (2011, p.125) também admite. A segunda fase corresponde à exploração do material, onde tem lugar a codificação propriamente dita, com o recorte dos excertos relevantes, a classificação e a agregação.

Procura-se o sentido da frase, o significado manifesto e latente, sendo este o grande critério que guia esta fase, e neste concreto optou-se por uma análise temática sendo que a este propósito Bardin (2011, p.135) refere: “O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc.”. Assim, a escolha por esta técnica parece ser a mais adequada, tendo em linha de conta o cariz do estudo efetuado. Por outro lado, elege-se uma perspetiva por casos múltiplos e uma análise de tipo contraste-saturação, conforme o que refere Guerra (2006, p.47):

A amostra por contraste-saturação, como o seu nome indica, pretende atingir rapidamente a saturação e é geralmente aplicada em problemáticas não muito complexas e relativamente restritas. Assim, acumulam-se entrevistas de pequena dimensão (duas horas), bem centradas em apenas alguns tópicos. Por exemplo, em lugar de fazer uma entrevista em profundidade de 10 horas, fazem-se três entrevistas mais curtas.

⁷⁸ Que devem ser distintas, mutuamente exclusivas, homogêneas e objetivas (Carlomagno & Rocha, 2016).

Na análise que se efetuou, existe uma grande correspondência entre os temas e as categorias, sendo que Bardin (2011, p.147) refere-se à existência de “categorias temáticas”. A categorização consiste no agrupamento dos recortes de unidades de registo significantes em classes ou categorias que evoquem os seus elementos comuns. Este processo obedece a uma série de critérios enunciados por Bardin (2011, p.150), nomeadamente a exclusão mútua, ou seja, cada segmento deve ser adstrito a uma categoria; a homogeneidade, que se refere ao facto de cada categoria corresponder a um princípio único; a pertinência que nos remete para o desenho de categorias que são adequadas aos fins e “intenção” da investigação. Este processo deve ser guiado pela objetividade e fidelidade, no sentido em que deve ser possível a replicação dos mesmos dados por outros investigadores, seguindo a trajetória que o investigador inicial traçou.

Por fim, a mesma autora destaca o critério da produtividade, no sentido em que estas devem desembocar em resultados concretos ao nível de inferências, linhas de investigação e novas perspetivas de análise. A construção das categorias foi realizada de forma não apriorística, ou seja, a sua construção teve origem após contacto e exploração do material empírico, não antes. Esta questão é importante porque o investigador deve partir com uma ideia sobre o que irá “encontrar”, mas não já com o processo (pré) formatado, e encaixar em determinadas categorias o material das entrevistas. A terceira fase baseia-se na interpretação do material empírico, em que a lógica inferencial é crucial, conforme refere Bardin (2011). Mas o que significa inferir? Segundo o Cambridge Dictionary (2020e) inferir significa “to form an opinion or guess that something is true because of the information that you have” e, não obstante esta ser uma definição de carácter generalista, a noção base do conceito é a que a definição explana. Com maior rigor, trata-se de um processo cognitivo que consiste em concluir algo com base na informação que se dispõe, no caso os relatos provindos do material empírico. Implica relacionar, deduzir, mas com base em factos relatados, que, tanto quanto foi possível aferir, são

verdadeiras. Voltando a Bardin (2011), esta autora, com base em Osgood, refere como exemplos de inferências a estrutura associativa, atitudes, valores, motivos, entre outros. Nesta fase, releva a extração do conteúdo latente do texto que constitui, de certa forma, a fase mais importante da análise de conteúdo.

Quanto à teoria das representações sociais, ela teve a sua origem no estudo de Moscovici (1961),⁷⁹ e de um modo geral refere-se à coleta do conhecimento do senso comum sobre um determinado objeto, que é partilhado dentro de um grupo social específico. Neste concreto, Sammut *et al.* (2015) referem um exemplo de representações sociais prático e elucidativo, parafraseando estes autores, “para se chamar a polícia, é preciso ter uma representação social de lei e ordem” proibindo o uso de armas. Analogamente, poderíamos referir acerca da espera que existirão certos valores, práticas e experiências subjetivas do tempo à espera (no SU), que se congregam e densificam para nos conferirem um sentido partilhado deste fenómeno social. Os mesmos autores, citando Moscovici, referem os processos de ancoragem e objetivação como cruciais relativamente à teoria das representações sociais. O primeiro refere-se à classificação, ou seja, o conhecimento novo acerca de um objeto ou evento que não é familiar e que é colocado dentro de um quadro referencial, sendo essencialmente um processo de internalização. Já a objetivação corresponde ao processo oposto, consistindo na externalização da representação social através de proposições ou imagens⁸⁰.

No caso concreto, o objetivo é descobrir e mapear os elementos constitutivos do objeto, criando em última análise um esboço significativo, ou representativo, do que significa “esperar”

⁷⁹ Previamente ao estudo de Moscovici, existe a noção de consciência coletiva construída por Durkheim *apud* Ritzer (2011, p. 81): “The totality of beliefs and sentiments common to average citizens of the same society forms a determinate system which has its own life”.

⁸⁰ Os autores referem o exemplo de imagens de cientistas a inocularem tomates como sendo representações da biotecnologia e OGM (Organismos Geneticamente Modificados).

no contexto de um SU. Deste trabalho de análise resultaram 16 categorias⁸¹, que se fizeram corresponder, *grosso modo*, aos capítulos elencados na parte IV. Este esboço significativo vai ao encontro do que refere Costa (2015, p.82), que define a análise de conteúdo da seguinte forma: “Specifically, content analysis can be defined as ways of analysing meaningful matter, texts, images, and voices (Krippendorff, 2004, p. xxii)”, sendo que deste trabalho resulta um recorte qualitativo a que está subjacente o método etnográfico. As técnicas a que se recorre são respetivamente: observação participante, notas de campo e entrevistas ao nível da recolha de dados, e a análise de conteúdo, que já detalhámos, ao nível da interpretação do material empírico. Em termos de *software*⁸², para além do *MaxQda*®, recorreu-se ao *Express Scribe*® para a transcrição das entrevistas⁸³, ao processador de texto *Word*® 2019, *EndNote* X9® para organizar as referências bibliográficas e ao *Smartdraw*® para construir o *floor plan* da sala de espera.

A triangulação⁸⁴ entre técnicas, instrumentos de recolha e métodos, permite um maior rigor das conclusões, solidificando a arquitetura metodológica desta investigação e, neste concreto, procurou-se triangular os dados e metodologias para melhor aferir a solidez das conclusões. A triangulação baseia-se na premissa base de não perspetivar cada método ou técnica como se

⁸¹ Em rigor, dez categorias e seis subcategorias.

⁸² Em termos de *software* a referir que o investigador possui licença individual do Word 2019®, *MaxQda*® 11 e *Endnote* X9®, já a utilização do *Express Scribe*® e *Smartdraw*® foram realizadas através das suas versões trial/free.

⁸³ A referir que não foram transcritas na totalidade, apenas os segmentos mais relevantes e representativos, objetivando diminuir o tempo nesta atividade, não sem antes ouvir as vinte e seis entrevistas no mínimo três vezes a fim de obter uma noção global e precisa da entrevista. Em termos do trabalho escrito, cada capítulo, corresponde, *grosso modo*, a uma categoria, e foram escolhidos (no mínimo) cinco unidades de registo que foram escolhidos tendo em conta os seguintes critérios: relevância (conteúdo), diversidade (entrevistados) e representatividade (da amostra).

⁸⁴ De certa forma corresponde ao processo de validar conclusões utilizando vertentes metodológicas diferentes.

fossem estanques, e neste sentido atualmente existem diversas teorias que procuram harmonizá-las a nível teórico (Baltazar, 2016), assim como a nível metodológico com as designadas abordagens mistas (Creswell, 2007). Em termos metodológicos guia-nos ainda o conceito de descrição densa de Geertz (2008, p.4), em que se procura significados e não descrições puramente factuais. Neste sentido, o autor cunha o termo “teias de significados”:

O conceito de cultura que eu defendo, e cuja utilidade os ensaios abaixo tentam demonstrar, é essencialmente semiótico. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície.

Relativamente aos períodos de tempo, à técnica utilizada, e ao foco das observações aquando da observação *in loco* na sala de espera do SU, baseamo-nos em Schildermans e Vlieghe (2018, p.4) que refere:

During the first stage of the research, a set of three consecutive visits of three hours each (during consultation hours) was conducted in which behaviors, interactions between people in the room, and interactions with the room were observed and taken down as written fieldnotes. The focus of attention was the interactions...

Optou-se por realizar períodos de observação de 5 horas na sala de espera do SU, a terem lugar no período da noite, manhã e tarde. O objetivo central seria evitar observações arbitrárias ou concentradas num determinado período, o que iria criar enviesamento. Procura-se que estes obedeam aos seguintes critérios:

- Abranjam vários períodos do dia (manhã, tarde, noite)
- Exista um número de observações proporcionais entre os vários períodos
- Correspondam, no mínimo, a três observações por semana (15 h)

- Limite: até saturação empírica

Contudo, verificou-se que quer o período da manhã, quer o período da noite, a partir sensivelmente das 2:00/3:00 da manhã tinha um movimento muito reduzido, havendo mesmo horas dentro destes dois períodos do dia em que a sala estava vazia. Com efeito, como foi referido acerca das características do tempo social, nomeadamente que este não é regular, tendo momentos de inatividade e vazio mesclados com outros de intensa interação e atividade, será natural que o foco de observação recaia sobretudo sobre os períodos em que exista mais atividade, também na linha do referido por Schildermans e Vlieghe (2018). Assim, optou-se por privilegiar a observação do período em que a sala estava mais cheia, correspondendo este ao período da tarde. Em termos do espaço a observar, privilegiou-se a sala de espera (“grande”) por ser aquela que tem mais utentes e onde existe mais movimento e interações, conquanto alguns entrevistados nos seus relatos referem também as suas experiências quer na sala de espera das urgências pediátricas, quer na sala de espera (“pequena”) em frente à triagem⁸⁵ – também alvo de observações esporádicas.

O processo de observação finalizou quando foi atingida saturação teórica, conforme o que é referido por Guerra (2006). Se seguirmos as tipologias enunciadas por Coutinho (2014, p.30) quanto à conceção do fenómeno social, trata-se de uma investigação ideográfica, portanto de cariz qualitativo, segundo a finalidade admite-se que é uma mescla entre aspetos “puros” e “práticos”, pois o objetivo primeiro é conseguir novos conhecimentos, mas também está orientada para a resolução de problemas práticos. Quanto ao objetivo é descritivo e explicativo,

⁸⁵ Os utentes referem-se à sala de espera de maiores dimensões como sala de espera “grande”, e à sala de espera de menores dimensões, em frente à triagem, como sala de espera “pequena”. Nesta última, as interações entre utentes, o movimento, e grande parte dos aspetos que nos interessa analisar são menos evidentes, porque comporta menos utentes (cerca de dez sentados).

quanto ao alcance temporal é transversal, e de carácter exploratório relativamente à profundidade.

Por fim, referir que todos os entrevistados deram o seu consentimento para a realização de entrevistas, assim como foram informados dos objetivos, do enquadramento da investigação e do garante da confidencialidade das informações que prestaram, em conformidade com os preceitos éticos referidos pela Associação Portuguesa de Sociologia (n.d). No mesmo sentido, foi requerido ao CA (Conselho de Administração) do HESE autorização para as observações na sala de espera do SU, tendo o mesmo sido deferido. Todos os nomes referidos nesta investigação são fictícios e toda a informação foi cuidadosamente anonimizada.

Parte III – Sala de Espera: Descrição do Cenário

3.1. *Floor Plan* e Fatores Ambientais

À entrada para a sala de espera existe um pequeno *hall* com uma *vending machine*. Transpondo a porta, abre-se uma sala de dimensões maiores, e desde logo surgem como referências centrais a porta da triagem, logo em frente, um balcão ao fundo à esquerda, e também à esquerda, a porta das urgências pediátricas. A sala de espera central, comumente referida pelos utentes como sala “grande”⁸⁶ tem um espaço relativamente amplo⁸⁷, e ao fundo (à esquerda) um *guichet* envidraçado onde se situam os administrativos que podem dali observar toda a sala - uma disposição a fazer lembrar sistema pan-óptico de Jeremy Bentham referido por Foucault, Rabinow e Faubion (1997). Assim que entramos na sala de espera central, à esquerda, encontram-se uma série de quadros com imagens da natureza onde predomina o verde, exemplos clássicos de um *nudge*⁸⁸ (Thaler & Sunstein, 2009), objetivando induzir calma e tranquilidade. A televisão encontra-se num plano elevado, entre a porta de entrada e a porta da triagem, à direita. Logo à entrada (da sala de espera central), do lado direito, existe uma pequena caixa para serem colocadas as reclamações e sugestões. Existem trinta e seis lugares sentados, cadeiras em azul. É um local onde predominam tons claros, linhas sóbrias e discretas

⁸⁶ Ou ainda sala dos “familiares”, embora lá possam permanecer quer doentes, quer acompanhantes.

⁸⁷ Conquanto, certamente reduzida para as necessidades. Ampla por comparação à sala “pequena”.

⁸⁸ Elementos cuja disposição ou informação direciona para um certo comportamento sem ser explicitamente proibitivo.

conferindo uma aspeto *clean* e assético que os ambientes hospitalares invariavelmente têm. Ao fundo da sala do lado esquerdo, entre a porta das urgências pediátricas e o *guichet* fica o gabinete da assistente social. Nesta parede encontra-se afixado um *poster* sobre os deveres e direitos dos utentes.

No *guichet* existem dois sinais de silêncio, e um que refere que se deverá manter o telemóvel em silêncio. Existe ainda na sala “grande”, no teto, sensivelmente a meio da sala, um relógio de ponteiros para marcar o tempo. A assinalar também a presença de um extintor e de uma tomada que os utentes utilizam para carregar os telemóveis. À esquerda da porta de entrada da sala de espera central encontra-se o WC (*Water Closet*), e continuando à esquerda, existe uma porta que dá acesso à sala das urgências pediátricas. Existem várias *vending machines*, uma no *hall* de entrada que precede a porta de entrada, e outras entre o WC e a porta das urgências pediátricas. Em frente à porta de entrada, atravessando a sala de espera “grande”, existe uma outra porta que dá para a triagem. Transpondo esta porta envidraçada, existe uma outra sala de espera, de pequena dimensão⁸⁹, onde à direita, de forma contígua existem lugares sentados, e à esquerda uma sala onde é realizada a triagem. Num plano elevado, em frente aos lugares sentados existe um pequeno ecrã. É frequente estarem macas em frente a estes lugares sentados. À entrada da porta de triagem existe um *placard* informativo com os tempos de espera médios para cada pulseira, uma informação crucial para uma eficaz gestão da espera, conforme refere Fadhillah, Azzuhri e Andarini (2018).⁹⁰

A triagem é realizada por um enfermeiro que segue uma série de protocolos (*guidelines* do sistema de Manchester), conforme refere Azeredo, *et al.* (2015). Sucintamente, este sistema baseia-se num questionário ao doente (e.g antecedentes, medicação, sintomatologia), assim

⁸⁹ Com cerca de seis a dez lugares sentados, bastante mais reduzida se comparada com a sala central.

⁹⁰ Vide Fig. 2.

como avaliação de outros parâmetros (e.g SpO2%, bpm)⁹¹, para depois o quadro clínico ser categorizado consoante o nível de urgência através de uma pulseira, entregue a cada utente, com uma cor que corresponde ao grau de gravidade. Assim, existe a pulseira azul que significa “não urgente”, a que corresponde um tempo de espera médio de 4 horas. A pulseira verde tem um tempo médio de atendimento de 2 h. O amarelo, urgente, tem um tempo médio de atendimento de 1 hora. À pulseira laranja, muito urgente, corresponde um tempo de espera de 10 minutos. A pulseira vermelha indica uma situação emergente com um tempo de espera de 0 minutos. Em baixo (Fig.2) encontra-se o esquema da sala de espera, um esboço feito pelo investigador para permitir a visualização do contexto em análise⁹².

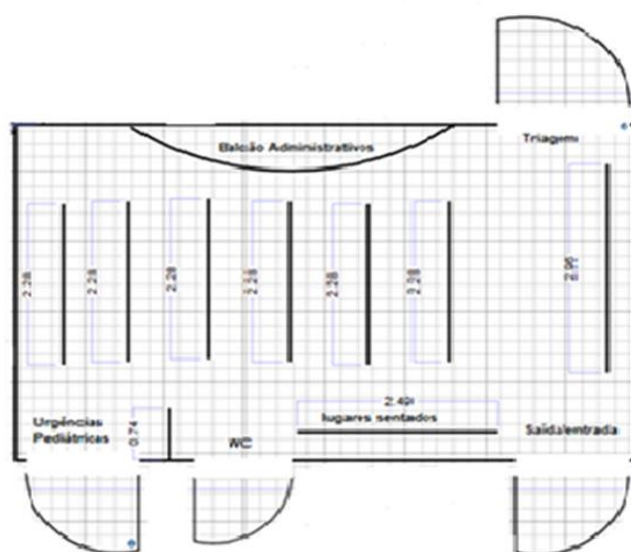


Fig. 2 – *Floor plan* da sala de espera

⁹¹ SpO2%: saturação periférica da oxihemoglobina; Bpm: batimentos por minuto.

⁹² A salientar que o SU do HESE sofreu remodelações e esta configuração já não é a atual, neste momento a sala de triagem encontra-se dentro do serviço de urgência, bastante afastada da sala de espera em frente à triagem (“pequena”).

O espaço assume uma importância fundamental influenciando, em certa medida, a experiência do tempo. Nesse sentido, refere Silvano (2001, p.13) a propósito da obra de Halbwachs que “Primeiro porque o grupo «molda» o espaço ao mesmo tempo que se deixa «moldar» por ele...”. Esta autora refere a dupla vertente em termos conceptuais e de metodologia que o espaço pode ter: a sua representação ou entendido na sua materialidade. Neste capítulo, seguir-se-á uma descrição da “materialidade”, ou seja, do espaço físico em si, para, em última análise, melhor compreender de que forma o espaço influencia a espera. Principiamos com um olhar pela literatura, e a referir neste concreto uma linha de estudos que analisa o impacto do ambiente físico na perceção dos indivíduos, mais ou menos negativa, dos que o utilizam. Neste sentido, a tese de Cruz (2013), utilizou um *eye tracker* para medir níveis de atenção dos indivíduos (n=49) que se encontram à espera no hospital, e refere que quadros de pintura abstrata induzem mais ansiedade e, ao contrário, as plantas reduzem a ansiedade. Por sua vez, Leather *et al.* (2003) comparam duas salas de espera (uma antiga e outra renovada) de neurologia no Reino Unido. O estudo contou com 145 utentes e avaliou os níveis de *stress*, satisfação e bpm, sendo que os resultados demonstram que a nova sala de espera tem benefícios ao nível da satisfação do cliente, humor melhorado e avaliações mais positivas acerca do ambiente.

Por sua vez, Andrade *et al.* (2012) refere que as dimensões que são mais focadas pelos utentes são o nível de conforto, a luz natural e a privacidade. O estudo de Fadhilah *et al.* (2018), que contou com uma amostra de 120 participantes através de um inquérito por questionário, conclui que quanto maior é a clareza na informação do tempo de espera, melhor é a perceção do tempo de espera⁹³. Este estudo refere também que quanto mais confortável é a sala, melhor é a satisfação dos clientes enquanto esperam. Por fim, a referir a investigação de Holm e

⁹³ Este ponto veio a revelar-se essencial na gestão da espera, tendo sido muito focado pelos entrevistados.

Fitzmaurice (2008), um dos poucos a analisar uma sala de espera de um SU, que conclui que a musicoterapia é uma estratégia eficaz para reduzir o *stress* de quem espera neste contexto⁹⁴, não tendo verificado o mesmo benefício utilizando a aromoterapia.

⁹⁴ A sala de espera do SU do HESE não implementou estas estratégias (e.g musicoterapia, aromoterapia).

3.2. Notas Etnográficas: *in loco*, à Espera no SU

A primeira ida para o campo foi a 7 de Novembro de 2017 (período noturno). Entrei⁹⁵ na sala de espera discretamente e sentei-me num dos lugares donde pudesse ser possível observar toda a sala⁹⁶. Nunca interagi com nenhum utente, a não ser por duas ou três ocasiões em que se pergunta se nos podemos sentar ao lado de alguém, cumprindo regras sociais de “boa educação”. As notas foram tiradas discretamente, ocultando tanto quanto possível, o caderno de campo. Ninguém pareceu notar a presença de um utente-investigador, conseguindo-se assim o desiderato metodológico de uma observação participante, mas sem interação com os utentes⁹⁷. As observações seguiram os itens constantes da grelha de observações (em anexo). Neste capítulo far-se-á uma descrição, com os aspetos mais relevantes das observações. Quanto ao primeiro item, objetos que fazem parte do espaço, a destacar desde logo o uso frequente do telemóvel. Este é o objeto que assume maior protagonismo na sala de espera, e neste sentido, com base nas observações efetuadas, é aquele que é mais manuseado. É frequente ver os utentes à espera utilizarem o telemóvel, um cenário mais evidente nas faixas etárias mais jovens.

O telemóvel serve muitos propósitos, desde logo comunicar com os amigos e família para transmitir informações sobre os doentes, e neste sentido numa das observações uma mulher refere ao telemóvel “têm que lhe retirar a algália”. Por norma, as conversas ao telemóvel são

⁹⁵ Optamos por utilizar a primeira pessoa, à semelhança de outras etnografias, pois reflete melhor a imersão no mundo da sala de espera do SU.

⁹⁶ A referir alguma literatura que serviu de guia para o estudo etnográfico, desde logo Denzin e Lincoln (2005), Angrosino (2007), Emerson, Fretz e Shaw (2011), Whyte (1993), Venkatesh (2008), entre outros.

⁹⁷ Aspeto discutido na metodologia.

em tom de voz menos elevado, geralmente percebe-se esse cuidado, não obstante os avisos afixados pedindo silêncio. O mais observado é o uso de telemóvel para escrever SMS (*Short Message Service*)⁹⁸, e efetivamente é frequente ver as pessoas a digitar incessantemente, ou a fazer o movimento de *scroll*⁹⁹ deixando antever o uso de aplicações como o *Facebook*®¹⁰⁰. Segundo Liang e Hwang (2016)¹⁰¹ “The most frequently observed postures while sitting were having one’s trunk against a backrest, feet on the floor and with or without an arm supported (58%)”, e também foram estas as posturas (sentado, pés no chão, costas assentes no encosto da cadeira e sem um braço suportado) que mais se observou na sala de espera, enquanto os utentes utilizam o telemóvel.

Existem três rotinas/movimentações que importa destacar na sala de espera. A primeira está relacionada com a transmissão de informações por parte dos administrativos, existindo um horário fixo para este momento. São informações necessariamente parcas (e não clínicas) para não infringir o sigilo profissional, mas permitem informar os familiares evitando também que estes não “invadam” o espaço para lá da triagem, procurando os profissionais para obter informações¹⁰². Neste horário predefinido, se a sala de espera tem utentes, de imediato é possível observar os utentes a formarem uma fila (indiana) junto ao *guichet*. A segunda rotina está relacionada com os movimentos *in* e *out* dos utentes, por exemplo a primeira ação que se faz assim que se entra na sala de espera¹⁰³, consiste nos utentes irem ao *guichet* para referirem ao administrativo a causa da entrada. Numa das observações foi possível observar uma jovem

⁹⁸ Ou em aplicações com função similar como o *WhatsApp*, entre outras.

⁹⁹ O movimento para cima e para baixo com os dedos para poder visualizar conteúdos.

¹⁰⁰ Uma das redes sociais mais populares a nível mundial, com dezenas de milhões de utilizadores.

¹⁰¹ Estes investigadores analisaram 1,230 sujeitos em 400 viagens no “metro” de Taipei, observando as suas posturas ao utilizarem *smartphones*.

¹⁰² Evidentemente que, informações mais relevantes do ponto de vista clínico, serão sempre transmitidas por médicos ou enfermeiros.

¹⁰³ Sejam utentes da urgência geral ou das urgências pediátricas.

mãe com o bebé ao colo a dirigir-se apressadamente¹⁰⁴ para a porta das urgências pediátricas, o marido vem logo atrás e dirige-se para o *guichet* dos administrativos referindo que se trata de “uma convulsão febril”. Também é possível verificar que alguns utentes quando saem da porta da triagem (da urgência geral), dirigem-se ao balcão para fazer o pagamento da taxa moderadora¹⁰⁵.

A terceira rotina/movimentação está relacionada com a entrada de AO (Assistente Operacional) na sala de espera para chamar utentes/familiares que faltaram à chamada – que ou estavam lá fora, ou não ouviram a chamada pelo altifalante. É um facto que o altifalante não se ouve bem, sobretudo se houver barulho na sala. Neste sentido, noutra observação é audível a “custo” a chamada do acompanhante de “Yuri...”¹⁰⁶ à sala de diretos”, e não tendo ninguém respondido à chamada, entra o AO e chama, em tom de voz alto, por duas vezes, ao mesmo tempo que olha em redor procurando uma resposta que não ouve. De seguida dirige-se para a entrada da sala de espera (“lá fora”), regressando pouco depois com alguém ao seu lado, certamente a pessoa que procurava, que bebericava um café à pressa à medida que se ia aproximando da porta de triagem.

Quanto a grupos envolvidos e identificáveis na sala de espera - em rigor técnico como já se referiu, agregados sociais - é possível identificar grupos de ciganos que pelo seu comportamento e indumentária se destacam facilmente dos demais. Estes indivíduos, sempre em grande número, acompanhados pelo clã, discurso em tom de voz mais alto que os demais, muito mais movimentados, num entra e sai que contrasta com a espera mais passiva da maioria dos presentes. É possível observar que os outros utentes se sentem incomodados (através da

¹⁰⁴ Talvez devido à perceção de um risco de contágio maior a uma criança já doente, ao passar pela sala de espera dos adultos. Idealmente os espaços deveriam estar separados.

¹⁰⁵ Valor cobrado aos utentes pela utilização dos serviços do SNS.

¹⁰⁶ “Yuri” nome fictício, uso de reticências para ocultar apelido do utente.

expressão facial e do olhar direto para este grupo) com os ajuntamentos de indivíduos de etnia cigana na sala de espera. De facto, estes muitas vezes infringem normas explícitas da sala como o estar em silêncio, mas sobretudo infringem normas sociais (tácitas) de uma certa aquietação e reserva neste lugar. A espera dos indivíduos de etnia cigana nem sempre se efetua dentro da sala de espera, com efeito é frequente observá-los “lá fora” à entrada, algumas vezes até sentados no muro que circunda o hospital. De um modo geral, estes indivíduos caracterizam-se por ter uma espera que difere da dos demais: muito dinâmica, ora entram e saem da sala, trocam palavras num discurso em tom de voz alto e utilizam muito o telemóvel. Noutra observação, observa-se uma mulher cigana a amamentar o filho. Quando os outros utentes veem esta mãe a amamentar em plena sala de espera, logo se percebe que evitam “olhar”, no sentido do *starring* em inglês, que tem a conotação social de rude.

Grosso modo, a cultura ocidental encara o ato de amamentar como algo que deve ser feito com algum recato (nunca em público). Segundo o Observador (2017), para uma mulher poder amamentar em público e no exercício das suas funções, foi necessário a implementação de certas medidas legislativas. Se seguirmos uma certa perspetiva de análise de índole feminista (entre outras), este episódio reflete o modelo de sociedade atual, ainda muito pautada pelo patriarcado, pois como refere Holmes (2009, p.3) “We live within a patriarchy, a society largely controlled by men and in which men usually have a greater share of the rewards (both in terms of wealth and status) available.”. Ou seja, o reconhecimento de um ato natural, próprio e intrínseco da maternidade, necessita de aprovação de legislação para acontecer no parlamento (mesmo tapando o seio da mulher), e no concreto da sala de espera, é percecionado como algo que foge aos valores e cultura vigentes.

Noutra observação, um ajuntamento de indivíduos de etnia cigana conversa entre si em tom de voz elevado na sala de espera, e a certo momento uma criança de cerca de 5 anos corre livremente pela sala, tentando entrar para lá da porta da triagem. Esta correria livre das crianças,

observadas em vários momentos, é invariavelmente acompanhada do olhar perplexo dos demais utentes, que ao mesmo tempo observam o olhar e postura aparentemente despreocupada das mães ciganas. Pelos olhares “de reprovação” dos utentes da sala¹⁰⁷, podemos inferir que o juízo dos outros utentes, alicerçado em valores culturais diferentes, reprova o facto de que as crianças possam correr “desenfreadamente” neste lugar. Em parte, esta questão deriva da sua cultura nómada, onde se encontra subjacente um *movere* do clã, incluindo crianças, para qualquer lugar, constituindo este *movere* um valor e uma prática cultural que, em grande medida, os define.

Este quadro permite perceber que efetivamente o povo cigano conserva os seus valores *core*, mas também talvez por isso, tantas vezes “olhados” à luz das normas sociais predominantes, são quiçá “impercebidos”, eventualmente até marginalizados – é o que muitas vezes o olhar censório dos utentes transparece. Como refere a Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas:

A discriminação e marginalização de que cedo foram alvo, obrigaram a um grande isolamento, tendo criado à sua volta uma barreira que, se por um lado lhes permitiu conservar a sua identidade e cultura, por outro remeteu-os ao esquecimento, à desconfiança da sociedade maioritária e à sua própria exclusão. Coesos mas insubmissos, continuaram, no entanto, a conservar os seus valores fundamentais que se prendem com o culto da família, com o respeito pelas pessoas mais velhas e a proteção das crianças. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 25, 2013)

As pessoas observadas, nomeadamente os indivíduos de etnia cigana, *movendo-se* em clã, trazem sempre consigo homens, mulheres, crianças, independentemente do lugar onde estejam. Vivem numa bolha cultural e o seu comportamento muitas vezes não vai ao encontro do que é socialmente esperado pela cultura hegemónica em espaço público. Se isso acontecesse, em certa

¹⁰⁷ E também pela informação dos entrevistados, que voltam a abordar este ponto.

medida, essa integração na cultura social vigente talvez fosse mais profunda, mas possivelmente perderiam os seus traços culturais mais distintivos. A coesão da cultura cigana e uma certa insubmissão aos valores ocidentais vê-se de forma clara nestas observações, em toda uma forma idiossincrática de esperar das “gentes” ciganas. De notar também que a espera dos indivíduos de etnia cigana tem algumas diferenças quanto ao género, em que o homem assume um papel claramente mais “movimentado”, no entra e sai da sala de espera, e a mulher assume um papel mais estático, esperando não raras vezes sentada nas cadeiras.

Este comportamento, esperar sentado nas cadeiras, é muito menos observado no homem cigano, sobretudo se falarmos de faixas etárias mais jovens, em que a movimentação, a dinâmica e o esperar “lá fora” simbolizam traços da sua cultura, que não se coaduna com uma espera passiva, sentada e longa. Outro aspeto, deveras simbólico, relaciona-se com a porta da triagem que divide as duas salas de espera (“grande e pequena”), funcionando esta como uma espécie de fronteira mística, que divide o leigo e a ciência médica, os triados e os não triados, as famílias dos doentes. Os olhares na sala de espera “grande” focam-se muito nesta porta, pois de lá vêm muitas vezes os familiares apressados, trazendo notícias, e logo se ajuntam outros a quererem ouvir.

Muitas das vezes também se espreita lá para dentro, para ver se há ou não muitas pessoas, quem lá está, e o que estão a fazer. Quanto às “proximidades”, estas encontram-se mais relacionadas com as conversas e estas são, de um modo geral, necessariamente parcas e curtas, mas ao contrario de uma certa noção inicial que se possa ter sobre a sala de espera de uma urgência hospitalar, estas são mais frequentes do que possamos pensar. Não que a “espera” passiva e muitas solitária não aconteça, com efeito constitui a maioria do panorama observável. Contudo, aquilo que se pretende desocultar, e que tem sido relatado, é uma dimensão da espera que também existe, uma espera mais dialogante, mais participada e movimentada. Neste sentido, numa das observações efetuadas é possível observar um jovem vindo da sala de triagem

e dirige-se em direção a um outro indivíduo (que estava à sua espera), que se encontra sentado, com a perna reclinada e a manusear o telemóvel, que lhe pergunta: “precisas de alguma cena? Medicação?”. O jovem que vem da triagem responde: “Não ele disse-me para ir ao médico de família”. Ainda nesta observação, uma mulher lê o jornal, três pessoas usam telemóvel, e outras duas mulheres fazem malha. Fazer “malha”, uma arte “antiga”, é algo incomum de ser observado nas urgências, e contrasta em absoluto com uso frenético do telemóvel, símbolo da modernidade, enquanto a malha transmite uma certa noção que reside no imaginário coletivo de tranquilidade, paciência e relaxamento.

Por outro lado, como se tem vindo a referir, o movimento faz parte da espera, e é frequente observar movimentos *back and forward*, refletindo uma espera impaciente, preocupada, às vezes angustiada. Quanto ao ato de ler, que se referiu anteriormente (uma mulher à espera a ler o jornal), ao contrário do que se possa pensar, não existem muitas pessoas na sala de espera que ocupem o tempo a ler, como se referiu, o quadro geral é quase invariavelmente composto pela utilização do telemóvel. Desde logo porque, ler um jornal ou um livro, exige algum grau de concentração e, claro, a preocupação e ansiedade que estes utentes sentem neste momento, tende a não facilitar esta atividade. E enquanto a mulher lê o jornal, surge o acompanhante vindo de “dentro” e transmite-lhe informações, sendo que após ambos demonstram uma certa “despreocupação”, a avaliar pela postura e mímica facial. Quanto ao desempenho de papéis sociais, facilmente se identifica que os administrativos, para além das tarefas administrativas, têm também a função (oficiosa) de vigiar a sala, tanto que o *guichet* é rodeado por área ampla de vidro de onde se poderá observar toda a sala. Os AO vêm de vez em quando à sala observar a dinâmica da sala, mas principalmente quando alguém falta à chamada feita através dos altifalantes. Nesse caso, olham em redor e chamam pela pessoa.

Noutra observação estavam indivíduos de etnia cigana (sobretudo homens) à espera “lá fora” e “cá dentro”, perto do lugar onde estou, e ouve-se: “não se justifica fazerem uma greve

destas...”; pouco depois observam-se vários indivíduos ciganos (sobretudo homens) a entrarem na sala de espera, certamente alguns do grupo que se encontrava lá fora. Os indivíduos de etnia cigana, objetivamente, são dos que mais infringem as regras socialmente estabelecidas, e ironicamente também são os que mais reclamam. O espírito “insubmisso” que foi anteriormente referido certamente contribuirá para esta atitude reivindicativa, tendo uma noção clara dos seus direitos numa sociedade que se os marginaliza, também eles por si se afastam, vivendo em bolsas culturais pouco permeáveis. É bastante evidente a forma exuberante, barulhenta e movimentada com que muitas das vezes reclamam – com ou sem razão – quando comparados com os demais.

Relativamente aos distanciamentos, aqui entendidos como relações de oposição-conflito, existe uma relação, por certos períodos, mais tensa com os profissionais de saúde e com os indivíduos de etnia cigana. Relativamente a estes últimos, relata-se um episódio em que existem cinco mulheres e dois homens (de etnia cigana) na sala de espera, com os filhos numa correria constante, e alguns utentes, olham com perplexidade como que reprovando uma parentalidade *laissez-faire*. Desde logo, o facto de serem numerosos e “encherem o espaço”, diz muito da sua forma de atuar que contrasta visivelmente com a espera recatada dos restantes utentes, pelo número, pelo movimento, e pela troca de palavras *out loud*. Vários adolescentes de etnia cigana entram e cumprimentam os restantes, como que em jeito de respeito, mas nunca ficam muito tempo na sala.

Há um certo sentido de respeito pelos mais velhos na comunidade cigana, bem visível nos cumprimentos sociais e no deferimento perante estes, que adquirem o *status* de pessoas mais sábias e líderes do clã, o que, em boa verdade, muitas vezes não vemos acontecer na sociedade ocidental. Neste sentido, *grosso modo*, o *status* social de um “velho” numa família ocidental, não é igual ao *status* do patriarca de um clã cigano. De facto, quando entrevistei um dos indivíduos de etnia cigana (Gonçalves) no seu acampamento, enquanto estava a entrevistá-lo

acercaram-me vários jovens adultos, a tentar perceber o meu papel, mas claramente numa disposição de força (pelo número, pelos olhares), como que a demonstrar um certo sentido de proteção do seu líder. Talvez este sentido de clã e de respeito pelos mais velhos só seja encontrado por exemplo na sociedade japonesa, que em termos culturais valoriza bastante as faixas etárias mais elevadas.

Noutra observação ouve-se uma rapariga referir que “os ares condicionados são horríveis, tenho uma doença...porque é que isto está tão quente...isto é horrível”. Entretanto, ouve-se outro utente (mulher) a referir-se aos indivíduos de etnia cigana: “depois há aquelas pessoas que têm cá um membro da família e vem logo a família toda...claro que isto fica pior”. A crítica aos ciganos ouve-se aqui e ali, mas baixinho, sem os confrontar, certamente por receio de eventuais comportamentos agressivos, verbais ou físicos, destes indivíduos. A maior parte faz estes comentários para quem está mesmo “ao lado”, ninguém tem a ousadia de fazer queixa ao segurança que nem está na maior parte das vezes na sala. Ao meu lado um idoso e uma utente mais nova, aparentemente sem se conhecerem previamente, iniciam uma conversa sobre a greve dos enfermeiros.

Mais tarde peço para me sentar num lugar vago ao lado de uma cigana, fi-lo por cortesia, claro está, mas esta responde-me em tom de voz alto, e algo ríspida: “isto não há lugares marcados”. Mais ao longe ouve-se outra conversa, uma utente refere: “e o senhor não escreveu no livro de reclamações?”, o que reflete uma certa relação de oposição/conflito em relação aos profissionais e à organização (hospital). Muitas destas conversas surgem em decorrência da espera, não raras vezes percecionada como longa, desconfortável, exasperante, ou tendo por base comentários em que transparece uma ideia negativa sobre os cuidados prestados. Quem espera na sala de espera do SU uma horas tenderá a experienciar este sentimento de pertença a este *quasi in-group* (os que esperam), sendo que os motivos da indignação de uns, serão sentidos pelos demais, o que origina e reforça, por períodos, atitudes solidárias. Temos assim,

que na sala de espera se originam dois grupos (em rigor agregados) que por vezes se antagonizam: os que esperam (utentes) e os esperados (profissionais).

Com efeito, queixas sobre a espera e os cuidados prestados é algo que se “ouve” frequentemente neste contexto, e são em certa medida desabafos que caem dentro de uma certa normalidade de quem espera neste lugar. Estas reclamações, surgem mais como desabafos “para o ar”, para o “vizinho do lado”, quase sempre inconsequentes. As conversas que se ouvem assentam muito nas histórias relacionadas com a experiência atual ou passadas das vindas ao SU, em busca de apoio, de opinião, ou em mero jeito de “meter conversa”, uma vez que este contexto e esta experiência é aquilo que dois estranhos que se sentam lado a lado têm em comum. Ouve-se ao longe no altifalante: “acompanhante de....ao balcão mulheres”, outra utente, cerca de 60 anos, fala ao telemóvel. É notório algum burburinho na sala, mais do que o normal, e curiosamente é a cigana sentada ao meu lado que refere: “Se fosse em Beja estava tudo na rua”. Junto do *guichet* vejo um bombeiro com um discurso impercetível, mas em tom de voz alto e ao mesmo tempo gesticula – parece estar a reclamar.

Mais um exemplo deste distanciamento/oposição com relações tensas, neste caso entre grupos profissionais. Uma pessoa ao meu lado (de etnia cigana) refere para outra: “uma tendeira que estava aqui nem me conhece...e agora veio com o menino para irem para Lisboa”. No meio da sala observa-se um grupo de dez (aparentemente) “tendeiros”¹⁰⁸ e, momentos depois, vem uma mulher cigana vinda da porta da triagem para contar as “notícias” (i.e estado clínico do doente) ao grupo. Depois saem todos de rompante, naquilo que é o *movere* habitual do povo cigano. Um pai com o filho ao colo aproxima-se das *vending machines* e tira *snacks*. Não existe outra opção para além destas máquinas em termos de alimentação para quem espera, ao

¹⁰⁸ Subgrupo dentro dos indivíduos da comunidade cigana, conotado como os indivíduos que vendem artigos nas feiras.

contrário dos doentes já internados¹⁰⁹, e isso deveria, porventura, ser uma preocupação. Observa-se um homem idoso de pé que conversa com um casal sendo que a mulher sentada lhe pergunta: “Quando é a festa?”.

Portanto, fica evidente que algumas pessoas se conhecem, e conversam sobre o quotidiano, não necessariamente apenas sobre assuntos de tonalidade mais negativa. Observa-se uma mulher que atende o telemóvel, o altifalante chama por alguém e de imediato levanta-se uma senhora que vai ao balcão pedir mais informações. Mais tarde duas senhoras idosas conversam: “chocou-me muito ver aquele homem lá das matanças...e agora vê-lo assim...”, na mesma conversa, mais tarde, abordam assuntos familiares: “As férias dela têm sido a correr...ainda a médica lhe disse que o coração não aguenta...você conhece o da C.?...Esse foi para uma unidade de Portel...fez uma força interior para não incomodar os filhos”. Como se referiu, na sala de espera encontram-se conhecidos “lá da terra”, das vilas ou cidades dos arredores e que aqui se encontram fortuitamente. Maioritariamente veem-se grupos de duas e três pessoas a conversar, em tom de voz baixo, mas em que as vivências “da terra, dos conhecidos e da doença” são preponderantes ao longo da conversa.

Noutra observação, na entrada encontram-se duas pessoas a conversar, em que uma diz para a outra em tom autoritário: “quero o exame percebe, porque quero agarrar nos exames e ir lá fora”. Mais uma vez, uma conversa a refletir o tom crítico face aos cuidados prestados. Lá dentro, na sala de espera em frente à triagem, encontram-se duas camas em frente aos lugares sentados, a sala maior está cheia, contam-se apenas dois lugares vazios. Dois jovens conversam de forma descontraída, um virado para o outro de perna cruzada. Existe apenas uma tomada disponível para carregar os telemóveis, mas em dias de sala de cheia ou quando é notório maior afluência parece existir uma grande cooperação\solidariedade entre os utentes a fim de

¹⁰⁹ Os doentes internados têm direito à alimentação proveniente da cozinha do hospital. Sobre este aspeto existem propostas de melhoria, referidas no capítulo 5.1.

partilharem a tomada. Neste sentido, observa-se um jovem que se dirige a uma mulher e diz-lhe: “não quer carregar o seu agora?”. Mais tarde, saem duas pessoas da triagem e uma refere para a outra: “vai agora fazer análises para ver se tem anemia...”. Um homem novo, fala alto e gesticula no meio da sala: “a minha mãe é rija...[entretanto passa um conhecido] Então tudo bem pá? Tenho que ir lá buscar aquilo amanhã”.

Observa-se também um grupo de indivíduos de etnia cigana com uma criança, ao mesmo tempo que uma mulher reclama ao *guichet*. Próximo de mim, um homem refere: “quem é que consegue ouvir alguma coisa com estas pessoas aqui [refere-se aos indivíduos de etnia cigana]?”. Isto porque estes, como se tem vindo a referir, tendem a ter um discurso altissonante, existindo muita movimentação, o que incomoda outros utentes, sobretudo numa situação de espera em que há sofrimento, preocupação e que socialmente exige reserva, recato, silêncio e até algum isolamento. Se compreendo que existam utentes que se sintam incomodados, dou comigo a pensar se não haverá pouca compreensão para com um grupo que culturalmente é diametralmente diferente de todos nós. Em todo o caso, a crítica que aqui e ali se ouve está, penso, dentro de certos *boundaries* que a tornam legítima, sem resvalar para um discurso mais vincado de tonalidade discriminatória.

Na sala de espera do SU é assim evidente, e inevitável, o choque entre culturas, pois é um mundo extremamente variado: um *melting pot* de várias gentes que ali confluem, ricos, pobres, cultos, analfabetos, velhos, novos, turistas perdidos, estudantes bêbados, caucasianos, asiáticos ou ciganos. A certa altura observam-se várias crianças na sala, e depois a sala esvazia lentamente. Mais uma vez, um bombeiro ao *guichet*, dirigem-se muitas vezes aos administrativos para tratar de questões burocráticas. Na sala veem-se muitas pessoas de máscara, para prevenir contágios devido ao facto de a sala estar muitas vezes lotada. Ouve-se um homem “novo” ao telefone a referir: “ele entrou logo, tinha uma grande variação nos ritmos

cardíacos”. A hora das informações é anunciada e correm para o *guichet* várias pessoas, originando uma fila em linha reta (indiana).

Noutro período de observação, entro na sala e nem tenho lugar para me sentar, a sala encontra-se quase lotada. Observam-se grupos de duas ou três pessoas a conversar de forma amena. À exceção de quando existem indivíduos de etnia cigana na sala, por norma prevalece a díade, eventualmente uma terceira pessoa junta-se à conversa, mas é raro observarem-se grupos de quatro pessoas. Observam-se alguns jovens que conversam sobre trivialidades, com boa disposição, alguns risos, o que contrasta com o semblante preocupado e angustiado da maioria dos presentes. Duas senhoras tiram um chocolate de uma *vending machine* e seguem para a sala de triagem. Mais uma vez, a conversa que se ouve ou é focada na doença ou em temas triviais e quotidianos, quer a dos jovens, quer a conversa da senhora sentada ao meu lado. Vem um jovem com um penso na cabeça ter com um senhor que está ao meu lado e diz: “está tudo bem”, como que o tranquilizando, não obstante o aparato. Ao meu lado ouve-se: “vamos beber um café?”, e duas pessoas caminham em direção à máquina café junto à sala das urgências pediátricas.

Mais tarde entra na sala (aparentemente), uma administrativa a transmitir informações a um utente, e acabam por entrar depois dois bombeiros que se dirigem ao *guichet*. O telemóvel é efetivamente o objeto mais utilizado, e nesta observação existem mais duas senhoras ao telemóvel. Próximos, um homem e uma mulher, falam entre si em tom de desagrado. As noites são mais calmas, por norma não existe ninguém, assim como nas manhãs, e de facto numa das observações na sala de espera no período noturno, pelas 5:00, a sala estava vazia. As tardes, da hora de jantar em diante são de facto quando se verifica maior movimento na sala. Em relação ao dia da semana, aparentemente é a segunda-feira que normalmente regista mais movimento.

Noutro dia, assim que entro na sala surpreendo-me ao ver uma sala meio cheia (invariavelmente tem estado sempre lotada); observo um jovem curvado ao telemóvel que

presta mais atenção ao objeto que à sua envolvente. Uma idosa conversa muito com outra pessoa sobre conhecidos da aldeia: “Ora eu era para ter ido logo para baixo...e o seu marido está onde?”. Muitos olhares fixam-se na televisão e em dias de sala cheia (ou meio cheia), inevitavelmente sente-se o ar saturado e quente. A certo momento uma (aparentemente) administrativa vem à sala e chama pelos “acompanhantes da Dona C.”, e veem-se a sair duas pessoas da sala de triagem com aquilo que parecem ser receitas na sua mão. Os movimentos baseiam-se muito nesta trajetória, os que saem da porta de triagem e os que entram, assim como os que saem ou entram pela porta de entrada e as idas inevitáveis ao *guichet*, seja para fazer pagamentos das taxas moderadoras, seja para obter informações.

Ocasionalmente existem pessoas que se dirigem às *vending machines*, e outras ainda que entram rapidamente com crianças, e passam fugazmente pelo *guichet*, para logo de seguida se dirigirem para as urgências pediátricas. Um idoso espera sentado com a coluna direita, quase num ângulo de 90 graus, mãos entrelaçadas, o que contrasta com a postura dos jovens, mais descontraída, muitas vezes curvada, com as pernas esticadas e normalmente ao telemóvel. A postura sentada, mais passiva, sem o manuseamento de telemóveis, é de facto uma constante dos mais “velhos”, como que transmitindo mais calma e tranquilidade. Mais tarde vejo uma senhora com canadianas que sai da porta de triagem acompanhada por um jovem. Outra das trajetórias frequentes é a dos que fumadores, que vão lá fora, fumam, e entretanto regressam.

Noutro período de observação, assim que entro observo um grupo de três pessoas a que se juntam mais dois adultos e uma criança que entram na sala e um dos elementos do grupo refere: “é este o ponto de encontro”, e ficam a conversar cerca de dez minutos sobre coisas banais. Momentos mais tarde observa-se uma pessoa a reclamar ao *guichet*. Noutro dia, logo ao entrar sinto o ar da sala saturado; a maioria dos presentes na sala está sentado, a olhar para a TV (Televisão), e existe pouco movimento – a espera é essencialmente longa e passiva. Observam-se duas crianças na sala e um aglomerado de pessoas junto ao *guichet*.

Em várias observações observam-se, e nesta não é exceção, várias pessoas de farda branca (mas não enfermeiros ou médicos), que conversam com doentes e familiares, com um certo “à vontade”, na forma como dialogam, na forma como entram e saem pela porta da triagem, vindo informar outros utentes. Cedo percebi que eram funcionárias de lares que vêm às urgências acompanhar os seus utentes e depois acabam por ficar, a prestar auxílio/informações, aos utentes e aos seus familiares¹¹⁰. Noutro dia de observações, encontram-se sete indivíduos de etnia cigana lá fora sentados no muro que rodeia o hospital. Como se referiu, a espera também acontece “lá fora”, pois tem algum dinamismo, e seja à porta de entrada, seja neste muro, é frequente ver utentes que esperam fora da sala de espera.

Quanto ao muro em concreto, é frequente observar indivíduos de etnia cigana que ali se juntam e sentam, um muro com cerca de ½ metro de altura, próximo do portão da entrada do hospital e de onde é visível a entrada da sala de espera do SU. Este povo prefere o muro onde existe mais liberdade, e é naquele local que conversam, fumam, comem e bebem, atividades que não podem fazer dentro da sala de espera. Como povo nómada e habituado ao ar livre, a tendência é precisamente esperar “cá fora”, onde se podem movimentar e conversar com maior liberdade. Pouco depois, alguns destes indivíduos, sobretudo homens, entram na sala de espera e juntam-se a conversar. Ficam lá dentro por pouco tempo, normalmente entram só para saber “notícias”, conversar com os que esperam sentados, como que assinalando que se encontram presentes, demonstrando a coesão grupal do clã, e depois regressam para o muro. Momentos mais tarde, uma auxiliar vem à sala chamar um doente/acompanhante. Depois, ouve-se uma funcionária de um lar¹¹¹ a dizer a um acompanhante que “ela está a soro”. Alguns indivíduos de etnia cigana juntam-se a beber café, entre os quais está uma mãe com um bebé ao colo que

¹¹⁰ E por termos observado que são utilizadores frequentes da sala de espera do SU, optámos por entrevistar uma destas funcionárias.

¹¹¹ Identificadas pela farda.

chora incessantemente, sem ninguém ter um gesto para o calar, um comportamento típico do estilo de vida deste povo.

A certa altura, uma mulher cigana mais velha pergunta a outra: “então já sabes alguma coisa?” E a outra responde: “Quando é assim ficam cá a dormir”. Depois, observa-se uma mulher cigana que fala em tom voz alto ao telemóvel no meio da sala: “Agora só tem visita às 7:00...não sei filho...está aqui o hospital cheio de ciganos...”. Na sala são claramente identificados dois “grupos”, provavelmente pertencentes a famílias diferentes de ciganos, cada um com cerca de cinco elementos. Num desses grupos, uma das mulheres ciganas refere “o melhor médico é Deus...”, refletindo, em parte, a sua pouca valorização do hospital. No mesmo grupo, momentos mais tarde, um cigano de mais idade refere em tom de voz alto: “Este ainda é meu primo se alguém lhe fizer mal tem que contar comigo”, demonstrando a proteção e coesão face a seus familiares. Vários utentes olham para os grupos de indivíduos de etnia cigana com perplexidade e receio – os ciganos monopolizam a atenção da sala. Entretanto um cigano sai da porta envidraçada (“porta triagem”) e refere para os outros: “está à espera de médico...”, e vão chegando mais indivíduos de etnia cigana que se acercam deste que veio com as últimas notícias.

Noutra observação, é possível observar três mulheres a conversarem entre si, uma bebe um café, e há risos e desabafos entre si. Nem sempre a espera nas urgências é melancólica e ensimesmada, neste caso a conversa parece ter um tom de descontração e de grande espontaneidade, o que não é frequente observar neste lugar. A certa altura o tema da conversa é sobre cuidados de saúde no público vs privado: “como do dia para a noite, tocas a campainha e aparecem logo enfermeiras. As enfermeiras, não é as auxiliares....aqui querem é dinheiro, trabalho, zero...”. Mais tarde, um casal dirige-se ao *guichet*, perguntam por alguém e vão diretos para a triagem. Observa-se também uma jovem utente que se dirige a uma *vending machine*. Noutro dia, assim que entro vejo a sala meio cheia e mais uma vez existe um grupo

de cerca de sete indivíduos de etnia cigana com crianças a brincarem no chão, com garrafas e brinquedos. Neste grupo há muitos risos, bem audíveis, num contraste com restante sala, pautada pela passividade e quietude. Encontram-se três pessoas ao telemóvel, duas senhoras sentadas conversam entre elas, algumas olham para a televisão. A certo momento muitos utentes aglomeram-se junto ao *guichet* para obterem informações.

Noutro dia de observação destaca-se sobretudo o olhar das pessoas, umas para as outras. Esta é uma constante na sala de espera, sem nada para fazer, os olhares focam-se nos outros, numa constante avaliação, provavelmente a pensar se chegaram primeiro, quem são, porém olha-se sem que o outro dê conta, sem *staring*. Ouve-se uma pessoa ao *guichet*: “nem sequer a vi....cheguei aqui de Setúbal às três e ainda não a vi...acho que já podiam ter dito qualquer coisa...”. A sala está quase cheia e entra um casal com um bebé ao colo. Noutro momento, uma rapariga dirige-se a um utente com mais idade e refere: “olha ele vai ficar cá a noite...acho que devia ir descansar”. Noutro dia, a sala está novamente cheia, duas mulheres ao meu lado conversam sobre o estado de um doente. Não há muito barulho e as demais pessoas sentadas focam-se na TV.

Noutro dia, encontram-se apenas cinco pessoas na sala, duas mulheres falam entre si, e com o decorrer da conversa uma agarra no telemóvel e mostra várias fotografias à sua interlocutora. E a certo momento, entra uma pessoa na sala de espera e a primeira coisa que faz depois de se sentar é olhar e manusear o telemóvel. Passam pela sala duas pessoas vindas das urgências pediátricas - existe pouco movimento. Depois um homem senta-se ao meu lado, enquanto outro fala alto ao telemóvel. Entretanto um utente com canadianas saiu da triagem, vê uma mulher conhecida e iniciam conversa. Mais tarde, cerca de oito rapazes entram na sala, sentam-se, e depois dirigem-se a uma *vending machine* onde continuam a conversar, por entre *snacks* e café.

Noutra observação, a sala está meio cheia, e logo ouço o som abafado do altifalante. Um casal entra na sala, e um outro mais tarde entra com um bebé ao colo e dirige-se ao *guichet* – a

rotina repete-se. Uma senhora nos seus “quarentas” conversa alto ao telemóvel e refere que: “nunca lhe dei confiança para isso...”. Observo também dois jovens que conversam tranquilamente – como se referiu predomina a díade neste tipo de conversas. Pouco depois, uns pais com uma criança saem da UP (Urgências Pediátricas) e vêm ao *guichet* efetuar o pagamento. Mais tarde, dois homens conversam um com o outro: “se há crise, se há falta de água...está tudo à rasca”. No altifalante ouve-se o aviso de que é hora de serem transmitidas informações ao *guichet*. Depois da habitual fila junto ao *guichet* ter desaparecido, vários utentes acorrem às *vending machines*, e depois um bombeiro acerca-se do *guichet*. Observa-se uma mulher com uma criança ao colo, outra criança corre na sala e mais ao fundo estão dois a homens a conversar. A certa altura existe muito movimento de pessoas a entrar e a sair.

Noutro período de observações, observo vários indivíduos de etnia cigana (sobretudo homens) à conversa no muro e junto à porta da sala de espera, cá fora, encontram-se três mulheres a conversar. Ao entrar, observo uma sala meio cheia, e mais duas utentes ao *guichet*. Tenho reparado que os utentes ocupam preferencialmente os lugares debaixo da televisão, o que se explica porque ficam com o campo visual desimpedido para a porta da triagem. Assim podem facilmente observar toda a sala (em frente), e quem sai da triagem (à direita), assim como quem chega através da porta de entrada (à esquerda). Acolá, três pessoas conversam das diabruras da criança que está com eles, encontram-se bem-dispostos e riem-se ocasionalmente. Observam-se várias pessoas a usar as *vending machines*, e há um grupo de pessoas junto ao *guichet*. Uma senhora idosa conversa com outras pessoas.

Mais tarde, junto às *vending machines*, uma senhora tira uma garrafa de água que fica encravada e num instante levantam-se dois homens que tentam ajudá-la, dando murros e empurrando a máquina. A estratégia resultou, e conseguem retirar duas garrafas de água, sendo que um dos homens oferece à senhora uma das garrafas, e depois, sentindo-se observado por toda a sala (olha em redor), vai entregar uma das garrafas (extra) ao administrativo do *guiché*,

que também a recusa, e assim este utente fica com a garrafa. De facto, na sala de espera existem dinâmicas de cooperação (e de oposição e conflito), sendo que a respeito destes agregados e do exemplo referido, relembra-se a definição de Ritzer e Ryan (2011, p.104):

The most characteristic feature of temporary gatherings is the alternating and varied individual and collective actions that compose them... Individuals engage in many solitary actions but also in a variety of collective actions with or in relation to their companions or other individuals and small groups... The most common are interdependently generated collective actions exemplified by the conversations that occur among companions or with strangers in close proximity.

Portanto, não estando perante um grupo *stricto senso*, por *deficit* de relações duradouras e este ser essencialmente um palco de encontros ocasionais com uma diminuta coesão, é nestas “ações coletivas” que o autor antedito refere, e que aqui e ali se observam, que emerge este sentimento, em certa medida, de pertença a este grupo de pessoas – “os que esperam”.

Porém, na sala de espera, nem sempre se observam dinâmicas cooperativas, e tomado o agregado social como um todo existem muitas vezes relações de oposição/conflito relativamente aos profissionais de saúde. Como refere Macionis (2012, p.150):

An ingroup exists in relation to an out-group, a social group toward which a person feels a sense of competition or opposition. In-groups and outgroups are based on the idea that “we” have valued traits that “they” lack. Tensions between groups sharpen the groups’ boundaries and give people a clearer social identity. However, members of in-groups generally hold overly positive views of themselves and unfairly negative views of various out-groups

Ora, embora em rigor técnico falemos de agregados, existe um tipo de relação análoga à anteriormente descrita, sendo aqui o *out-group* constituído pelos profissionais de saúde da

urgência¹¹². Não que tenha que existir sempre uma relação tensa, porque muitas das vezes existe cooperação, mas os dados¹¹³ sugerem que a vivência deste fenómeno (espera), neste *setting*, tende a gerar, por um lado, esta identificação com os outros que esperam, e por outro, opiniões/perspetivas negativas relativamente aos profissionais da urgência.

Neste sentido, importa relatar o episódio em que um utente, na sala de espera “grande”, refere em tom de voz alto ao falar com uma enfermeira: “eu exijo falar com a médica...está a almoçar?...então vou falar com a administração....você sabe sequer o nome da minha mãe? São uns incompetentes.”. Foi a situação mais tensa que pude observar, mas estas relações conflituais ficariam depois corroboradas por alguns relatos dos entrevistados. A espera neste *setting* é assim volátil e dual, tanto emergem relações de cooperação, como se observam situações com grande tensão, o que vem desconstruir a noção de passividade que o significado da espera, comumente implica. Relativamente à espera “lá fora”, a referir que assim que ganhei a noção do quão importante era (também) a espera no exterior, efetuei algumas observações neste espaço. Numa das observações veem-se várias ambulâncias a chegar, uma câmara de TV a filmar, muito movimento, quer à entrada da sala de espera do SU, mas também e sobretudo, à entrada do hospital pois houve um acidente nesse dia. A chegada de ambulâncias, o movimento é efetivamente uma constante no espaço exterior. Noutro dia, mais uma vez, observam-se vários indivíduos de etnia cigana sentados ao muro, conversam entre eles, gesticulam, uns estão de pé inquietos – é um cenário frequente.

Também a referir uma experiência pessoal, enquanto utente, que aconteceu por mero acaso, mas que será pertinente referir¹¹⁴. Entrei como doente numa manhã, sabendo à partida que neste

¹¹² Nomeadamente médicos, assistentes operacionais e enfermeiros.

¹¹³ Sendo manifesto quer nas conversas que se ouvem *in loco*, quer pela voz de alguns dos entrevistados.

¹¹⁴ Este episódio é relevante porque vai ao encontro do que se colheu em termos de observação. Também o método etnográfico, em certa medida (e com os devidos distanciamentos epistemológicos), admite experiências

período não estariam lá muitos utentes, e que seria atendido rapidamente. Dirigi-me ao *guichet*, depois à triagem (atribuíram-me a pulseira verde), e estive se tanto 10 minutos à espera na sala de espera “pequena”, onde a interação foi escassa¹¹⁵ - encontravam-se lá três pessoas. Fiz exames, fui observado por um médico e saí do hospital passadas 2 horas. Noutro dia, voltei à sala de espera para realizar o pagamento deste episódio e obviamente não me sentei, apenas fiquei à espera de duas pessoas que estavam à minha frente junto ao *guichet* e olhei em redor.

O panorama não difere das últimas observações, sala cheia, algumas conversas entre díades e várias pessoas que invariavelmente olham para o telemóvel. Num espreitar rápido, observo que a outra sala de espera (a sala de espera “pequena”) estava cheia, e invariavelmente com poucas interações entre os utentes. Entretanto alguém que conhecia surge ao pé do *guichet* e porque estava doente, cedi-lhe a vez. Ao olhar pela sala vejo um acenar de uma jovem que também conhecia, e de todas as observações ali efetuadas, foi a única em que vi pessoas que conhecia. No entanto, não pude deixar de pensar que eu próprio encontro “conhecidos” neste lugar improvável, e não fosse a “pressa”, talvez tivesse ali ficado também à conversa.

Fica evidente que a espera pressupõe um todo bastante complexo, pelas interações que envolve, pela própria especificidade dos motivos desta espera em particular, pelas dinâmicas da sala, pelas formas tão díspares que esta pode assumir e pelos inúmeros fatores que nela influem. Relativamente a este aspeto, nomeadamente a influência de fatores culturais, a referir que segundo Marja-TerttuTryggvason (2006) existe uma forte tendência para os finlandeses serem mais introvertidos nas relações sociais, e em que o silêncio tem um valor cultural que em Portugal não tem. Os finlandeses só conversam se tiverem algo muito importante a referir, nem

pessoais sendo precisamente a “imersão no local” a sua grande vantagem face a outros métodos. Por fim, cumprem-se os preceitos ético-deontológicos, providenciando detalhe apenas daquilo que é sociologicamente relevante.

¹¹⁵ Como foi referido aquando da explicitação dos critérios metodológicos, por este motivo optei por realizar a maior parte das observações na sala de espera “grande”.

tendo no seu repertório linguístico a frase “Como está?”. Trata-se simplesmente de uma forma de cumprimento social, não exige propriamente uma resposta, mas nem sequer existe na Finlândia, e neste sentido, conforme refere Studarus (2018), os finlandeses tiveram que ter aulas para agilizar estes “primeiros encontros sociais”.

Tendo isto em mente, reflito se a facilidade do diálogo neste lugar tão improvável poderia acontecer, da forma como se descreveu, na Finlândia e a resposta parece ser provavelmente não. Na Finlândia talvez a espera fosse tendencialmente mais passiva, mais silenciosa, e com menos períodos de tensão. Por último, a referir, que tive conversas informais com alguns profissionais e que confirmaram alguns dados da observação, a saber: o movimento maior nas tardes, assim como o facto de segunda-feira ser o dia em que aparentemente existe mais movimento. Pelas informações que obtive, a polícia está presente de sexta para sábado e de sábado para domingo, e que de facto as reclamações por vezes ultrapassam certos limites e degeneram em agressões verbais tais como a que presenciei¹¹⁶.

¹¹⁶ Aspeto novamente abordado no capítulo “Lógicas de conflito”.

3.3. Da Ética na Abordagem Etnográfica

Este capítulo centra-se nalgumas questões de índole ética que inevitavelmente surgiram aquando da observação etnográfica. Alguns dos aspetos aqui discutidos são transversais a este tipo de estudos, outros são específicos desta investigação e refletem as reflexões do autor aquando do trabalho de campo. Primeiramente, a referir que os princípios deontológicos constituem-se como uma série de regras, objetivas, positivas da qual resultam consequências ou sanções se violadas. Estas regras são baseadas em noções universais de *unrecht*, como refere Wood (2017) refletindo acerca da moral Hegeliana: “Morality emerges from the dialectic of abstract right, and specifically from the breakdown of this sphere in the determination of ‘wrong’ or ‘injustice’ (Unrecht)”. Se seguirmos o pensamento de Durkheim explanado em Ritzer (2011), de algum modo estes princípios impõem-se, qual factos sociais, aos indivíduos, em termos de uma consciência coletiva ou de representações coletivas, porém só se tornam deontológicos se positivados.

A destrição entre o que é deontológico e *unrecht* é fundamental porque é necessário ter a capacidade de reflexão ética, que vai além do mero cumprimento de certos deveres objetivados, importará um diálogo constante do *unrecht* em problemáticas que poderão até, em última análise, estar de acordo com o que se encontra positivado. Este raciocínio encontra-se muito presente em Singer (1993, p.2), que apela a uma “ética prática”, presente no quotidiano e afastando-a do “positivismo codificado”: “So the first thing to say about ethics is that it is not a set of prohibitions...Second ethics is not an ideal system....” e advoga uma perspetiva

utilitarista¹¹⁷ que permita a reflexão na prática e no momento, a fim de tomar a “melhor” decisão possível, uma posição da qual, sem identificação total, nos aproximamos.

Relativamente aos princípios mais específicos que devem ser observados aquando de uma investigação desta natureza, guiamo-nos pelo que refere Marvasti (2004, p.135), que de forma sucinta refere: “The following presents a brief review of these principles (i.e., voluntary participation, protection of research participants, potential benefit to participants and guidelines on the use of deception)”. A interiorização e o manejo destas noções, que devem estar sempre presentes, é essencial para as reflexões que se seguem. Desde logo, a primeira importa ao próprio método etnográfico, é uma observação puramente objetiva ou permite reflexões do autor? Como refere Tedlock (2005, p.467), a propósito de um certo “olhar para dentro” relativamente ao método etnográfico: “The issue becomes not so much distance, objectivity, and neutrality as closeness, subjectivity. and engagement”. A etnografia, em certa medida, pressupõe esta empatia, este *engagement* com as gentes que se estuda para que o *insight* seja mais nítido, aliás se a ida para o campo pressupõe experienciar e “viver naquela cultura”, esta perspectiva, não tão objetivista, ganha lugar.

Porém, relativamente ao método etnográfico, sendo observação participante, neste concreto optou-se por não estabelecer qualquer tipo de interação com os utentes, diminuindo ao máximo a hipótese de desestabilizar um grupo (não no sentido sociológico do termo), de indivíduos que vivenciam situações limite. Portanto, provavelmente a linha deontológica não o proibiria, nem certamente os pressupostos da metodologia dado que fará sentido na perspectiva etnográfica essa mescla e interação com o contexto/objeto, porém, atendendo a uma reflexão sobre o *unrecht*,

¹¹⁷ Segundo Duignan e West (2020), o utilitarismo é uma corrente de pensamento com o cunho de filósofos como John Stuart Mill ou Jeremy Bentham e deve ser entendido como “The answer is that a person ought to act so as to produce the best consequences possible.”.

opta-se por limitar o processo de recolha de dados encetando uma observação participante “menos participada”.

Na linha do que foi referido anteriormente, dentro do método etnográfico existe lugar para, de forma limitada, “olhar para dentro”, refletir e “sentir” o que é de facto “estar à espera”. E de forma limitada porque aqui também existe uma reflexão ético-metodológica a realizar, sendo certo que abordagens demasiadamente próximas do objeto estarão mais expostas ao enviesamento. Existe então a necessidade de equilibrar e medir esta aproximação, mantendo o distanciamento necessário, e esta é uma reflexão que se realizou muito frequentemente ao longo do trabalho de campo. Importa também refletir sobre o caráter encoberto das observações tidas na sala de espera do SU. A questão da observação encoberta levanta problemas éticos que devem ser ponderados, refletidos e rebatidos, pois como refere Bulmer (1982, p.252): “On ethical grounds they have been criticized for violating the principle of informed consent, invading subjects' privacy, using deception, and betraying trust, possibly harming the interests of the group studied...”. De facto, por princípio geral, será indiscutível que deve, e este é um dever positivado, ser sempre solicitado o consentimento informado dos sujeitos.

A vontade, e uma vontade esclarecida, em linha com o princípio da dignidade humana, são incontornáveis. A questão é linear e condição *sine qua non* no caso de entrevistas, porém no plano de uma etnografia podem existir *nuances* que tornam esta questão discutível. Desde logo, importa lembrar que a observação encoberta tem sido utilizada em estudos sociológicos, e nesse sentido há que referenciar dois clássicos: Goffman (1961), que realizou observação encoberta num hospital psiquiátrico¹¹⁸, e também Parker (1978) que investigou o mundo de jovens delinquentes em Liverpool. Em termos de etnografia, o critério de obter ou não consentimento informado terá muito a ver com o caso concreto, e não poderá ser uma regra geral aplicada

¹¹⁸ Embora alguns membros do hospital soubessem quem ele era.

uniformemente. Com efeito, será um dado adquirido que um etnógrafo tenha (e deva), que obter consentimento informado de um grupo de índios, se quiser viver entre eles para estudar a sua cultura, seja por um imperativo ético, seja pela própria natureza das coisas – seria impossível ocultar o seu objetivo. Pelo contrário, não tem sentido intentar obter o consentimento informado dos membros de um gangue de delinquentes¹¹⁹, pois neste caso a aceitação seria liminarmente recusada ou poria em risco de vida o investigador.

Outro aspeto a considerar é a natureza do próprio espaço, mormente se é privado ou público, porque sendo um espaço fechado e privado, o consentimento informado de quem gere ou é proprietário do espaço, assim como dos grupos a investigar é incontornável. Se o espaço for de carácter público, geralmente assume-se que o consentimento informado não é necessário, e neste sentido refere Marvasti (2004, p.136):

How about when you are observing people in public places such as malls or restaurants? Do you need to approach each patron for permission to observe them? The general consensus is that what people do in public places is by definition there for all to observe.

No caso concreto não importa tanto a natureza em sentido jurídico da sala de espera¹²⁰, mas sobretudo o que se impõe em rigor ético. Neste sentido, a sala de espera encontra-se aberta ao público em geral, qualquer cidadão pode lá entrar, pode ali se sentar e pode aceder a cuidados de saúde se assim o desejar e necessitar. Seguindo este raciocínio, se a sala de espera está aberta ao público, não existindo restrições ao nível da entrada, então presumir-se-á que quem ali se encontra estará num local público e que, como refere Marvasti (2004, p.136): “what people do in public places is by definition there for all to observe”.

¹¹⁹ Existem etnografias que investigaram estes submundos e debateram-se com estas questões, nomeadamente Whyte (1993) ou Venkatesh (2008).

¹²⁰ Tendo sido, como se referiu, solicitada autorização ao CA do HESE.

Por outro lado, um importante argumento no sentido da observação encoberta é o efeito de Hawthorne (Mayo, 1933), que refere que o comportamento dos indivíduos é condicionado se estes tiverem consciência de que são observados. Não obstante, este preceito ter vindo a ser desafiado (*vide* McCambridge, Witton, & Elbourne, 2014, para mais detalhes), permanece como um princípio presente em praticamente todos os manuais que abordam o tema. Ora, dada a volatilidade dos comportamentos na sala de espera de um SU, não se poderia correr o risco de condicionar/desestabilizar o comportamento dos indivíduos, já de si numa situação de fragilidade. Deste modo, a decisão eticamente correta, atendendo também ao efeito de Hawthorne, seria efetivamente optar pela observação encoberta.

Outro argumento de cariz ético a relevar é o benefício-mútuo, e neste sentido refere Marvasti (2004, p.138): “The ethical concern here is to ensure that the research-subject relationship is mutually beneficial”, dando o exemplo de uma observação encoberta com crianças, em que os resultados da pesquisa foram depois partilhados com os pais, beneficiando estes últimos com os resultados da pesquisa, que terá contribuído para a otimização de estratégias parentais. No caso desta tese, a discussão será pública, e esta ficará disponibilizada no repositório da Universidade de Évora logo que possível, pelo que existe esta partilha com o público em geral, e o pequeno contributo que esta possa fornecer para a compreensão deste fenómeno é assim, de certa forma, de todos nós.

Outro tipo de questões que surgiram e que exigiram alguma reflexão, encontra-se relacionada com os procedimentos a ter em caso de o investigador ser reconhecido. Como se referiu aquando da descrição etnográfica, e apenas já no final das observações, o investigador foi reconhecido por utentes, e nessa altura optou-se por manter o papel de investigador encoberto em linha com o anteriormente exposto. Neste encontro foi possível encobrir o papel de investigador, mas e no caso de ser reconhecido e até interrogado sobre o que estaria a fazer neste contexto? Esta foi uma questão previamente refletida, e assumiu-se que o melhor seria

negar e apenas em última instância assumir o verdadeiro papel. A fim de esconder o mais possível o papel de investigador, as notas eram tiradas discretamente, algumas até escritas imediatamente a seguir após a saída da sala de espera.

Por outro lado, na última folha do bloco havia uns desenhos de carros que seriam mostrados caso alguém, desconfiado, indagasse sobre o que o investigador estaria a escrever. Este subterfúgio serviria como uma espécie de “negação plausível”. Assumiu-se que o pior cenário seria uma confrontação e não ser possível manter oculto o papel de investigador, e dada a imprevisibilidade dos comportamentos no SU, poder até existir alguém que fosse fazer uma queixa formal ou ser agressivo verbal ou fisicamente. Felizmente, nunca chegou a acontecer uma situação que se aproximasse deste cenário. Por paradoxal que fosse, foi precisamente quando o entrevistador se deslocou a um acampamento de indivíduos de etnia cigana, que a certa altura, estando a entrevistar um dos elementos mais velhos do clã, subitamente apareceram vários jovens, curiosos, mas claramente com uma postura agressiva, posicionando-se à volta do entrevistador, a olhar e a tentar perceber qual o seu intuito, num comportamento que, em última análise visava proteger o entrevistado. Durou pouco tempo, foi-lhes explicada a situação e dispersaram imediatamente, mas esta terá sido a situação mais próxima do limite que efetivamente ocorreu, e neste caso o papel de investigador foi logo assumido – nem poderia ser de outra forma.

Outro episódio, relatado no capítulo 3.2, em que uma enfermeira é objeto de agressões verbais, existiu a tentação de interceder, porém à avaliação a linguagem corporal não era agressiva e o episódio foi decrescendo de intensidade pelo que foi tomada a decisão correta de não intervir. Portanto, optar por uma observação encoberta depende do contexto, dos sujeitos a entrevistar, sendo que devem sempre ser ponderados os argumentos pró e contra, e concluir-se por uma relação favorável em termos de risco-benefício para os sujeitos de investigação. Equacionar previamente o pior cenário possível e dispor de estratégias de mitigação (e.g um

desenho no bloco de notas), também é relevante pois numa situação limite, se ela surgir, não existe tempo para pensar.

O etnógrafo deve acima de tudo preservar o ambiente onde está inserido, sendo que esta foi sempre uma preocupação que nos guiou, e felizmente não existiram quaisquer incidentes a esse nível. A mistura com as gentes, no caso observar *in loco* a sala de espera do SU, ou fazer entrevistas num acampamento cigano é um método de recolha de dados muito mais rico e profundo, como refere Mendes, Magano e Costa (2020): “...a opção pela utilização da etnografia veio permitir a apreensão de valores diferentes e até conflitantes, proporcionando o acesso a significados compartilhados e associados a práticas diversas...”. Fica assim exposto o percurso e a fundamentação do argumentário relativamente às opções tomadas aquando do trabalho de campo.

Parte IV – Análise de Conteúdo: “Ir e Estar na Sala de Espera”

4.1.1. Do Lugar e do Valor do Hospital

Neste capítulo, de alguma forma introdutório, analisam-se as “impressões” globais dos utentes sobre o hospital, objetivando compreender quais os atributos *core* que fazem parte da sua representação social. Estas impressões do hospital encontram-se conexas, em grande medida, a um momento em que, para todos os efeitos, “se entra no SNS (Serviço Nacional de Saúde)” em situação de grande vulnerabilidade. Com efeito, ir às urgências representa para o utente um momento “crítico”, quer essa avaliação corresponda ou não a um quadro que é objetivamente emergente/urgente¹²¹. Neste capítulo, analisa-se o material empírico que sustenta este significado mais global do hospital, refletindo a relação que os utentes têm com esta instituição e o lugar que este ocupa no imaginário coletivo. Tendo estes aspetos em consideração, um dos entrevistados refere: “Acho que é extremamente importante, não é? Quando temos algo efetivamente urgente, acho que é onde procuramos o apoio necessário.” (Gonçalo, formador, 37 anos)

Este trecho reflete bem a importância do hospital, ao nível daquilo que representam as urgências: é “extremamente importante” o “apoio” numa situação percebida como crítica. Independentemente de a situação exigir ou não cuidados médicos urgentes, o uso do advérbio

¹²¹ São sobejamente conhecidos os episódios das chamadas “falsas urgências”, também discutidas no âmbito desta investigação. A emergência significa cuidados imediatos e a urgência não apresenta risco imediato de vida.

de modo seguido de “importante” reflete a centralidade do hospital no senso comum. A palavra “apoio” reflete a noção de um recurso que deve ser utilizado se for necessário. Por sua vez, Carolina vem recolocar a questão mais em termos de infraestruturas que o Alentejo necessita e não tem devido à sua interioridade: “É um organismo fundamental aqui na cidade de Évora. E na região também. Porque inclusivamente existem outras unidades hospitalares que não têm algumas especialidades. E este hospital é de facto aqui um elemento central para a região Alentejo.” (Carolina, técnica superior, 61 anos). Por sua vez, Maria e Helena referem o seguinte: “A gente entra ali, não é? Confiamos porque acho que há uma confiança no hospital, pelo menos tenho essa ideia.” (Maria, técnica superior, 39 anos); “É fundamental mesmo, uma pessoa tem qualquer problema de saúde, qualquer coisa, onde é que nós vamos recorrer. É logo às urgências”. (Helena, enfermeira, 30 anos).

Os relatos de Maria e Helena são bastante elucidativos do que representa o hospital, existe uma “confiança” no hospital, e recorre-se “logo” às urgências, sendo esta possibilidade retratada como “fundamental”. Infere-se pois essa relação simbiótica entre o que representam as urgências e o hospital, pois as urgências são efetivamente a “porta de entrada” do hospital, ou seja, a esmagadora maioria dos internamentos para os restantes serviços originam-se neste serviço, o que diz bem da variedade (e quantidade) de situações que a este *locus* confluem. Esta constitui a vertente material se quisermos desta relação, ao nível dos procedimentos é de facto esse o caminho a percorrer, mas existe uma outra vertente, ligada à representatividade ou às noções abstratas de urgências e hospital. Retomando o exemplo de Sammut *et al.* (2015),¹²² sobre a polícia e a noção de lei e ordem, existe também uma certa progressividade ao nível das noções referidas, nomeadamente entre “qualquer problema de saúde” para as urgências e o hospital. Desde logo, existe a certeza que todas as pessoas que necessitem são atendidas, num

¹²² Referido na parte II.

local aberto 24 horas por dia, portanto à noção de um quadro clínico inesperado, percecionado como preocupante pelos utentes, não necessariamente emergente ou urgente, existe esta certeza de um local onde recorrer: as urgências, o hospital, o SNS. Estas três noções como que se confundem, mas a elas corresponde a noção fixada no senso comum dessa certeza do atendimento, que também transmite um sentimento de segurança, caracterizada como “fundamental”, ou seja, em momentos percecionados como críticos pelos utentes, pensa-se *logo em recorrer às urgências*.

Por outro lado, o relato de Carolina, reflete que uma estrutura como o hospital é um elemento central para diminuir as assimetrias regionais (Pereira & Andraz, 2009), nomeadamente no que ao acesso à saúde diz respeito. Por hipótese, a perceção, o “sentir” que se existe um problema de saúde grave o hospital mais próximo é em Lisboa acarreta um sentimento de insegurança face a uma das componentes mais protegidas em Portugal: a saúde. Neste sentido, a criação de um SNS, financiado pelos impostos e tendencialmente gratuito e universal (Lei Constitucional n.º 1, 2005) para qualquer cidadão, constitui uma grande conquista por parte da sociedade portuguesa, diferenciando-se de outros modelos que pressupõem a constituição de seguros obrigatórios¹²³. *Grosso modo*, após a 2.ª Guerra Mundial, os países europeus edificaram os seus estados-providência os quais asseguram uma vertente social aos seus cidadãos, sobretudo às franjas da população mais desfavorecidas em termos económico-sociais, nomeadamente cuidados de saúde, independentemente do seu valor, ao contrário de outros modelos de cariz neoliberal e “Bismarkianos”.

¹²³ Conforme refere Lopez-Casasnovas, Maynou e Saez (2015), existe uma diferença estrutural no que se refere aos modelos “Beveridgianos” que financiam o sistema de saúde através dos impostos e o disponibilizam a todos, face aos modelos “Bismarckianos”, em que o acesso a cuidados de saúde está dependente da constituição de seguros.

A diferença nestas concepções assenta na presença de uma ideologia com traços mais *socializantes* que garanta a mesma acessibilidade aos cuidados de saúde, em toda a sua extensão, a toda a população, com base na premissa de que os cuidados de saúde e o seu acesso universal se encontra intrinsecamente associado ao direito à vida (*vide* Paula, 2012, para mais detalhes). Neste sentido, um dos entrevistados refere:

O hospital tem sido, é uma segurança sobretudo...nunca tive um problema que colocasse a minha vida em causa, todos os problemas que tive até agora foram mínimos mas mesmo familiares mais próximos também não houve nenhum problema mortal, de qualquer das formas é a segurança...nos sabemos que a maior parte dos casos mais graves e urgentes serão com certeza tratados isso em termos de segurança é impagável, de facto. (Gabriel, consultor de TI, 39 anos)

Como se referiu, a “segurança” é um aspeto essencial desta instituição, o hospital é assim representativo da *safety net* que o SNS (Serviço Nacional de Saúde) abarca, e isso é um aspeto fundacional da sociedade portuguesa, muito em linha, quanto a nós, com os princípios referidos por Rawls (1971). Deste modo, as urgências figuram no imaginário coletivo como um lugar intemporal que ali está, sempre aberto, para qualquer eventualidade que possa surgir. Como diria Castoriadis (1987), o imaginário social divide-se em dois eixos, primário e secundário. O imaginário social primário relaciona-se com construções sociais de primeira linha tais como estado ou a religião, e os eixos secundários traduzem-se em processos ou instrumentos destes eixos.

Neste sentido, a sala de espera do SU constitui um lugar ou dimensão secundária onde se cruzam estes eixos. A sala de espera do SU é o lugar onde acorrem os que necessitam de cuidados de saúde urgentes/imediatos, existindo uma relação de confiança entre esta instituição e os utentes/cidadãos que torna este lugar um dos mais cruciais e importantes nas sociedades contemporâneas. Neste sentido, do entrelace de uma relação complexa entre este local de espera

(simbólico de todo o SNS) e os utentes, vem Etelvina referir que “O hospital é a instituição onde temos imensas expectativas porque é aquela instituição que nos responde, hipoteticamente, mesmo de urgência, mesmo. Não foi o meu caso quando lá fui, não era uma situação grave, mas poderia ser.”. Estas “expectativas” refletem o valor e o lugar do hospital, que se cristaliza nas noções de segurança, acessibilidade, fundamentalidade, perante um “qualquer problema de saúde”.

Por sua vez, Eliana (professora, 47 anos) refere: “A minha relação com o hospital e com os serviços a que recorro são muito boas. Em todos os aspetos. Muito boas.”. No mesmo sentido, outros entrevistados referem o seguinte: “É uma relação boa, portanto de confiança e empatia com as pessoas. Acho que é extremamente importante na comunidade, e realmente somos privilegiados por ter o hospital na cidade.” (Valentina, reformada, 64 anos).

Eu tenho excelente impressão do hospital de Évora. Sei que não é unânime, mas as vezes que precisei, achei o serviço muito rápido, profissional, não tão humanizado como se calhar podia ser, mas em termos médicos...acho que está perfeitamente acessível. A distância é razoável. (Maria, técnica superior, 39 anos)

A relação com o hospital é uma relação de proximidade. Já acedi às urgências de varias formas, ou por ir lá diretamente ou ir através da carta do médico de família...acho que é uma relação de muita proximidade e de fácil acesso, para já porque está bem localizado, está numa zona central da cidade, há muita gente que acede às urgências vai até no seu próprio pé, não é? (Lara, enfermeira, 33 anos)

Nestes dois casos percebe-se a importância da “distância” que se tem que percorrer, porque a perceção de segurança a que anteriormente se fez referência é proporcionalmente inversa à distância. Neste sentido, fica bem patente neste caso a importância de uma “compressão” das distâncias, aludindo ao conceito de Harvey (1989), referido inicialmente. Portanto, saber que o hospital se encontra a uma distância “curta”, ou que se encontra “próximo”, aumenta a perceção

de segurança. A segurança e a acessibilidade aos cuidados de saúde encontram-se dependentes de princípios e modelos que dele dependam, mas também de aspetos mais mundanos, como tempos curtos de distância¹²⁴. As urgências são assim um lugar que se quer perto, um lugar em que a acessibilidade é bastante valorizada.

E como este acesso se efetua muitas vezes através da sala de espera do SU, esta representa o hospital e, noutra medida, o próprio SNS. A corroborar este aspeto vem o facto de ao se fazer uma pergunta de carácter mais geral sobre o hospital, as pessoas emitirem a sua opinião sobre esta instituição com base na experiência, mais ou menos positiva, que tiveram aquando de uma ida ao SU, onde necessariamente tiveram que ficar “à espera”. Assim, o hospital e o contexto das urgências e da sala de espera, surge como um ponto de ancoragem fulcral na vida das pessoas, nota-se a necessidade dessa segurança psicológica, o saber-se que está “ali” se for “necessário”, e o “ali” implica evidentemente estar “ao alcance”, e desse ponto de vista o facto de estar situado dentro da cidade parece constituir um ponto positivo nos relatos recolhidos.

¹²⁴ Para se compreender bem estes dois aspetos fica o contraste entre dois trechos do material empírico analisado que refletem melhor estas questões, de Gabriel e Lara, respetivamente: “casos mais graves e urgentes serão com certeza tratados isso em termos de segurança é impagável”; “muita gente que acede às urgências vai até no seu próprio pé, não é?”.

4.1.2. Atendimento

O atendimento surge como uma análise mais fina do capítulo “Do lugar e do valor do hospital”, procurando já não uma “impressão global” da organização e o lugar que esta ocupa na constelação dos valores, mas uma análise mais micro, seja a do atendimento no SU. Neste concreto, a referir que a formação de memórias encontra-se muito ligada às emoções, como atesta Murray e Kensinger (2014), sendo que eventos positivos ou negativos, tendem a ser melhor integrados do que eventos com uma carga emocional neutra. Fica do recorte empírico que é o atendimento (humano), o gesto, a simpatia, a empatia, mas também o tempo (quantitativo) de espera, que perdura e que tendencialmente forma uma perceção positiva ou negativa do atendimento.

Neste sentido, em termos de empiria a analisar considere-se os seguintes trechos: “Depois de consultar a gente, faz umas análises e radiografia, dizem estamos bem ou estamos mal. E os nossos filhos vão lá pedir informações são dadas delicadamente. “ (Sofia, reformada, 69 anos). Outro dos entrevistados refere:

Sem dúvida nenhuma que o hospital, os serviços que nos presta são importantes. O atendimento é que nem tanto...primeiro porque leva-se muito tempo entre a triagem e o atendimento depois do médico. Há pessoas que chegam a estar ali dias inteiros. Aquilo que é suposto ser uma consulta por exemplo laranja, que é à volta de uma hora e pouco, eu já lá esperei três horas como se fosse uma consulta do verde. (Júlia, AO, 65 anos).

Pela análise destes trechos (sobretudo o último), percebe-se que as percepções acerca do atendimento encontram-se muito relacionadas com a demora no atendimento¹²⁵, que assenta em questões técnicas aquando da triagem, assim como pela vertente humana do atendimento¹²⁶. Relativamente a este último aspeto, repare-se que Sofia refere que as informações são “dadas delicadamente”, pelo que a simpatia, o gesto, a humanização dos cuidados é de facto o que sobressai da experiência. Quanto ao relato de Júlia, a referir que é plausível que utentes-familiares tenham ficado “dias inteiros” numa sala de espera, sobretudo se não são de Évora e/ou não têm acesso fácil a meios de transporte. É aliás frequente para utentes/familiares passarem horas e horas “cá fora”, na sala de espera, a aguardar que “lá dentro” utentes/doentes façam os exames necessários e obtenham um diagnóstico.

É portanto um relato dentro do que se sabe (pelas observações, outros relatos e conversas informais) que amiúde acontece¹²⁷. Todavia, é menos plausível que um utente/doente tenha ficado na sala de espera um “dia inteiro”, mesmo admitindo que os tempos de espera sejam por vezes ultrapassados e que se espere, eventualmente, várias horas para além do que é preconizado. Em todo o caso, estas situações parecem ter dado origem à expressão muito ouvida no quotidiano “se vais às urgências passas lá um dia inteiro”, sendo que o seu significado está mais relacionado com as horas perdidas num dia, e não tanto com o que literalmente possa significar¹²⁸. Esta expressão traduz bem o significado mais amplo do tempo social, na linha do que foi referido na introdução. A expressão é tão comum que, neste concreto, é a comunicação

¹²⁵ Conforme o relato de Júlia.

¹²⁶ Conforme relato de Sofia.

¹²⁷ Sendo que, em rigor, também acontece exatamente o contrário, ou seja, o utente dar entrada no SU ser quase de imediato atendido e sair das urgências passado uma ou duas horas – como atesta o episódio que o investigador relata no capítulo 3.2. Depende, claro está, de inúmeras variáveis, tais como o período do dia, se é um diagnóstico *straight forward*, ou se, sendo de maior complexidade, necessita de mais exames, o tempo e o número de ECD (Exames Complementares de Diagnóstico) que terá que realizar, etc.

¹²⁸ Não obstante, esses episódios possam acontecer como se referiu anteriormente.

verbal e a associação destas afirmações que “se ouvem ou leem” que depois através de um processo de (re) construção formam a nossa noção de experiência/memória coletiva, no limite, mesmo sem passar pela experiência pessoalmente, como referem Lee, Ramenzoni e Holme (2010).

Não é só o facto de estes relatos serem passados na oralidade pelos utentes, que facilmente engajam em discursos de tempos infinitos passados na urgência, são relatos que de algum modo são reforçados (e ampliados)¹²⁹ pelos *mass media* que fazem eco destes relatos. Neste sentido, Pereira (2020), vem relatar num órgão de comunicação social que após seis horas de espera um homem morreu na sala de espera das urgências de um hospital nos braços da sua mulher, e a viúva refere que “se fosse atendido, não teria morrido”. Existe, desde logo, uma associação do atendimento célere à própria vida, o que está também presente na constelação de significados que a espera numa sala de umas urgências hospitalares, comporta. Não obstante, constitui um problema bem definido, que muita da afluência a uma urgência hospitalar está ligada a quadros que não têm tecnicamente uma caracterização de urgente/emergente, e deveriam ser objeto de tratamento no sistema de cuidados primários. Neste sentido, dados da ACSS vêm confirmar que por exemplo no Hospital Amadora Sintra existem taxas de falsas urgências superiores a 50%, e que o Alentejo tem 41,7% de atendimentos não urgentes (Administração Central Sistema Saúde, 2016).

Portanto, há que desconstruir esta questão, por um lado existe a percepção pública formada, em maior ou menor medida, por relatos de utentes assim como por alguns casos noticiados pelos *mass media*, de que os tempos de espera nos serviços de urgência são elevados e colocam vidas em risco. Nestes casos, para serem compreendidos cabalmente, devem ser equacionados questões técnicas, de protocolos de triagem/atendimento, dificilmente entendíveis pela opinião

¹²⁹ Pelo simples facto de que tendo uma audiência alargada, o seu impacto é também muito maior.

pública, e que podem ou não justificar tempos de espera mais ou menos dilatados. Por outro lado, casos “não urgentes” nos números anteriormente referidos, acabam por impactar de forma negativa no atendimento célere que todos desejam.

A questão do tempo decorrido que muitas das vezes é percebido como “demorado”, encontra-se muito ligada à informação disponível. Com efeito, o que sobressai das entrevistas é que estar à espera sem qualquer tipo de informação, dilata a experiência do tempo. Neste sentido, a incerteza, a preocupação, a angústia, são fatores que influem numa experiência do tempo menos fluida. Uma forma de mitigar este aspeto parece ser o acesso à informação, o que de certo modo é compreendido pela estrutura, pois o sistema, como se referiu, está delineado para transmitir informação através dos administrativos a horas predefinidas. Sofia faz referência a este aspeto, quando afirma que “nossos filhos vão lá pedir informações são dadas delicadamente”, pelo que se percebe a importância da transmissão da informação na espera, assim como a forma como é veiculada. Quem espera no SU tem a certeza que naquele horário específico são transmitidas informações, o que visa também evitar uma constante “invasão”¹³⁰ pelos utentes/familiares, a qualquer momento, na área onde são prestados cuidados procurando informações sobre os seus familiares. Esta situação, assim descrita, prejudica a prestação de cuidados e tem implicações ao nível da manutenção da privacidade dos utentes¹³¹.

O ambiente da espera nas urgências e todas as suas intricarias, pormenores, ambiente e dinâmica é um mundo que só é possível conhecer (de forma profunda) mediante opiniões mais fundamentadas, e isso justifica a opção pelo critério (preferencial) de entrevistar *superusers*¹³² das urgências. Quase todos os entrevistados, embora se possam referir a um episódio específico que viveram nas urgências, têm experiência em vários outros, e de certa forma esta experiência

¹³⁰ Palavra utilizada por um profissional de saúde numa conversa informal para descrever esta situação.

¹³¹ A questão da privacidade será discutida com maior detalhe em capítulos posteriores.

¹³² Uteses que tenham tido várias experiências à espera no SU.

acumulada em termos de idas ao SU faz deles sujeitos informantes mais ricos. No caso que a seguir se descreve, apresenta-se um desses *superusers*, uma auxiliar de um lar que vem com os seus utentes inúmeras vezes às urgências, praticamente todas as semanas, e ali fica longas horas à espera. Camila encontra-se numa posição privilegiada para poder relatar estas questões, e sobre o atendimento faz de imediato uma associação à transmissão de informação:

Normalmente dizem tudo. Nós damos o nome do doente, eles vão lá dentro falam com os médicos, com os enfermeiros e depois quando vêm dizem, olhe...se foi fazer raio x, se foi fazer análises, se está à espera, eles dão essa informação toda...está a fazer soro, está a fazer medicação, tem que esperar, quando tiver a informação clínica o medico depois chama. Normalmente é assim que funciona...o médico chama e fala diretamente connosco. (Camila, AO num lar, 46 anos)

Neste relato, fica patente as articulações que existem em termos de informação entre os acompanhantes, administrativos e doentes. Existe uma informação base (mínima) sobre o doente, que deve e é transmitida a familiares, um direito do doente, que visa informar a sua rede de apoio diminuindo também com isso a sua preocupação e angústia. Esta informação só deve ser transmitida com o consentimento prévio do utente, e não é considerada informação clínica *strictu sensu*, essa deverá ser transmitida *in loco* por profissionais de saúde.

Neste sentido, o relato de Campos (2020) é esclarecedor e traz aspetos inovadores. Como refere este autor dando voz à espera dos familiares:

Na última vez que Lurdes Azevedo foi à urgência do Hospital de São João com a sogra, que sofre de insuficiência cardíaca e é utente frequente do serviço, passou uma noite inteira à espera que lhe dissessem alguma coisa, sem ousar sair. Foi no final do ano passado e Lurdes recorda que permaneceu sem qualquer informação até «às seis da manhã.

Este relato de uma experiência “à espera” no hospital de HSJP (Hospital São João, Porto) confirma o de outros entrevistados nas urgências do HESE, a espera está muito conexa com a

disponibilidade da informação, e também com outras esperas/temporalidades, nomeadamente a dos familiares. Confirma-se também a espera de “longas horas”, daí que não seja exagero referir que se passam “dias inteiros” nas urgências, com a ressalva feita anteriormente, e que este relato corrobora, de estes serem casos de familiares, não de doentes. Podemos afirmar que existem dois tipos de informação se tivermos em linha de conta os *targets*: uma fornecida aos próprios doentes e outra aos familiares. Independentemente do *target*, a informação tem um objetivo primordial sendo este a gestão da espera.

Por outro lado, a informação pode também ser classificada em dois tipos: quantitativa e relacionada com os tempos de espera, ou qualitativa com foco, por exemplo, em estratégias de educação para a saúde. Quanto à informação disponibilizada aos familiares, revela Campos (2020) que existe um projeto pioneiro no HSJP que consiste em enviar informação básica sobre o estado do doente por SMS aos familiares. Como refere o autor, esta é uma estratégia importante para melhor gerir a espera, sendo que a informação disponibilizada consiste, por exemplo, em saber o percurso que o doente faz “quando está lá dentro”. Como anteriormente referiu Camila, saber se foi fazer Rx (Raio x) ou se está a aguardar colheita de sangue para análises, é informação crucial porque a sensação de “não saber nada” durante horas tem como efeito (subjetivo) uma dilatação do tempo de espera.

Mais do que isso, é potenciadora de eventuais dinâmicas potencialmente conflituosas na própria sala de espera. De facto, a informação através do telemóvel (e no caso através de SMS), é uma forma comum de comunicar na Era da informação, e também (até) em linha com o referencial teórico que nos guia (paradigma das mobilidades). Neste sentido, refere Taipale (2012) que o telemóvel é central no quotidiano e é o símbolo da sociedade da informação: “Generally, the mobile phone was seen as a herald of the Finnish mobile information society, where people live nomadic lives with the possibility of contacting the whole world from anywhere and anytime.” Como se referiu anteriormente, o atendimento também se faz muito da

percepção de humanização dos cuidados por parte dos utentes. No contexto das urgências, a imagem que coletivamente temos¹³³, de profissionais à pressa a acorrerem a inúmeras situações, muitas delas complexas (pois trata-se de doentes críticos), é em grande medida correta.

Nesta perspetiva, será compreensível, e até exigível, até certo ponto, uma concentração maior nos procedimentos e na técnica, e não tanto na relação, até porque muitas das vezes não existe tempo para esse tipo de interação mais profunda, que não obstante é sempre desejável. A “pressa”, a falta de tempo e a necessidade de priorizar doentes, efetuar inúmeros procedimentos e técnicas, pode ser muitas vezes entendida de forma errada, como uma falta de disponibilidade e empatia. Por outro lado, nem sempre são estes fatores que impedem uma maior sobreposição da vertente relacional, é que efetivamente tem que existir algum distanciamento na relação terapêutica para obter ganhos de objetividade, e neste sentido vem Kadushin (1962, p.517) referir: “Closeness and understanding, on the one hand, and objectivity and detachment, on the other, are essential to satisfactory client-professional relationships. In the distant relationship understanding is lost; in the close relationship the professional loses his objectivity.”.

Por vezes, é difícil obter este ténue equilíbrio entre objetividade e uma relação empática, entre cuidados humanizados e uma plêiade de fatores que se sabem que aqui influem sobremaneira, nomeadamente a atenção ao procedimento, o número de doentes a cuidar, os vários pedidos de famílias, da parte médica, administrativa, tarefas burocráticas, entre outras. Em todo o caso, como se referiu, é precisamente essa vertente humanizada dos cuidados – ou a sua percepção - que mais contribui para a formação de experiências de espera positivas no SU. A corroborar este raciocínio vem Clara referir:

Eu nunca tive muita razão de queixa, sinceramente não...inclusive da última vez que recorri acho que fui muito bem tratada, principalmente por ter em consideração o motivo que fez

¹³³ Uma noção formada, por exemplo, com base em séries televisivas de grande audiência como “Serviço de Urgência” (“ER” no original).

com que eu cá tivesse que vir, e o medo com que estava, acho que fui muito bem atendida precisamente porque houve a humanidade necessária. Para além do lado profissional, houve o lado humano que eu precisava naquele momento para me acalmar. E tive. (Clara, assistente de *call center*, 37 anos)

Clara entende o atendimento nas urgências não propriamente na sua vertente técnica, e quase que oblitera essa vertente, e releva sobretudo a dimensão humana. Nesta dimensão, como se referiu, o importante é o gesto, a simpatia, a empatia, a “delicadeza” (nas palavras de Sofia), a preocupação. E, o relevo desta dimensão (humana) tanto surge no relato de Clara, uma jovem que concluiu um curso superior, informada e uma *superuser* do SU, como em Mariana, uma cigana analfabeta que vive do RSI (Rendimento Social de Inserção), também ela uma *superuser* do SU: “A pessoa que lá está a atender os doentes até é uma pessoa delicada, é uma pessoa que sabe falar com a gente, pergunta o que nos dói e a gente diz, pronto.” (Mariana, 53 anos).

Assim, pelas palavras de Clara que associa o facto de ter sido muito bem “tratada” porque houve esse lado “humano para além do profissional”, está também presente no discurso de Mariana. Por fim, a destacar o relato de Eliana que faz notar no seu discurso também a humanização dos cuidados, mas percebendo esse “tempo apressado” dos profissionais, que não é e colide com o tempo dos utentes (à espera):

Dentro daquilo que elas podem e dos meios que têm é muito boa, primam sempre pela simpatia, apesar de ouvir às vezes pessoas na sala de espera refilar, desagradadas com alguma situação. Comigo a bem dizer, nunca tive nada foi sempre um atendimento quer com os filhos quer com idosos. (Eliana, professora, 47 anos)

Eliana refere que dentro do que é possível, faz portanto alusão aos meios existentes, presume-se essencialmente meios humanos, e esta carência, este rácio sempre em números inferiores ao desejável, seja de médicos, enfermeiros ou AO, influencia a prestação de cuidados e a dimensão “humana” aqui tão notada, pois subtrai tempo para precisamente haver uma maior

disponibilidade para a vertente relacional, que sobressai no discurso destes entrevistados como a “palavra delicada” (Mariana), “simpatia” (Eliana) ou “o lado humano” (Clara).

Assim, em jeito de conclusão, o atendimento está muito relacionado com a informação disponibilizada e com a “palavra delicada” por parte dos profissionais. Importa fazer a destriça da espera dos familiares, que podem efetivamente ficar “dias inteiros” na sala de espera do SU, sendo que esse cenário é menos plausível relativamente aos doentes – embora possa em circunstâncias excecionais acontecer. A gestão da espera através da disponibilização e agilização da informação aos doentes e familiares, é um aspeto crucial para que as perceções sobre o atendimento sejam também elas mais positivas.

4.1.3. Movimentos e *Stasis*

A espera é caracterizada por dois grandes vetores: o movimento e a passividade. Qualquer pessoa que observe ou frequente uma sala de espera de um SU percebe de forma evidente estes dois eixos. De facto, espera-se sentado, sozinho, “lá dentro”, de forma passiva, como também se observam vários movimentos, de entradas, saídas, rotinas, a iniciar e manter conversas, manusear objetos, todos estes atos traduzem o lado dinâmico da espera. Existe solidão, desespero e tristeza, como há momentos mais descontraídos, menos angustiantes e com diálogos sobre temas triviais. São estas duas vertentes da espera que se analisam de seguida, principiando pelo movimento: “Esperei mais do que uma hora, para uma ferida aberta no crânio? Epa...Estava mesmo aflita. Olha andei com a pessoa em cadeirinha de rodas, para trás e para a frente, andei a passear, não me conseguia sentar sequer.” (Valentina, reformada, 64 anos). Esta entrevistada vem descrever a sua espera, muito cinética, ela própria com noção de que se encontrava bastante agitada devido à preocupação que tinha com um familiar que se encontrava à espera com “uma ferida aberta no crânio”.

Quem experiencia (e perceciona) uma espera prolongada associada a um caso “urgente” vive estas situações muito intensamente, e, *grosso modo*, existe uma tendência natural para a polarização pois os casos são muitas vezes compreendidos como de “vida ou de morte”^{134 135}.

¹³⁴ Uma frase muitas vezes ouvida, em conversas informais no decurso da investigação.

¹³⁵ Não nos caberá afirmar ou infirmar o relatado em termos de veracidade, mas a referir em jeito de acrescento que no episódio descrito por Valentina, esta entrevistada afirma que optou por ir para outra instituição para que o familiar recebesse tratamento, pois achou que o tempo de espera era elevado e que o familiar corria risco de vida.

Nem todos os casos, e são a maioria, podem ser enquadrados neste extremo, porém, deste relato, também se infere o valor e o lugar (discutido em capítulo anterior) que as urgências representam para muitos dos portugueses: uma segurança. Outros relatos referem o seguinte:

Normalmente de tarde é pior. De tarde e depois há ali uma certa hora da noite que também é complicado, e depois há outra hora que começa, por exemplo se for aí tipo das três da manhã, depois às vezes acalma aí um bocadinho. O início da noite, até tipo duas, duas e tal da manhã é horário mais complicado. A manhã é um bocadinho mais calma. (Camila, AO num lar, 46 anos)

Havia, havia, mesmo até macas, ambulâncias, a chegar com doentes e depois cá fora as famílias a chegarem a quererem saber, houve. E quando eu saí à 1:00 da manhã ainda havia muita gente. Muita gente. Nesse dia foi. Não sei se serão todos assim. (Eduarda, licenciada, 44 anos)

E depois também noto muito ali na dinâmica, ao nível dos intercomunicadores deviam funcionar melhor, epa ouve-se mal e depois há pessoas que saem...há uma pessoa que sai porque vai ver o carro ou vai fumar...assim que uma pessoa dessas sai e volta a entrar, vai logo perguntar a toda a gente alto e não sei quê, se já foi chamado alguém. Mas depois também há o contrário, eles próprios quando chamam que aquilo ouve-se com muito ruído...o que acontece é que eles chegam à porta e gritam. Aquilo faz-me um bocado confusão, não era suposto. (Gonçalo, formador, 37 anos)

Se a pessoa já está na fase de espera mesmo, na triagem, se calhar não sai assim tanto porque, mesmo naquela fase de ser chamado, se demora muito tempo é natural que as pessoas estejam um bocado impacientes, vão lá fora, ou fumam, ou vão beber café, ou conversam com famílias cá fora. (João, professor do ensino secundário, 49 anos)

Entretanto vê chegar pessoas, não percebe como é que umas entram, outras saem, umas saem, outras entram...e é um vai-vem que é perturbador neste sentido. Chega ali não tem

como gerir o tempo, não tem como gerir o seu posicionamento. Não é fácil. (Ana, professora universitária, 61 anos)

Se tiver um bocadinho olhando para a televisão, distrai e já não parece tanto tempo estar lá há espera. O tempo passa, se tivermos assim a olhar, só parado à espera...diz a assim a gente "nunca mais sai daquela porta"... (Rafael, reformado, 59 anos)

Como já se tinha referido, e vem Camila corroborar, as tardes são o período em que se verifica mais movimento na sala de espera, e a manhã por norma “é sempre mais calma”. A utilização do adjetivo “acalma” descreve o ambiente da sala de espera, por norma com alguma agitação/movimento. Este aspeto é paradoxal “na espera” neste contexto, pois esperar tem implícito a noção de passividade – sem existência de movimento, uma noção que temos vindo a desconstruir.

Não é de todo o que acontece na sala de espera das urgências, e mesmo não existindo movimento visível, por exemplo em alguém que está à espera sentado, há que referir que esse utente dificilmente estará calmo, pois como é natural neste contexto, todos os que esperam, encontram-se desesperados, angustiados ou pelo menos preocupados¹³⁶, o que não traduz um estado emocional caracterizado pela calma. Portanto, haverá sempre uma certa inquietude emocional, refletida nas atitudes dos atores na sala de espera. Por sua vez, Eduarda refere o movimento quotidiano vivido nas urgências e na sala de espera, e a sua descrição é crucial pois os elementos base que refere: “ambulâncias”, “macas”, “familiares”, “chegada de doentes”, “muita gente”, traduzem bem a movimentação no SU e na sala de espera, desconstruindo a noção de uma espera passiva.

Gonçalo também refere o movimento constante de pessoas que saem da sala de espera, o que corrobora a noção de uma espera extrínseca e movimentada, apontando falhas ao nível dos

¹³⁶ Poderemos traçar uma certa progressividade em termos do estado emocional dos utentes do SU, que vai desde a preocupação, tristeza, angústia até ao desespero.

altifalantes quando chamam os utentes, algo que o próprio investigador também notou aquando das observações *in loco*. A assinalar que quer Miguel quer Gonçalo fizeram referência explícita ao tom de voz elevado de alguns profissionais quando chamam os utentes, o que porventura serão práticas a melhorar. João também aponta o movimento como comum, em todo o caso depois de passarem pela triagem, os utentes retraem-se um pouco de sair, precisamente pelo que Gonçalo referiu, porque podem ser chamados a qualquer momento para serem observados pelo médico. Quando os utentes não respondem à chamada, um AO desloca-se à sala de espera para chamá-los¹³⁷. João também descreve elementos importantes na espera como “fumar”, “beber café” ou “conversar”, que indicam que “esperar” neste contexto implica algum grau de interação, diálogos e conversas¹³⁸. De facto, parece ser um traço cultural que aquando do café e do cigarro se iniciem conversas, havendo nestes encontros muita sociabilidade, algo que já se observou noutras investigações (*vide* Paula, 2019, para mais detalhes).

Por sua vez, Ana refere o entra e sai constante de utentes na sala de espera, utilizando expressões como “vai e vem” e que todo este movimento é para si “perturbador”. O movimento, tal como o barulho, são de facto elementos presentes na sala de espera, existindo aqui uma correlação óbvia com o número de pessoas à espera. Quando a sala tem mais utentes, existe mais movimento e barulho, tendo menos utentes, existe menos pessoas e barulho. A questão é que estes dois fatores impactam na “espera” de Ana, provocando-lhe intranquilidade. As regras da sala de espera quanto a estes aspetos (i.e silêncio) são explícitas, mas frequentemente não são cumpridas, o que só vem adiantar à tese preconizada de ter um elemento (profissional de saúde) na sala de espera, a fim de gerir estas dinâmicas.

¹³⁷ Se a sala de espera estiver mais cheia e com mais ruído, naturalmente poderá ter que se utilizar um tom de voz mais elevado.

¹³⁸ O relato de João faz referência a vários objetos presentes na espera, como o “cigarro” e o “copo com café”.

Ana também refere que “chega ali e não tem como gerir o tempo”, e pela nossa interpretação do trecho (e da entrevista na globalidade), trata-se dos outros tempos da espera que é necessário gerir, tempos que vão para além dos tempos médios de espera¹³⁹. Quando se espera, pensa-se em *worst case scenarios*, em ações a ter, o que falta fazer em casa, quem devemos e falta avisar, o que devemos e como dizer, entre muitas outras questões. Gerir e pensar enquanto se “espera” implica ter este tipo de pensamentos de índole operacional, e existirão outros, de cariz mais emocional, e é este turbilhão de situações que se equacionam, por vezes com uma carga emocional elevada, e evidentemente que o barulho e movimento excessivo vêm perturbar esta reflexão que todos, em certa medida, acabam por fazer¹⁴⁰.

Esperar é assim algo muito mais dinâmico do que inicialmente parece, pois quando “se espera” observa-se, reflete-se e, tal como foi descrito, existem esperas (bastante) movimentadas. Porém, nas urgências não existe só movimento, a espera é também constituída por *stasis*, um cenário que é talvez o mais fácil de imaginar quando se pensa numa sala de espera: pessoas sentadas, imóveis simplesmente à espera. E de facto assim o será na maioria das salas de espera, mas neste *setting* em concreto, a mescla entre movimento e *stasis*, de forma tão evidente e tão inerente à própria espera, é um traço idiossincrático desta “espera”. Neste sentido, a referir que estudar as mobilidades é também estudar a imobilidade. Com efeito, na sala de espera do SU, é possível observar quer a mobilidade quer a imobilidade, e não se conseguirá compreender a “espera” sem ter em consideração estas duas vertentes.

Neste sentido, vêm Glick Schiller e Salazar (2013, p.13,14) referir que: “First, the relationship between mobility and immobility, which always define each other, must be highlighted... The discussion of mobility and immobility reflects and shapes our understanding of time as well as space.”. Existem processos, descritivos e interpretações ligados ao *movere* e

¹³⁹ O que se irá discutir mais detalhadamente no capítulo “Percepções do tempo”.

¹⁴⁰ Este *insight* tem em consideração a experiência do próprio investigador.

à imobilidade, que acabam por determinar e definir concepções do tempo e do espaço, cuja espera no SU constitui um exemplo. Ou seja, existe uma relação intrínseca entre mobilidade e imobilidade, pois a espera neste contexto é tanto feita de movimento como de *stasis*, e isso irá por sua vez definir ou caracterizar o espaço e o tempo. Quanto à *stasis*, a notar que mesmo nos estudos mais paradigmáticos sobre mobilidades, pensar que o fluxo (i.e. *movere*), em sentido lato, é constante e transversal, é apenas possuir uma visão muito parcial da problemática. Se tomarmos como exemplo a sociedade em rede de Castells (2001), é um facto incontornável que se existe um fluxo de informação, este corresponde, em certa medida, a uma inércia do movimento, seja a de vivências também inertes, sedentárias e com foco na *écranosphère*. A atual realidade é até paradoxal, pois existe esta inércia em concomitância com um movimento que atinge velocidades nunca antes experienciadas¹⁴¹. Portanto pensar, refletir e analisar um objeto dentro do paradigma das mobilidades implica ter em consideração estes dois vetores.

Por outro lado, se vivemos nos auspícios da conectividade, em linha com o referido por Castells (2010) e McLuhan (1962), existe em paralelo um certo individualismo e isolacionismo que tão bem Lipovetsky (1983) descreveu e refletiu. O estudo das mobilidades tem assim que se focar no movimento, na linha de uma desterritorialização, que existe indubitavelmente, mas focar-se também nos lugares e nas imobilidades, pela própria natureza das coisas: compreender os movimentos é compreender o espaço onde se produzem e reproduzem interações, o que investigações como a de Fradejas-García e M. Mülli (2019) vêm demonstrar. Como referem Glick Schiller e Salazar (2013), compreender a mobilidade e imobilidade, as suas inter-relações e interdependências, é fundamental para uma compreensão do tempo e do espaço.

Mesmo nos estudos “clássicos”, e em certa medida mais exemplificativos do paradigma das mobilidades, nem sempre esse fluxo é constante e compreender essa *stasis* torna-se essencial

¹⁴¹ Basta pensar em viagens de avião, onde os passageiros encontram-se inertes mas ao mesmo tempo movimentando-se.

para compreender o próprio movimento, como referem Glick Schiller e Salazar (2013, p.8) “Refugees and asylum-seekers are forced to flee and yet, when granted some form of legal *status*, may find themselves restricted to settling in specific cities, towns or rural areas (Lubkemann 2008).”. Ou seja, o movimento dos refugiados só é efetivamente compreendido quando exista um foco nas suas paragens, em cidades, nas fronteiras, nos campos de refugiados. A mobilidade só se compreende através da sua vertente oposta, a imobilidade, e compreender a espera numas urgências hospitalares pressupõe igualmente olhar estas duas perspetivas. Assim, sobre a imobilidade numa sala de espera há a considerar, desde logo, o relato de Beatriz: “É mais passivo, há uns que vão entrando e saindo mas a maioria está sentado.” (Beatriz, reformada, 60 anos). Beatriz descreve a espera como o “estar sentado”, sendo também esta a postura mais frequente que nos foi dado observar, pelo que existe assim uma associação da espera à passividade.

O relato de Clara vem reforçar esta vertente quando descreve a sala de espera num dos períodos com menor movimento (manhã), em que “não estava ninguém” correspondendo este período à imobilidade:

Recordo-me que as vezes em que a vi mais cheia, é normalmente a seguir ao jantar. Início da noite...e uma vez que vim às urgências...mas sei que dei entrada nas urgências eram sete e tal da manhã...e achei curioso porque não estava ninguém. (Clara, assistente de *call center*, 37 anos)

É da experiência de um vazio do tempo, eu não sei quando é que aquilo vai acabar...e uma pessoa fica absolutamente perdida...O tempo dilata de tal maneira, tem uma tal distensão que você já não sabe quanto tempo é que estive ali. (Ana, professora universitária, 61 anos)

Se tiver um bocadinho olhando para a televisão, distrai e já não parece tanto tempo estar lá há espera. O tempo passa, se tivermos assim a olhar, só parado à espera...diz a assim a gente “nunca mais sai daquela porta”... (Rafael, reformado, 59 anos)

Clara ficou perplexa/curiosa porque de facto existe este contraste enorme entre o que esta entrevistada conhece da sala de espera, normalmente cheia, movimentada e barulhenta, e noutro período, observa a sala de espera sem ninguém, parada, silenciosa, tranquila, o que é causador de uma sensação de estranheza. O *setting* comporta assim períodos de franca imobilidade, em que a sala de espera nem tem ninguém, com períodos de grande movimento, e este oscilar de situações é comum a outros não-lugares¹⁴², tais como o aeroporto, a estação de caminhos-de-ferro, entre outros. Ana traz-nos, pelo seu relato, a experiência do tempo como que também ela parada pela incerteza¹⁴³.

Com efeito, se não se sabe quando se vai ser chamado, e se esperam horas pelo atendimento, esta incerteza envolve-nos numa perceção do tempo dilatada, numa espera na qual não é possível discernir um fim. Já Rafael refere distrair-se com a televisão, mas do seu discurso também transparece esta noção do tempo (notada em tantos outros entrevistados e pelo próprio investigador), em que a passividade de olhar a televisão leva a uma perceção dilatada e contínua do tempo – a TV serve sobretudo como meio de distração¹⁴⁴. E ali, parados e imóveis, observando tudo e todos, como já se referiu, olha-se a porta da triagem com algum anseio, por alguém que traga notícias. Quando a porta se abre, a sala olha em uníssono, e o tempo parado parece que deu um suspiro para novamente continuar. Compreender a espera neste contexto é assim perceber o movimento e a *stasis*, como eles se complementam e (re) construir a noção de espera (neste *setting*) para incluir o fluxo, a dinâmica a par do vazio, da inércia e da passividade.

¹⁴² Conforme o referido por Augé (2008).

¹⁴³ A incerteza do tempo de “quem espera” é um dos fatores que influi para uma perceção menos positiva da espera.

¹⁴⁴ Argumenta-se que este meio deverá ter outra finalidade que não só a mera “distração”.

4.1.4. Filas e Priorização

A noção de que o atendimento no SU, focado no anterior capítulo, segue uma lógica de priorização é fundamental para que se perceba o porquê da espera, e consequentemente isso permita gerir de forma mais eficaz esta problemática. Regra geral, na sociedade e noutros tipos de “espera”, esta origina-se por ordem de chegada, assim o é no supermercado, na fila do autocarro, nas finanças. A ordem é assim estabelecida e os utilizadores do serviço percebem esta lógica (o primeiro a chegar), sendo atualmente comum a existência do sistema de *tickets*¹⁴⁵ e ecrãs onde se pode visualizar o número a ser atendido - que se pode comparar com o número do *ticket* que retiramos. Noutros modelos, por exemplo nos hipermercados ou nas paragens de autocarros, existe uma fila ordenada, regra geral de tipo “indiano”, e podemos visualizar o número de pessoas que se encontram à nossa frente. É fundamental para a gestão da espera que cada um compreenda o critério da ordem, e visualize e assim compreenda o “tempo que falta”¹⁴⁶ para ser atendido, o que contribui para melhor compreender os motivos de esperas mais longas e para uma gestão mais eficaz deste “tempo”.

O “tempo que falta” para o atendimento, de uma forma geral, é crucial para a gestão de um conceito já referido muito conexo com a gestão do tempo que é o “custo de oportunidade”¹⁴⁷, ou seja, poder haver decisões por parte do utilizador em se deslocar entretanto a outro lado, optar por vir noutra altura ou mesmo desistir. Portanto, esta compreensão e consequentes tomadas de decisão por parte dos utentes é apenas possível se estiverem informados acerca do

¹⁴⁵ Papéis que indicam o número da ordem, que o utilizador retira de uma máquina logo à entrada.

¹⁴⁶ Expressão comum cujo significado está relacionado com o tempo (quantitativo) até ser atendido.

¹⁴⁷ Conceito que tem origem na teoria económica e que significa o que se perdeu em prol de uma decisão.

tempo de espera, ou seja, quanto tempo demoram a ser atendidos. Deste modo, os utentes são informados dos tempos de espera pessoalmente ou visualmente¹⁴⁸, conseguindo ter uma noção do tempo de espera pelo tamanho da fila, ou existe ainda o sistema de *tickets* que permite saber quantas pessoas estão à nossa frente.

Em todos estes sistemas, salvo raras exceções, para além desta informação (e.g visual, numérica) sobre o tempo de espera, existe também a noção do critério subjacente à fila sendo o mais comum a ordem de chegada, o que de certa forma responsabiliza o utente por uma espera, mais ou menos, expedita. Seguindo este raciocínio, existe uma lógica simples e meritocrática na espera: “o primeiro a ser atendido foi quem chegou primeiro”¹⁴⁹. Por outro lado, há uma noção de civilidade e de *compliance* com normas sociais que se aprendem desde criança pela socialização, mormente que neste tipo de situações sociais se *deve*¹⁵⁰ cumprir a ordem de chegada - “esperar pela sua vez” é efetivamente uma frase muito ouvida no quotidiano aquando destas situações.

O significado de “esperar pela vez” traduz assim um princípio (porque baseado em valores) que se vai adquirindo desde muito cedo, faz parte da socialização secundária, e refere-se à forma ordenada (e socializada) de aguardar a nossa vez, o que pressupõe respeitar os que se encontram à nossa frente. A espera traduz assim um valor moral basilar nas sociedades, é errado “passar à frente”, incumpre-se um dever, precisamente, o de esperar. Neste sentido, ninguém é visto a passar à frente numa fila, e se o fizer invariavelmente será alvo de críticas por todos aqueles que, justamente, se encontram à sua frente. E refere-se “justamente” porque a espera reflete uma noção de igualdade de oportunidades, ou seja, o primeiro a ser atendido é aquele que

¹⁴⁸ Como numa fila de autocarro.

¹⁴⁹ Uma lógica que em bom rigor, constitui uma regra social tácita.

¹⁵⁰ Existe uma inculcação da noção de dever.

chegou em primeiro lugar, e como eram conhecidos *a priori* os pressupostos do atendimento, todos tiveram igualdade de acesso a essa oportunidade.

Na espera existe assim a noção do princípio da igualdade (Schwartz, 1978), e vemos assim refletidos princípios fundacionais da sociedade num fenómeno aparentemente tão trivial, mas que encerra em si “pequenas-grandes” *nuances* sociais. Neste sentido, refere Mann (1969, p. 340):

The long, overnight queue is seen as a miniature social system faced with the problems of every social system... Cultural values of egalitarianism and orderliness are related to respect for the principle of service according to order of arrival which is embodied in the idea of a queue

Com efeito, esperar numa fila reflete valores sociais e de cidadania, um dever de cooperação e uma noção de igualdade e justiça. Sendo assim, se a espera não for cumprida, o indivíduo incorre em sanções sociais pois transgride não apenas uma fila, mas valores básicos da sociedade. Porém, existem exceções ao princípio de “quem chega primeiro, é atendido primeiro”.

Como em quase tudo, existem indivíduos que pela sua condição precisam de ser protegidos, e assim, até para garantir a noção de igualdade¹⁵¹, o legislador julgou pela necessidade de plasmar no direito positivo estas exceções, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 58 (2016) que refere:

Este decreto-lei visa assegurar a obrigatoriedade de prestar atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou incapacidade, pessoas idosas, grávidas, ou pessoas acompanhadas de crianças de colo, para todas as entidades públicas e privadas que prestem

¹⁵¹ O princípio da igualdade não traduz igualdade “cega”, pressupõe antes tratar igual o que é igual e diferentemente o que é diferente.

atendimento presencial ao público e estabelece um quadro contraordenacional em caso de incumprimento. (p.3015)

O atendimento, e a noção de filas e o justo ordenamento destas é assim um ato social tão importante – e ao mesmo tempo tão esquecido social e academicamente – que se não for cumprido nestas condições de igualdade existe um enquadramento sancionatório, no caso concreto de índole contraordenacional. A lei prevê assim prioridade para aqueles grupos de pessoas que dificilmente ficariam numa situação de igualdade, se estivessem nas mesmas circunstâncias que os demais – os únicos que podem escapar aos critérios gerais das filas.

Importa reter que a importância deste fenómeno social é tal que o estado se “vê obrigado”, não só a estabelecer um regime de contraordenações em caso de incumprimento, como a estender esta obrigatoriedade para além dos serviços públicos, impondo a todas as entidades, públicas ou privadas, este regime. E este é um passo de “gigante” em relação a algo (aparentemente) tão inócuo como uma fila (seja de que forma for). O legislador achou esta questão tão importante¹⁵² e/ou tão desregulada, que não a deixa ao acato da “simples” ordem moral ou social, torna-a uma obrigação legal, para todas as entidades (públicas e privadas), deixando claro uma vontade do legislador em fazer cumprir este desiderato moral¹⁵³ que todos, dentro de uma certa lógica racional, entendemos como justa.

No contexto de uma sala de espera de umas urgências hospitalares é comumente utilizada a triagem de Manchester (Zachariasse *et al.*, 2017), para fazer cumprir esta noção de ordem e priorização no atendimento. Com efeito, quando é admitido, o doente é triado com base num inquérito que se foca em dados objetivos tais como sintomatologia, antecedentes, sinais vitais, entre outros, sendo depois atribuído um grau de gravidade ao quadro clínico que o doente apresenta. É depois colocada no doente uma pulseira com uma cor indicativa do grau de

¹⁵² Traduz, como se referiu, valores e princípios fundamentais da sociedade.

¹⁵³ Pela imposição de um regime de sanções.

gravidade do quadro clínico e do tempo médio de espera que lhe corresponde, a saber: pulseira azul (atendimento não urgente), verde (pouco urgente, com atendimento até 120 minutos), amarela (atendimento até 50 minutos), muito urgente (laranja, atendimento até 10 minutos), emergência (pulseira vermelha com atendimento imediato)¹⁵⁴.

Ora, por esta plêiade de critérios se entenderá que a sua compreensão, na sua plenitude, pressupõe não apenas saber, em abstrato, que existem critérios de prioridade, mas também fazer fé na sua correta aplicabilidade, na justeza e necessidade de cada critério, na formação dos profissionais e na noção de uma variabilidade e gradualidade dos quadros clínicos de outros utentes. Assim, percebe-se que este tipo de fila tem critérios bastante complexos¹⁵⁵ e não tem, desde logo, essa visualização imediata¹⁵⁶ que permita saber qual a ordem definida e assim internalizar, para quem chega, que tem um lugar justo no ordenamento. Se a este facto juntarmos uma certa exigência do público em geral, num atendimento célere, eficaz e igualitário em termos de cuidados de saúde, temos que estas duas ordens de fatores potenciam situações conflituantes¹⁵⁷. Fica evidente que esta fila e os critérios de priorização são complexos, e envolvem noções muito para além do sistema das pulseiras de cor¹⁵⁸ - que procura simplificar o entendimento deste protocolo.

Temos que, a visualização do tamanho da fila e das pessoas que se encontram “à frente” é um fator de *compliance* da ordem em que nos encontramos, pois qualquer comportamento considerado *cheating* seria imediatamente repreendido pelos outros utentes, um raciocínio de acordo com o que refere Mann (1969). O sistema de *tickets* permite ter esta informação e organizar melhor o tempo de espera, por exemplo no supermercado se existem muitos números

¹⁵⁴ Com base em Zachariasse *et al.* (2017).

¹⁵⁵ Não obstante o sistema de cores objetivar a simplificação.

¹⁵⁶ Comum na maior parte das filas (e.g. indiana).

¹⁵⁷ Ademais em situações de *stress* elevado, como se discutirá adiante com maior detalhe.

¹⁵⁸ As comparações com o sistema de cores existentes no trânsito automóvel são evidentes.

à frente, o utilizador pode optar por ir a outra secção buscar algo¹⁵⁹, e chegar a tempo de ser atendido sem “perder a vez”. A vantagem deste sistema é permitir uma fila que se espalha, desordenada, mas facilitadora de uma melhor gestão da espera, sem deixar de garantir que o atendimento é realizado pelo “velho” e habitual critério da ordem de chegada. Por contraste, procurando os motivos que se encontram na base de muitas das “incompreensões” desta espera (no SU), não se visualizam as pessoas estão “à frente”, pelo que o fator mitigador de *cheating* anteriormente referido não está presente, e o critério de atendimento é clínico, complexo e sob o controlo dos profissionais, não sendo por isso o habitual princípio da ordem de chegada.

Assim, existirá mais tendência para existir a perceção de uma “espera menos justa” quando se “vê” ou “percebe” que alguém que chegou depois é atendido primeiro, porque colide com o critério habitual das filas (ordem de chegada) - por mais que se compreenda, em abstrato, que existe um sistema de priorização. A espera no SU, sem a informação dos tempos médios ou número de pessoas “à frente”¹⁶⁰, com critérios que a complexificam e também com quadros clínicos e situações de vulnerabilidade emocional, contribui para aumentar o *stress* dos utentes, fazendo ecoar ainda mais as exigências¹⁶¹, pelo que esta é uma espera em que mais dificilmente se entendem as noções de igualdade que anteriormente se referiram. Neste sentido, Zerubavel (1982, p.3) refere: “It is also far more useful to measure the length of waiting lines in terms of number of people than in terms of minutes (Zerubavel 1979, p.90-91).”, fazendo refletir a importância das referências sociais sobre as do tempo quantitativo. Saber quantas pessoas se encontram à frente numa fila é um indicador social, digamos assim, que a par com os quantitativos assume grande importância neste contexto.

¹⁵⁹ O que envolve alguma estimativa do tempo que demorará para ser atendido.

¹⁶⁰ Esta informação encontra-se disponível através da aplicação “MySNS Tempos” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, n.d), mas não se encontra projetada nos ecrãs da sala de espera.

¹⁶¹ E comportamentos pouco tolerantes.

Entrando na análise dos relatos, Pedro (operador de *call center*, 26 anos) refere sobre a priorização: “Eu acho que as pessoas não têm essa ideia e acabam por ir para as urgências com situações que podem ser tratadas no centro de saúde.”. Surge aqui a questão das falsas urgências¹⁶², que é efetivamente correta como referem os dados da Direção Geral Saúde (2016). Existe de facto essa *décalage* entre a perceção de um estado de saúde que não inspira cuidados ao nível do SU, e a existência efetiva de um quadro clínico que o exige, uma situação sempre difícil de contrariar. Mas se se depreende que um jovem letrado compreende esta ideia, admitindo o mesmo entrevistado que os outros, “as pessoas” em geral, não o entendem, seria ideal contrastar este relato com alguém que tenha mais idade e preferencialmente analfabeto, para verificar se de facto esta noção prevalece, mesmo naqueles onde não se presume estar. Com efeito, Rafael refere que: “Se o senhor vir aqui um caso de urgência, se for muita mal a perder sangue, se tiverem 4, se tiverem 7, 8, 10 pessoas, o senhor tem que ser atendido mais rápido porque é preciso.” (Rafael, reformado, 59 anos).

Portanto, confirma-se que efetivamente, pelo menos em abstrato, a noção de priorização está presente¹⁶³. Não é só o contraste da idade e da escolarização, Rafael é o mais velho de um clã de etnia cigana que vive num acampamento, não existindo assim nestes indivíduos um processo de socialização pleno. Claro que, como quase todos os entrevistados, tem várias idas às urgências e obviamente existe um certo aprendizado destas questões ao longo do tempo. Mas, repare-se que este refere “se for muita mal a perder sangue”, portanto existe uma noção geral de que a gravidade da situação clínica está refletida na “perda de sangue” - as urgências e a gravidade estão assim de certa forma associadas a lesões traumáticas. Esta noção do que é

¹⁶² Já anteriormente referida, seja casos que podiam e deviam ser atendidos nos cuidados de saúde primários.

¹⁶³ Compreender a noção em abstrato, não implica perceber todos os detalhes que esta questão comporta.

“grave” não fugirá muito à que reside no imaginário coletivo daquilo que é um quadro crítico¹⁶⁴, mas sendo assim, à partida não se compreende porque é que o SU seja tão inundado com questões “menos urgentes”.

Assim, talvez estejam implicados outros fatores, nomeadamente culturais, e “ir às urgências” tornou-se (para alguns, muitos?) quase um sinónimo de ir “ao médico”, numa situação, concede-se, que o próprio perceciona como grave (o suficiente). Com efeito, “ir às urgências” tornou-se e entende-se como um “direito”¹⁶⁵, mas também como um valor cultural, que desemboca na importância deste serviço e na exigência talvez maior que lhe dá o público em geral – o atendimento no SU é de algum modo confundido com o próprio SNS. Mas se Rafael refere que tem conhecimento das prioridades, em abstrato, claro está, existem outros em que a opinião poderá ser diferente. Por exemplo, Maria refere o seguinte:

Acho que sim, acho que as pessoas têm noção do que aquilo significa. Acho que sim. Acho que sim. Querem ser sempre as primeiras...mas acho que têm noção desse sistema, sim. As pessoas mais novas, da minha geração para baixo, as pessoas mais velhas nem tanto. (Maria, licenciada, 39 anos)

Maria confirma em grande parte o que se referiu a propósito dos valores culturais aqui em jogo, quer em relação ao SNS (direito a ser atendido), quer em relação ao entendimento dos critérios habituais de uma fila: “as pessoas querem ser sempre as primeiras”.

O “direito” em ir às urgências correlaciona-se com o dever de todos utilizarem de forma racional os recursos que existem, nomeadamente pela ida preferencial ao centro de saúde, o que nem sempre acontece. A entrevistada refere que os mais velhos “nem tanto”, e de facto, à partida, é mais plausível que esta questão seja mais dificilmente entendível pelos mais “velhos”.

¹⁶⁴ Se colocarmos no *Google®* imagens os termos *critical + patient*, a pesquisa resulta em imagens de doentes entubados e ligados a monitores.

¹⁶⁵ Que em rigor, todos os cidadãos têm.

Em todo o caso, pela observação efetuada pelo investigador, se os mais “velhos” podem ter maior dificuldade em entender protocolos, a forma como esperam, como se referiu, é bastante mais ordeira e organizada que os “mais novos”, por regra mais inquisidores e dinâmicos ao nível dos movimentos. Com efeito, se os “mais velhos” podem ter mais dificuldade em entender protocolos complexos, estarão mais cientes das hierarquias, do “poder” que o médico (Terra & Campos, 2019) e o hospital ainda detêm, enquadrando-se melhor nestas regras sociais.

Portanto, há aqui uma dupla vertente, os “mais velhos”, tendo maior dificuldade em entender critérios de espera (que têm alguma complexidade), não obstante têm uma espera mais calma, tranquila e ordeira. Existem mais relatos que é necessário analisar:

Eu acho que as pessoas não têm noção porque quando lá entram querem é ser logo atendidas, o mais depressa possível. É eu estou aqui, eu estou mal, eu quero ser logo atendida. E vi isso muito na sala de espera, mas aquele chegou depois de mim e já está a ser atendido. (Helena, enfermeira, 30 anos)

Sei que a pulseira que tinha não era das urgentes, a única situação, estando ali quatro horas, nós pensamos, vamos percebendo os casos que estão ali à volta. As conversas que as pessoas fazem, entrada e saída das pessoas, quais é que são os problemas que estão ali. (Alice, estudante, 25 anos)

Helena e Alice relatam de uma forma geral que as pessoas não têm a noção deste protocolo, e quando veem que outro utente que chegou depois é atendido primeiro, parece que sobressai o critério tradicional das filas que se referiu anteriormente, quase que obliterando a noção de critérios clínicos para esta espera em particular. E tende a começar um jogo mental de adivinhação (que em última análise desemboca na indignação), do porquê daquele caso e daquele utente ter sido atendido primeiro.

A experiência do investigador ao estar sentado várias horas na sala de espera, leva a concluir que é precisamente este o *mind set* quase inescapável que qualquer utente ali sentado tem: quem chegou primeiro, porque é que entrou primeiro, o que terá? Por sua vez, Camila refere que:

O estacionamento é que é mau. Para estacionar é complicado. O atendimento é ótimo. Temos que esperar, às vezes não somos logo atendidos como a gente...há casos ainda às vezes mais graves, a gente às vezes como está com a dor ou está desesperado queria ser logo. Não pode ser. Há prioridades. (Camila, AO num lar, 46 anos)

Esta entrevistada, tendo noção obviamente da necessidade da espera decorrente da aplicação dos protocolos, dá a entender que em decorrência da “dor” ou do “desespero” existe uma maior exigência, por assim dizer, por parte dos utentes em ser logo atendido. Este relato é importante na medida em que desoculta alguns fatores, um físico e um de cariz psicológico para a dificuldade dos utentes em aceitar a espera neste contexto.

Já se tinha referido que o *stress* (e.g preocupação, angústia e desespero) e a própria vulnerabilidade (física) decorrente da doença, faria com estes utentes fossem menos tolerantes, digamos assim, relativamente à espera. São efetivamente dois eixos/fatores importantes, que surgem muitas vezes em concomitância e isso aliado à inquietude das famílias provoca neste contexto sempre uma grande dificuldade em esperar. Em jeito de conclusão deste capítulo, a referir que se discutiram várias formas de filas, sendo que a estas está subjacente um princípio da igualdade (e justiça). Neste contexto, a complexidade do protocolo de Manchester, a situação vulnerável dos utentes, esperas prolongadas e a falta de uma visualização em ecrãs com os tempos de espera e número de pessoas “à frente”¹⁶⁶, são fatores que influem para perceções negativas do atendimento e consequentemente da espera.

¹⁶⁶ Das observações resulta que esta informação não está disponível nos ecrãs da sala.

4.1.5. Objetos Envolvidos na Espera

Quanto aos objetos envolvidos na espera, como se constatou pela observação, é o telemóvel que predomina. O uso do telemóvel é frequente no quotidiano, e nesse sentido, segundo o Pew Research Center (2019), nos EUA (Estados Unidos América) 96% dos americanos possuem um telemóvel. Em Portugal, segundo a ANACOM¹⁶⁷ (2018), no final do 1.º semestre de 2018, 7,2 milhões de utilizadores utilizam o telemóvel para aceder à internet. Neste sentido, no estudo de Liang e Hwang (2016), 84% das tarefas ao utilizar o telefone envolvem o *browsing*¹⁶⁸. Estes números vieram de certo modo a ser corroborados pelas observações efetuadas¹⁶⁹ que notaram o uso constante do telemóvel, sobretudo nos mais jovens. Com efeito, Beatriz refere o seguinte:

Aproveitei para consultar o *mail*. Através do telemóvel, é uma maneira de ocupar o tempo e assim o tempo passa rápido e nem damos conta...fiz uma chamada. Os telemóveis realmente ajudam muito a não ter aquela noção, porque quem espera, o tempo parece sempre muito.

(Beatriz, reformada, licenciada, 60 anos)

Por este relato fica evidente a importância do telemóvel, uma tecnologia incontornável no paradigma das mobilidades (Urry, 2000), que tem duas funções: comunicar (chamada telefónica) e aceder à informação (email) através do serviço móvel de internet.

O telemóvel não tem só a função de poder aproximar pessoas facilitando o contacto, a sua função base. Pelo que refere Beatriz, percebe-se a importância do telemóvel no contexto da

¹⁶⁷ Autoridade Nacional de Comunicações.

¹⁶⁸ Aceder à internet através de um programa/aplicação denominada *browser*, tais como *Internet Explorer*®, *Google Chrome*®, *Firefox*®, entre outros.

¹⁶⁹ Vide capítulo 3.2.

espera: entreter e como comumente se refere “passar o tempo”. Neste sentido, Beatriz refere que para quem espera numas urgências “o tempo parece sempre muito”¹⁷⁰ e o uso do telemóvel parece assim mitigar os efeitos da espera prolongada, e eventualmente até, porque se analisa as noções de tempo subjetivo, o telemóvel ajuda a “encurtar o tempo”. Beatriz refere-se “àquela noção” como a perspectiva subjetiva do tempo, uma noção que neste contexto é quase sempre prolongada.

O relato de Valentina é também fundamental para se perceber a importância do uso do telemóvel: “Sim, sim, sim, telefonei para as minhas filhas, telefonei para o meu marido e pronto, disse-lhe que ia abandonar a urgência e pedi logo ajuda para dar assistência à pessoa. E realmente fui atendida logo de seguida.”- (Valentina. reformada, licenciada, 64 anos). Esta entrevistada vem relatar um episódio em que se deslocou da urgência do HESE, para um outro hospital privado onde refere que foi atendida de imediato. Aqui o telemóvel foi crucial para estabelecer contacto com a família - as suas filhas e o marido – para se poderem organizar e gerir estratégias enquanto “esperam” por apoio ao membro da família doente.

Este aspeto é essencial no quotidiano, e se é fácil constatar que o uso do telemóvel é uma ferramenta indispensável para a comunicação, neste caso, fica demonstrado o papel do telemóvel que surge como peça¹⁷¹ essencial para agilizar até os próprios cuidados de saúde. Importa analisar outros relatos: “Fiz aquilo que é o normal hoje em dia, não é? Temos o nosso telefone...tem uma máquina com café e algumas coisas que podemos comer enquanto esperamos. E basicamente o meu tempo foi passado dessa forma.” (Lucas, Eng.¹⁷², 40 anos).

¹⁷⁰ A dilatação do tempo na sala de espera do SU é um efeito relatado por muitos dos entrevistados, e um efeito que *in loco* o investigador pôde “sentir”.

¹⁷¹ É quase inevitável chamar aqui à colação a teoria “Ator-rede” de Latour (2005), que muito sucintamente atribui um papel crucial a atores não-humanos na interação em rede da sociedade moderna.

¹⁷² Abreviatura de Engenheiro.

Lucas refere a “normalidade” de utilizar o telefone que associa também ao passar do tempo. Por outro lado, também refere o uso de *vending machines*, algumas com *snacks* e outras com café, e estas atividades são como que a ocupação de quem espera. Deste modo, o (pre) conceito de uma espera sentada – será essa a noção coletiva que existe da espera num SU - é assim desconstruída. Com efeito, “esperar” é também engajar em atividades, tais como comunicar ou beber um café, o que traduz uma maior amplitude e dinâmica do conceito. No mesmo sentido vem Sara referir o seguinte: “Mexer no telemóvel, levantava-me e ia fumar um cigarro. Ia-me entretendo à minha maneira, ia buscar uma garrafa de água, depois voltava.” (Sara, estudante, 25 anos). O relato de Sara refere o “levantar-se” e ir fumar um cigarro. Este aspeto é essencial porque reflete um lado descurado, já referenciado nesta investigação, por parte da estrutura física. Esperar é também um ato dinâmico e muitas vezes, “espera-se lá fora”.

Mas “ir lá fora”, não acontece só no caso dos fumadores, o facto de alguém se levantar e ir lá fora “apanhar ar” é algo muito comum entre os que esperam, com o intuito de entreter, distrair, “passar o tempo” e até atenuar o *stress* que quem espera inevitavelmente tem. Já Carolina a este propósito refere:

É assim, ou se vai comprar ali perto alguma revista, ou se vai preparado de casa com um livro para ler. Porque depois não há qualquer, é olhar para o vazio. A própria televisão, o próprio ecrã não se ouve porque são muitas as pessoas. São pessoas a falar...na própria sala de espera há algum barulho, há pessoas que reclamam, há pessoas que estão saturadas de ficar tanto tempo há espera que deem uma resposta a saber dos familiares. (Carolina, técnica superior, 61 anos)

O relato de Carolina é fundamental para perceber a necessidade de alguma ocupação do tempo enquanto se espera. Refere o uso de revistas ou livros, uma atividade que, não obstante, não é muito frequente ver nesta sala de espera. Existe assim uma necessidade de dinamismo enquanto se espera, mesmo sentado – no caso, ocupando o tempo lendo. Carolina refere também as

consequências que a falta de alguma atividade, seja ler, seja a televisão, traduzem: fica-se ali a “olhar para o vazio”. Porque o tempo da espera deve ser preenchido, para de certo modo facilitar a abstração da passagem morosa e difícil do *chronos*; e se o utente engajar numa atividade útil, idealmente de aprendizado de conteúdos relacionados com o contexto da saúde¹⁷³, mais produtivo será este tempo.

Carolina refere também o ecrã “que não se ouve”¹⁷⁴ e algum barulho que amiúde se faz sentir na sala de espera. O barulho, as reclamações de quem não é atendido ou tem informações, fica explícito, incomodam a espera de outros. Deste modo, fica claro que o objeto mais comum quando se espera neste contexto é o telemóvel e que a espera não é uma atividade passiva. Mesmo quem está sentado, se está ao telemóvel ou a ler um livro, está a exercer uma atividade, daí que exista, também deste ponto de vista, este lado dinâmico do conceito. Pelo relato de Carolina, e também dos outros entrevistados, conclui-se que existe mesmo a necessidade deste dinamismo, caso contrário o efeito de dilatação temporal é maior.

Com efeito, preencher o tempo à espera com movimento, utilização do telemóvel ou eventualmente com a leitura, atenua os efeitos de uma espera prologada. E se o telemóvel é o mais comum, outros objetos como o copo de café, o cigarro, o ecrã e menos frequentemente uma revista também são manuseados. Neste concreto, a referir uma observação do entrevistador em que um utente se encontra a fazer tricô, algo incomum neste local, mas que em tudo transparece esta noção de um tempo antigo e tranquilo, que precisa de “ocupação”. O tempo social pressupõe este decompôr da realidade em finas camadas, que ora procuram os aspetos subjacentes ao entendimento e formação das filas, ora relatam os objetos manuseados na espera. Estas experiências, todo este cenário do “tempo à espera” traz consigo, como se referiu inicialmente, uma textura e significados muitíssimo mais abrangentes que um mero *chronos*.

¹⁷³ Aspeto que em muitas salas de espera parece estar descurado.

¹⁷⁴ Onde poderia estar projetada informação útil, o que discutiremos no capítulo 5.1.

4.1.6. Lógicas de Cooperação

Continuando a linha de desconstrução de uma noção de uma espera passiva e solitária, sublinha-se que existem na sala de espera interações entre os utentes e este não é um lugar em que as dinâmicas configuram apenas relações de oposição. Pelo contrário, dentro das interações que se estabelecem existem relações de cooperação. No sentido de caracterizar estas relações de cooperação segue-se o que refere Ritzer (2011, p.37): “Industrial society is based on friendship, altruism, elaborate specialization, recognition for achievements rather than the characteristics one is born with, and voluntary cooperation among highly disciplined individuals.”. Dentro da sala de espera é possível observar algumas destas formas de cooperação, nomeadamente a amizade (e.g encontro de pessoas conhecidas), altruísmo, visível nas interações casuais tendo por base a solidariedade entre utentes, e em terceiro lugar uma cooperação mais especializada, observável sobretudo na articulação doente-família-profissionais de saúde.

De facto, a cooperação é um conceito base em sociologia e segundo o Sociology Guide (2020), pode ser definido como “In its simplest form, cooperation may involve only two people who work together towards a common goal.”. O mesmo autor faz a distinção entre vários tipos de cooperação, nomeadamente a cooperação terciária quando dois grupos cooperam para fins antagónicos; cooperação secundária, quando o trabalho/funções especializadas de cada um tem um resultado final para ambos; cooperação primária, encontrada em grupos sociais primários (família, amigos, entre outros); cooperação indireta, em que são realizadas ações diferentes para um fim comum e, por fim, a cooperação direta definida como: “Those activities in which people do like things together play together, worship together, labor together in myriad ways. The

essential character is that people do in company, the things which they can also do separately or in isolation.”.

Ora, no caso de uma sala de espera de umas urgências, como já foi referido, não existem grupos sociais *stricto sensu* e assim, a existir cooperação ela caberá dentro desta última definição que se apresenta. De facto, a espera pode ser solitária, e até o é na maioria das situações, porém, não menos verdade que existem outras interações em que a espera assume formas básicas de cooperação. Dentro desta linha, Luísa refere que:

Estão e começam, não os conheço, como nós agora não nos conhecíamos, mas eu estava aqui há tanto tempo, que começava logo, então quem é que cá tem? Então o que é que aconteceu ? E quantos anos tem? E depois vem e falam deles e dos conhecidos deles.” (Luísa, empresária, 40 anos)

Segundo este relato, estabelecem-se interações entre pessoas que não se conheciam, e o tempo que ali se passa leva a que, por vezes, se iniciem de forma espontânea conversas casuais. A noção preexistente que a espera, muitas vezes angustiante e desesperante, fosse um impeditivo para este tipo de interações, não é correta. Existem, aqui e ali, conversas deste tipo na sala de espera, que o tempo livre e uma espera conexas com situações menos graves¹⁷⁵ vem permitir. Estas interações acontecem não só entre totais desconhecidos como refere Luísa, como também, como já foi referido aquando das observações, entre gente que se conhece e que ali se encontram de forma casual.

Mas, não existe apenas este tipo de cooperação, demonstrando em certa medida solidariedade entre utentes num momento difícil. Segundo Camila:

Uma vez aconteceu lá um episódio em que a senhora chorava, chorava, chorava, e não havia ninguém e até que perguntei se precisava de ajuda, se precisava de alguma coisa. E a senhora

¹⁷⁵ Porque se admite que, sendo situações graves, a disponibilidade “dos que esperam” para este tipo de interações mais espontâneas, seja, por razões óbvias, muitíssimo menor.

disse-me que o marido estava muito mal, mas que não tinha filhos, tinha uma irmã que vivia no estrangeiro e ela estava sozinha...acabei por ficar lá mais duas horas a acompanhar a senhora, porque tive tanta pena, tanta pena da senhora, de a ver sozinha e numa situação complicada e sem apoio e sem ninguém, acabei por ficar lá um bocado a fazer tempo a ajudar a senhora. (Camila, AO em lar, 46 anos)

Neste caso, percebe-se bem a interação baseada no altruísmo, um tipo de interação, espontânea e casual, em que se encontram subjacentes atitudes solidárias. Na sala de espera não existem grupos sociais, e deste modo não existem objetivos em comum por parte dos utentes que ali se encontram. Refere Camila que a senhora estava “sozinha” e que assim sentiu a necessidade de “ajudar”, prestando sobretudo apoio emocional. De facto, este é um cenário que muitas vezes pode ser observado na sala de espera do SU, utentes, não só doentes como familiares, que se encontram isolados e solitários, uma situação “vista e partilhada” por todos os que esperam, o que se encontra na base destas interações solidárias. Por outro lado, também é possível verificar a existência de cooperação indireta, nomeadamente entre familiares e profissionais que têm como objetivo (global) a melhoria do quadro clínico do utente.

Esta relação de cooperação encontra-se, em parte, plasmada na Lei n.º 33 (2009) que sumariamente refere que o utente admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por alguém por si indicado, e que “o acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente”. Portanto, encontra-se positivado o direito ao acompanhamento¹⁷⁶ que implica o direito à informação sobre o estado do doente, e este quadro legal reflete a relação de cooperação anteriormente referida entre familiares e doente. O relato de Eduarda refere-se a este aspeto:

¹⁷⁶ Que tem algumas restrições previstas na lei tais como o dever de urbanidade por parte do acompanhante, a não interferência na prestação de cuidados de saúde e consentimento da sua presença por parte do doente.

No caso da doente que eu lá levei acho que ela foi bem atendida. Inclusivamente um dos aspetos positivos é que nunca me mandaram sair, deixaram-me sempre ficar com ela enquanto ela lá esteve...não é muito comum...porque normalmente a gente pode ficar com as pessoas que estão dependentes, esta não, esta ainda nessa situação. Portanto pensei sempre que me mandassem sair, mas não. (Eduarda, licenciada, 44 anos)

Eduarda parece entender esta cooperação como uma certa facilitação por parte dos profissionais (“não é muito comum... pensei sempre que me mandassem sair, mas não”), quando na realidade se trata de um direito expresso na lei. Em todo o caso, esta situação vem refletir a cooperação entre família\acompanhante e os profissionais de saúde, uma cooperação que se caracteriza por ser indireta, baseada sobretudo num encontro de *skills* técnicas de uns e o apoio emocional de outros, objetivando em última análise a melhoria do quadro clínico do utente. Nem sempre é observável este tipo de interações de tipo mais cooperante, e neste sentido vem Valentina referir que: “As pessoas estavam calmas e cada qual com os seus problemas e não houve propriamente cooperação. Perceberam, com certeza perceberam que eu estava agitada...”(Valentina, reformada, licenciada, 61 anos)

Valentina vem de certo modo corroborar a noção coletiva que existe sobre a espera num SU, solitária, individual, sem interações significantes com os outros que esperam ou os profissionais, até porque muitas das vezes, o estado psicológico (“agitada”) não é propício a que exista uma maior espontaneidade ao nível das interações. Esta experiência, contraposta ao anterior relato, só vem descrever este cenário complexo, com várias configurações, uma realidade que o relato de Valentina traduz, não tendo existido qualquer tipo de cooperação e ao nível do atendimento, recorde-se, Valentina acaba por abandonar o SU do HESE.

Voltando aos cenários e relações de cooperação, importa sublinhar as relações de cooperação assentes na solidariedade. Com efeito, a solidariedade é um comportamento que foi por várias vezes constatado na sala de espera do SU pelo próprio investigador, sendo o figurino mais

habitual os utentes solidarizarem-se com alguém dentro da sala, se percebem que existe uma situação de injustiça. Normalmente os motivos que originam estas formas de cooperação, encontram-se relacionados com tempos de atendimento demorados ou informações que não são facultadas. Se existe um utente a reclamar, pelos motivos anteditos, o que se observou vai no sentido de se juntarem a ele mais utentes, como que aderindo e apoiando a razão pela qual reclama, por refletir o que todos os que esperam “sentem”. Neste sentido importa referir o relato de Helena: “Algumas sim. Os familiares ficavam mais irritados porque viam a pessoa que estava a piorar, e que não estavam a ser chamados...e parece que a irritação se pega. Quando aquela pessoa fica indignada, parece que nos pega a indignação. (Helena, licenciatura, 30 anos). Já Cecília descreve outras formas de cooperação assentes nas conversas informais: “De resto é o normal, normalmente esta sempre uma ou duas pessoas a acompanhar o doente e depois as pessoas falam umas com as outras, umas porque se conhecem, outras que não se conhecem, mas não tenho visto assim. (Cecília, 12.º ano, AO, 49 anos)

Principiando pelo relato de Cecília, a sala de espera do SU é o lugar mais incomum e improvável para encontros, e de facto existem interações, nomeadamente conversas causais entre pessoas que se conhecem e outras que ali se encontram. Também já se abordou este aspeto, que se vê agora corroborado pela empiria - contrastando com o relato de Valentina. Na sala de espera do SU existe (e sente-se) uma dinâmica centrípeta, pois a espera é um momento pejado de *pathos* em que existe ali uma quase identificação com uma “causa”¹⁷⁷, e daí que estes agregados sociais, nas condições perfeitas, possam a certo momento ter características de uma multidão surgindo assim, algo próximo do *crowd behavior* descrito por Moscovici (1986). Ou, se quisermos numa terminologia durkheimiana, formam-se “correntes sociais”, pois como refere Ritzer (2011, p.83):

¹⁷⁷ Como se referiu, *grosso modo*, as causas principais são duas: a espera demorada ou a falta de informações.

Durkheim called these social currents. He gave as examples “the great waves of enthusiasm, indignation, and pity” that are produced in public gatherings (Durkheim, 1895/1982:52–53). ...they are nevertheless social facts because they cannot be reduced to the individual. We are swept along by such social currents, and this has a coercive power over us...

Ora, estas manifestações, para todos os efeitos, constituem algo próximo a um *crowd behavior*, e encontram-se muitas vezes associados a movimentos espontâneos de indignação e oposição, o que podemos facilmente identificar em manifestações em que existe a identificação, diríamos parcial, com os membros com o grupo – no caso concreto, leia-se o agregado que “espera”. Na sala de espera do SU não existirá o encaixe perfeito neste constructo, mas importa apontar que se estas dinâmicas pressupõem um entrelace entre os que esperam, e daí também algumas das várias formas de cooperação, não menos é verdade que daqui surgem formas de contestação quasi-conflituais e conflituais, que em bom rigor o recorte empírico até lhes dá maior destaque e que no capítulo seguinte serão analisados.

4.1.7. Lógicas de Conflito

Conforme o referido no último capítulo, a “solidariedade” entre utentes aquando de reclamações na sala de espera tendo por base lógicas de cooperação, no *flipside* configurará relações de conflito com a estrutura (i.e hospital) e os profissionais que ali trabalham. A *framework* teórica do conflito tem como um dos seus fundamentos o marxismo que, em linhas gerais, compreende a dinâmica (i.e mudança social) da sociedade com base em relações conflituais entre as classes sociais, mormente o proletariado e os detentores dos meios de produção – a burguesia. Neste sentido, Macionis (2012, p.13) refere que:” Sociologists using the social-conflict approach look at ongoing conflict between dominant and disadvantaged categories of people— the rich in relation to the poor, white people in relation to people of color, and men in relation to women.”. Portanto, a relação de conflitualidade envolve sempre categorias que de algum modo têm uma relação de poder sobre outras, sendo que no contexto da sala de espera do SU encontrar-se-ão em oposição as categorias sociais dos utentes (doentes ou acompanhantes) e os profissionais de saúde. Regra geral é este o cenário, mas também podem surgir relações de conflitualidade entre utentes. O conflito é aqui entendido de forma muito ampla, e pode configurar formas mais ou menos aceitáveis socialmente, mas que em todo o caso são pontos de discórdia entre duas ou mais pessoas, como também compreender as suas formas mais extremadas, nomeadamente as agressões verbais.

Com efeito, o Merriam-Webster (2020c) define conflito como: “competitive or opposing action of incompatibles: antagonistic state or action (as of divergent ideas, interests, or persons); mental struggle resulting from incompatible or opposing needs, drives, wishes, or external or

internal demands”. No caso concreto, só o facto de alguém “ir às urgências” já constitui um fator gerador de *stress*, e neste sentido refere Holm e Fitzmaurice (2008, p.838): “Adults accompanying children to a PED have significantly increased anxiety, which increases the longer they are in the waiting area”. Esta ansiedade que tem tendência a aumentar quanto mais tempo se espera, é por sua vez um fator para que se originem situações de conflito entre pessoas, sobretudo observadas entre profissionais/instituição e utentes, em resultado de interesses e/ou necessidades por vezes incompatíveis. De facto, atualmente o público em geral é bastante exigente em relação aos serviços públicos e à saúde em particular, o que potencia este tipo de relações. Com efeito, segundo Arreigoso (2020) com dados de uma sondagem realizada pelo ISCTE¹⁷⁸ e ICS¹⁷⁹, a saúde é a dimensão que os portugueses consideram mais importante na atualidade, ultrapassando tópicos como o desemprego ou a corrupção, sendo que dentro deste, é o tempo de espera no SU o que mais preocupa os portugueses. Estes dados revelam bem o nível de exigência com que os portugueses avaliam o SNS, e os tempos de espera numa sala de urgências.

Aliás, como já foi anteriormente referido, estes últimos confundem-se com a avaliação do próprio SNS como um todo, e daí a importância de uma abordagem holística a todos os problemas existentes numa sala de espera de uma urgência hospitalar. Assim, se a importância, a exigência e a ansiedade são elevados, este torna-se um *setting* propício para que existam situações de conflito. As situações de conflito não configuram necessariamente violência, um conceito que estará nos limites do que aqui se discute, não obstante, importa balizar e definir este conceito. Neste sentido, baseamo-nos no que é referido pela Direção Geral Saúde (2016) que adianta uma definição veiculada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) que muitas vezes é usada como ponto de referência:

¹⁷⁸ Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

¹⁷⁹ Instituto de Ciências Sociais.

Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação

Assim se compreende que o conceito é amplo, cujos eixos principais são a intencionalidade, o uso da força ou coação e o dano ou possibilidade elevada de dano que pode ser físico ou psicológico, e ainda atos omissos ou autoinfligidos estando conexa não com fatores culturais, mas com os conceitos de saúde e bem-estar (Direção Geral Saúde, 2016).

Deste modo, existirá um entrelace conceptual entre aquilo que constituem relações de mera oposição, que pode escalar para um conflito, sendo que este poderá ou não incluir atos violentos. Desde logo, o que sobressai neste tópico em termos do material empírico recolhido são as reclamações e discursos altissonantes existentes na sala de espera, como referem os seguintes entrevistados: “Há um bocado de barulho. Devia haver mais um bocado de cuidado com isso. Acho eu. Auxiliares quase aos gritos a chamar pelas pessoas, epa...”. (Miguel, militar da GNR¹⁸⁰, 49 anos). Já Gonçalo refere as reclamações quase constantes na sala de espera: “Também há muito e também é fruto da nossa sociedade, as pessoas estão ali na sala a reclamar, mas depois perante o médico...porque é o Sr. Doutor.” (Gonçalo, mestrado, formador, 37 anos). Por sua vez, Júlia refere que nunca assistiu a qualquer tipo de violência física: “Distúrbios assim de brigas, nunca vi.” (Júlia, AO, 65 anos), e o relato de Helena vai no mesmo sentido: “Brigas não. Brigas não. Irritações sim, pessoas começam a ficar irritadas, pois você tem razão, e tem motivos para estar aí irritada. Mas brigas não.” (Helena, enfermeira, 26 anos).

Portanto, é transversal a noção que o conflito está muito associado a uma sala de espera barulhenta e às reclamações, a verbalizações de visões antagónicas, mas não propriamente a

¹⁸⁰ Guarda Nacional Republicana.

agressões físicas, como corroboram Júlia e Helena. Miguel faz referência ao tom de voz elevado quando se chamam pelas pessoas, e efetivamente esse será um ponto a melhorar. De facto, a sala, se cheia, é um espaço de alguma confusão e com barulho (não obstante haver sinais que apelam ao silêncio), o que é incomodativo e perturbador para quem espera, que regra geral, já apresenta níveis de ansiedade elevados - como anteriormente se referiu. Por sua vez, Gonçalo refere aquilo que é, digamos assim, o cenário mais típico da sala: “as pessoas estão ali na sala a reclamar”. Este entrevistado faz a conexão com um traço cultural relacionado com as hierarquias, e uma sociedade ainda muito dividida entre as elites e algumas classes mais baixas. Com efeito, a expressão “Sr.¹⁸¹ Doutor” em detrimento do uso de “médico”, reflete essa característica cultural do país que exagera na utilização do “Dr.”¹⁸², conforme refere Prado Coelho (2006).

Com efeito, o médico é ainda alguém que detém um elevado *status* social dentro da sociedade portuguesa, embora, por variadíssimas razões, em decorrência dos processos de mudança que o país tem vindo a sofrer, esse *status* tenha vindo a diminuir. Gonçalo reflete nesta resposta essa característica cultural, e que a reclamação surge mais facilmente na sala de espera perante os administrativos, auxiliares ou enfermeiros – classes com um *status* menos elevado - e será menos manifesta perante o médico¹⁸³, culturalmente percecionado como o mais alto na hierarquia. Por sua vez, os próximos relatos dão conta das situações que originam conflitos:

Um senhor que estava com a mãe, que estava a acompanhar a mãe. A mãe tinha uma pulseira verde, eu não sei o que é que a mãe tinha mas ouvi falar em perda de memória algo assim. E estive quatro horas à espera...e aí ouve uma troca de impressões...nada agradáveis entre

¹⁸¹ Abreviatura de Senhor.

¹⁸² Abreviatura de Doutor.

¹⁸³ Não é que não existam reclamações sobre atos médicos, aliás cada vez existem mais, o que se discute é uma tendência em razão de fatores culturais.

ele, o filho e, pedia uma maca para a mãe...e a pessoa que o atendeu, eu não sei qual era a função da pessoa...e então ouve ali uma discussão. (Ana, professora universitária, 61 anos).

Refere Ana que houve uma discussão entre o filho de uma utente porque esteve quatro horas “à espera”. Todo o discurso de Ana é mais pautado pelo eufemismo quando se entra em realidades mais cruas, pelo que quando refere “troca de impressões nada agradáveis”, fica a ideia de que existiram de facto insultos. Percebe-se a emocionalidade que se vive nestas situações de maior ansiedade, o filho vendo a situação de vulnerabilidade da mãe não consegue conter a sua frustração.

No caso relatado, o tempo de espera foi ultrapassado para o dobro do que o protocolo de Manchester preconiza e havia necessidade de uma maca. Este tipo de situações abundam em relatos e nos *mass media*, como que se amplia tudo o que é relativo a este *setting*, muitíssimo mais do que situações similares tidas por exemplo em serviços de internamento, o que diz bem da importância para o público da espera no SU. Por sua vez, Letícia refere o seguinte:

A outra situação teve a ver com uma situação de triagem em que, uma pessoa foi chamada à triagem, aparentemente uma mulher, foi chamada à triagem, e de repente nós começamos a ouvir gritos na triagem, um homem aos gritos. Era uma pessoa que percebemos, seria transexual e que já tinha ido à urgência várias vezes e que entendia que devia ser atendido de uma determinada forma, portanto insultou o pessoal que estava na triagem, e que deveria ser feito de uma determinada maneira e depois inclusivamente levou o conflito para a questão da sua questão de ser ou não ser transexual. Depois houve pessoas que tomaram partido, inclusivamente as pessoas de etnia cigana, puseram-se ao lado dessa pessoa a gritar depois aquilo passou cá para fora, pronto. Foi complicado, teve que vir o vigilante. (Letícia, licenciada, 51 anos)

Esta entrevistada relata uma situação aparentemente mais extrema, existe uma falha ao nível do atendimento (ou assim foi entendido), que depois origina um conflito por causa dessa questão.

Quando Letícia refere que houve gritos, que a situação “passou cá para fora” e o vigilante teve que intervir, a noção que fica é de um quadro que escalou e esteve perto de chegar a agressões físicas.

Mais uma vez, fica patente o que tem sido descrito quer em termos teóricos (*crowd behavior*), quer em termos de material empírico, sendo este o cenário em que se existe uma pessoa a reclamar, a tendência é para que existam outras pessoas a replicar esse comportamento demonstrando solidariedade¹⁸⁴. Outros relatos referem o seguinte:

Já vi situações de as pessoas estarem mesmo a verbalizar que estavam à muito tempo à espera, "não há direito, o meu avô aqui há tanto tempo à espera, já está aqui há algumas horas". Já me apercebi desse tipo assim...mas ficou por estes comentários...sem chegar à parte da reclamação ou conflito verbal com os funcionários. (Beatriz, licenciada, reformada, 60 anos)

Uma vez é que lá estava um tendeiro, que entrou porta adentro, acho que também não lhe davam informações e ele entrou e fez lá barulho... Naquela vez foi, um tendeiro entrou, perguntou, ninguém lhe quis dizer, olhava para o relógio, olhava para o relógio entra pela porta adentro e diz: "se não me dizem a bem, dizem a mal". (Cecília, 12.º ano, AO, 49 anos)

Não digo isto por ser xenófobo, mas a questão de indivíduos de etnia cigana é uma questão problemática. Nesse dia foi aquilo que eu assisti. De facto, houve ali, digamos que um atrito, entre uma pessoa dessa etnia e um dos funcionários...atritos desses que são constantes. (Lucas, Eng.º Agrónomo, 40 anos)

O tempo em que eu estive lá não houve nada de especial, às vezes aquelas reclamações e isso...só vi uma pessoa, uma pessoa já de idade que não queria colaborar com o pessoal de

¹⁸⁴ Como se referiu, existe uma identificação com a “causa”, e são esses fatores comuns que facilitam estes comportamentos.

enfermagem: "tirem-me daqui isto, não me metam isto, não quero isto...depois tiveram que prende-lo, tiveram que lhe prender os braços à cama. (Miguel, militar da GNR, 49 anos)

E normalmente nem é o utente que reclama. É alguém que está com o utente. (Clara, assistente de *call centre*, 37 anos)

Beatriz relata uma situação muito comum na sala de espera das urgências, que são as reclamações na sala, como que em jeito de desabafo, procurando apoios, mas sem propriamente consequências de maior. Pelo observado, é efetivamente algo muitíssimo comum, sendo a espera neste contexto caracterizada por níveis de *stress* elevados, emotividade e vulnerabilidade, o que tem como resultado estas “indignações”. Como refere Gonçalo “...fruto da nossa sociedade...as pessoas estão ali na sala a reclamar...”, e de facto o cenário típico é observar, aqui e ali, várias reclamações na sala, por vezes em jeito de apoio (cooperação solidária) entre utentes, e talvez exista uma componente cultural, juntamente com essa cada vez maior exigência (como se referiu inicialmente) do público em relação à saúde e a este contexto em particular.

Já Cecília, reporta um conflito que teve lugar com um “tendeiro”¹⁸⁵ que “entrou pela porta adentro” e “fez barulho”, esta última expressão muito característica, adquire o significado de reclamar em tom de voz elevado e em algumas situações pode significar mesmo agressões físicas. Lucas (e outros entrevistados) confirmam alguns conflitos, aparentemente mais comuns, com pessoas de etnia cigana. De facto, nas observações do investigador¹⁸⁶ foi também possível constatar que os comportamentos que mais se desviam do que seria adequado numa sala de espera, são os dos indivíduos de etnia cigana. A referir que muitos destes comportamentos são compreensíveis, à luz de um sistema de valores e vivências que não são os que a cultura dominante compreende como adequados.

¹⁸⁵ Entendido como um subgrupo dentro da etnia cigana.

¹⁸⁶ *Vide* capítulo 3.2.

Mas a lógica conflitual pode muitas vezes acontecer com o próprio doente, como relata Miguel, uma situação em que tiveram que “lhe prender os braços à cama”. Neste caso, quando no discurso se refere “prender os braços”, numa primeira leitura, alguém fora do contexto da saúde poderá pensar que este ato é atentatório dos direitos dos doentes, quando na verdade algumas vezes é necessário e, claro está, dentro da legalidade. Neste sentido a DGS (Direção Geral de Saúde) emitiu uma norma que regulamenta o uso de medidas de contenção (*vide* Direção Geral Saúde, 2011, para mais detalhes). Muito sucintamente, doentes com falta de *insight*¹⁸⁷ e que recusem tratamento compulsivo, com demências ou doença mental grave, com agitação e que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente, comportamentos heteroagressivos, entre outros, constituem situações em que é legítimo (e dentro do quadro legal) os profissionais de saúde recorrerem a estratégias de contenção física (e mecânica) como a referida por Miguel.

Nalguns casos, a exigência do público em relação ao atendimento e a este contexto em particular, desemboca em comportamentos de agressões verbais e mesmo físicas contra profissionais de saúde, e o material empírico reflete isso mesmo. De facto, a violência contra profissionais de saúde terá aumentado e alguns casos tiveram grande ressonância nos *mass media*. A título de exemplo, Campos (2019) refere que um cirurgião foi esfaqueado por um utente enquanto este estava a operar no serviço de urgência do hospital de Peniche. Impõe-se a leitura de um excerto da autora antedita que refere:

Do total dos 4.639 incidentes reportados desde 2007 à DGS, a maior parte (59%) são casos de “assédio moral”, mas 19% são situações de violência verbal e 13% são mesmo casos de violência física. E, se os enfermeiros são o principal alvo das agressões (51%), os médicos (27%) surgem em segundo lugar na lista. Os agressores são sobretudo os doentes (56%) ou

¹⁸⁷ Sem capacidade de autocritica e de entenderem o nível patológico do seu comportamento, uma condição presente em algumas doenças do foro psiquiátrico.

os seus familiares (21%), mas também há situações em que a violência parte dos outros profissionais de saúde.

De facto, em linha com a empiria, há que desconstruir a noção que parece existir no imaginário coletivo acerca desta problemática, e olhar para esta realidade, muitas vezes oculta, de casos de violência extrema sobre profissionais de saúde. Os números anteriormente referidos, com base em dados fornecidos pela própria Direção Geral Saúde (2016), estão em linha com os relatos aqui recolhidos, nomeadamente a de uma predominância dos casos de agressões verbais. Portanto, existem casos de relações conflituais com os utentes, mais ou menos graves, e quando se refere utentes inclui-se não só o doente, mas também os familiares em linha com o que referem os números anteriormente descritos e com os relatos de Letícia, Clara e Lucas.

Aliás o próprio investigador presencia uma situação¹⁸⁸, que pode em última análise configurar um crime de injúria quando um familiar apelida uma enfermeira de “incompetente”. Os casos de agressões verbais são efetivamente muito frequentes, e os casos de agressões físicas são exceções, mas cada vez mais frequentes – a natureza volátil da sala de espera do SU é propícia a estes eventos. Existem assim lógicas conflituais dos utentes na sala de espera, aqui focados nos comportamentos desadequados dos indivíduos de etnia cigana, e também entre utentes e profissionais de saúde que podem, em última análise, configurar casos de violência física, mas ao nível do *setting* em análise – a sala de espera do SU do HESE – apenas se colheu casos de agressões verbais.

Num apanhado global, importa referir que a ida às urgências é um evento intrinsecamente gerador de *stress* nos doentes e famílias, e a permanência na sala de espera só aumenta os níveis de ansiedade. Se a este facto aliarmos uma certa exigência do público em geral no que respeita ao atendimento neste contexto, assim como uma confluência das mais variadas gentes, estão

¹⁸⁸ Descrita no capítulo 3.2.

neste caso predispostos vários fatores para o eclodir de relações conflituais. Estas podem configurar formas mais ou menos graves, que no limite podem chegar a agressões verbais e mesmo físicas, muito em decorrência dos tempos de espera, pelo que esta questão só reflete a importância do estudo da espera neste contexto. Com efeito, focalizar o estudo da espera apenas no *chronos*, seria omitir esta efervescência que neste capítulo incidiu mais nas lógicas de conflito, sendo que todos estes relatos, eventos e experiências, são cruciais para se compreender de forma cabal, o objeto em análise.

4.1.8. “Ouvir os Outros”: o que se Fala nas Urgências

Neste capítulo, para poder fornecer uma maior imersão do ambiente numa sala de espera das urgências hospitalares, analisa-se as conversas que ali são possíveis ouvir. Este e o próximo capítulo são dois capítulos muito sensoriais, procurando, neste concreto, identificar e analisar os discursos que se “ouvem” na sala de espera, para desta análise surgir mais uma dimensão que compõe o complexo mundo da espera neste lugar. Este ponto é fundamental para desconstruir a noção de uma espera (sempre) solitária, em silêncio e sem interação. De facto, baseados nos dados colhidos na observação *in loco*, a sala de espera de umas urgências hospitalares é um *melting pot* extremamente dinâmico, onde existem encontros improváveis que originam conversas casuais. Estes discursos e interações constituem mais uma camada deste fenómeno social. Principiamos com Júlia que refere o seguinte: “Falamos do motivo porque ali estamos. Falamos que realmente é uma pouca-vergonha as pessoas estarem ali tanto tempo à espera e não serem atendidos, não é? Falamos dessas coisas assim.” (Júlia, AO, 12.º ano, 65 anos). Júlia refere que o conteúdo destes diálogos está relacionado com aspetos referidos no capítulo anterior, nomeadamente os desabafos em jeito de reclamação.

Normalmente, este tipo de conversas com a tónica na reclamação origina-se porque de algum modo todos “sentem” terem direito, assim como ser necessário um atendimento mais célere, sendo este o fator comum que está na base destas conversas. Por sua vez Eduarda refere:

Interações ali entre os utentes sim, vi, vi, pessoas sentadas ao lado umas das outras sem se conhecerem, mas que às tantas começaram a falar sobre há quanto tempo esta aqui, o que é que lhe aconteceu, um porque se magoou, outro porque lhe doía o peito. Foram conversando

sobre o que é que os levou ali. Conversas de cadeira, pessoas que estão ali há horas e vão conversando umas com as outras...e a conversa era basicamente: "não chamam, não chamam, não querem saber, não querem saber" e depois os seguranças e os maqueiros a virem cá fora a mandarem calar, porque as pessoas faziam um barulho enorme. (Eduarda, licenciatura, 44 anos)

Eduarda, designa estes diálogos como conversas “de cadeira”, uma expressão análoga à sobejamente conhecida “conversa de café”, que tem como finalidade suavizar o tempo (quantitativo) da espera. São conversas casuais, entre pessoas conhecidas, que normalmente se encontram lado a lado, que acima de tudo servem para entreter, e “fala-se” do trivial, mas também dos motivos que ali os levam. O relato de Eduarda refere também as lógicas de conflito que ali se geram, “não chamam...não querem saber...”, e este é efetivamente um discurso que se ouve muito na sala de espera, traduzindo um antagonismo face aos profissionais do SU. Nestes antagonismos, mais uma vez se refere, existirá um certo sentido de *lively sense of common fate* (Goffman, 1961), que em certa medida se torna o fator contextual comum aos que esperam neste *setting*, unindo-os numa espécie de solidariedade que se ouve e sente, e que mais se faz sentir quando um reclama – os seus motivos são os de todos. Conquanto, e recorrendo também ao que se observou *in loco*, são discursos que por vezes têm essa concordância de uns e de outros, mas na esmagadora maioria das vezes perfeitamente inócuos, trata-se de meros desabafos “para a cadeira do lado”, replicados aqui e ali.

Por outro lado, Gonçalo confirma que se fala da “ida” e da “espera” por vezes numa amena conversa entre os familiares que esperam:

Há. Depois aquilo acaba por ser uma casa de malucos entre aspas. Depois aquilo é por famílias, e há pessoas que depois exageram e empolam as situações...pronto há de tudo...aquele tipo de conversas muito relacionadas com a logística da chegada, mas também da espera, digamos assim, até, e qual é a pulseira, ou se já tem pulseira, se já foi à triagem...e

agora a seguir vai aquele, e o outro já teve no primeiro, e depois sabem que é chamado primeiro, há logo ali um, porque as vezes pronto mas isso é logo, as pessoas estão muito atentas a isso. Isso aí a malta está muito atenta. (Gonçalo, mestrado, formador, 37 anos)

Estes relatos dão conta de conversas participadas por vários elementos¹⁸⁹, e releva-se as palavras de Gonçalo quando refere que as pessoas estão muito atentas à “ordem de chegada”. A questão da configuração da fila e do protocolo de Manchester já foi abordada, mas este relato só vem corroborar a ideia de um conhecimento meramente abstrato daquilo que são prioridades, e que independentemente disso existem a todo o momento especulações, verbalizadas ou não, acerca de quem chegou primeiro – o critério tradicional das filas.

Portanto, todo este movimento de quem “chega” e quem “vai” é tema de conversa. A espera é assim a charneira entre movimentos de saída e de entrada, um lugar de conversas sobre o quotidiano e também sobre a própria espera:

Aproveitam para falar de tudo e mais alguma coisa. Não sei, eu acho que falam de tudo mesmo, de tudo. Ou porque há muito tempo não se viam, e como é que estão, ou porque falam desta daquela e da outra...as pessoas vão buscar tudo. (Luísa, AO, 12.º ano, 59 anos)

Luísa relata o facto de naquele lugar amiúde se encontrar gente conhecida, e nestes encontros os diálogos incidem sobre o quotidiano das suas vidas, notícias de outros conhecidos, as novidades da “terra”, e evidentemente o que os trás a este lugar. Nesta linha, há pessoas que falam da doença (entre outros temas) em plena sala de espera, sem pejo, porém outras compreendem estes comportamentos como intrusivos:

Por exemplo, na área infantil aquilo é pequenino e as pessoas estão sempre muitas atentas aos outros, aos filhos dos outros não é? E a questionar qual é o diagnóstico e qual é o motivo que o levaram às urgências e sim, reparam muito nisso. Na ordem, porque é que aquele

¹⁸⁹ Em linha com o que foi observado pelo investigador.

passou primeiro, depois fazem perguntas umas às outras: “Ah mas aquele foi mais rápido que o meu filho”, e depois têm o cuidado quando a mãe sai “Então o que é que tinha?” sic, aquela curiosidade de saber porque é que o filho da outra foi atendido mais depressa. Acho mal, acho que é muito intrusivo...não gosto, não gosto. Aquilo não é um momento agradável e para algumas pessoas a sensação que tenho é quase como ir a um café, pronto. (Lara, enfermeira, 33 anos)

Lara refere que muitas das vezes as conversas sobre quem “chega”, “o que tem”, são tão frequentes e corriqueiras que acabam por ser desadequadas e intrusivas, exagerando-se tanto nos diálogos que “a sensação que tenho é quase como ir a um café, pronto”. Ora, é um pouco às vezes essa a noção que se fica da sala de espera, um lugar onde existem muitas “conversas de café”, não obstante este momento de espera em particular exigir algum recato e reserva. Este aspeto, que se tem vindo a desocultar aponta então este contexto como um lugar de encontros, conversas e interações improváveis, umas mais desejáveis que outras. Dependerá, em parte do quadro clínico do doente, mais ou menos grave, o que predisporá as pessoas (o próprio doente ou acompanhante) para conversas deste tipo.

Todavia o fator cultural terá aqui uma certa influência, e neste sentido a referir que Lara nasceu e cresceu numa cidade de maiores dimensões, onde existe mais anonimato e porventura isso contribui para ser da opinião que algumas destas proximidades são excessivas, até desadequadas quanto ao *setting*. Será assim no SU de outra cidade? Será assim tão fácil a conversa? Aponta-se como exemplo o característico “silêncio finlandês”¹⁹⁰ (Marja-Terttu Tryggvason, 2006; Studarus, 2018), e assim parece lógico perguntar se numa sala de

¹⁹⁰ Os finlandeses são um povo que culturalmente prezam muito o silêncio, e não têm o hábito de fazer *small talk*, que por vezes tem a função de “quebrar o gelo”. São um povo muito direto no tipo de conversas que estabelecem, e o silêncio adquire um significado diferente do que tem em Portugal. Longos momentos de silêncio entre dois indivíduos, podem na nossa cultura parecer “estranhos”, mas na Finlândia são entendidos como naturais.

espera finlandesa haveria este tipo de diálogos, sobre estes temas em específico e nos tons acima referidos, e se é que existiria conversa de todo. Mas nem sempre existe conversa, isso é um facto. Como refere Clara, depende da situação:

Eu acho que depende um bocadinho das situações. Porque há momentos na sala de espera em que sim, é um verdadeiro silêncio. Mas porquê? Porque se calhar as pessoas estão assustadas, porque cada uma está a pensar nos seus próprios problemas ou nos problemas da pessoa que está doente, não é?...mas depois há outros momentos em que até não. Muitas vezes apercebo-me que há mais conversa, acaba por se quebrar um bocado mais o gelo, principalmente quando são pessoas já mais velhotas que estão doentes e que acaba por ser só mais uma crise de alguma coisa que já tinham tido. Não é (pausa) É diferente se calhar alguém que tem uma situação aguda e que não se sabe ainda o que é, não se sabe o risco daquilo que está a ter, do que propriamente os velhotes, que muitas vezes até vêm com as funcionárias dos lares, mas vêm à urgência porque estão com falta de ar, mas que de alguma forma não é um elemento surpresa. Olha ele já tinha tido episódios destes, agora está a ter outro, vai ter que fazer isto, até de alguma maneira já sabe o que vai acontecer a seguir e aí é mais fácil haver conversa porque também há mais calma. Se for situações muito agudas, as pessoas ou estão extremamente exaltadas ou estão em silêncio. (Clara, assistente de *call centre*, 37 anos)

Clara começa por referir o silêncio, quando as pessoas se encontram “assustadas” a pensar nos seus problemas ou da pessoa que estão a acompanhar. Nesse caso pode existir uma introspeção, uma espera que se quer mais reservada e até solitária. Depois há momentos em que não, em que existe mais calma, com situações menos críticas, uma certeza do diagnóstico baseado nos antecedentes e isso confere mais calma e maior disponibilidade para o diálogo. Clara faz também referência às funcionárias dos lares “que vêm com os velhotes”, e de facto estas são

elementos recorrentes na sala de espera das urgências, tendo um *insight* sobre as dinâmicas da sala muito grande, e por isso mesmo eram um elemento a entrevistar¹⁹¹.

Existe também referência a dois estados que acontecem amiúde, diríamos mesmo, “lado a lado”, numa sala de espera das urgências, sendo a oscilação entre o exaltamento (e como vimos até a violência), em contraste com pessoas “assustadas” e em silêncio. É este aspeto que define e destrinça a espera neste contexto, a oscilação e vivência de estados tão díspares como estes, tão perto uns dos outros, com movimentos de entrada e saída tão rápidos que fazem com que esta experiência tão particular do tempo social seja muito caracterizada pela dualidade (alternância entre estados), e pela volatilidade, que por definição é um *kairós* num *locus* que tem tendência a mudar rapidamente através dos seus estados, formas, movimentos e como se referiu, também nas suas conversas. Em suma, existem interações na forma de conversas, com *gentes* conhecidas e desconhecidas, frequentemente em tom de reclamação, discute-se também muito a razão da espera, percecionada quase sempre como demorada. Adiantam-se, em jeito de hipótese, traços de cariz cultural para a existência e o tom destes diálogos.

¹⁹¹ No caso, a entrevistada Camila.

4.1.9. “Olhar os Outros”: o que se Vê nas Urgências

Seria sempre importante recolher relatos sobre o que se vê na sala de espera das urgências, completando estes dois vetores (“ouvir e ver”) para permitir ao leitor “estar” na sala de espera, analisando todas as dinâmicas que ali se entrecruzam e emergem. Neste capítulo objetiva-se descrever e procurar os significados dos eventos sociais que se podem observar neste *setting*, mas também outras *nuances* tais como o “olhar das pessoas”, aquilo que veem, como o veem, “mergulhando” no cenário de uma sala de espera de umas urgências hospitalares. À semelhança do se fez em investigação anterior (Paula, 2019), para se ter uma imagem aproximada do que residirá na memória coletiva daquilo que é o ambiente numa sala de espera, recorre-se ao motor de pesquisa *Google* imagens iniciando uma pesquisa com os termos *waiting* e *room*. Os resultados invariavelmente demonstram um ambiente standardizado, com várias cadeiras, a maior parte sem estarem ocupadas, refletindo um certo vazio na sala de espera. Aqui e ali é possível ver imagens de alguém que ocupa uma cadeira, e espera sentado, sozinho, de forma passiva, e arrisca-se dizê-lo, com algum tédio. Por trás desta imagem adivinha-se o silêncio, a lentidão, a demora. Se juntarmos aos dois termos de pesquisa anteriores a palavra *emergency*, nas imagens que obtemos desta pesquisa podem-se ver mais pessoas na sala de espera, ainda assim surgem muitas imagens com as cadeiras vazias transmitindo essa noção de vazio temporal.

Também são visíveis pessoas sentadas a ler, os *guichets* e os ecrãs de televisão - estes últimos sempre num canto superior da sala. Não são visíveis nestas imagens interações/diálogos entre as pessoas - a espera é composta de pessoas sentadas e ensimesmadas. De um modo geral, estes elementos, descritos em rigor na Parte III sobre as observações *in loco*, estão presentes na sala

de espera do HESE. Porém, importa fazer o contraste, descobrindo similitudes e diferenças da imagem desta espera que de certa forma o imaginário coletivo tem, com a espera tida no *setting* em análise. Este vazio que se encontra presente nestas imagens, encontra-se de certa forma presente no discurso de Ana que refere:

Então o que fazer? Olhar para os outros, que é um passatempo comum de quem está ali. Não é fácil porque temos sempre um certo pudor em fixar muito o olhar no outro, sobretudo de pessoas que estão em situação sim, quase de desespero. (Ana, professora universitária, 61 anos,)

Principiando pelo relato de Ana, este “olhar para os outros com algum pudor” vai no exato sentido do que foi observado (e “sentido”) pelo investigador. “Olha-se” de facto muito para os outros, e nesta atitude está muito presente o que já foi estudado por Simmel (1950), naquilo que está descrito como atitude *blasé*, uma certa indiferença e reserva dos habitantes das cidades, perante a presença de “estranhos”. Como refere Antunes (2014):

Essa forma de auto-preservação diante das grandes cidades e que exige determinado comportamento social negativo, estaria atrelada ao que Simmel denominou de atitude de reserva. A reserva não estaria associada somente à indiferença, mas a um estado de aversão, uma estranheza e repulsão mútuas contra qualquer espécie de contacto mais próximo.

Ou seja, haverá um certo pudor como refere Ana ao presenciar a dor dos outros, esse pudor e a necessidade de reserva traduz, em certa medida, com que o utente tenda a demonstrar, na maioria das vezes, também uma atitude de indiferença¹⁹². Porém, como refere o autor anteriormente citado, existe algo mais, conotado com uma certa “aversão” e “repulsão” da dor “do outro”, não propriamente por um qualquer traço psicológico que revele falta de empatia, é

¹⁹² Uma atitude de indiferença contrasta com os relatos de “conversas de café” que se analisaram no capítulo anterior.

antes o comportamento social que aqui está em jogo, um de distanciamento do lugar/estado em que o outro se encontra.

Portanto, na sala de espera existe “curiosidade” nos outros, manifesto pelo olhar, porém, como refere Ana, o *stare*¹⁹³ é socialmente reprovado porque invade a privacidade, olha-se de perto o sofrimento dos outros o que requer reserva e recato e não deve ser público. Daí o distanciamento, o “olhar para o lado”, evitando o “contra-olhar” do outro. Não só por este aspeto, o próprio quadro de doença/sofrimento franco que inevitavelmente se vê causam muitas vezes essa tentativa de distanciamento, característica das gentes da cidade - uma atitude *blasé* na terminologia de Simmel (1950). Por outro lado este “vazio” que se mencionou, contrasta (Guerra, 2006) com o discurso de Gabriel que refere:

Estava cheio. Cheguei, fui cumprimentar uma ou duas pessoas, que tem sempre estas coisas engraçadas nestas cidades. Lembro-me que por acaso estava lá um amigo meu....Acho que é sobretudo alguma pena com certeza, uma pessoa põe-se sempre na pele, ou se calhar essa pena advém de nos pormos na pele da pessoa que está em sofrimento. E sim, nos sabemos que algures na vida, algures no tempo vamos passar por uma situação idêntica, de sofrimento, de dor, de desespero...(Gabriel, licenciado, 39 anos)

Gabriel refere que foi cumprimentar duas pessoas, o que corrobora esta vertente de haver proximidades juntamente com distanciamentos: veem-se amigos na sala de urgências, amigos que se vão cumprimentar. Com efeito, este aspeto tem vindo a ser desnudado e retrata a sala de espera como um local de encontros de gentes (des) conhecidas e de diálogos com (des) conhecidos. Outro ponto que Gabriel e Ana referem é que na sala de espera se “olha” muito para os outros, e percebe-se, tenta-se adivinhar, pelo seu olhar e postura, o sofrimento e o “desespero” - palavra utilizada pelos dois entrevistados.

¹⁹³ Segundo o Cambridge Dictionary (2020f) *stare* significa: “to look for a long time with the eyes wide open, especially when surprised, frightened, or thinking”.

Na sala de espera das urgências veem-se rostos e adivinha-se o sofrimento por trás destes rostos, todos o fazem. Este aspeto que o material empírico revela é indissociável da teoria da comparação social, que Ritzer e Ryan (2011) definem da seguinte forma:

For example, comparisons can provide information for self-evaluative, self-improvement, or *self-enhancement* purposes... For example, cancer patients typically compare their coping and health with those less fortunate (i.e., a downward comparison), satisfying a need for positive self-evaluation.

Esta definição deste eixo teórico está em linha com o que refere Gabriel, quando diz ter “pena” ao ver rostos de sofrimento e dor, algo que ele pessoalmente não estava a experienciar. Gabriel refere mesmo que “algures no tempo vamos passar por uma situação idêntica”, ou seja, faz uma comparação social descendente, como os autores anteditos afirmam sobre os doentes com doença oncológica, e depois projeta-se no futuro.

Este relato é importante no sentido em que o tempo é vivido de forma introspetiva, vendo a “dor” e o “sofrimento” alheios, o utente vive um tempo simultaneamente presente e futuro. Mas não só. Olhar para os outros, nomeadamente para as pulseiras também serve um outro propósito, tentar adivinhar o tempo que se vai esperar, o tempo que o outro esperou, e pela cor da pulseira, até em certa medida, o que é que o outro terá em termos de diagnóstico/gravidade do quadro clínico:

Olhamos para as pulseiras uns dos outros. Até porque também temos esse hábito. Aquela tem a pulseira vai entrar primeiro que eu, porque a pulseira dela é amarela e a minha é só verde. Nós podemos nem falar, mas fazemos. E sempre que sai alguém da sala da triagem, olhamos todos para o pulso, que é para ver, este é depressa, não é depressa, está pior, está melhor. É para se perceber quantas horas é que vamos estar (risos)....Até porque eu já tive episódios caricatos. Por exemplo na mesma noite em que a senhora que entrou em trabalho de parto estava ao meu lado, e isso causou me aflição. Não o facto de ela estar em trabalho

de parto, mas ali eu achei que tinha que tinha que ter sido mais urgente porque a situação dela, ela não podia estar ali. Não podia estar ali à espera...Mas nessa mesma noite tínhamos na sala de espera um cigano muito velhote que cantou a noite inteira para nós. Muitas vezes acaba-se por quebrar o gelo entre pessoas que nunca se tinham visto. (Clara, assistente de *call centre*, 37 anos)

Para além destes “olhares comparativos”, na sala de espera existem situações díspares, a calma e a exaltação, a irritabilidade e a tranquilidade, o barulho e o silêncio, o sofrimento e o alívio. Este cenário aqui relatado por Clara transmite bem como este contexto é rico, ao esperar nas urgências tanto se vê uma utente a entrar em trabalho de parto, como há um outro utente que canta para todos os presentes.

Não é uma situação muito comum, mas quem vai muitas vezes às urgências tem noção do colorido e das misturas de gentes e situações como a que Clara relata. Este excerto vem fundamentar o porquê de inicialmente termos caracterizado este contexto como um *melting pot*, misturam-se cantares ciganos com uma utente em trabalho de parto, e por aqui se percebe que nem sempre a sala de espera é um lugar de dor e sofrimento como Gabriel e Ana referem, por vezes é um lugar de nascimento, cantares e alegria, e talvez seja por todo este colorido que Gonçalo referia que a sala de espera é como se fosse “uma casa de malucos”, certamente querendo significar todo este pluralismo de situações.

Todas estas situações conferem uma vivência do tempo única, ora dual, porque se altera rapidamente entre estes dois estados, ora volátil, porque existe uma mudança rápida das situações, da textura, dos estados, dos movimentos. São estas características que fundam a vivência temporal neste *setting*. Por outro lado, na linha do que tem vindo a ser referido, nas urgências observa-se muito “atentamente” o movimento dos outros, quem entra e quem vai, quem se levanta e quem se senta, e neste sentido Helena e Beatriz vem detalhar formas de espera que foram corroboradas e objeto de registo aquando das observações:

Havia olhares atentos de uns para os outros. (Beatriz, licenciada, reformada, 60 anos)

Soprarem muito. O sopro, olharem de um lado para o outro, olharem para cima, ah, olharem para o relógio...para o telemóvel, informarem as famílias. (Helena, enfermeira, 30 anos)

Portanto, existe esta forma de esperar muito dinâmica, de passos, de sopros revelando a ansiedade de quem espera, comparando sempre este tempo que se vive interiormente (e subjetivamente), com as ferramentas do tempo quantitativo. Vê-se assim (também) esperas apressadas, esperas que em tudo transmitem uma inquietude incontrolável. E sem dúvida que andar de um lado para o outro, falar insistentemente ao telemóvel, de tantos que telefonam para saber “notícias”, mitiga um pouco a espera: “faz passar o tempo”. Para além deste movimento (e ansiedade), e apesar de esperas mais acompanhadas (e conectadas), na sala de espera amiúde “vê-se”¹⁹⁴ uma imensidão de pessoas sozinhas e como que abandonadas.

Faz parte do cenário de qualquer urgência, as salas cheias, as macas amontoadas, é quase inevitável observar estes cenários, sobretudo nos meses de Inverno e quando os casos de gripe e outras doenças desembocam nas urgências, que sem meios para atender todos de forma célere, muitas vezes sem vagas para proceder aos internamentos, vão ali ficando, “pessoas amontoadas” e muitas vezes sozinhas. Estes recortes também fazem parte dos relatos:

Vou para lá às tantas da manhã, só vimos às tantas da tarde...Encostam a gente lá ao corredor. (Rafael, reformado, 59 anos)

Essencialmente na sala de espera era o desespero de estarem à espera à tantas horas, como a idosa que lá estava comigo estavam outras pessoas em macas, cadeiras de rodas à espera à imensas horas. (Eduarda, licenciada, 44 anos)

Em particular após a triagem há sempre uma ou outra maca, algumas pessoas acamadas que estão a espera, já após a triagem de serem atendidas e geralmente só há pessoas já mais

¹⁹⁴ Corroborado nas observações *in loco* do investigador.

idosas e aí nota-se quase que um pouco abandono. Muitas vezes essas pessoas chegam também sozinhas...(Luísa, empresária, 40 anos)

Chegava a haver pessoas nos corredores....cheio idosos...muitas cadeiras de rodas, muitas macas...(Alice, estudante, 25 anos)

Isso faz-me um bocado de confusão, deixarem a pessoa ali, no corredor, na sala de espera...na sala de espera podia haver vários níveis, casos mais complicados, pessoas que estão quase sem conseguir respirar devia haver ali uma, e depois várias pessoas a revoltarem-se contra isso. Umas pela família, outras pelo hospital, quer dizer. (Gonçalo, formador, 37 anos)

Portanto, respostas mais rápidas, e por outro lado teria que haver alguém a falar com as pessoas, a acalmar. As pessoas são muito ali deixadas ao abandono, a si próprias. (Valentina, reformada, 64 anos)

Os relatos anteriores descrevem em grande parte o que se pode ver nas urgências do HESE ou de qualquer outro hospital, não necessariamente quando as urgências estão lotadas. Rafael refere que se “encostam pessoas nos corredores”, algo que Alice também refere, com um passar do tempo demorado, os utentes ficam ali sós “à espera”. A imagem das macas nos corredores, da espera prolongada, encontra-se muito associada à noção de abandono e solitude.

Contudo, esta solitude e abandono, tão vincada na imagem que se tem da espera numas urgências hospitalares¹⁹⁵, encontra-se ligada ao facto de que o público em geral responsabiliza muitas vezes a instituição e os profissionais por este aparente “abandono” – bem refletido pelo relato de Eduarda quando refere “não querem saber”. Em certa medida este discurso e esta imagem está um pouco distorcida, no sentido em que as pessoas estando nas macas, em

¹⁹⁵ Esta imagem já não se encontra tão vincada na espera em outras instituições de saúde, tais como centros de saúde, etc, o que só vem confirmar o traço idiossincrático da espera nas urgências e as razões para o seu estudo num recorte qualitativo.

princípio, já foram triadas e existem rondas¹⁹⁶ dos enfermeiros em relação a todos os já admitidos, sabendo estes profissionais de antemão o diagnóstico (se estiver definido), medicação prescrita, procedimentos a efetuar e já efetuados e os cuidados a ter em cada caso.

Isto não quer dizer que as pessoas não passem horas “sozinhas”, que não exista “desespero” e sofrimento – em rigor haverá. No que aqui se discute, e desde já adianta-se a necessidade e a estratégia¹⁹⁷ de acompanhar as pessoas na sala de espera, admitidos e não admitidos, observar as dinâmicas da sala de espera, identificar quem se encontra mais “só” e dar-lhe uma palavra de apoio, ou, *a contrario*, identificar quem se encontra mais “exaltado” e tentar acalmá-lo, assim como fazer a articulação entre familiares e profissionais. Todas estas situações configuram o quotidiano de uma sala de espera de um SU e precisam de ser acompanhadas e vigiadas, pelo que constituirão um novo foco de atuação dos profissionais de saúde. A ser assim, houvesse ali um profissional de saúde para gerir estas situações, talvez estes relatos que referem muito o “abandono”, leia-se a falta de atenção/cuidados por parte dos profissionais de saúde, não se verificasse. A espera era mais bem gerida, as pessoas sentiam-se mais acompanhadas e a imagem que o público teria do hospital e também de todo o SNS, seria mais positiva.

¹⁹⁶ Entre os profissionais é mais comum o termo “voltas”.

¹⁹⁷ Pensamos que perspetivar os utentes da sala de espera, doentes já admitidos, utentes não admitidos e acompanhantes, como objeto de cuidados de saúde, é uma estratégia necessária e por poucos defendida.

4.2.1. O Lugar das Crenças

Nos relatos anteriormente analisados, uma palavra que surge frequentemente pelos entrevistados para descrever a espera nas urgências é “desespero”, o que nos leva para uma dimensão emocional da espera. Como refere Araújo (2012, p.10) “A espera comporta, assim, uma vertente mais objetiva... e uma vertente mais intersubjetiva, respeitante aos códigos e regras de interação e ainda relativa aos mundos psicológicos dos indivíduos, à personalidade.” Esta caracterização da espera acontece porque de facto na sala de espera do SU vivem-se, por doentes e familiares, momentos críticos que muitas vezes alteram de forma decisiva e permanente o curso da vida das pessoas. Eis que reside aqui uma das diferenças fundamentais entre a espera nas urgências e a espera, por exemplo, numa outra unidade de saúde ou noutro local (e.g espera no hipermercado, fila para o autocarro).

Em contexto de urgências, não raras vezes estão em causa quadros clínicos que se não tratados atempadamente podem colocar a vida em risco. Neste sentido, “ir às urgências” é algo marcante, com uma grande carga emocional, deixando muitas vezes sequelas psicológicas e físicas no doente e família. E é esta “gravidade” das situações que faz diferir em muito a ida ao SU, de uma ida ao médico para uma consulta de rotina ou *follow-up*. Assim, compreende-se que “ir às urgências” e esperar na sala de espera é um momento “desesperante”, pelo que, logicamente, é natural que as crenças possam ocupar um lugar central em quem espera na sala de espera.

Como refere Lara (enfermeira, 33 anos): “Acho que as pessoas se ligam mais à fé quando estão desesperadas.”. A crença está associada à fé religiosa, a uma convicção, a um pensamento

de caráter metafísico e seguindo o que refere Furtado (2011), acredita-se por *default*, desde pequenos que internalizamos crenças que regulam os nossos comportamentos. No caso concreto, não podia ser mais pertinente o referido por Ritzer e Ryan (2011, p.632): “A belief in a blissful afterlife can give persons encountering stressful life events (e.g., divorce, unemployment, death of a loved one) the strength and courage to persevere.” De facto, conhecendo-se a tendência religiosa (e católica) dos portugueses, haverá por certo alguns pensamentos de caráter religioso por parte da maior parte dos utentes.

Neste concreto, Durkheim (1915, p.44) define a religião como “a unified system of beliefs and practices relative to sacred things...”, ou seja, existe a crença, mas o autor releva a sua objetivação através de práticas distintas, tais como rezar. São estas práticas/rituais que permitem separar o profano do religioso, e inserir este último numa estrutura unificada que congrega e faz identificar os que a ela aderem, sendo que o autor enfatiza a moralidade como o fator que liga todos os “crentes”. Conquanto, uma crença, entendido o conceito em toda a sua amplitude, não tem que ter um traço assente numa religião organizada (seja ela qual for), pode ser metafísico, ou simplesmente a crença na medicina.

Com efeito, a Porto Editora (n.d) refere-se ao conceito de crença como “ato ou efeito de crer, de acreditar ou de ter fé”. É um momento que apela e desafia todos esses pensamentos estruturantes, que se mobilizam para de algum modo acreditar que este momento “desesperante” pode ser ultrapassado. É um pouco esta vida introspetiva que se procura neste capítulo compreender e analisar.

A questão da fé foi determinante. Foi determinante para me tranquilizar e admitir que fosse o que fosse que tivesse que acontecer eu teria de aceitar. Porque a vida é assim. A vida não tem um *chronos* estabelecido por nós. É um outro *cronos*...compreender ali o sentido do viver e o sentido intrínseco à vida que é o da morte. (Ana, professora universitária, 61 anos)

Ah aí a gente pensa em tudo, pede aos santinhos e a mais alguns para nos dar forças. Normalmente sou um bocado pessimista, tenho sempre tendência para pensar o pior...Deus queira que não seja nada daquilo que esteja para acontecer e aí agarro-me aí um bocado sim. (Camila, AO num lar, 46 anos)

Aqui se calhar a religião, neste aspeto, ajuda-me a passar o tempo, ajuda se calhar a um controlo emocional. (Carolina, técnica superior, 61 anos)

Pronto fui criada nisso e portanto já tenho aquele hábito de qualquer coisa rezo uma avé maria, rezo um pai-nosso, sim rezo, rezo muitas vezes. (Júlia, AO, 65 anos)

Eu como sou mais ligado à ciência...penso mais na capacidade humana de resolver o problema do que na crença...mas penso que quem tem fé, é um conforto, ajuda». (João, professor do ensino secundário, 49 anos)

A espiritualidade, nos não nos podemos desprender daquilo que somos obviamente...e a religião ensina-nos certas estratégias, não é? A pausa, a reflexão, a oração serve também para isso, e a paciência, mais uma vez. E creio que sim, creio que ajuda a não ficarmos tão ansiosos. (Lucas, Eng.º Agrónomo, 40 anos)

Ana refere que a fé é fundamental, no sentido de aceitar o *worst case scenario*, “tranquiliza” refere a entrevistada, como que melhor aceitando a inevitabilidade da finitude da vida, pois a “morte” é efetivamente parte intrínseca da vida. Neste sentido, Carolina refere um maior controlo emocional, num período em como já se referiu, existe maior ansiedade. Júlia e Camila referem os mesmos “hábitos”, sendo que esta última diz que se “agarra” a eles nesses momentos.

Júlia menciona mesmo o ritual católico de rezar a avé-maria, sendo que este consiste em gestos e palavras predefinidas. O ritual reflete a necessidade, perante o desespero, de ter algum controlo, algum conforto, e nestes relatos, como seria de esperar, existe alguma referência ao catolicismo (e.g “pais nosso”). De facto, de acordo com um estudo do *Pew Research Centre*,

Portugal tem o maior número de indivíduos que frequentam a igreja (35%), sendo apenas ultrapassado pela Itália (40%) (Pew Research Center, 2018). A “fé”, nestes momentos, é uma forma de entender a linearidade e finitude da vida humana, que traz, em certas situações, grande sofrimento.

Também neste concreto existe um tempo, que mede a trajetória de vida, e perante a finitude somos convocados a indagar sobre o significado que esta tem – é quase inevitável. Porque não se aceita nem se compreende, que certos acontecimentos, na sua maior parte talvez até aleatórios, acabem por limitar, com maior ou menor grau, ou mesmo pôr fim à existência dos mais próximos. Os laços emocionais, a aleatoriedade e o inesperado de certas situações desafiam a lógica, a razão e as expectativas¹⁹⁸. Daí que muitas vezes, a espera, seja também um momento de introspeção, e de ganhar força interior para ultrapassar obstáculos tão grandes como a morte dos mais próximos. Sem o referirem explicitamente, porque o assunto exige reserva, alguns dos entrevistados mencionam (implicitamente) situações deste tipo.

De sublinhar também, o que refere Carolina sobre a componente aqui em análise, “a religião...ajuda-se a passar o tempo”, ou seja, a subjetividade do tempo vivido na sala de espera é tecido e ancorado nestes pensamentos de caráter religioso, e assim a religião é outro fator de atenuação da espera, e sobretudo do sofrimento. Se seguirmos uma certa linha de pensamento de alguns sociólogos, conexos aliás com o paradigma da mobilidade, que advogam um maior individualismo e a liquefação das estruturas sociais, nomeadamente Bauman (2005), que muito reflete sobre estes tempos progressivamente mais acelerados, compreende-se que exista uma menor “solidez” dos *strong ties*¹⁹⁹. Como refere Basílio (2010, p.441): “O conceito recorrente,

¹⁹⁸ Precisamente a palavra que Etelvina utilizou para designar a importância do hospital no capítulo 4.1.1.

¹⁹⁹ Entende-se por laços fortes, os da família, amigos ou colegas. Por sua vez, os “conhecidos” (laços fracos) podem ter mais influência que os laços fortes ao nível das interações e bem-estar numa rede social, o que ficou conhecido como “a força dos laços fracos” (Granovetter, 1973).

que permeia Tempos líquidos é o da insegurança existencial...desregulamentação, no enfraquecimento das relações humanas, na busca do esclarecimento por meio da liberdade.”. Existirá assim, uma maior vulnerabilidade do homem no pós-modernismo, a que se encontra subjacente uma noção de “risco” constante (Beck, 1999), assim como uma tentativa de controlo dos acontecimentos fortuitos. A sala de espera é um local onde confluem todos estes conceitos, um microcosmos onde se percebe o afundamento dos laços, onde a par do sofrimento, se observa solidão e abandono²⁰⁰, onde se tenta controlar a iminência do risco da morte através de uma medicina cada vez mais questionada. No meio de tudo isto, ainda bem presente nos hábitos dos portugueses, aqui e ali, vê-se o “agarrar” a atitudes, gestos e fés que se oram para dentro, numa tentativa de controlo de momentos “desesperados”.

E nesta linha, argumenta-se, por mais desafiadora que seja a ideia, que se justifica pensar a sala de espera como um contexto de prestação de cuidados de saúde, pois ali se encontram doentes e familiares, que sofrem muitas vezes angustiados, na incerteza, no “desespero”. Perspetivar a sala de espera como um *locus* de prestação de cuidados implica esta identificação de quem mais sofre, e de encetar estratégias relacionais ou farmacológicas que visem precisamente atenuar este sofrimento psicológico, que não é apenas dos doentes admitidos - para esses o sistema, mal ou bem, acaba sempre por cuidar. O relato de João, alguém mais “crente” na ciência, vem ainda assim atestar o “conforto” da religião, nomeadamente a crença num certo racional do curso da vida, sobretudo em casos de morte ou doença grave. Lucas refere esse lado prático da religião, e menciona estratégias como orar, refletir, que acabam por fazer diminuir a ansiedade destes momentos, e corroborar uma certa introspeção (sobre o significado da vida) que qualquer um à espera nas urgências é passível de fazer, seja ela de teor

²⁰⁰ Discutido no capítulo: “Olhar os outros”: o que se vê nas urgências.

religioso ou não. Daí que muito se refira ao longo desta investigação a importância de uma certa reserva dos utentes, quando na sala.

Neste concreto, a referir a investigação de Hubert e Mauss (1905/1929), que se foca no estudo do tempo na religião e na magia, em que se nota que este é essencialmente descontínuo, é constituído por “paragens que se prolongam” e não flui de forma linear. Esta noção de tempo é de uma forma geral partilhada por qualquer pessoa que se sente num local de culto, mormente uma igreja. Crente ou não, o local, o silêncio, o apelo do ambiente à introspeção, a simbologia presente, os próprios detalhes do espaço em termos arquitetónicos, as imagens, os cheiros, a solitude, as cores, as representações, os gestos, a calma dos que oram, a história que se faz sentir, a simetria dos gestos a sensação de que o tempo parou naqueles instantes, entre tantos outros elementos, constituem uma constelação significativa que marca qualquer indivíduo. Um local de culto é um não-lugar, tem efetivamente características ímpares, e cremos existir um certo paralelismo entre estes locais e o de uma sala de espera das urgências, precisamente porque existem alguns elementos em comum, nomeadamente o silêncio, a introspeção, pensar na finitude da vida, o apelo à proteção (e conforto) espiritual de alguns, em momentos críticos porque incidem muitas vezes entre a vida e morte.

Se pensarmos numa terminologia Durkheimiana, teremos que os constituintes elementares da religião: crenças, rituais e igreja, de certa forma encontram-se presentes na sala de espera do SU. A crença como se referiu, entendida na sua forma mais abrangente (e não necessariamente religiosa), é na sua forma mais básica a esperança “na cura”, mas também se observam rituais de cariz religioso²⁰¹, assim como rituais profanos (movimentos para trás e para a frente). Por outro lado, existe essa aproximação do hospital a um local quase sagrado e dos antigos xamãs²⁰²

²⁰¹ Como refere Camila, entre outros entrevistados.

²⁰² Com base em Eliade e Diószegi (2020, Maio 12).

aos médicos. O espaço, este espaço, é assim relevantíssimo para que o objeto em análise tenha estas características particulares. É precisamente o *locus* que se irá analisar de seguida.

4.2.2. A Experiência do Espaço

No paradigma das mobilidades também assume particular importância o espaço, uma vez que o *movere* se realiza num determinado espaço, o que parece ser manifesto se pensarmos no *setting* em análise. Contudo, também assim acontece numa perspetiva macro, por exemplo nos movimentos de pessoas, percorrendo grandes distâncias, como sejam o caso do estudo dos refugiados, pessoas que exercem a sua atividade em vários países, etc. Neste sentido, refere Fradejas-García e M. Mülli (2019, p.1):

Article 13 of the Universal Declaration of Human Rights (UN General Assembly 1948, 74) assures that ‘everyone has the right to freedom of movement and residence within the borders of each State’ and ‘has the right to leave any country, including his own, and to return to his country’.

Deste modo, as fronteiras na UE (União Europeia), outrora bem definidas, hoje em dia estão abertas; o espaço Schengen visa reduzir os controlos fronteiriços concretizando o desiderato da livre circulação de pessoas e bens nos países da UE (Ray, 2020). Os espaços, outrora distantes, aproximaram-se e o foco é a mobilidade e suas variadas formas de percorrer os espaços, entre subúrbios e o centro da cidade, dentro de uma cidade, entre países, mas quase nunca num lugar só – algo que esta investigação quer fazer diferente.

Por outro lado, o advento das TI's (Tecnologias da Informação), nomeadamente da internet e o uso generalizado de *smartphones*, a revolução e democratização no acesso a meios de transporte como o avião, e as consequências que daqui advêm, nomeadamente em conceitos

como “aldeia global”²⁰³ (McLuhan, 1962), vêm reduzir o tempo das distâncias. Existe esta perspectiva macro, de um espaço cada vez menos limitado, com um *movere* constante de pessoas que é efetivamente hoje a norma. É um pouco esta noção de movimentos constantes de pessoas que se observa também ao nível micro, nomeadamente no *locus* em análise, a característica base da sala de espera, é efetivamente o movimento.

Temos que, não se pode analisar o tempo sem analisar o espaço, pois o tempo dá-se num espaço, num contexto, no caso concreto na sala de espera das urgências. Neste sentido vão as palavras de Pais (2016b, p.9) que refere “Por outro lado, uma reflexão sobre o tempo obriga-nos a pensar o espaço. Aliás, o espaço é o lugar visível do tempo.”. Com efeito, o tempo próprio da sala de espera do SU, só tem sentido e significado neste *setting*, retirado deste contexto esvazia-se de todas as suas características (volatilidade e dualidade) e significado. Por sua vez, Foucault (1984, p.2) enfatiza a importância do *setting* na relação com o tempo:

In any case I believe that the anxiety of our era has to do fundamentally with space, no doubt a great deal more than with time. Time probably appears to us only as one of the various distributive operations that are possible for the elements that are spread out in space.

Neste trecho, Foucault parece inclinar-se para a constituição de vários tempos consoante os *settings*, no sentido do que temos vindo a referir, e assim importa mencionar o conceito de heterotopia (e cronotopia) proposto por Foucault (1984). Com efeito, para este autor uma heterotopia significa o espaço dos outros, e Foucault refere várias características destes espaços relacionadas com diferentes funcionalidades, podendo conectar-se com diferentes tempos (cronotopias), e com regras que de alguma forma limitam a sua entrada e saída.

Foucault dá vários exemplos destas cronotopias como os jardins, o cemitério, a sala de cinema, a biblioteca. Segundo Foucault (1984), a estes lugares correspondem diversas

²⁰³ O conceito de aldeia global refere-se ao facto de o mundo estar tão interligado que se assemelha às proximidades existentes numa aldeia.

funcionalidades como coartar o desvio (hospital psiquiátrico), a purificação (prisão, sauna), a compensação (jardim) e a crise (motéis usados por amantes). Estas características estão presentes na sala de espera, pois existem cronotopias, seja outros tempos com que ela se liga, como o tempo vivenciado pelos profissionais de saúde. Também existe uma espécie de entrada limitada para um mundo algo sacrossanto, ou que faz a ligação entre o sagrado e o profano, entre doença e saúde, vida e morte, entre pressa e espera.

A sala de espera configura-se como uma heterotopia de compensação (as pessoas encontram-se em suspensão), mas também de crise, embora não no sentido de crise que Foucault (1984) lhe dá, de atos moralmente condenáveis, que se escondem do olhar reprovador da sociedade. Para esta perspectiva concorre o descrito no capítulo anterior sobre a crença neste espaço particular, que sob formas ritualísticas ou não, são estratégias sociais utilizadas neste lugar com um sentido, e por uma razão. Poucos *locus* congregam esta multidimensionalidade constituída por elementos de cariz social, religioso, psicológico e biológicos. Por seu turno, Castells (1977, p.115) refere que é o espaço e os seus elementos (que nesta tese designamos genericamente como materialidades) que dão significação às relações e funções sociais:

Space is a material product, in relation with other material elements [1] - among others, men, [sic] who themselves enter into particular social relations, which give to space (and to other elements of the combination) a form, a function, a social signification.

Já, Ritzer e Ryan (2011, p.627) fornecem o exemplo de uma biblioteca que assume um grande paralelo com a noção de Castells (1977) antedita, que refere que é o “uso” do espaço que lhe vem trazer significação social.

a living institutional structure such as a library only continues to exist in a meaningful form as long as people continue to run it and use it as a library. This, in turn, requires that these people must share an internalized, phenomenological, understanding of what a library is and of how to “do” things such as cataloging, searching, lending, borrowing, reserving, and so

on. These understandings are stored within stocks of mutual knowledge embodied within agents, and existing as part of wider sets of beliefs and views of the world containing all sorts of formative cultural, social, and religious influences.

Assim, uma biblioteca só existe se existirem pessoas que usem o seu espaço e que partilhem um certo conhecimento de regras internalizadas e tácitas sobre este espaço, constituindo em certo sentido uma micro cultura que se vivifica pela interação, mas que não deixa de ter um certo balizamento da ação por um conjunto de regras que lhe estão associadas (estrutura).

Talvez o paradigma das mobilidades tenha que olhar para certos lugares com maior atenção e, evidentemente, não numa perspetiva do lugar como mero “contentor” como refere Nowicka (2006), mas como um *locus* de significação, pela teia imbricada de interações, movimentos, esperas e relações que ali se estabelecem e que o vivificam e, por vezes, pode mesmo ser o mais trivial dos lugares. Esta crítica cabe bem naquilo que verdadeiramente representa uma sala de espera das urgências, à partida um mero recetáculo de pessoas, mas com uma significância social muitíssimo maior. Neste sentido, refere Dalakoglou e Harvey (2012, p.463):

Like most material-cultural formations, when observed closely enough, or when dwelt in for sufficient time, there are always interesting and creative relations to be explored. For example, airports, shopping malls and motorway service stations might be non-places to the passing traveller – but they are replete with social relations, with material histories, with regulatory forces and when given the chance reveal complex social and cultural dynamics that bear close attention.

De facto, o lugar é uma intersecção das pessoas, dos movimentos que ali se fazem, e atualmente até de uma ligação do virtual ao real. A experiência do lugar, e deste lugar em específico, faz-se muito da intersecção de vários aspetos, como as práticas, as regras e os princípios que o orientam, as imagens que ficam retidas na memória, as interações, o conforto, a ligação da espera extrínseca (“lá fora”) com a espera intrínseca (“cá dentro”), todos estes e muitos mais

aspetos encontram-se como que incrustados à noção deste lugar em particular. Neste sentido, refere Löw (2013, p.29):

Os espaços podem tornar-se relevantes de diferentes maneiras, para cada grupo social. Podem ser experimentados de modo diverso. Eles podem orientar oportunidades de acesso ou exclusões. Podem tornar-se campos de controvérsias na luta por reconhecimento. Assim, na maioria das vezes é através de constituições de espaço que se negociam relações de poder e de dominação.

Muito do que refere esta autora é possível observar no contexto de uma sala de espera de um SU, uma espaço cheio de “controvérsias” baseado na dicotomia do acesso/exclusão²⁰⁴ e onde podemos observar relações de poder, nomeadamente entre os que “esperam” e os “esperados”. Estas relações baseiam-se no *status* e num certo saber que confere domínio dos profissionais de saúde sobre os utentes, assim como da cultura dominante sobre culturas minoritárias, patente no caso dos indivíduos de etnia cigana. Importa analisar os seguintes relatos:

Quando está calor as pessoas ainda podem vir um bocado para a rua e encostarem-se à parede, mas em dias de Inverno, a chover, aquilo está superlotado. (Camila, AO em lar, 46 anos)

Acho que é pequeno, e em si é muito estéril. Acho que um bocadinho mais de conforto ajudaria a passar o tempo. (Luísa, empresária, 40 anos)

Ah isso o silêncio é impossível, porque aquilo é muita gente e não, não, é impossível mesmo. E então se lá houver gente de etnia cigana que foi o que lá apanhei a última vez também, então ainda muito menos. Muito menos. Falam, falam uns com os outros, mas depois falam como se estivessem na feira, não é? (Júlia, AO, HESE, 65 anos)

²⁰⁴ Uma exclusão no sentido do tempo que se espera, pois como já se referiu no capítulo 4.1.1, o acesso aos cuidados de saúde é universal e tendencialmente gratuito.

O espaço talvez pudesse ser maior sim. Houve ali alturas em que não havia lugar para toda a gente. Estavam uns a meio da sala, porque estava tudo ocupado à volta da sala com macas e tudo. Depois iam chegando outros e tinham que ficar ali no meio...por isso talvez melhores instalações. (Miguel, Militar da GNR, 49 anos)

Camila refere que aquando da espera existe a ida (frequente) para o espaço contíguo exterior, e a sua dificuldade em o utilizar no Inverno. Com efeito, quando pensamos na “espera” ela tem lugar “lá dentro” e, neste sentido, a estrutura física encontra-se desenhada com este desiderato, acaba e começa na porta de entrada do SU e não é perspectivada a possibilidade de uma espera extrínseca (“lá fora”). Como refere Nowicka (2006, p.412): “...mobility influences the existing spatial relations.”. De facto, o *movere* influencia sobremaneira as relações com o espaço, e no caso concreto da espera, esta frequentemente efetua-se “lá fora”, na entrada e, neste sentido,²⁰⁵ observou-se muitas vezes “a espera” no muro, assim como em frente à porta da sala de espera do SU.

Por exemplo, não existe um pequeno teto que proteja as pessoas da chuva aquando desta espera extrínseca e é esta necessidade, pensar a espera de uma forma mais abrangente, que Camila nota. No espaço exterior contíguo à porta de saída, há um predomínio dos fumadores e dos encontros ocasionais, já no muro existe uma dominação *de facto* por parte dos indivíduos de etnia cigana. Por sua vez, Luísa caracteriza a sala de espera como “estéril e pequeno”, na linha das características dos não-lugares, e que o conforto ajudaria a “passar o tempo”. Porém, neste concreto, a referir que o espaço de uma sala de espera nas urgências tem necessariamente que ter superfícies duras, amplas, laváveis para permitir uma melhor higienização dada a confluência de utentes com as mais variadas doenças, para impedir casos de contágio. Não obstante, a questão do conforto poderia ser de facto melhorada, e são às vezes detalhes deste

²⁰⁵ Como se referiu nas observações *in loco*.

tipo, que por vezes nem sequer implicam gastos económicos de maior, tais como cadeiras com maior nível de conforto, pensar e otimizar a espera extrínseca, entre outros aspetos que poderiam melhorar a experiência da espera – no que às materialidades diz respeito.

Para Júlia a experiência de esperar está ligada às dinâmicas da sala, nomeadamente à forma de idiossincrática²⁰⁶ da espera dos indivíduos de etnia cigana. Neste sentido, o silêncio é referido por muitos como uma condição essencial à espera e que muitas vezes é perturbado. Talvez em nenhum outro local de espera o silêncio seja tão importante, e tão valorizado, como numa sala de espera de um SU. Sobretudo quando se trata de casos mais graves, aí ainda melhor se compreende uma espera mais introspetiva, quieta, solitária e silenciosa. A importância do silêncio também deve muito ao facto de este ser um não-lugar quase sacrossanto, e de facto este espaço tem essa vertente, sendo um hospital, existe ainda em certa medida essa reverência social em relação aos que “curam”, um *status* equiparável aos lugares que em tempos idos os xamãs ocuparam – lugares de destaque na hierarquia societária.

E o local destes “novos xamãs que curam” é o hospital, que adquire também um significado de local privilegiado, protegido, que merece e impõe respeito. Afinal, tratam-se aqui os feridos, os doentes, os mais vulneráveis e essa função nobre destes lugares (ou não-lugares) e a reverência que sempre mereceu de todos, mesmo em tempos de guerra, é de algum modo transversal a qualquer povo e a qualquer cultura. Por sua vez, Miguel volta a salientar a imagem das “macas amontoadas” (uma das mais marcantes e perenes para quem espera), em que os utentes “tinham que ficar ali no meio”, donde se retira que existe falta de espaço. A imagem do amontoamento, das macas juntas, da falta de espaço, comum a outras salas de espera das urgências, é algo muito presente nas experiências e nas memórias da espera num SU. A experiência do espaço tem um eixo que ganha, de certa forma, uma maior densidade pelo que,

²⁰⁶ Por norma mais movimentada, e por vezes menos “silenciosa” como se referiu aquando das observações *in loco*.

neste concreto, surge uma subcategoria: a privacidade. Se existe a imagem de uma sala de espera das urgências com macas amontoadas e muitas pessoas à espera de ser atendidas, no aprofundamento destas questões nota-se a preocupação dos sujeitos informantes com a falta de privacidade existente na sala de espera.

A referir que a privacidade é um direito constante na Lei n.º 48 (1990, p.56) que refere: “1 - Todas as pessoas têm direito: a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não-discriminação, confidencialidade e privacidade.”. Importa perceber exatamente o que significa privacidade, e neste aspeto guiamo-nos pelo que refere Silva (2007, p.26):

São vários os conceitos que se agregam e envolvem a definição de privacidade, sendo frequentemente referidos a solidão, a exclusão, o anonimato, a confidência, a reserva, a intimidade, a autonomia..., o segredo, o que não torna pacífica a tentativa de objetivação do termo.

De facto, o direito à privacidade dos utentes incluirá, na nossa interpretação da Lei, não apenas os doentes – em que este direito se torna óbvio – mas sim, de forma extensiva, todas as pessoas (utentes) que se encontram “à espera”, o que incluirá potenciais “doentes”, seja pessoas ainda não triadas, e os acompanhantes (e.g familiares e amigos).

Neste sentido, o direito à privacidade não é exclusivo dos doentes admitidos, tem um sentido mais amplo, é também um direito “dos que esperam”, e estes fazem bem sentir nos seus discursos esta necessidade - o gozo pleno deste direito na sala de espera do SU. Enquanto doentes internados, existe a privacidade possível, e essa é uma realidade de todos os hospitais, de todos os serviços, em que as camas são separadas por um mero biombo, em que os balneários são comuns. De certa forma, isto é sabido, e implicitamente aceite - não pode existir um quarto com WC privativo para cada doente. Mas e a privacidade dos esperam? Este aspeto parece ser “negligenciado”, talvez porque parece ser secundário a todos os problemas, sobretudo se fizermos a comparação entre “materialidades insuficientes” ao nível dos que efetivamente têm

problemas de saúde, parece algo menor pensar em questões de privacidade naqueles que meramente esperam, fazendo lembrar as palavras de Nowicka (2006), sobre a consideração destes espaços como meros contentores.

Porém, existirá até um “dever” ético em melhor considerar a sala de espera, em todas as suas dimensões, nomeadamente pelo facto de ser a porta de entrada do SNS. E “pensar” na sala de espera implicará pensar nos aspetos em que ela é deficitária, mormente na diminuta privacidade dos que ali esperam. Por outro lado, a privacidade encontra-se conexas com a noção de solidão que muito se tem referido, porque efetivamente se “vê” e se “sente” solidão amiúde na sala de espera. Mas a solidão dos que esperam pode ser intencional, no sentido de um isolamento que se busca, em que a introspeção e a necessidade de silêncio, já referida, exigem uma certa “retirada para dentro” da pessoa que quer ficar sozinha. E isso acontece porque este espaço é em certa medida equiparável a um lugar sacrossanto que exige e impõe o silêncio e a introspeção²⁰⁷. Ora, é a necessidade desta reserva, desta “retirada”, que muitas vezes o barulho de uma sala cheia não permite. Por outro lado, a privacidade também exige a vontade de um certo anonimato, pois, normalmente, se existe sofrimento, físico e psicológico, este exige quietude, silêncio e reserva.

Neste caso, enfatizar que a nossa linha de pensamento advoga os cuidados ao utente na sala de espera (i.e, doentes, familiares, acompanhantes) e não meramente ao doente, e sendo assim, por extensão, existirá uma necessidade de proteger os mesmos direitos também aos que esperam, que no limite poderão até ser não doentes. Sobre este e outros aspetos, ficam os seguintes relatos:

Porque também não há conforto...pessoas como eu ao fim de muito tempo...ficam com as pernas dormentes, por exemplo. A disposição da sala é extremamente desagradável. Fica

²⁰⁷ A comparação mais óbvia é a de uma igreja, onde as pessoas se sentam para orar e refletir, necessitando, em ambos os lugares, de silêncio e reserva.

tudo a olhar para todos. E não há o sentido do acolhimento, falta ali. De uma certa privacidade sobretudo quando há pessoas cuja situação do familiar é grave e portanto o estado emocional também não é controlado e a pessoa sente-se incomodada. E aí é horrível, não conhece ninguém e de repente tem não sei quantos olhares todos em cima de si, é uma coisa aflitiva...Quem está em sofrimento não quer estar exposto. (Ana, professora universitária, 61 anos)

Antes da triagem ficamos ali, à espera. Talvez se houvesse uma separação, ou seja, nós basicamente quando estamos nesse corredor, estamos a assistir a todas as triagens que são feitas muito embora exista lá uma cortina...e as pessoas estão ali fora e estão a ouvir não é?. (Lucas, Eng.º Agrónomo, 40 anos)

Não sei se num serviço de urgência e na espera de um serviço de urgência se poderia haver um local contíguo onde algumas pessoas que estivessem em condições mais complicadas pudessem estar mais recolhidas. Porque até para elas é complicado, estão ali numa maca, muitas vezes estão despidas. (Luísa, empresária, 40)

Claro a gente fica a saber tudo, isso aí. Aquilo é um espaço muito pequeno, aquela parte da triagem, ouve-se tudo. (João, Professor ensino secundário, 49 anos)

Lá dentro acho que não há muita privacidade, nos balcões não há muita privacidade, nenhuma. Mesmo que puxem uma cortina, aquilo ouve-se tudo e acaba...ou então dão as informações às famílias lá dentro, o doente está logo ali ao lado, os outros doentes estão logo ali amontoados e a ouvirem. Na sala de espera, se a pessoa, não esta a fazer nada, se calhar acaba por ouvir a conversa do vizinho ao lado, não é que isso acabe por lhe interessar muito, mas acabamos por ouvir porque também não há nada para fazer. (Helena, enfermeira, 30 anos)

Ana, à semelhança de muitos outros, começa por referir a falta de conforto nomeadamente ao nível das cadeiras. E refere um aspeto essencial, relacionado com a falta de privacidade, que é

sentir que os olhares de outros que esperam, constituem, mais do que mero incómodo, uma invasão da privacidade. Afirmo Ana que está relacionado com a disposição da sala, "Fica tudo a olhar para todos", e efetivamente a observação mútua é imediatamente "sentida" por alguém que ali fique à espera²⁰⁸.

Talvez os lugares mais atrás, mais próximos da entrada para a sala de espera das urgências pediátricas, possam ter mais privacidade. Porém, na realidade, toda a disposição da sala de espera permite de facto esse olhar em redor²⁰⁹, perscrutando o sofrimento dos outros, em que se tenta adivinhar a pulseira "do outro", a sua doença, quando chegou, e se nisto somos "apanhados num olhar fixo" (*stare*), desvia-se envergonhadamente o olhar. De facto, esperar no SU implica quase sempre certos estados emocionais, nomeadamente incerteza, preocupação, angústia e no limite desespero. Ora alguns destes estados emocionais, constituirão sofrimento psicológico, e sofrer à frente de tantos desconhecidos, é algo que é invasivo pois exige recato, e se entendermos a privacidade como um conceito mais amplo, aplicável não só aos doentes e à sua informação clínica *stricto sensu*, mas também a todo aquele que espera, então existirá aqui um direito de reserva, que efetivamente é violado. Existe uma certa ordem de importância das coisas, e efetivamente quando se discute a falta de recursos humanos, de medicamentos, quando existem pessoas "para lá daquela porta" que se encontram entre a vida e a morte, parece quase insignificante querer discutir este lugar, a sala de espera, e problemáticas como a privacidade.

Até porque a falta de privacidade certamente se fará mais sentir "lá dentro", onde muitas vezes nem existe o biombo a separar os doentes. E se seguirmos uma linha de raciocínio

²⁰⁸ Baseado na experiência *in loco* do próprio investigador.

²⁰⁹ Basta ter a noção que do *guichet* se observa a sala toda, logo qualquer lugar terá também um campo de visão que permitirá observar a sala. No geral, assim que entramos numa sala de espera pode-se observar todos os lugares, sendo este um elemento comum a todas as salas de espera.

considerando uma certa hierarquia das necessidades Maslow (1954), então terá que se concordar com o facto de que as necessidades lá dentro, onde se cuida dos efetivamente doentes, são de ordem hierárquica superior. Porém, as “necessidades” da sala de espera, quando possível, devem também ser atendidas, pois este espaço não pode ser perspetivado como um mero “contentor” e deve ser pensado, valorizado e objeto dos *upgrades* necessários.

A privacidade de quem espera é essencial, e nos relatos de João e Lucas²¹⁰ percebe-se que existe violação de matéria confidencial, que inadvertidamente é ouvida por quem está ali mesmo ao lado. Helena também refere este aspeto, conversas tidas na sala de espera, inevitavelmente são ouvidas por quem está próximo. Como se referiu anteriormente, dentro do serviço de urgência propriamente dito, correr uma cortina também não é sinónimo de privacidade, e obviamente que se ouvem todas as conversas tidas, considerando uma certa proximidade. Já Luísa faz uma alusão a doentes despidos em macas, e efetivamente existe aí uma violação grosseira da privacidade, mas uma realidade que quase nem se liga, quase normalizada pelo olhar de quem vai muitas vezes “às urgências”. Os profissionais fazem o que podem, mas serão as condições físicas o que obstaculiza muitas das vezes uma verdadeira reserva e privacidade. Aquando da espera é “normal” ouvir conversas, sofrer em frente a outros, ver doentes seminus, portanto são situações que de tão frequentes numa sala de espera de um hospital, e perante a impossibilidade óbvia das condições físicas, de certa forma interiorizam-se, tomam-se por incontornáveis.

Por fim, apenas salientar que neste capítulo os relatos abordam também as questões do conforto e da reduzida dimensão da sala de espera, aspetos importantes para quem espera. Conquanto, importa sobretudo enfatizar aspetos que mais facilmente passam despercebidos, e

²¹⁰ Atualmente as urgências têm outra configuração e a sala de triagem já não fica em frente à sala de espera “pequena”, encontra-se dentro do serviço de urgência, sendo impossível ouvir o que é dito. Isso mesmo foi constatado pelo investigador quando foi admitido nas urgências como doente.

neste sentido analisaram-se questões à partida tão irrelevantes como “os olhares” na sala de espera. Os olhares, assim como as conversas, à partida atos sociais irrelevantes, são comportamentos sociais que neste caso adquirem significados muito particulares, e encontram-se conexos com o princípio da privacidade, com a disposição física da sala e com práticas culturais. Toda esta textura configura a experiência do espaço, com aspetos idiossincráticos que se procurou (des) ocultar. Importa agora analisar a experiência do tempo social, o objeto de estudo, para o qual o espaço contribui decisivamente.

4.2.3. Percepções do Tempo

Quanto às noções do tempo na sala de espera, como já se referiu, advoga-se uma noção temporal vivida na sala de espera do SU distinta e com características próprias, que progressivamente tornaremos mais nítida. Com efeito, na sala de espera as percepções do tempo são ora muito rápidas, ora são muito longas e neste sentido Harvey (1989, p.202) refere:

We recognize, of course, that our mental processes and perceptions can play tricks, make seconds feel like years, or pleasurable hours pass by so fast we hardly notice. We may also learn to appreciate how different societies (or even different subgroups) cultivate quite different senses of time....

O que o autor refere vai na linha do pensamento de Gurvitch (1964), da vivência de tempos únicos conforme o grupo social onde estamos inseridos, tomando nós neste concreto o grupo por um agregado social, pensamos existir na sala de espera uma noção temporal muito característica, que a distingue das demais. Do ponto de vista biológico a percepção do tempo encontra-se muito ligada ao sistema dopaminérgico, e neste sentido vem Bartholomew, Meck, e Cirulli (2015, p.2) referir que “Dopamine plays an important role in cognitive processes, and its effect on time perception is well established in both human and animal models”.

A dopamina é um neurotransmissor que se encontra associado a sensações de prazer tais como drogas, alimentação, sexo (*reward system*), entre outras, e exerce influência nos processos cognitivos e na percepção do tempo. Por outro lado, estados depressivos ou de tristeza tendem a estar conexos com percepções do tempo mais longas (Bartholomew *et al.*, 2015). Ora, esperar numa sala de espera de um SU, sendo um momento de *stress*, angústia, tristeza, *a priori*,

impactará negativamente sobre o sistema dopaminérgico, e daí que, a espera neste contexto possa estar tendencialmente associada a percepções subjetivas do tempo mais longas e negativas, um *retard time* se procurarmos uma analogia com a classificação de Gurvitch (1964).

A noção do tempo quantitativo de espera também influencia, de forma significativa, a percepção subjetiva da espera. Parece ser lógico que a um *chronos* para além das expectativas e do razoável, correspondam noções subjetivas de tempo prolongado. Neste sentido, para além da afixação dos tempos médios de espera em *placards*²¹¹ encontra-se disponível uma aplicação, “MySNS Tempos” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, n.d) para se instalar no *smartphone* para consulta dos tempos de espera. De facto, e o material empírico demonstra isso, saber o *chronos* é essencial para a gestão da espera. Por outro lado, para além da celeridade ou da demora, ou de aspetos psicobiológicos mais ou menos influentes, a percepção do tempo não é indissociável da experiência global de estar à espera nas urgências, nomeadamente de todas as imagens, cheiros, emoções, sentimentos, diálogos mantidos, do conforto da sala, do atendimento, da humanização, empatia ou antipatia sentidas, solidão, desespero, da gravidade ou menor gravidade do quadro... existe um número indefinido de variáveis, muitas já anteriormente abordadas, que impactam na construção da percepção do tempo.

Todas estas variáveis fazem parte do *kairós*, pois são componentes do que é “socialmente tangível” e fornecem essa experiência global de estar à espera no SU. Neste capítulo analisam-se as percepções do tempo, com referências ao *kairós*, procurando compreender a experiência e percepção do tempo aquando da espera no SU. Ficam desde já os seguintes relatos:

Mesmo aquelas coisas das pulseiras, tem aquelas horas não é? de atendimento? Vem lá no papelinho, mas nunca é cumprido. Nunca. Nunca. Nunca. (Júlia, AO, HESE, 65)

²¹¹ Que a sala de espera do SU do HESE possui.

Já tive lá meia hora...já tive lá três horas, já tive uma situação em que ele teve que ser internado na urgência tive lá uma noite, dois dias inteiros. (Lara, Enfermeira, 33)

Depende. Depende muito. Depende, porque eu já vi e já vivenciei posturas completamente opostas. Porque já tive situações e experiências em que todo o tempo do mundo é para mim, naquele momento, como se não existissem mais não sei quantas pessoas à espera. E depois temos outros momentos em que a sensação é que somos só mais um número e que é para despachar e que...e isto transversal, desde auxiliares ao médico. (Clara, assistente de *call centre*, 37 anos)

Às vezes estou lá horas e horas, horas e horas, chego lá, vou às 11:00, venho de lá às 14:00. Às vezes vou às 12:00 venho de lá às 3, 4 horas. Por amor de Deus. Eu não tenho paciência para estar lá. (Mariana, 53 anos)

Desde as 6 horas de domingo até às 0:00 de segunda. Tive mais de 24 horas. Já tinha sido triado em Faro, não é? E ainda para mais eu já trazia exames e análises e tudo. (Miguel, militar da GNR, 49)

Fui atendido muito rapidamente. (Gabriel, licenciado, 39 anos)

Lá dentro tive ai uns 15 minutos à espera. Estava lá sentado. Depois apareceu o médico. Tive a soro. Depois fui fazer uns exames mas não achei que fosse demorado. (Pedro, assistente de *call center*, 26 anos)

(...) aquilo estava um caos. Estava caótico. A ideia que eu tenho é que o nosso hospital já não dá razão à procura que tem. Fui com uma idosa do meu trabalho às 3 da tarde e saímos à 1:30 da manhã...teve 6 horas para ser atendida. E depois as outras horas todas em tratamento. Mas nesse dia estava efectivamente um caos, já não cabiam macas em lado nenhum, no balcão mulheres, balcão homens, cá fora. Não se pode dizer que era um mau serviço por parte dos profissionais mas sim o exagero na procura. Que acho que é diário, por aquilo que me dizem...Em relação a quem fica cá fora, à espera acredito que sim que é mais

complicado porque passam horas sem saber de nada. Os médicos também enquanto não têm o resultado dos exames, das análises, de todos os exames que as pessoas vão fazer também não passam informações à administrativa e a administrativa não consegue dizer nada cá fora. E são horas de espera desesperadas, não é?. (Eduarda, licenciada, 44 anos)

É assim a gente quando esta à espera, até é uma coisa que não sei se é normal, mas acontece muito, a gente esta à espera, mas depois começamos a ver as situações aquele entra e sai, e acho que a gente perde um pouco a noção do tempo. É uma coisa estranha. (Gonçalo, Formador, 37 anos)

Foi muito porque eu, por exemplo, para saber informações dessas pessoas se eu não tivesse ido a minha casa, eu estaria lá pelo menos umas 5, 6 horas. Porquê? porque era o tempo, aquelas horas em davam as informações e as informações são transmitidas por um administrativo. Não são transmitidas por uma pessoas com habilitação técnica que explique o tipo, o que é que se está a passar, com o familiar, a não ser que sejam coisas muito graves e são chamados ao médico. Mas penso que haveria aqui uma possibilidade de contornar esta situação e deixar essa informação se calhar mais para um enfermeiro. (Carolina, Técnica Superior, 61 anos)

Quando se tenta indagar relativamente às perceções do tempo, existe uma tendência natural para o quantificar e de algum modo comparar com os tempos de espera médios. Segundo Venco (2012, p.100): “Sociologicamente, o tempo é uma construção social edificada sobre normas concebidas e instituídas na vida quotidiana das comunidades.”. O autor vem na esteira do que se tem defendido ao longo desta tese, nomeadamente que o tempo é uma construção social, e sobre este aspeto em particular, diremos que esperar “pouco” na sala de espera das urgências traduz-se já num valor social, é algo expectável e algo que se exige, os tempos de “Manchester” são também um valor e uma norma social. Júlia faz referência a este aspeto e refere que os tempos médios de espera previstos para o protocolo de Manchester nunca são cumpridos.

Miguel e Lara vêm corroborar as esperas mais longas, de um e dois dias respetivamente, confirmando expressões muito ouvidas no quotidiano como “se vais à urgências ficas lá um dia inteiro”. Acontece, de facto, ficar longas horas à espera no SU, em todo o caso há que desconstruir este discurso²¹², por exemplo Miguel, pelo que se compreendeu do seu discurso, ficou nas urgências de facto todo esse tempo, mas foi triado e, naturalmente, tinha sido admitido como doente, apenas aguardava vaga num serviço de internamento.

E neste caso é perfeitamente razoável uma situação destas, não se tratava sequer de um quadro crítico ou urgente, muito pelo contrário, esta era uma situação que não era prioritária e daí também as longas horas de espera a aguardar vaga para internamento – não para ser triado pela primeira vez. A “espera” que Lara refere também é diferente, esta entrevistada refere-se a episódios de internamento do filho e num deles este terá sido admitido e ficado “à espera” no SU para observação ou a aguardar vaga em serviço de internamento, não fica claro pelo discurso. Também neste caso não se trata de doentes que não foram triados e que não têm acesso a cuidados saúde durante “dias inteiros”.

Em todo o caso, estar dias numa sala de espera traduz bem a noção do tempo (subjética) que os utentes (não necessariamente doentes), passam confinados na sala de espera. Tantas horas de espera, e na incerteza do diagnóstico ou da gravidade do quadro, transformam este tempo num *continuum* indefinido, muitas vezes com pensamentos invasivos de incerteza, o que vem agravar a angústia associada à espera. Esta realidade só vem sustentar o que nesta tese se advoga, seja cimentar o conceito de prestação de cuidados de saúde aos que no limite podem ser “não doentes”, a todos os que “esperam”.

E esta opção fundamenta-se porque, tratando-se de acompanhantes, a sua relação de apoio aos doentes é crucial devendo assim ser preservada a sua saúde ademais porque já se encontram

²¹² À semelhança do já se fez anteriormente nesta tese.

dentro de uma instituição de saúde. E porque, de facto, os que “esperam” podem descompensar a vários níveis na sala de espera, seja porque padecem de uma doença crónica que as longas horas de espera agudizaram, seja na gestão da espera, seja em aspetos de gestão emocional. Por outro lado, como se tem vindo a referir, um profissional de saúde adstrito à sala de espera, permitiria mitigar dinâmicas de conflito e potenciar lógicas de cooperação que em última análise favorecem o doente e a própria “imagem” do SNS perante os utentes. Mas nem sempre a espera é tão longa, Pedro e Gabriel relatam episódios em que foram atendidos “rapidamente”, com tempos de atendimento situados nos minutos. Por norma, a perceção subjetiva do tempo de atendimento muito longo corresponde a “horas”. Mariana, uma cigana *superuser* do SU faz este apontamento, qualquer tempo superior a “horas” é compreendido como intolerável.

Já Gonçalo refere um aspeto crucial, a perda de noção do tempo (quantitativo, entenda-se) enquanto se observa o movimento dos utentes e se está na sala. Trata-se de uma noção subjetiva, que o próprio investigador, *in loco*, também experienciou, a de um certo dilatar do tempo, em que não existe uma noção exata de que o tempo (quantitativo) que decorreu foi tanto. Nem sempre será assim, mas parece que a certa altura quem se encontra “à espera” está num limbo, sem noção exata do tempo que falta ou do tempo que passou. Claro que esta noção subjetiva de “alongamento do tempo”, mas que se experiencia como um momento quase único tenderá a acontecer nos casos de quadros clínicos menos preocupantes, em que a mente se entretém a vaguear e a observar – observar os outros é de facto um dos comportamentos mais comuns na sala de espera.

Tendencialmente, nos quadros clínicos mais graves, o tempo é vivido de forma mais “sôfrega”, em que se sente cada momento, em que estados emocionais como a angústia ou a tristeza, não permitem que a mente relaxe e experiencie o tempo de forma (mais) tranquila. Quem se encontra nesta vivência particular do tempo, tem muito mais noção do *chronos*, e tende a ter opiniões negativas, daí que se indagados possam também referir que o tempo passado

na sala de espera do SU foi muito demorado. Assim, existirão dois polos distintos da experiência do tempo no SU, um desprende-se do *chronos* e como que “vagueia”, sem pressa nem angústia temporal, o outro centra-se no *chronos*, vive cada segundo, numa pressa de ser atendido, obter informações, entre outras. Quer num processo, quer no outro, as emoções, aspetos de índole cultural, a gravidade do quadro clínico, encontram-se entre os principais fatores que influem na percepção do tempo.

Os relatos de Carolina e Eduarda referem-se à percepção do tempo do utente-acompanhante que espera na sala de espera. *Grosso modo*, este é um tempo mais dilatado e incerto que a percepção do tempo do próprio doente, pois este quando admitido é sempre objeto de procedimentos, e dispõe, *a priori*, de mais informação e isso como que constrói vários segmentos de tempo, dando a percepção de pequenas etapas que se vão percorrendo (e.g até o soro acabar, fazer o Rx, até resultado das análises) até chegar a um “final”. Por contraste, “lá fora”²¹³, muitas vezes não existe esta sensação, e o facto de se estar “ali” sentado, amiúde experienciando a incerteza, confere uma percepção de um tempo mais “alongado”, de existir um maior continuum. Claro que, como se referiu, por lei, os acompanhantes podem estar “lá dentro”.

Por outro lado, existe a transmissão de informação pelos administrativos o que vem atenuar um pouco a incerteza de quem espera. Não obstante, estas duas linhas distintas de percepção do tempo, nomeadamente a do doente “lá dentro” e a do acompanhante “lá fora”, ainda persistem. São duas temporalidades diferentes, assim como será a dos doentes relativamente à dos profissionais. Os relatos de Carolina e Eduarda focam muito esta percepção temporal de quem se encontra na sala de espera, e releva-se a importância da informação para poderem gerir

²¹³ Na sala de espera do SU.

melhor a espera²¹⁴. Eduarda, como outros entrevistados já referiram, foca ainda o mundo “caótico” do SU, as “macas” amontoadas, que parecem fazer parte de grande parte das memórias de quem vai ao SU. O seu relato é também ele paradigmático, no sentido em que reflete a incerteza da espera, e a necessidade de mais informação, para além dos protocolos de Manchester, para poder gerir a sua espera.

Este aspeto tem sido abordado ao longo desta investigação, nomeadamente no capítulo sobre o atendimento, mas de facto a gestão da espera do acompanhante está muito conexa com informação que deve e pode ser transmitida. A experiência do tempo na sala de espera, que muitas vezes é percecionada como “interminável” encontra-se relacionada com o acesso, quer verbal quer visual aos “elementos de segmentação temporal” (e.g soro, exames, resultados). Mesmo que seja disponibilizada alguma informação, muitas vezes não existe uma “estimativa”, por exemplo, alguém referir que x exames demorarão x tempo, ou que tendo em consideração elementos já conhecidos do caso, que provavelmente ficará x horas, ou a noite inteira²¹⁵.

Nalguns casos esta informação é adiantada por profissionais de saúde, mas também existem muitos casos em que não é, ou não o é em tempo útil. E, importa referir, que muitas das vezes não é transmitida esta informação porque de facto não é possível saber com exatidão quanto tempo levam a realizar as análises, o médico a diagnosticar, a existir vagas para internamento, etc. O SU tido como um todo, é uma rede complexa e interdependente (e o relato de Eduarda foca bem este aspeto) e não é muitas das vezes possível transmitir esta estimativa. Também existirão os casos em que, sendo possível adiantar um “número” (i.e aproximadamente quanto tempo se irá ficar à espera), os profissionais de saúde optam por não referir essa informação,

²¹⁴ Como se referiu anteriormente, tendo o efeito de atenuar a incerteza e a experiência de um tempo indefinido e prolongado.

²¹⁵ Neste caso, partindo do pressuposto que o doente já foi triado.

porque se essa informação vier a estar incorreta²¹⁶, poderão existir repercussões para os profissionais. Mas, não obstante este motivos, todos eles válidos, importa reter que gerir a espera não é apenas ter em linha conta os tempos do protocolo de Manchester, idealmente seria muito mais que isso, e seria inclusivamente fornecer atempadamente as estimativas destes vários “tempos” após a admissão do doente. Entre estes “tempos”, que se encontram em linha com a segmentação temporal já descrita, a referir qual o percurso do doente, que exames irá fazer, estado do doente a cada x tempo, e sobretudo estimativa de quanto tempo ficará no SU para que se possa gerir a espera que é, por natureza, uma temporalidade muito própria e que colide com outros tempos (e.g profissionais, família).

A referir que Carolina vem de algum modo dar sustento empírico ao que já foi advogado, apesar do desafio que a noção de cuidados de saúde aos não admitidos nos convoca, compreender a sala de espera como merecedora também da prestação de cuidados, ainda que outro tipo de cuidados, seria um passo crucial para gerir estes processos intricados, com ganhos ao nível da estabilização das dinâmicas da sala, melhor cooperação entre famílias e profissionais de saúde e assim otimizar a prestação de cuidados ao doente, obtendo com isso uma melhor imagem para o público do hospital e do SNS. Por fim, o relato de Clara é dos mais clarividentes em relação ao que é a perceção subjetiva do tempo, que como anteriormente se referiu está relacionado com aspetos intangíveis como empatia, emoções expressadas, entre outros, e outras mais tangíveis tais como por exemplo celeridade no atendimento, *deficits* ao nível dos recursos humanos, ou a gravidade do quadro clínico. É a mescla de várias variáveis que faz surgir a perceção que “todo o tempo do mundo é para mim”, ou a perceção diametralmente oposta em que “somos apenas um número”.

²¹⁶ E dadas as múltiplas variáveis aqui em jogo, será fácil isso acontecer.

Neste ponto em concreto, há que exprimir o ponto de vista dos profissionais²¹⁷, e o argumentário vai no sentido de fazer perceber que, por vezes, perante um número elevado de utentes a prioridade dos profissionais é executar técnicas e procedimentos (por vezes *life saving*), e a realidade crua dos factos é que em certos cenários, não existe “tempo” para aspetos relacionais. Neste cenário, “à pressa”, e muitas vezes sobrecarregados e a vivenciar climas organizacionais de elevado *stress*, a “palavra” ou o “gesto” poderá parecer menos empático, o que pode criar a perceção de que o utente é um “número”. Um exemplo a que o investigador assistiu, descrito nas observações *in loco*, é neste aspeto paradigmático. Trata-se de um episódio em que um familiar se indigna quando refere que a enfermeira nem sabe o nome da sua mãe, ali admitida.

Ora num serviço muitas vezes lotado, com inúmeros utentes, procedimentos, medicação, articulação com outros profissionais, e sujeitos a um *stress* que o público em geral não tem noção, esta é uma situação que não devia acontecer, mas que pelos motivos anteditos, pode acontecer. De facto, a literatura “reconhece” que o SU é um dos ambientes mais exigentes a nível hospitalar, e neste sentido vem Adriaenssens, De Gucht e Maes (2015) referir que:”

Emergency room nurses seem to be exposed to a broader variety of stressors as well as more severe stressors than their colleagues from other nursing departments. They frequently have to deal with acute, potentially traumatic experiences, such as threat, aggression and violence at work (Crabbe 2004, Kilcoyne & Dowling 2007) as well as death, mutilation and suffering (Clohessy & Ehlers 1999, Adriaenssens *et al.* 2012).

Muitos destes fatores são referidos ao longo desta investigação, nomeadamente as agressões verbais ou físicas. Por outro lado, do ponto de vista da relação terapêutica, é necessário manter

²¹⁷ Que surge de conversas informais e da própria experiência do investigador como enfermeiro.

uma distância terapêutica (Wiseman & Tishby, 2018), ou seja o profissional deve ser empático mas não se envolver demais, porque poderá perder a sua eficácia terapêutica.

Este distanciamento pode também gerar a percepção de falta de empatia no utente. Todos estes fatores, facilmente são confundidos e\ou contribuem para que (eventualmente) exista uma percepção de falta de empatia por parte dos profissionais. Mas, o relato de Clara vem trazer a nu o que já há muito se sabe, a palavra, a empatia, o gesto, são essenciais para a percepção positiva (e negativa) do atendimento. Por hipótese, pode existir uma percepção do utente como “insatisfatória” ao nível do atendimento no SU, e ter sido seguida de forma exemplar a *leges artis*²¹⁸ e a situação clínica ter sido resolvida. E é com este paradoxo, e com estas dificuldades, que o SNS e os seus profissionais muitas vezes têm que trabalhar.

Em suma, as percepções do tempo constroem-se com múltiplos fatores, muitos deles analisados ao longo deste trabalho. Existem percepções do tempo muito díspares, ora de acordo com as expectativas, ora para lá do que é considerado razoável, o que tende a gerar percepções do tempo e do atendimento negativas. Para além do *chronos* de Manchester, importa saber “outros tempos”, criando a noção de segmentação temporal nos que esperam, fugindo à indefinição e incerteza que muitas vezes caracteriza a espera. Com efeito, o acesso à informação, parece ser fator atenuante destas experiências menos positivas, pois permite uma gestão da espera mais eficaz, harmonizando, tanto quanto possível, o tempo de quem espera com outras temporalidades.

²¹⁸ *Corpus* de princípios, normas, procedimentos e técnicas que uma determinada profissão deve seguir.

Parte V – Notas Finais

5.1. *Tweaking the Waiting Experience*

Da análise ao objeto surge inevitavelmente uma perspectiva prática, que pretende elencar algumas deficiências notadas e cujas propostas de melhoria aqui se apresentam. Tratam-se essencialmente de pequenas melhorias conexas com as materialidades, mas também, a um nível mais conceptual, de perspetivar a espera como uma oportunidade para outras ações. Em parte, a necessidade destas melhorias, todas bastante simples, surge de um valor social de desvalorização da “espera”, e neste sentido refere Araújo (2012, p.12): “E a cultura e a política modernas impuseram determinados princípios de classificação e de valoração que, em geral, subestimam ou desprezam a necessidade ou a utilidade da espera.”. Com efeito, a espera deverá ser perspetivada de forma diferente, como um tempo de oportunidade²¹⁹, mas também, pensamos nós, como uma necessidade intrínseca das sociedades e do ser humano, contrariando uma certa valorização excessiva do *movere* nas sociedades contemporâneas. Relativamente aos aspetos práticos, estes são da maior importância, fugindo à ideia de teses muito fechadas em construções teóricas que depois acabam por ter pouca aplicabilidade no quotidiano.

De facto, esse sempre foi um desiderato desde o começo desta investigação em que se fizeram as primeiras observações. Porque esperar no SU é uma realidade que todos, ou quase

²¹⁹ Nomeadamente como “espaço e tempo” de aprendizagem.

todos, algum dia irão experienciar, e porque este é um objeto e um lugar cuja importância tem sido de algum modo secundarizado. Por outro lado, releva-se que, *tweaking the waiting experience* é um processo relativamente simples, algo que não acarreta custos elevados, mas cujos ganhos em saúde serão incomensuráveis. Seguindo o princípio de que pequenas melhorias têm grandes resultados, propomo-nos apresentar simples correções que surgiram de um olhar crítico do que se observou, relatou e analisou. São por isso pequenos *tweaks*, mas que permitirão uma maior agilização dos processos, da gestão da espera e da satisfação do utente com o hospital e em última análise com o próprio SNS.

Primeiramente, a referir que foram muitas as queixas ouvidas por parte dos utentes a referir que o som (altifalantes), aquando da chamada, era impercetível, pela má qualidade do sistema, pelo que se impõe a sua substituição²²⁰. Em segundo lugar, estando este contexto associado a elevados níveis de *stress* e, em algumas situações, formas de conflito²²¹, poderiam ser utilizadas estratégias complementares, tais como a musicoterapia (*vide* Kappert, Wuttke-Linnemann, Schlotz, & Nater, 2019, para mais detalhes) objetivando fazer diminuir os níveis de ansiedade. Esta estratégia teria custos irrisórios e seria relativamente simples de implementar. O som ambiente é efetivamente uma estratégia *nudge* utilizada em muitos contextos²²², e em certos períodos faria sentido utilizá-la, tendo este o mesmo desiderato que quadros de paisagens verdejantes que se encontram afixados na sala de espera, seja a de conseguir, em sinergia com outras medidas, um ambiente que induza calma e a tranquilidade.

Importa também fazer um apontamento para uma certa literatura científica que objetiva novas formas de utilização do espaço das salas de espera, com foco na utilização do tempo “perdido” e da aparente passividade dos utentes para sessões de educação para a saúde. Neste

²²⁰ *Vide* no capítulo “Movimentos Stasis” o relato de Gonçalo.

²²¹ Entendido na sua forma mais ampla, desde reclamações a violência física e verbal.

²²² Nomeadamente em consultórios, hipermercados, etc.

sentido, existe uma linha provinda essencialmente da psicologia, enfermagem e medicina (Gonçalves, Silva, Pereira, Oliveira, & Kodato, 2013; Negrão *et al.*, 2018; Pucci *et al.*, 2014; Wild *et al.*, 2014; Zambenedetti, 2012), que preconiza utilizar o espaço da sala de espera para este efeito. Na área da medicina, focados na informação disponível na sala de espera, a referir o estudo de Maskell, McDonald e Paudyal (2018), em que a maioria dos utentes considera útil os materiais disponíveis e refere que outras tecnologias, nomeadamente o *wi-fi*, devem ser usadas no sentido de modernizar as salas de espera e disponibilizar informação útil que possa constituir uma mais-valia no processo terapêutico. Por sua vez, Berkhout *et al.* (2018), numa revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi avaliar os efeitos dos dispositivos audiovisuais na promoção/educação da saúde nas salas de espera dos cuidados de saúde²²³ primários, conclui que provavelmente existe aumento do conhecimento dos utentes, mas uma verdadeira mudança dos comportamentos permanece controversa.

Na mesma linha, vêm Williams *et al.* (2019), que também analisaram uma sala de espera de uma unidade de cuidados primários (australiana), e concluem que apesar da interação dos utentes (doentes e acompanhantes) com os materiais informativos disponíveis, depois não existe discussão com os clínicos sobre esta informação, e os comportamentos dos utentes tendem a ser passivos e focados na televisão. De destacar, neste estudo, outro ponto focado pela empiria recolhida: a falta de privacidade na sala de espera. Com efeito, um dos enfermeiros no estudo de Williams *et al.* (2019, p.23) refere: “There’s no privacy, there’s just nothing there to support that privacy, and even with a pamphlet, there’s limited privacy”, ou seja, haverá algum

²²³ O conceito de cuidados de saúde pode ser definido como: “efforts made to maintain or restore physical, mental, or emotional well-being especially by trained and licensed professionals” (Merriam-Webster, 2020d). Cuidados de saúde primários refere-se à prestação de cuidados de saúde na comunidade através dos centros de saúde, e secundários, já por norma, refere-se ao tratamento de episódios em contexto hospitalar.

receio em discutir com os enfermeiros um assunto mais sensível, ou mesmo ler um panfleto sobre algo que deixe antever um problema de saúde que o utente possa ter.

Por esta razão, assim como pelo facto de ser um grupo (i.e. agregado) de utentes extremamente dinâmico, com entradas e saídas constantes, sem um *target* bem definido, utilizar a sala de espera para ações informativas permanece um desafio. Além do mais, estes estudos focam-se em salas de espera de cuidados de saúde primários, portanto não existe a vivência de um quadro clínico agudo²²⁴, o que retirará parte da disponibilidade mental para este tipo de sessões. Não obstante, a transmissão de conteúdos simples e até conexos com a espera neste *setting* será possível, pelo que é a este tipo de conteúdos que nos referiremos de seguida. Com efeito, a experiência da espera seria melhorada se fossem colocados ecrãs (mais do que um), aproveitando este meio para fazer passar conteúdos informativos que urge compreender melhor, como o protocolo de Manchester e a necessidade da priorização, ou fazer referência a critérios gerais para se recorrer ao SU, focando a importância de ir primeiro ao médico de família procurando evitar as “falsas urgências”. Outro grande eixo a explorar em termos de conteúdos difundidos pelos meios audiovisuais, seria transmitir informações sobre temas organizacionais relativos ao próprio contexto, nomeadamente as regras da sala de espera, direitos e deveres dos utentes, informações úteis sobre onde se encontra o bar e o seu horário de funcionamento, assim como a projeção nos ecrãs dos tempos médios de espera, e de quantos utentes se encontram “à frente” permitindo a visualização da fila e facilitando assim a perceção de equidade como foi anteriormente referido²²⁵.

Por outro lado, os ecrãs deveriam projetar de forma repetida o nome da pessoa a ser chamada nos altifalantes, permitindo que os utentes com hipoacusia possam mais facilmente perceber

²²⁴ Como acontece na sala de espera de um SU.

²²⁵ Como refere Mann (1969, p.340), “Cultural values of egalitarianism and orderliness are related to respect for the principle of service according to order of arrival”.

quando são chamados. Uma terceira linha de temas a explorar, estaria mais ligada a problemas de saúde que digam respeito a grande parte da população, nomeadamente a importância e a técnica correta da lavagem das mãos, cuidados a ter no caso de se ser hipertenso, diabético, sensibilizar a população para a importância da vacinação, entre outros. A referir também que, se existe uma aplicação a indicar os tempos médios de espera e o número de utentes que se encontram “à frente”²²⁶, esta informação deveria estar projetada nos ecrãs da sala de espera, porque importantes franjas da população não terão nem saberão utilizar um *smartphone* para visualizar esta informação.

Deste modo, urge aproveitar a “espera” para transmitir informação pertinente conexa com a promoção e cuidados de saúde. De facto, a imagem é um meio fundamental para fazer passar qualquer tipo de mensagem, e neste caso encontra-se subaproveitada porque dos meios audiovisuais existentes (apenas um ecrã em cada sala), sendo que na sala “grande” um deles encontra-se invariavelmente na TVI (Televisão Independente), e na sala em frente à triagem (“pequena”), em todas as observações, estava desligado. Este ponto, acerca da informação que deveria ser disponibilizada na sala de espera, encontra-se conexo com as relações de poder ali existentes, nomeadamente com o conceito de biopoder desenvolvido por Foucault (2008). De facto, na sala de espera entrecruzam-se várias relações de poder que relacionamos com o pensamento de Foucault que constrói a noção de uma subjugação subliminar, com enlaces que na maior das vezes não são manifestos e atuam até a um nível inconsciente.

Tal é possível de observar na relação com os profissionais de saúde, na vigilância realizada pelos administrativos ou nas formas de controlo de comportamentos²²⁷ ao nível da sala de espera. Neste último ponto, há um certo controlo através das normas sociais (e.g, normas

²²⁷ Que também associamos ao conceito de *nudge*.

explícitas da sala, *stare*), ou a este nível que se discutia anteriormente, de um controle mais em linha com o biopoder, visando disponibilizar informação para moldar comportamentos que, genericamente, promovam a saúde. Notou-se também algumas deficiências ao nível da ventilação do ar da sala de espera que fica saturado muito rapidamente, e este também seria um aspeto que facilmente poderia ser melhorado. Importa dotar a sala de espera de mais fichas de telemóveis, pois como se referiu na descrição física da sala, só existe uma ficha que é partilhada por vários utentes. Por outro lado, muitos entrevistados fizeram referência ao conforto, nomeadamente das cadeiras, algo que mais uma vez, com custos mínimos poderia ser melhorado. Quanto à celeridade do atendimento, no que se encontra dependente do protocolo de Manchester será mais difícil melhorar.

Porém, pelo que foi descrito e discutido ao longo desta investigação, tendo como guia o tempo social, torna-se evidente a relação entre o acesso à informação e uma melhor gestão da espera, o que em última análise influencia perceções positivas/negativas do próprio hospital. Assim, informar sobre o tempo de espera é crucial para melhorar a experiência do tempo na sala de espera, mas pensar apenas em tempos médios de espera é redutor. Neste sentido, tanto quanto possível, devem-se informar os utentes na sala de espera sobre “outros tempos”, nomeadamente quanto tempo demora x exame, que exames realizou e quais irá fazer, permitindo segmentação temporal aos que se encontram na sala de espera e mediante isso, melhor organizarem a sua espera, indo ao bar, a casa, etc.

Mais uma vez, neste ponto, existem alguns desafios ao nível da operacionalização pois são atividades interdependentes e para as quais concorrem várias variáveis, em todo o caso, conceptualmente, fará todo o sentido que sempre que seja possível se transmita esta informação. Implementar sistemas como o referido por Campos (2020), em que a informação é enviada através SMS para familiares referindo as várias etapas que o doente percorre seria também um passo para gerir a espera, evitando aglomerações na sala de espera e diminuindo a incerteza,

ansiedade e angústia. Saber o que acontece a cada momento, que exame vai fazer, onde se encontra, permite essa segmentação temporal que temos vindo a referir, atenua a noção subjetiva de espera indefinida e de tempo alongado, porque se fica com uma noção “dos tempos dentro da espera”, e de uma certa progressividade em que a mente humana se habituou a pensar.

Outro aspeto essencial é pensar na espera como uma dualidade em que a passividade se mescla com o *movere*, e em que existe uma espera intrínseca (“lá dentro”) e outra extrínseca (“lá fora”), pelo que a arquitetura do espaço deve ter em consideração estas duas vertentes²²⁸. Desde logo, seria importante pensar em bancos no espaço exterior e pequenos alpendres para que quando chova exista abrigo para os utentes. Mais uma vez, estes são *upgrades* que representam custos irrisórios e a sua influência em conseguir uma perceção da espera mais positiva é decisiva. Aliás, ter em consideração a espera “lá fora” é também ser sensível a idiossincrasias culturais, nomeadamente da comunidade cigana. Ao nível do espaço físico deveria também ser estudada uma disposição da sala que permitisse alguma privacidade, resguardando algumas áreas de cadeiras com separadores mínimos por exemplo. Com efeito, quem espera é um utente preocupado, angustiado e em sofrimento, e esta dor deve ser tida em consideração, permitindo a quem espera ter a reserva e o recato que numa disposição da sala em que todos veem todos, nunca poderá ter²²⁹.

Importa adiantar o constructo de cuidados de saúde extensível ao *locus* da sala de espera (no caso concreto, “grande e pequena”), pois o utente que espera, no limite não-doente, é efetivamente alguém que de certa forma se encontra sem apoio. Estas pessoas podem ter doenças crónicas que necessitem de vigilância, e o hospital deve prestar cuidados de saúde a estas pessoas, neste contexto sobretudo preventivos, sendo que muitas vezes se trata de

²²⁸ O que manifestamente não foi tido em consideração no espaço exterior da sala de espera do SU do HESE.

²²⁹ O relato de Ana, entre outros entrevistados, reflete bem este aspeto.

indivíduos idosos, pelo que importa vigiar o seu estado de saúde tal como o faz aos doentes admitidos, “lá dentro”. Importa referir que só têm direito às refeições os doentes admitidos e, como se referiu, muitas das vezes quem espera são pessoas idosas que vêm de fora e ficam longas horas “à espera”. Estas pessoas, doentes ou não, devem também ter direito a refeições ligeiras²³⁰, sendo estas essenciais a quem passa horas à espera. Para além deste aspeto, este conceito implica necessariamente um profissional de saúde²³¹ na sala, que despiste estas situações, assim como faça uma articulação entre “os que esperam”, os doentes e profissionais, agilizando os canais de informação, permitindo gerir melhor a espera, e de uma forma geral fornecer apoio às famílias e aos doentes.

Por outro lado, existem dinâmicas grupais que é necessário vigiar, prevenir e intervir, dirimindo tensões e conflitos, assim como potenciar dinâmicas de cooperação. Existe portanto uma função de vigilância, intervenção, articulação e de disponibilização de informação que só um profissional de saúde tem competências para realizar. Efetivamente um administrativo pode disponibilizar informação não clínica, mas um profissional de saúde tem competências acrescidas, e poderá disponibilizar informação clínica, assim como sobre os “tempos do tempo”, nomeadamente estimar quanto tempo demoram certos procedimentos e qual o seu significado. Trata-se de informação essencial para tranquilizar quem espera, que muitas vezes não entende o significado dos diagnósticos, procedimentos e técnicas efetuadas, sendo que este tipo de informação ultrapassa em muito o escopo daquilo que os administrativos podem transmitir²³².

²³⁰ Por exemplo, uma sopa e um chá.

²³¹ Que pelas funções e competências envolvidas (e.g transmissão informação clínica, administração de terapêutica), advoga-se que deverá ser um enfermeiro.

²³² Admite-se que esta informação é transmitida sempre que possível por alguns profissionais. Outras vezes não o será, pelo que ter um profissional de saúde com esta (e outras funções), servindo de pivô, fará quanto a nós, todo o sentido.

Por fim, salienta-se a relevância de uma relação terapêutica – com doentes e familiares/acompanhantes – que só um profissional de saúde com formação específica poderá efetuar. A noção tantas vezes adiantada por entrevistados de “solidão” e “abandono” entre os que esperam, ou de utentes que “passam dias inteiros no SU” sem informação, seria certamente atenuada, e demonstraria que o hospital cuida verdadeiramente de todos. Este acompanhamento teria certamente ganhos tangíveis em termos de satisfação do utente – doente e não doente. Em jeito de conclusão sobre o antedito, seguindo o que refere Kelli *et al.* (2017), a presença de um profissional de saúde na sala de espera é essencial para poder aferir e controlar as dinâmicas deste espaço, vigiando doentes e dinâmicas grupais, transmitindo informação, cabendo-lhe uma função de pivô entre a sala de espera e o serviço urgência propriamente dito.

5.2. Resumo Esquemático



5.3. Conclusão

Principiamos por referir que este é, em grande parte, um território desconhecido, e talvez por isso, pensar, planear e implementar um estudo de cariz etnográfico sobre a espera no contexto de um SU contou inicialmente com bastantes reticências, nomeadamente quanto à sua exequibilidade e relevância. Porém, a intuição inicial era que este seria um objeto e um *setting* que ocultava um mundo complexo, rico em termos de análise sociológica, e que por isso valia tão grande investimento. Pensar e investigar a espera numa perspetiva qualitativa é essencial para compreender de forma global e profunda esta problemática, sobre a qual têm recaído estudos de cariz quantitativo, os quais, *per se*, apresentam uma perspetiva redutora sobre este fenómeno. O resultado final traduz sempre o melhor que as circunstâncias nos permitiram fazer, sendo que a maior condicionante terá sido, paradoxalmente, o próprio tempo que aqui se estuda. Em todo o caso, esperamos abrir novas linhas de investigação, e sobretudo uma (re) descoberta deste objeto que deve ser (também) perspetivado tendo em linha de conta os elementos que fazem parte do tempo social.

Porventura, terá sentido explorar a perspetiva comparativa com outras salas de espera, compreender a espera seguindo uma lógica mais em linha com a sociologia das organizações (e.g funcionalista), ou o contraste entre a espera dos utentes e a pressa dos profissionais *in loco*, detalhando e discutindo, no fundo, “o outro lado” do estudo. Independentemente das perspetivas que possam surgir, será sempre redutor “olhar” a espera como sendo apenas dos doentes, e nesse sentido desde logo ficou assente nesta investigação que “quem espera” se constituiria de doentes e acompanhantes, e que estes, em rigor técnico, constituem um agregado

social. Por definição, os agregados sociais, não possuem as características dos grupos sociais, mormente ao nível dos laços, coesão e objetivos, não obstante, isso não obstaculiza certas interações, lógicas conflituais e de cooperação e mesmo vivenciar certos momentos como um *lively sense of common fate*²³³.

Os utentes que se encontram na sala de espera do SU, estabelecem interações com profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e administrativos, emergindo desta análise a interação com estes últimos que se encontram sempre presentes na sala de espera com funções administrativas, transmissão de informação e, de forma implícita, de vigilância. Por detrás dos vidros, o olhar constante sobre a sala e as filas ordeiras para receber informação denotam uma certa relação de poder²³⁴ entre estes profissionais e os utentes. Outros protagonistas nas dinâmicas da sala de espera são os *supersusers* da sala de espera, sejam AO de lares, doentes ou acompanhantes, e de forma menos manifesta – porque menos presente – os AO, enfermeiros, bombeiros e médicos. Se pensarmos numa imagem que de alguma forma concatenasse a representação social da espera no SU, ela indubitavelmente seria a de pessoas sentadas e em aparente silêncio. Porém, após analisar o objeto, ficou evidente que existe muito mais para além dessa imagem associada à inércia, sendo que na espera existe movimento, valores, atitudes, crenças e interações sociais.

Neste sentido, no que se refere a “impressões gerais”, as pessoas tendem a perspetivar o hospital como um garante de um valor hierarquicamente superior (segurança), uma *safety net* para recorrer em caso de necessidade²³⁵. A espera no SU tem esse valor simbólico, de um não-lugar quase sacrossanto, que confere proteção e cuidados aos mais “vulneráveis”. Por outro

²³³ Alusão à expressão utilizada por Goffman (1959).

²³⁴ Na sala de espera, observam-se várias formas de poder que relacionamos com os conceitos de *bipoder*, *status* e *nudge*.

²³⁵ Algumas das palavras referidas pela empiria são: “apoio”, “confiança”, “fundamental” e perante uma “qualquer” situação de saúde que implique maior preocupação, recorre-se “logo” às urgências.

lado, a espera no SU representa a porta de entrada no SNS, existindo um *overlap* entre um e outro no que são as percepções, positivas ou negativas, por parte dos utentes – um dos argumentos que fundamentam o estudo da espera neste *setting*. Já quanto ao “atendimento”, sobressai a importância da celeridade, mas também o gesto e a palavra “delicada”, associando de certa forma a simpatia e empatia a percepções positivas do atendimento. Relativamente aos objetos, predomina o uso do telemóvel com um constante *movere* de *scrolling* e *texting* por entre os que esperam. A função do telemóvel (transmitir informações), é essencial para o contacto com amigos e familiares, e neste concreto sugere-se outras funcionalidades, nomeadamente um serviço de SMS que poderia ser utilizado para informar os utentes.

Para além desta função, este objeto serve ainda como meio de “ocupar o tempo” durante a espera, e o *scrolling* constante leva-nos a inferir a consulta e leitura de informação e/ou o acesso às redes sociais. Ainda neste ponto, também a referir o uso de *vending machines*, assim como o café e cigarro, inevitavelmente presentes nalgumas conversas, sendo que amiúde observa-se alguns olhares a fixarem-se na televisão procurando distração. Na sala de espera forma-se aquilo que para todos os efeitos é uma fila, embora com uma configuração diferente e com critérios de atendimento que não se baseiam na ordem de chegada. Todas as filas têm por base o princípio da igualdade, sendo que a compreensão dos critérios subjacentes à ordem da fila nos SU é crucial para uma percepção mais positiva acerca do atendimento. Neste concreto, argumenta-se que o critério tradicional das filas (ordem de chegada), contribui para que a fila gerada na sala de espera do SU, com critérios diferentes e complexos²³⁶, contribua para uma menor percepção desse sentido de igualdade e daí poder potenciar situações conflituais.

Em termos de lógicas de cooperação a destacar a forma direta, com diálogos casuais denotando solidariedade entre utentes da sala, e também a indireta, muito presente na

²³⁶ Triagem de Manchester.

articulação entre famílias, doentes e profissionais. Já os conflitos na sala de espera tomam essencialmente a forma de reclamações dirigidos aos profissionais de saúde e pessoal administrativo que, por norma, tende a gerar apoios e solidariedade entre os restantes. Formas mais graves constituem ameaças e outras agressões verbais²³⁷, existindo relatos fidedignos de episódios de violência física contra profissionais noutros SU. Na base destes conflitos encontram-se percepções negativas relativamente ao atendimento, em que se contrapõem representações sociais de um direito com percepções de um *chronos* irrazoável à espera. Entre utentes, a destacar os conflitos latentes com alguns indivíduos de etnia cigana pela forma como estes usam e dominam o espaço, genericamente manifestando a sua presença de forma mais movimentada e *out loud*, o que é percecionado como perturbador pelos outros utentes.

Por outro lado, a utilização do SU, em certa medida, encontra-se conexo com uma noção coletiva já enraizada na maioria dos portugueses, seja esta a do direito à saúde (para todos), o que justificará (parcialmente) a *décalage* entre um episódio clinicamente urgente e a prática social/cultural de “ir ao médico”. Desconstruindo a noção de uma espera (apenas) passiva, solitária e silenciosa, neste contexto existem múltiplas interações entre os utentes, em que são tidas as mais variadas conversas. As temáticas são muito focadas nas razões da ida à urgência, assim como relativamente à percepção da espera, para uns rápida, para outros longa e demorada. A empiria descreve “conversas de café”, por vezes intrusivas, assim como o facto de que quem se encontra à espera está muito atento aos demais, procurando perceber a ordem (da fila), observando atentamente as pulseiras, assim como os movimentos de “quem chega” e “quem vai”.

Este é um local (improvável) de encontro de atores que se conhecem e ali têm diálogos de curta duração, que versam sobre a doença e episódios quotidianos das suas vidas. Também a

²³⁷ Presenciadas pelo investigador.

referir formas idiossincráticas de esperar de grupos de etnia cigana, nomeadamente “esperas” mais ligadas ao *movere* e muitas vezes “lá fora”. Por vezes, o comportamento de alguns indivíduos de etnia cigana é percecionado como perturbador do normal funcionamento da sala de espera²³⁸, sendo esta questão em concreto ambivalente, pois por um lado existem questões culturais que devem ser compreendidas, por outro, objetivamente, existe falta de *compliance* de certas normas sociais (tácitas e explícitas). Como exemplo, para servir de contrapeso a esta questão aduz-se a problemática do “véu islâmico”²³⁹, tendo sido proibido em França e noutros países, por se considerar que, *grosso modo*, pesa mais o dever de integração na cultura e sociedade onde se encontram integrados em detrimento do direito à liberdade religiosa. No caso dos comportamentos de alguns indivíduos de etnia cigana na sala de espera, não estando em causa contraposições de valores tão relevantes, por maioria de razão, parece que o cumprimento de certas regras sociais, o *ethos* próprio da sala de espera, dificilmente colocará em causa a sua diferenciação cultural.

Os traços culturais não se observam apenas nestes indivíduos, manifestam-se, com mais ou menos evidência, noutras formas que a espera assume, nomeadamente nas práticas, nos encontros e nas conversas que amiúde se observam. Neste sentido, por contraste, recorreu-se ao exemplo finlandês para destacar o cunho cultural²⁴⁰ das dinâmicas observadas na sala de espera. Quanto ao que se pode observar nas urgências, o cenário descrito pelos entrevistados não foge àquele que reside na memória coletiva, sendo descritos cenários em que se veem “macas amontoadas” e pessoas “abandonadas e sozinhas”. Importará referir que nesta descrição, na maioria das vezes, os utentes já foram triados e são objeto de cuidados médicos e de enfermagem, no entanto compreende-se a sua evocação imediata pois são memórias ligadas

²³⁸ Pelo colhido nas observações e vários episódios retratados pelos entrevistados.

²³⁹ Nomeadamente o *niqab* e a *burqa*.

²⁴⁰ Que em rigor só com abordagens comparativas ficaria evidente.

a emoções fortes: o sofrimento e a solidão. Fica também que a sala de espera do SU é um contexto em que várias temporalidades conflituam, mormente “a pressa dos profissionais” que contrasta “com as esperas dos utentes” e com “os tempos dos familiares”, e nem sempre uns compreendem os outros²⁴¹.

Como se referiu anteriormente, este é um lugar de atenta observação por parte de quem espera, observa-se muito os outros em redor, “vê-se” o sofrimento alheio e engaja-se em comparações sociais descendentes, o que corresponde a uma necessidade de um ganho ao nível das avaliações que cada um faz encerrado na sua subjetividade. Nestes olhares existe muitas vezes uma atitude *blasé*: como que se passa o olhar em redor pelos outros, sem nos focarmos em nenhum. Aliás, o *stare* neste contexto é socialmente reprovado, é percecionado como intrusivo, pelo que existe um certo pudor (e distanciamento) em “olhar de perto a dor de alguém”. Estar à espera, significa, muitas das vezes, estar “desesperado”²⁴², o que é compreensível pois estão em causa quadros críticos (na perceção dos utentes), e efetivamente nalguns casos decide-se entre a vida ou a morte, pelo que é natural que “os que esperam” tenham necessidade de uma certa reserva, introspeção e ensimesmamento. Estes estados emocionais e comportamentos levam a que neste *setting* as crenças adquiram maior destaque.

A referir que não têm que necessariamente consistir em crenças religiosas, pode existir convicção no engenho do Homem (i.e medicina), ou uma referência, de forma mais difusa e abstrata à espiritualidade. Estas crenças e as práticas sociais²⁴³ que com elas se correlacionam, encontram-se muito presentes na sala de espera de um SU e procuram encontrar um suporte e um racional em situações limite, às vezes inesperadas e incompreensíveis, objetivando algum conforto e estabilidade emocional. Pelo anteriormente descrito, é compreensível que a questão

²⁴¹ Originando, por vezes, tensões e lógicas de conflito.

²⁴² Uma das palavras mais referidas pela empiria.

²⁴³ Por exemplo, foram referidos pela empiria alguns rituais conexos com o catolicismo.

da falta de privacidade na sala de espera do SU tenha emergido do recorte empírico, pois ali os utentes encontram-se preocupados, angustiados e no limite “desesperados”, pelo que viver este sofrimento sentindo-se observado por todos torna-se constrangedor. Não se trata só do que se “vê”, também o que se “ouve”, que muitas vezes deveria ser reservado e confidencial, e é ouvido por quem “está ao lado” ou muito perto.

Esta questão deriva essencialmente das condições físicas do espaço, porém, pequenos *upgrades* na sala de espera que acarretam custos irrisórios²⁴⁴ poderiam melhorar bastante este e outros aspetos. Destaca-se melhoramentos ao nível do sistema de som, projeção de informação pertinente nos ecrãs da sala, mais conforto ao nível das cadeiras e equacionar a “espera” com uma dupla vertente, *stasis* e *movere*, pelo que o espaço exterior contíguo deveria também ser pensado para esperar. Relativamente à percepção do tempo, ele encontra-se relacionado com o próprio espaço pois, por exemplo, o conforto da sala de espera influencia de forma negativa as percepções do tempo. Para além da influência do lugar, a referir que a experiência do tempo é construída com o concurso de outras variáveis²⁴⁵, porém muito potenciada pela incerteza assim como por estados emocionais como a angústia ou o desespero. Vivenciar o tempo de forma segmentada, o padrão em que nos habituamos a pensar, e como de uma forma geral experienciam os doentes admitidos²⁴⁶, contrasta com a espera “incerta e indefinida” que os utentes na sala de espera vivenciam, o que potencia percepções de tempo mais dilatadas e negativas.

Este aspeto traduz bem a noção em que são as referências do mundo social que marcam o tempo, não o tempo do relógio. Constata-se também que a acessibilidade da informação aos

²⁴⁴ Discutidos no capítulo *Tweaking the waiting experience*.

²⁴⁵ Nomeadamente o próprio *chronos*, expectativas, gravidade do quadro clínico, estado emocional, incerteza e informação.

²⁴⁶ E.g correr o soro, realizar exame x.

utentes (que esperam) é crucial para a gestão da espera, nomeadamente em termos de organização e compatibilização de outros aspetos das suas vidas, podendo vir a diminuir, em certos casos, o tempo que permanecem na sala de espera. Neste concreto, a destacar “os tempos dentro da espera”, muito para além dos tempos “médios de Manchester”, que implica estimar outros tempos e transmitir os significados de palavras, gestos, procedimentos e diagnósticos.

Em termos de experiências subjetivas do tempo, claro está, são as mais variadas, desde utentes que referem que foram atendidos “muito rapidamente” a outros que referem ter “passado dias inteiros nas urgências”. Esta última expressão²⁴⁷, algo hiperbolizada, mas muito ouvida no quotidiano, é um exemplo da objetivação que existe da representação social da espera. Reflete²⁴⁸ as longas horas passadas na sala de espera transmitindo essa noção de um tempo interminável, e tanto quanto foi possível apurar, muito conexo com a incerteza e falta de referências sociais, nomeadamente informação, que muitas vezes se vive na sala de espera do SU. Por outro lado, a espera é, paradoxalmente, feita de estase e de movimentos, duas vertentes inextricáveis do mesmo objeto. A passividade, por assim dizer, é a (pré) noção mais comum da espera num SU, em que a figura de um utente sentado, quieto e silencioso é a imagem presente no imaginário coletivo da espera.

Porém, há que (des) construir esta noção pois estar à espera, neste contexto, implica movimento, como “andar para trás e para a frente”, “soprar”, “beber um café” e “fumar um cigarro”, esperar “lá fora” no muro e conversar. Estas interações, que configuram parte do tempo social, tornam-no disruptivo, fluido e subjetivo, e os seus elementos²⁴⁹, vêm trazer novas interpretações e significados que densificam o conceito de espera, tornando a compreensão

²⁴⁷ Colhida do material empírico.

²⁴⁸ À semelhança das frases referidas na introdução, para demonstrar que são as referências sociais que se encontram na base das métricas temporais. Estas frases possuem uma densidade significativa muitíssimo maior que o “simples” *chronos*.

²⁴⁹ Interações sociais, subjetividades e materialidades.

deste fenómeno social (total) mais profunda e multifacetada. Estes aspetos são essenciais para a compreensão global da espera que, como fica patente, significa muitíssimo mais do que é refletido se tomada apenas a sua vertente quantitativa. Também se adianta o conceito de prestação de cuidados de saúde a quem se encontra na sala de espera, sendo este agregado composto por utentes (triados ou não) e acompanhantes (i.e familiares, amigos), implicando deslocar um profissional de saúde que funcionaria como pivô²⁵⁰, para a sala de espera para observar/vigiar casos individuais, transmitir informações, assim como gerir as dinâmicas de conflito/cooperação que se geram na sala. Quanto às limitações do estudo, a destacar que este incide sobre um *setting* em particular e ao nível da amostra a referir que idealmente deveria ser mais diversificada. Não obstante, a amostra contemplou vários estratos sócio-económicos assim como diferentes etnias, e adicionou-se o fator aleatoriedade através do *pool online* (2.ª fase) à amostra por conveniência/*snowball*. Ao nível das observações *in loco* procurou-se, antes de tudo o mais, ser objetivo, sem confundir papéis sociais²⁵¹, sendo certo que a etnografia pressupõe algum envolvimento do investigador conseguindo-se com isso maior *insight* acerca do objeto de estudo.

No que se refere aos objetivos gerais, esta investigação assenta num primeiro eixo, de nível conceptual, que integra e analisa os conceitos de tempo quantitativo e qualitativo, com ênfase para este último, além de outros que secundariamente com eles se correlacionam, tendo estes sido definidos, discutidos e guiado toda a investigação. O desenho conceptual tem desde logo esse mérito, o uso do tempo qualitativo como conceito norteador, que se julga que deve merecer maior destaque em futuras investigações. Existirá assim uma (re) conceptualização da espera, não como um momento de mera passividade e improdutividade, mas antes como um período de tempo mais dinâmico, sendo matizado por vários elementos sociais. Torna-se essencial

²⁵⁰ Para maior detalhe sobre as competências deste profissional *vide* capítulo 5.1.

²⁵¹ Enfermeiro versus investigador.

realizar esta desconstrução, pois as suas prenoções têm levado à sua desvalorização e subaproveitamento. Em segundo lugar, a mencionar um outro objetivo de cariz mais descritivo, relacionado com as observações *in loco*, tendo neste concreto sido descritos e analisados vários aspetos relacionados com os componentes do tempo social. Relativamente ao terceiro objetivo (geral), que se foca na análise subjetiva da espera, a referir que a sua concretização colhe essencialmente na análise das entrevistas, tendo sido interpretados e inferidos os aspetos que o material empírico suporta. Assim, seja ao nível dos objetivos gerais, seja dos objetivos específicos, a referir que foram todos objeto de análise ao longo desta investigação e consideram-se atingidos.

De um modo geral, esta investigação permitiu uma imersão na realidade de quem espera no SU, procurando destrinçar os seus aspetos idiossincráticos, trazendo à luz da análise sociológica o conceito de tempo social, que permite uma análise mais fina e particular do tempo decorrido em determinados contextos e\ou grupos sociais. Daqui resulta, como se referiu na introdução, que existe um tempo próprio de cada grupo e contexto, tendo uns, é certo, mais relevância do que outros. Com efeito, mesmo dentro da mesma instituição, o tempo (social e quantitativo) da sala de espera do SU é diametralmente²⁵² diferente do tempo da sala de espera das consultas externas. Ou seja, “as esperas” diferem, e com muita probabilidade podemos assumir que os minutos na sala de espera das consultas externas são experienciados sem a complexidade e efervescência que caracteriza o tempo social do SU, pelo que se pode afirmar que o *kairós* é fator de valoração e significação do tempo quantitativo.

O ponto referido anteriormente é crucial, pois a tese que se advoga vai no sentido de considerar o tempo na sala de espera do SU como tendo aspetos específicos, desde logo o *locus*,

²⁵² Não tendo sido realizada uma abordagem comparativa, observações exploratórias sugerem que estas diferenças são evidentes.

um não-lugar, espaço quasi-sagrado,²⁵³ onde existem interações, práticas e subjetividades muito particulares. O tempo vivenciado neste *setting* corresponde a uma noção temporal volátil e dual, sendo estas as suas características base. Volátil porque o tempo é disruptivo, vive-se a ciclos rápidos que se alternam entre dois estados quase antitéticos, manifestos em dois componentes base do tempo social: interações/práticas sociais e subjetividades²⁵⁴. Para além destes dois aspetos, destaca-se a mescla (i.e dualidade) do *movere* com a *stasis*, em que o movimento ocupa um lugar de destaque no que foi descrito e analisado, permitindo a (re) construção do conceito de espera. Mapear, descrever e analisar os eventos de um determinado contexto é crucial para o entendimento cabal da problemática do tempo. O que mais fica desta investigação será a relevância do *kairós* (e dos seus componentes), que neste concreto permitiram a descoberta e análise de um objeto (fenómeno social total) e *setting* com uma grande densidade e relevância sociológica.

²⁵³ Entre outros elementos, a mencionar a porta para a sala “pequena”, para onde todos “olham”, que representa de certa forma “o outro lado”, uma divisão entre os que “curam” e os que “esperam”.

²⁵⁴ Com efeito, existe calma e agitação, cooperação e conflito, passividade e *movere*, esperança e (des) esperança, ruído e silêncio, entre outros, componentes que se intercalam, num grau e intensidade que permite a destrição e caracterização desta vivência particular do tempo como volátil e dual.

Referências Bibliográficas

- Adey, P. (2006). If Mobility is everything then it is nothing: Towards a relational politics of (Im)mobilities. *Mobilities*, 1(1), 75-94.
- Adey, P., Bissel, D., Hannam, K., Merriman, P., & Sheller, M. (2014). The Routledge Handbook of Mobilities. In P. Adey, D. Bissel, K. Hannam, P. Merriman, & M. Sheller (Eds.). New York: Routledge.
- Administração Central Sistema Saúde. (2016). Urgências só para quem não pode esperar. *Acontece*, 7, 6-9: Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Acontece-N7-dezembro-2016_online-2.pdf
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*, 23(3), 346-358. doi:10.1111/jonm.12138
- Anacom. (2018, Novembro 16). 7,2 milhões de pessoas em Portugal usam Internet móvel. <https://www.anacom.pt/render.jsp?contentId=1462951>
- Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., & Bonaiuto, M. (2012). Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology* 32, 97-111.
- Angrosino, M. (2007). *Doing Ethnographic and Observational Research*. London: Sage.
- Antunes, H. F. (2014). O modo de vida urbano: pensando as metrópoles a partir das obras de Georg Simmel e Louis Wirth. *Ponto Urbe [Online]*, 15. doi:<https://doi.org/10.4000/pontourbe.2565>

- Araújo, E. (2012). A espera e os estudos sociais do tempo e sociedade. In E. Araújo & E. Duque (Eds.), *Os tempos sociais e o mundo contemporâneo. Um debate para as ciências sociais e humanas* (pp.9-21). Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade; Universidade do Minho.
- Arreigoso, V. (2020, Fevereiro 21). Sondagem: SNS chumba claro no Algarve e passa à justa no resto do país. *Expresso*. Disponível em: <https://expresso.pt/politica/2020-02-21-Sondagem-SNS-chumba-claro-no-Algarve-e-passa-a-justa-no-resto-do-pais>
- Associação Portuguesa de Sociologia. (n.d). Código deontológico. Disponível em: <https://aps.pt/pt/codigo-deontologico/>
- Augé, M. (2008). *Non-places: introduction to an anthropology of supermodernity*. London: Verso.
- Azeredo, T. R., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C., & Martins, J. C. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*, 23(2), 47-52. doi:10.1016/j.ienj.2014.06.001
- Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris: J. Vrin.
- Baltazar, M. (2016). Anthony Giddens e a teoria da estruturação. *Desenvolvimento e Sociedade Revista Interdisciplinar em Ciências Sociais* (nr. 1), 83-91.
- Bandeira, M. A., A; Gomes, C.; Tomé, L.; Mendes, F; Baptista, M.; Moreira, M.; Cabral, M. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspetivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood: Prentice Hall.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Bartholomew, A. J., Meck, W. H., & Cirulli, E. T. (2015). Analysis of Genetic and Non-Genetic Factors Influencing Timing and Time Perception. *PLOS ONE*, 10(12), e0143873. doi:10.1371/journal.pone.0143873
- Basílio, M. P. (2010). Tempos Líquidos. *Sociologias*, 438-449. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222010000100016>
- Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U. (1999). *World risk society*. Malden, MA: Polity Press.
- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (1994). *Reflexive modernization: politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Stanford: Stanford University Press.
- Bergmann, W. (1992). The problem of time in sociology: An overview of the literature on the state of theory and research on the 'Sociology of Time', 1900-82. *Time & Society*, 1(1), 81-134.
- Berkhout, C., Moussaa, S. Z.-M.-., Bouchea, A. W.-., Favrea, J., Peremansb, L., & Royen, P. V. (2018). Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. *European Journal of general practice*, 24(1), 202–210.
- Bourdieu, P. (1995). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bulmer, M. (1982). When is disguise justified? Alternatives to covert participant observation. *Qualitative Sociology*, 5, 251–264.
- Cambridge Dictionary. (2020a). Wait. Cambridge Dictionary.com. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/wait>
- Cambridge Dictionary. (2020b). Overlooked. Cambridge Dictionary.com. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/overlook>
- Cambridge Dictionary. (2019c). Underdog. Cambridge Dictionary.com. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/underdog>

- Cambridge Dictionary. (2020d). Ethos. Cambridge Dictionary.com. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/underdog>
- Cambridge Dictionary. (2020e). Infer. Cambridge Dictionary.com. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/diccionario/ingles/infer>
- Cambridge Dictionary. (2020f). Stare. Cambridge Dictionary.com. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/diccionario/ingles/stare>
- Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2008). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4.^a ed.). Paris: Dunod.
- Campos, A. (2019, Maio 24). Violência contra profissionais de saúde aumenta. Há quatro queixas por dia. *Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/05/24/sociedade/noticia/dia-ha-quatro-queixas-violencia-profissionais-saude-1874057>
- Campos, A. (2020, Fevereiro 15). O que está a acontecer ao seu familiar na urgência? S. João envia informação por SMS. *Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/02/15/sociedade/noticia/acometer-familiar-urgencia-s-joao-envia-informacao-sms-1904240>
- Campos, L. M. (2015). *Introdução às Teorias Sociológicas: de Marx a Bourdieu* (1.^a ed.). Faro: Sílabas & Desafios.
- Carlomagno, M., & Rocha, L. (2016). Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: Uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, 7(1). 173-188.
- Castells, M. (1977). *The urban question: A marxist approach*, London: Edward Amold.
- Castells, M. (2001). *The Internet galaxy: Reflections on the internet, business, and society*. Oxford: Oxford University Press.
- Castells, M. (2010). *The rise of the network society*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.

- Castoriadis, C. (1987). *The imaginary institution of society*. Cambridge: MIT Press.
- Cooley, C. H. (1909). *Social organization; a study of the larger mind*. New York: C. Scribner's sons.
- Costa, R. (2004). A construção sociológica do tempo: do «cada um por si» ao «um por todos». *Economia e Sociologia*(76), 63-87.
- Costa, R. (2015). On the timelessness and timeliness of categorical analysis: the past, present, and yet to come of searching for latent meanings. *Estudos em Comunicação*(18), 79-106.
- Costa, R. (2016). “*Viagens na minha terra*”. *Notas sobre mobilidades, materialidades e sentidos do ver*. Comunicação apresentada no IX Congresso português de sociologia, Faro.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2.^a ed.). Coimbra: Almedina
- Cresswell, T. (2006). *On the move: Mobility in the modern western world*. New York: Routledge.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & reserach design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Cruz, J. (2013). *À espera no Hospital: onde param os seus olhos?* [Dissertação não publicada], ISCTE-IUL, Lisboa.
- Dace, T. (2018). The arrow of time. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 14(3), 321-321-333.
- Dalakoglou, D., & Harvey, P. (2012). Roads and anthropology: Ethnographic perspectives on space, time and (im)mobility. *Mobilities*, 7(4), 459-465. doi:10.1080/17450101.2012.718426
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Decreto-Lei n.º 58 (2016). Diário da República: Série I, n.º 165, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/75216373/details/maximized>
- Direção Geral Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação 0/21/2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>
- Direção Geral Saúde. (2016). *Violência interpessoal abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Gráfica Comercial. https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Duignan, B., & West, H. (2020, Abril 23). Utilitarianism. Britannica.com. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/utilitarianism-philosophy>
- Durkheim, É. (1915). *The elementary forms of the religious life*. New York: Free Press
- Durkheim, É. (1964). *The division of labor in society*. New York: Free Press
- Eliade, M., & Diószegi, V. (2020, Maio 12). Shamanism. Britannica.com. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/shamanism>
- Elias, N. (1989). *Sobre el tiempo*. Madrid: Fondo de Cultura Economica.
- Emerson, R., Fretz, R., & Shaw, L. (2011). *Writing ethnographic field notes*. Chicago: University of Chicago.
- Encyclopaedia Britannica. (2019, Junho 9). Sundial. Britannica.com. Disponível em: <https://www.britannica.com/technology/sundial>
- Fadhilah, A., Azzuhri, M., & Andarini, S. (2018). The effect of clarity of information and comfort of waiting room on satisfaction with drug service through perception of waiting time. *Journal of Applied Management*, 16(2), 205-214. doi: <http://dx.doi.org/10.21776/ub.jam.2018.016.02.03>

- Ferreira, V. M. R., & Arco-Verde, Y. F. d. S. (2001). Chrónos & Kairós: o tempo nos tempos da escola. *Educar em Revista*, nr.º 17, 63-78. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.220>
- Flaherty, M. G., & Fine, G. A. (2001). Present, past, and future. *Time & Society*, 10(2-3), 147-161. doi:10.1177/0961463x01010002001
- Flick, U. (2014). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. Los Angeles: SAGE.
- Fortunati, L., & Taipale, S. (2016). Mobilities and the network of personal technologies: Refining the understanding of mobility structure. *Telematics and Informatics*. 34(2), 560-568.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1984). Of other spaces: Utopias and heterotopias. *Architecture /Mouvement/ Continuité*. Disponível em: <https://web.mit.edu/allanmc/www/foucault1.pdf>
- Foucault, M., Rabinow, P., & Faubion, J. D. (1997). *The essential works of Foucault, 1954-1984*. New York: New Press.
- Foucault, M., Senellart, M., & Collège de France. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-79*. New York: Palgrave Macmillan.
- Fradejas-García, I., & M. Mülli, L. (2019). (Im)mobile workers: entangled regimes of (im)mobility within the United Nations system. *Mobilities*, 14(6), 906-922. doi:10.1080/17450101.2019.1669914
- Furtado, M. (2011). *Uma discussão acerca do conceito de crença*. [Dissertação não publicada]. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Gasparini, G. (1986). Il tempo. Un percorso sociologicamente orientato. *Studi di Sociologia*, 24(1), 54-78.
- Geertz, C. (2008). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Giddens, A. (2009). *Sociology* (6.ª Ed.). Cambridge: Polity Press.

- Glick Schiller, N., & Salazar, N. B. (2013). Regimes of mobility across the globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), 183-200. doi:10.1080/1369183X.2013.723253
- Godet, M. (1985). *Prospective et planification stratégique*. Paris: Economica.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Gonçalves, G., Silva, S., Pereira, E. R., Oliveira, J. O. d., & Kodato, Y. M. (2013). Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 1000-1013.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 78(6), 1360-1380
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Principia: Cascais
- Gurvitch, G. (1964). *The spectrum of social time*. Dordrecht: D. Reidel
- Stets, J., & Turner, J. H. (Eds.). (2006). *Handbook of the sociology of emotions*. New York: Springer
- Hannam, K., Sheller, M., & Urry, J. (2006). Editorial: Mobilities, immobilities and moorings. *Mobilities*, 1(1), 1-22. doi=10.1080/17450100500489189
- Harvey, D. (1989). *The condition of postmodernity*. Cambridge: Blackwell.
- Holm, L., & Fitzmaurice, L. (2008). Emergency department waiting room stress: can music or aromatherapy improve anxiety scores? *Pediatr Emerg Care*, 24(12), 836-838. doi:10.1097/PEC.0b013e31818ea04c
- Holmes, M. (2009). *Gender and everyday life*. New York: Routledge.

- Hubert, H., & Mauss, M. (1905/1929). Étude sommaire de la représentation du temps dans la religion et la magie. In *Collection: Travaux de l'Année sociologique* (189-229). Paris: Librairie Félix Alcan.
- Hughes, M., & Kroehler, C. J. (2011). *Sociology: the core* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Janca, A., & Bullen, C. (2003). The aboriginal concept of time and its mental health implications. *Australasian Psychiatry*, *11*(1_suppl), S40-S44. doi:10.1046/j.1038-5282.2003.02009.x
- Johnson, D. P. (2008). *Contemporary sociological theory: an integrated multi-level approach*. New York: Springer.
- Kadushin, C. (1962). Social distance between client and professional. *American journal of sociology*, *67*(5), 517-531.
- Kalir, B. (2012). Moving subjects, stagnant paradigms: Can the 'mobilities paradigm' transcend methodological nationalism? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *39*(2), 311-327.
- Kappert, M. B., Wuttke-Linnemann, A., Schlotz, W., & Nater, U. M. (2019). The aim justifies the means-differences among musical and nonmusical means of relaxation or activation induction in daily life. *Front Hum Neurosci*, *13*, 36. doi:10.3389/fnhum.2019.00036
- Kelli, I., Debra, J., Virginia, P., & Doug, E. (2017). Emergency department waiting room nurse role: A key informant perspective. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 6-11. doi:10.1016/j.aenj.2016.12.002
- Kendall, D. (2012). *Sociology in our times: the essentials*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.

- Lei Constitucional n.º 1 (2005). Diário da República, n.º 155, Série I-A. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/243729/details/normal?q=Lei+Constitucional+1%2F2005>
- Lei n.º 48 (1990). Diário da República, n.º 195, Série I, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal>
- Lei n.º 33 (2009). Diário da República: Série I, n.º 134. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/492408/details/maximized>
- Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L. (2003). Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. *Environment and behavior*(6), 842-869.
- Lee, S., Ramenzoni, V. C., & Holme, P. (2010). Emergence of collective memories. *PLOS ONE*, 5(9), e12522. doi:10.1371/journal.pone.0012522
- Leshan, L. L. (1952). Time orientation and social class. *J Abnorm Psychol*, 47(3), 589-592.
- Liang, H.-W., & Hwang, Y.-H. (2016). Mobile phone use behaviors and postures on public transportation systems. *PLOS ONE*, 11(2), e0148419. doi:10.1371/journal.pone.0148419
- Lipovetsky, G. (1983). *L'ère du vide: essais sur l'individualisme contemporain*. Paris: Gallimard.
- Lipovetsky, G., & Serroy, J. (2007). *L'écran global: culture-médias et cinéma à l'âge hypermoderne*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lopez-Casasnovas, G., Maynou, L., & Saez, M. (2015). Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators. *Social Indicators Research*, 121, 149–175. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0628-4>
- Löw, M. (2013). O spatial turn: para uma sociologia do espaço. *Tempo Social*, 25, 17-34. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702013000200002&nrm=iso

- Macionis, J. (2012). *Sociology* (14th ed.). Boston: Pearson.
- Magalhães, P. (2019, Fevereiro 14). Número de urgências e consultas aumentaram em 2018. *Diário de Notícias*. Disponível em: <https://www.dn.pt/pais/consultas-nos-centros-de-saude-e-nos-hospitais-aumentaram-em-2018-10575287.html>
- Mann, L. (1969). Queue culture: The waiting line as a social system. *American journal of sociology*, 75(3), 340-354. <http://www.jstor.org/stable/2775696>
- Marja-TerttuTryggvason. (2006). Communicative behavior in family conversation: Comparison of amount of talk in Finnish, SwedishFinnish, and Swedish families. *Journal of Pragmatics*, 38, 1795–1810.
- Marvasti, A. (2004). *Qualitative research in sociology*. California: Sage.
- Maskell, K., McDonald, P., & Paudyal, P. (2018). Effectiveness of health education materials in general practice waiting rooms: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 68(677), 869-876.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Mauss, M. (1966). *The gift: forms and functions of exchange in archaic societies*. London: Cohen & West LTD.
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. New York: The Macmillan Company.
- McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of clinical epidemiology*, 67(3), 267-277. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.015
- McLuhan, M. (1962). *The Gutenberg galaxy; The making of typographic man*. Toronto: University of Toronto Press.
- Mead, G. H., & Murphy, A. E. (1980). *The philosophy of the present*. Chicago: University of Chicago Press.

- Mendes, M., Magano, O., & Costa, R. (2020). Ciganos portugueses: Escola e mudança social. *Sociologia, Problemas E Práticas*, 93, 109-126. doi: 10.7458/SPP20209313546
- Merriam-Webster. (2020a). Kairos. Merriam-Webster.com dicionários. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/kairos>
- Merriam-Webster (2020b). Mobility. Merriam-Webster.com dicionários. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/mobility>
- Merriam-Webster (2020c). Conflict. Merriam-Webster.com dicionários. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/conflict>
- Merriam-Webster. (2020d). Healthcare. Merriam-Webster.com dicionários. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/health%20care>
- Merton, R. K., Hochstim, P., & Plake, K. (1997). *Anomie und Wertsystem Nachträge zur Devianztheorie Robert K. Mertons*. Hamburg: Universität der Bundeswehr Hamburg.
- Ministério da Saúde. (2016). Tempos médios de espera. <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes>
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1986). The discovery of the masses. In (C. Graumann e S. Moscovici Ed.) *Changing conceptions of crowd mind and behavior* (pp.5-21). New York: Springer.
- Moscovici, S., & Abrieu, J. C. (1984). *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Murray, B. D., & Kensinger, E. A. (2014). The route to an integrative associative memory is influenced by emotion. *PLOS ONE*, 9 (1). doi:10.1371/ journal.pone.0082372
- Negrão, M., Silva, P., Paraizo, C., Gomes, R., Dázio, E., Rezende, E., . . . Fava, S. (2018). The waiting room: potential for people with arterial hypertension to learn. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2930-2937.

- Nowicka, M. (2006). Mobility, space and social structurati in the second modernity and beyond. *Mobilities*, 1(3), 411–435.
- O’Rand, A., & Ellis, R. A. . (1974). Social class and social time perspective. *Social Forces*(53), 53-62.
- Observador. (2017, Maio 10). Deputada australiana faz história no parlamento ao amamentar filha. *Observador*. Disponível em: <https://observador.pt/2017/05/10/deputada-australiana-faz-historia-no-parlamento-ao-amamentar-filha/>
- Pais, J. M. (2002). *Sociologia da Vida Quotidiana*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Pais, J. M. (2016a). *Enredos sexuais, tradição e mudança: as mães, os zecas e as sedutoras de além-mar*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Pais, J. M. (2016b). Tessituras do tempo na contemporaneidade. *Artcultura*, 18(33). <https://doi.org/10.14393/ArtC-V18n33-2016-2-01>
- Parker, H. (1978). *View from the boys: A sociology of down-town adolescents*. Londres: David and Charles.
- Parsons, T. (1937). *The structure of social action; a study in social theory with special reference to a group of recent European writers*. New York: McGraw-Hill
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Paula, J. P. (2012). O direito à saúde. *Pensar Enfermagem*, 16(1). 51-61.
- Paula, J. P. (2018). *Uma perspetiva qualitativa sobre a espera nas urgências: Proof of concept*. Comunicação apresentada no Seminário Internacional e Interdisciplinar: Viver em|a mobilidade: (Com)Passos, Rumos e Políticas, Évora.
- Paula, J. P. (2019). “Small talk?”: Implicações sociológicas do boato. *Análise Social*, 4(233), 782-803.
- Pereira, A., & Andraz, J. M. (2009). *Investimento público e assimetrias regionais*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. ISBN: 978-972-671-236-7

- Pereira, V. (2020, Fevereiro 13). Morreu-lhe nos braços à espera de ser visto na urgência. *Jornal de Notícias*. Disponível em: <https://www.jn.pt/local/noticias/viseu/lamego/morreu-lhe-nos-bracos-a-espera-de-ser-visto-na-urgencia--11815983.html>
- Pew Research Center. (2018, Maio 29). Being Christian in Western Europe. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/>
- Pew Research Center. (2019, Junho 12). Mobile Fact Sheet. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/mobile/>
- Porto Editora. (n.d). *Crença*. Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/crença>
- Prado Coelho, E. (2006). *Nacional e Transmissível*. Lisboa: Guerra e Paz.
- Priberam. (n.d a). Tempo. Priberam.com dicionários. Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo/tempo>
- Priberam. (n.d b). Espera. Priberam.com dicionários. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/espera>
- Pronovost, G. (1983). *Temps, culture et société*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Pucci, C., Araújo, R., Rego, H., Pinto, G., Alves, T, Feitosa, F. (2014). The's dentados: uma assistência divertida e educativa na sala de espera da clínica odontológica. *Revista Ciência em Extensão*, 10(3), 77-84.
- Queirós, E. (1987). *A cidade e as serras*. Lisboa: Ulisseia.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ray, M. (2020, Junho 7). Schengen Agreement. *Encyclopaedia Britannica*. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/Schengen-Agreement>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 25 (2013). Diário da República: Série I, nr.º75, Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/260415/details/maximized?q=2020>

- Ricœur, P., Harion, D., & Welsen, P. (2015). *Der lange Weg der Interpretation: Perspektiven auf Paul Ricoeurs hermeneutische Phänomenologie*. Regensburg: Roderer Verlag.
- Ritzer, G. (2011). *Sociological theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ritzer, G., & Ryan, J. M. (2011). *The concise encyclopedia of sociology*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Salazar, N. B. (2010). Towards an anthropology of cultural mobilities. *Crossings: Journal of Migration and Culture*, 1, 53-68.
- Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G., & Valsiner, J. (2015). Social representations: A revolutionary paradigm? In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge Handbook of Social Representations* (pp. 3-12). Cambridge: Cambridge University Press.
- Samuelson, P. A., & Nordhaus, W. D. (2010). *Economics* (19th ed.). Boston: McGraw-Hill Irwin.
- Schildermans, H., & Vlieghe, J. (2018). Biopolitics and boredom in the waiting room. On the power of being bored in the context of preventive family support. *Critical studies in education*, 59(3), 330-347. doi:10.1080/17508487.2016.1197841
- Schneider, L., & Lysgaard, S. (1953). The deferred gratification pattern: A preliminary study. *American Sociological Review*, 18(2), 142-149. doi:10.2307/2087723
- Schwartz, R. (1978). Moral order and sociology of law: Trends, problems and prospects. *Annual Review of Sociology* 4 (1), 577-601.
doi.org/10.1146/annurev.so.04.080178.003045
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (n.d). MySNS Tempos.
<https://www.sns.gov.pt/apps/te-m-s-tempos-medios-na-saude/>
- Sheller, M., & Urry, J. (2006). The new mobilities paradigm. *Environment and Planning* 38, 207-226.

- Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. [Dissertação não publicada]. Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <file:///C:/Users/João/Desktop/etica/tese%202.pdf>
- Silva, Â. (2019). 20 horas inacreditáveis nas urgências de um hospital. *Expressso*. Disponível em: <https://expresso.pt/cronica/2019-02-28-20-horas-inacreditaveis-nas-urgencias-de-um-hospital#gs.8smbc4>
- Silva, C. (2018). Farmacovigilância: uma estratégia biopolítica. *Saúde e Sociedade*, 27(3), <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018166735>
- Silvano, F. (2001). *Antropologia do espaço: Uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Simmel, G. (1950). The metropolis and mental life. In K. H. Wolff (Ed.), *The sociology of Geroqe Simmel* (pp. 409-424). Illinois: Free Press.
- Singer, P. (1993). *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sociology Guide (2020). Cooperation. Disponível em: <https://www.sociologyguide.com/basic-concepts/Cooperation.php>
- Sorokin, P. (1943). *Sociocultural causality, space, time: A study of referential principles of sociology and social science*. New York: Russell-Russell
- Sorokin, P., & Merton, R. (1937). Social time: A methodological and functional analysis. *American journal of sociology*, 42(5), 615-629.
- Stryker, S. (2006). Traditional symbolic interactionism, role theory, and structural symbolic interactionism: The road to identity theory. In J. H. Turner (Ed.), *Handbook of Sociological Theory* (pp. 211-233). New York: Springer.
- Studarus, L. (2018, Outubro 17). How the Finnish survive without small talk. *BBC*. Disponível em: <http://www.bbc.com/travel/story/20181016-how-the-finnish-survive-without-small-talk>

- Subrt, J. (2015). Social time, fact or fiction? Several considerations on the topic. *Sociology and Anthropology* 3(7), 335-341. doi:10.13189/sa.2015.030702
- Taipale, S. (2012). Mobilities in Finland's information: Society strategies from 1995 to 2010. *Mobilities*, 8(2), 293-311. doi:10.1080/17450101.2012.655975
- Tedlock, B. (2005). The observation of participation and the emergence of public ethnograph. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp.467-483). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Terra, L. S. V., & Campos, G. W. d. S. (2019). Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17 (2) 1-19.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. New York: Penguin Books.
- Toffler, A. (1989). *Third wave*. New York: Bantam Books.
- Urry, J. (2000). *Sociologie beyond societies. Mobilities for the twenty-first century*. New York: Routledge.
- Urry, J. (2002). Sociologia do tempo e do espaço. In B. Turner (Ed.), *Teoria Social* (p. 377-403). Alges: Difel.
- Venco, S. (2012). A história e a atualidade da compressão do tempo e do espaço. In E. Araújo & E. Duque (Eds.), *Os tempos sociais e o mundo contemporâneo. Um debate para as ciências sociais e humanas* (pp. 99-117). Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade; Centro de Investigação em Ciências Sociais; Universidade do Minho. Disponível em: <http://www.comunicacao.uminho.pt/cecs/>
- Venkatesh, S. A. (2008). *Gang leader for a day: A rogue sociologist takes to the streets*. New York: Penguin Press.

- Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. Berkeley: University of California Press.
- Whyte, W. F. (1993). *Street corner society: The social structure of an Italian slum*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wigley, E. (2017). Everyday mobilities and the construction of subjective spiritual geographies in 'Non-places'. *Mobilities*, 13(3), 411-425.
- Wild, C. F., Silveira, A. d., Rosa, E. d. O., Favero, N. B., Gueterres, É. C., & Leal, S. D. d. S. (2014). Educação em saúde na sala de espera de uma policlínica infantil: Relato de experiência. *Rev Enferm UFSM*, 4(3), 660-666.
- Williams, C. P., Elliott, K., Gall, J., & Woodward-Kron, R. (2019). Patient and clinician engagement with health information in the primary care waiting room: A mixed methods case study. *Journal of Public Health Research*, 8:1476, 19-25.
- Wiseman, H., & Tishby, O. (2018). *Developing the therapeutic relationship: Integrating case studies, research, and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Wood, A. W. (2017). Hegel on Morality. In D. James (Ed.), *Hegel's elements of the philosophy of right: A critical guide* (pp. 58-76). Cambridge: Cambridge University Press.
- World Tourism Organization. (2018, Maio 17). 2017 International tourism results: the highest in seven years. Disponível em: <https://www.unwto.org/global/press-release/2018-01-15/2017-international-tourism-results-highest-seven-years>
- Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., . . . Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLOS ONE*, 12(2), e0170811-e0170811. doi:10.1371/journal.pone.0170811
- Zambenedetti, G. (2012). Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1075-1086.

- Zerubavel, E. (1979). *Patterns of time in hospital life: A sociological perspective*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zerubavel, E. (1981). *Hidden rhythms: Schedules and calendars in social life*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zerubavel, E. (1982). The standardization of time: A sociohistorical perspective. *American journal of sociology*, 88(1), 1-23.
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. (2008). *The time paradox: The new psychology of time that will change your life*. New York: Free Press.

Apêndices

Grelha de Observação

Grelha observação diária	Data:		Hora inicial:	Hora final:
Local: Período:				
Área				
Observação\Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Observações Diárias	

<p>1 - O espaço: que influências na espera?</p>	<p>Descrição dos objetos que fazem parte do espaço</p>	<p>Caracterização dos objetos (e.g <i>vending machines</i>);</p> <p>Caracterização do <i>guichet</i>;</p> <p>Número de cadeiras;</p> <p>Cheiros;</p> <p>Lugar da espera (lá fora ou cá dentro?);</p> <p>Sons;</p> <p>Cores;</p> <p>Iluminação;</p> <p>Informação visível e disponível;</p>	
--	---	--	--

	Distanciamentos	<p>aceno/inclinação para baixo com a cabeça);</p> <p>Abraçar, familiaridade, elogio, interesse, iniciar conversas, sociabilidade deferida;</p> <p>Relações de oposição, gesticular (e.g apontar o dedo), duvidar;</p> <p>Tensão latente (e.g rispidez, tom de voz, linguagem corporal);</p> <p>Conflitos francos (e.g voz alta...);</p> <p>Ignorar tentativas de diálogo, sociabilidade indeferida;</p>	
--	------------------------	---	--

	<p>Satisfação, contentamento, alívio (e.g sorrisos);</p> <p>Sociabilidade indeferida vs deferida;</p> <p>“Movimentado”: “solitário”; “inquiridor”; “ansioso”; “resignado”; “revoltado”;</p>	
<p>4 - Que objetos são manuseados na espera?</p>		<p>Uso de telemóvel;</p> <p>Tocar em adereços religiosos;</p> <p>Mexer no maço de tabaco;</p> <p>Ler folhetos, livros, jornais;</p> <p>Uso de <i>vending machines</i>;</p>

		Outros;	
5 – “Passar o Tempo”: que práticas?		Fumar; Passear (movimentos <i>back and forward</i>); Práticas de cariz religioso;	
6 - Caracterização do Tempo Social	Descrição Qualitativa - destacar as situações mais relevantes na observação	Curta, longa, entrou rápido, morosa, entrou e saiu na mesma sessão de observação;	

7 - Outros Aspectos Relevantes		Símbolos, aspectos culturais; Valores manifestados, entre outros;	
8 - Comentários Reflexivos			

Guião de Entrevistas

Perguntas

1 - Caracterização sociodemográfica

2 - Já foi às urgências do HESE?

3 - Como é a sua relação com o hospital?

Explorar: importância do hospital; função e acessibilidade dos cuidados saúde; percepção do atendimento; noção de priorização das situações;

4 - O que pensava enquanto esperava?

Explorar: noção geral do tempo à espera, motivos e ações; cenários, estratégias e funções; dilatação vs encurtamento temporal; Humor;

5 - O que sentiu naqueles momentos à espera?

Explorar: emoções associadas à espera (e.g angústia, desespero, solidão); dilatação vs encurtamento temporal; apoio da família e amigos

6 - Qual a influência da religião na espera?

Explorar: tipos de crenças; símbolos; importância da religião\espiritualidade na espera; influência do espaço; significados

7 – Nesse tempo à espera o que observou?

Explorar: olhares, dinâmicas, grupos, conflitos, cooperação, papéis, disposição espacial, gestos, posturas; influência das normas e socialização

8 – O que fazia enquanto esperava?

Explorar: manuseamento de objetos pessoais ou inclusos no espaço, procura de informações, movimentos; influência das normas e socialização,

9 – Enquanto esperava conversou com alguém? Com quem? Sobre o quê?

Explorar: silêncios; com quem interagiu (e.g profissionais, outros utentes), temas da conversa; espera solitária e passiva; convivialidade; lugar de encontros;

10 – Refira-me aspetos positivos da espera? E negativos?

11 – O que pode ser feito para melhorar o atendimento dos que esperam?

Explorar: deficiências do espaço, funcionamento da sala de espera, normas

Dados Sociodemográficos dos Entrevistados

	Nome ²⁵⁵	Profissão	Idade	Escolaridade ²⁵⁶
Entrevistado 1	Ana	Professora Universitária	61	Doutoramento
Entrevistado 2	Clara	Assistente de <i>Call Center</i>	37	Licenciatura (Sociologia)
Entrevistado 3	Lara	Enfermeira	33	Licenciatura (Enfermagem)
Entrevistado 4	Júlia	Assistente Operacional (HESE)	65	12º ano
Entrevistado 5	Camila	Assistente Operacional (Lar)	46	9º ano
Entrevistado 6 (etnia cigana)	Rafael	Reformado	59	Sem escolaridade Analfabeto
Entrevistado 7 (etnia cigana)	Mariana	Apoio Social (RSI) ²⁵⁷	53	Sem escolaridade Analfabeto
Entrevistado 8 (etnia cigana)	Sofia	Reformada	69	Sem escolaridade Analfabeto

²⁵⁵ A fim de manter o anonimato dos entrevistados, todos os nomes são fictícios.

²⁵⁶ Não se menciona a licenciatura de alguns entrevistados ou porque é evidente, em decorrência da profissão que desempenham, ou porque em alguns casos o entrevistado não referiu este tipo de informação.

²⁵⁷ Beneficiária do Rendimento Social de Inserção.

Entrevistado 9	Valentina	Reformada	64	Licenciatura (Serviço Social)
Entrevistado 10	Beatriz	Reformada	60	Licenciatura (Enfermagem)
Entrevistado 11	Miguel	Militar da GNR	49	12.º ano
Entrevistado 12	Letícia	Técnica Superior (exerce cargo político)	51	Licenciatura (Educadora de Infância)
Entrevistado 13	Carolina	Técnica Superior da Administração Pública	61	Licenciatura + Curso Mestrado Sociologia
Entrevistado 14	Cecília	Assistente Operacional (CME)	49	12.º ano
Entrevistado 15	Gabriel	Consultor de Tecnologias da Informação	39	Licenciatura + Pós-Graduação
Entrevistado 16	Alice	Estudante	25	Licenciatura (Música)
Entrevistado 17	Helena	Enfermeira	30	Licenciatura (Enfermagem)
Entrevistado 18	Pedro	Operador de <i>Call Center</i>	26	Licenciatura
Entrevistado 19	Luísa	Assistente Operacional (Limpeza Hospitalar)	59	12.º ano
Entrevistado 20	Lucas	Eng.º Agrónomo	40	Licenciatura
Entrevistado 21	Eduarda	Técnica Saúde e Social	44	Licenciatura

Entrevistado 22	Gonçalo	Formador	37	Licenciatura + Mestrado + Frequência do Doutoramento
Entrevistado 23	João	Professor (Ensino Secundário)	49	Licenciatura + Mestrado
Entrevistado 24	Eliana	Professora (Ensino Básico)	47	Licenciatura + Mestrado
Entrevistado 25	Maria	Técnica Superior (Educação)	39	Licenciatura
Entrevistado 26	Luísa	Empresária	40	Licenciatura + Mestrado

Maxqda Code System

C:\Users\ymp\p\Desktop\ambiente trabalho\Doutoramento\Projecto.Espera.mxs - MAXQDA 11 (Release 11.1.4)

Project Edit Documents Codes Summaries Memos Variables Analysis Mixed methods Visual tools Windows MAXDictio Toolbars ?

A experiência do espaço Da privacidade emoticode

Code System	Count	Retrieved Segments
Code System	375	
A ida às urgências: impressões	37	
Atendimento	39	
Priorização	20	
Objetos envolvidos na espera	22	
Lógicas de cooperação	13	
Lógicas de conflito	33	
"Ouvir os outros": o que se fala nas urgências	43	
"Olhar os outros": o que se vê nas urgências	19	
Abandono e solidão	19	
O lugar das crenças	19	
A experiência do espaço	30	
Da privacidade	11	
Perceções do tempo	31	
Movimentos	17	
Stillness	9	
Improvements	18	
Sets	0	