

Tatiana Gomez Espinha

Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado

PUC-Campinas

2007

Tatiana Gomez Espinha

Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Dr. Mauro Martins Amatuzzi

PUC-Campinas

2007

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t362.11019 Espinha, Tatiana Gomez.
E77v Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado /
Tatiana Gomez Espinha. - Campinas: PUC-Campinas, 2007.
viii, 147p.

Orientador: Mauro Martins Amatzuzi.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de
Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Hospitais - Aspectos psicológicos. 2. Terapeuta e paciente. 3. Pessoal da área de
saúde mental e pacientes. 4. Cuidados com os doentes. 5. Psicologia centrada no cliente.
I. Amatzuzi, Mauro Martins. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de
Ciências da vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed.CDD – t362.11019

Tatiana Gomez Espinha

Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado

Banca Examinadora

Presidente Prof. Dr. Mauro Martins AmatuZZi

Prof. Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle

Prof. Dra. Vera Lúcia Pereira Alves

PUC-Campinas

2007

Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.
Como desencantá-la?
É a senha da vida
a senha do mundo.
Vou procurá-la.

Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.
Se tarda o encontro, se não a encontro,
não desanimo,
procuro sempre.

Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.

(Carlos Drummond de Andrade - A palavra mágica)

AGRADECENDO...

Inicialmente, agradeço aos meus pais, Olga e Francisco, pessoas essenciais em todos os momentos de minha vida e que me acompanharam sempre com muito amor;

Ao meu irmão, Marcelo, que sempre demonstrou a sua imensa capacidade de amar;

Ao Zé Willian, companheiro especial, que sempre esteve presente intensa e amorosamente, ensinando tantas possibilidades de viver;

À dona Janete agradeço também, pelo seu imenso cuidado e dedicação, pois a todo momento se mostrou preocupada e atenta;

À querida amiga Tati, parceira de todos instantes...Acredito que nossa amizade seja incondicional;

Ao "tio" Zé Carlos e à "tia" Nilce, que sempre me rodearam de carinho e atenção e me acolheram de maneira tão especial que me fazem sentir parte da família;

À Mariana e Cris, amigas para toda vida, que embora distantes sempre estiveram presentes de coração;

Às amigas Lú, Mazy, Marinha, Camila, Paula, Joyce, Carol(s) e Thais que sempre conseguiam tornar a vida mais leve e divertida;

Ao querido Flávio, que mesmo presente somente ao final desta caminhada, fez-me perceber a importância e o valor desse trabalho;

Ao Mauro, orientador e professor, agradeço imensamente pela sua disponibilidade e paciência em ter me acompanhado de maneira tão cuidadosa;

À Samanta, pessoa e profissional especial, que me acolheu excepcionalmente no momento final desse trabalho;

À Vera Alves, colega de trabalho e de discussões, agradeço pela oportunidade de poder continuar pesquisando;

À Camila, professora e amiga, por nossas preciosas discussões e pela sua preocupação e dedicação nos momentos de revisão desse trabalho;

À Carina, também professora e amiga, que me mostrou tantas possibilidades de viver de forma mais tranqüila e equilibrada;

Aos professores da pós-graduação em psicologia, por terem proporcionado tantos momentos de trocas;

À minha turma do mestrado e aos colegas do SAP, que muito contribuíram ao pensarmos juntos diversas coisas dessa dissertação,

Às meninas da secretaria da pós-graduação, que sempre se mostravam muito pacientes e atenciosas, mesmo quando todos já estávamos esgotados;

Aos diretores do Hospital, que permitiram a realização da pesquisa e acreditaram no meu trabalho;

A todos os funcionários do Hospital, em especial, Roseli, Eduardo, Gisa, Cíntia, Mara e Aline, que sempre se mostraram muito disponíveis;

A todas as pessoas da equipe de enfermagem, pois permitiram que eu conhecesse mais essa profissão tão especial e essencial;

Aos clientes do Hospital, em especial, aos participantes dessa pesquisa, que também me transformaram imensamente;

E, em especial, agradeço a Deus pela vida!!

Espinha, T. G. (2007). *Repensando o cuidado a partir de vivências de internação em hospital geral*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESUMO

Este estudo teve a intenção de compreender fenomenologicamente as vivências de internação em uma enfermaria de adultos de um hospital geral. Esta compreensão teve a finalidade de trazer elementos para uma discussão sobre o cuidado prestado a essas pessoas do ponto de vista psicológico, tanto por parte do psicólogo como também de outros profissionais que no hospital lidem com elas. Optou-se pela utilização de uma pesquisa qualitativa do tipo fenomenológico para a compreensão das vivências de hospitalização. Foram participantes da pesquisa quatro adultos, sendo três mulheres e um homem. Eles se encontravam internados na enfermaria de um hospital do interior do Estado de São Paulo. As entrevistas foram realizadas a partir da modalidade não-diretiva ativa e redigidas sob forma de narrativa. A análise fenomenológica das narrativas se constitui dos seguintes passos: leitura de cada narrativa buscando o significado das vivências de hospitalização; construção de uma síntese da vivência da hospitalização para cada participante; elaboração de uma síntese compreensiva da vivência a partir de todas as narrativas. Concluiu-se que: 1)A hospitalização deve ser compreendida enquanto processo, pois os participantes saíram do hospital diferentes do que quando chegaram. 2)As mudanças ocorridas estavam ligadas ao estado de humor, aos sentimentos e aos relacionamentos das pessoas hospitalizadas. 3)A condição psicológica dos participantes interferiu em sua condição física e foi relevante para a qualidade da vivência de internação. 4)Os fatos objetivos, como o longo ou breve tempo de internação, não se mostraram tão importantes para a qualidade subjetiva da internação quanto o significado de sua vivência. 5)Alguns relacionamentos estabelecidos pelos participantes, durante a internação, continham reciprocidade e outros não possuíam este elemento. 6)Os cuidados relacionados a regras e rotinas hospitalares foram recebidos de maneira diferente para cada participante, ou seja, para alguns isso favoreceu o bem-estar ao longo da internação e para outros, isso não aconteceu. A partir daí, foi possível pensar em um cuidado que estivesse atento ao processo da hospitalização e à qualidade subjetiva da internação, com base nas idéias de Carl Rogers e Martin Buber, especialmente sobre as atitudes referentes a esse cuidado.

Palavras-chave: hospitalização, cuidado, abordagem centrada na pessoa, pesquisa fenomenológica.

Espinha, T. G. (2007). *Rethink the care from experiences of internment in general hospital*. Mastership dissertation - Program of Post-Graduation in Psychology, Center of Sciences of the Life - Pontifical Catholic University of Campinas.

ABSTRACT

This study had the phenomenological intention to understand the experiences of internment in an adult infirmary in a general hospital. This understanding had the purpose to bring elements for a discussion about the psychological point of view of taking care of these people, from the psychologist point of view as well as of other hospital professionals who deal with them. It was opted to use a qualitative research from phenomenological type for the comprehension of the hospitalization experiences. Four adults had been participated the research, being three women and a man. They were interned in the infirmary of a hospital on the countryside of the State of São Paulo. The interviews had been carried through from active not-directive modality and written under narrative form. The phenomenological analysis of the narratives constitutes in the following steps: reading of each narrative searching the meaning of the hospitalization experiences; construction of a experience synthesis of hospitalization for each participant; elaboration of a comprehensive synthesis of the experience from all the narratives. One concluded that: 1) Hospitalization must be understood like a process, therefore the different participants had left the hospital unlike them arrived. 2) The occurred changes were connected to the state of humor, the feelings and the relationships of the hospitalized people. 3) The psychological condition of the participants intervened with their physical condition and was relevant for the quality of the internment experience. 4) The objective facts, as the long or brief time of internment, didn't had shown so important for the subjective quality of the internment like the meaning of their experience. 5) Some relationships established for the participants, during the internment, contained reciprocity and others do not had this element. 6) The cares, related to the hospital rules and routines had been received from different way for each participant, that is, for some this favored well-being throughout the internment and for others, it did not happen. From then on, it was possible to think about a care that watch over to the hospitalization process and the subjective quality of the internment, based on the ideas of Carl Rogers and Martin Buber, especially on the referring attitudes to this care.

Keywords: hospitalization, care, approach centered in the person, phenomenological research.

ÍNDICE

Agradecendo.....	v
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Manifestando uma intenção.....	1
Capítulo 1: Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).....	7
1.1 Abordagem Centrada na Pessoa: uma apresentação.....	11
1.2 A visão de homem.....	14
1.3 As atitudes facilitadoras como possibilidade para o crescimento.....	16
1.4 O diagnóstico e a psicologia: um olhar da ACP.....	21
Capítulo 2: A hospitalização e o cuidado.....	26
2.1 O fenômeno da hospitalização.....	28
2.2 Questões relativas ao cuidar.....	33
Capítulo 3: Caminho Metodológico.....	39
3.1 Uma introdução à pesquisa fenomenológica.....	40
3.2 Explorando o caminho.....	44
3.2.1 Apresentando o lugar.....	44
3.2.2 Apresentando os participantes.....	49
3.2.3 Conversando com os participantes.....	50
3.2.4 Como foi realizada a pesquisa.....	52
3.2.5 Passos para se chegar a uma compreensão do vivido.....	53

Capítulo 4: Desdobrando sentidos.....	55
4.1 Narrativa dos encontros com Dora.....	56
Síntese da vivência de hospitalização de Dora.....	64
4.2 Narrativa dos encontros com José.....	68
Síntese da vivência de hospitalização de José.....	76
4.3 Narrativa dos encontros com Helena.....	79
Síntese da vivência de hospitalização de Helena.....	87
4.4 Narrativa dos encontros com Filomena.....	90
Síntese da vivência de hospitalização de Filomena.....	102
4.5 Compreendendo a vivência da hospitalização.....	105
4.6 Síntese geral do vivido.....	112
Capítulo 5: Refletindo a hospitalização e o cuidado.....	115
Capítulo 6: O que é possível concluir?.....	134
Referência Bibliográfica.....	138
Anexos.....	146
Termo de consentimento livre e esclarecido.....	147

MANIFESTANDO UMA INTENÇÃO

“Se cada dia cai, dentro de cada noite, há um poço onde a claridade está presa. Há que sentar-se na beira do poço da sombra e pescar luz caída com paciência”. (Pablo Neruda)

Aliando os questionamentos com os quais venho me deparando em minha prática de psicologia à possibilidade de pesquisar em meu próprio campo de atuação, a intenção foi desenvolver uma pesquisa que trouxesse elementos para refletir e rever o que vem sendo desenvolvido na área da saúde que, a meu ver, poderá oferecer elementos para repensar uma maneira de atuação, muitas vezes, não questionada.

Com isso, o objetivo deste estudo é compreender fenomenologicamente as vivências de internação de adultos em uma enfermaria de um hospital geral. Esta compreensão tem a finalidade de trazer elementos para uma discussão sobre o cuidado prestado a essas pessoas do ponto de vista psicológico, tanto

por parte do psicólogo como também de outros profissionais que no hospital lidem com elas. Já que a presente pesquisa apresenta questionamentos encontrados no dia-a-dia de minha atuação enquanto psicóloga, no qual atendo pessoas hospitalizadas no hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, a seguir, contarei como pensei que seria relevante compreender o fenômeno da hospitalização.

A minha inserção no Hospital, alvo da pesquisa, ocorreu no início de 2004 com um projeto de Atenção Psicológica voltada aos funcionários. O serviço consistia em atender gratuitamente os funcionários do hospital, por meio de Plantão Psicológico e Psicoterapia. Em dezembro do mesmo ano, fui convidada a desenvolver um trabalho de atendimento psicológico às pessoas internadas no hospital e, no começo do ano de 2005, deu-se início ao serviço.

Ao longo dos meses, percebi que o setor onde os profissionais mais solicitavam atendimento psicológico era o da enfermaria de adultos. A equipe de profissionais da enfermaria foram constatando que, além de estarem doentes, as pessoas internadas, também não estavam bem emocionalmente. Havia sempre uma preocupação maior com os clientes julgados deprimidos pelos profissionais ou apáticos, e era nítida a angústia que eles geravam na equipe.

Durante os atendimentos a essas pessoas, percebi algumas das dificuldades sofridas por elas, durante a internação. O sofrimento delas, em alguns casos, já estava presente antes da hospitalização. Cada uma trazia sua história de vida para dentro do hospital, e, no momento da internação, isso se fazia presente. Diante disso, reconheci que era importante tentar compreender

a angústia que elas estavam vivenciando, procurando estar próxima do referencial que elas têm de suas vidas, havendo a possibilidade de proporcionar um encontro em que elas pudessem se colocar enquanto pessoas e não somente como doentes.

Inspirando-me na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, foi possível me aproximar das pessoas internadas de maneira mais humana. Por essa abordagem ter um enfoque na pessoa e na sua vivência, no momento do levantamento bibliográfico, procurei leituras que não realçassem a doença e sim a questão da vivência da hospitalização. No entanto, acabei me deparando com poucos estudos desse tipo, o que me incentivou a pesquisar mais sobre o assunto.

Foi possível perceber que, mesmo dentro da psicologia, há uma especificidade grande nessa área hospitalar, muitas vezes, as pesquisas são desenvolvidas a partir de determinada patologia, o que, em alguns casos, coloca a pessoa em segundo plano. Com isso, ao longo de toda a pesquisa sempre estive atenta em me aproximar das singularidades e diversidades da vivência da hospitalização, não tendo como critério de inclusão dos participantes qualquer diagnóstico médico.

Deixando as rotulações de lado, consegui me ater somente às vivências dos participantes e, apenas nesse momento, foi possível compreender a verdadeira importância desse olhar. Ao longo da pesquisa, percebi que, apesar de existirem algumas situações que possam amenizar ou intensificar um sofrimento ao longo da hospitalização, nada se mostrou mais importante do que a maneira como a pessoa vivencia essa situação. É nesse sentido que

penso ser relevante rever a questão do cuidado prestado no momento da internação.

A princípio, acredito que esse cuidado tenha como solo a possibilidade de se resgatar a “humanidade” das pessoas que em muitos contextos parece ter sido deixada de lado. A intenção dessa pesquisa, então, é despertar a possibilidade de se olhar de outra maneira aquele que vem em busca de um serviço de saúde. Partindo dessa perspectiva e levando em consideração a impossibilidade de considerar a pessoa em “partes” ou somente por meio do enfoque da doença, a proposta é estar atento à complexidade do ser humano.

A partir dessas reflexões, a pesquisa foi tomando forma e, com isso, tornou-se possível desenvolvê-la. Embora este estudo esteja pronto e dividido em capítulos, acho importante lembrar que a sua construção não aconteceu de maneira tão linear quanto possa parecer. Foram idas e voltas, construções e reconstruções que pareciam não ter mais fim. A sensação era de que sempre caberia mais alguma idéia, mas chega um momento em que é preciso decidir terminar. Acredito que o que foi escrito não seja uma verdade única e acabada, pelo contrário, espero que seja solo para novas construções e indagações. As palavras de Amatuzzi (1989) a respeito do término de um projeto podem ajudar a clarear esse sentimento:

“Existe um momento que sentimos que terminou. Mesmo que esse término seja de um ciclo, etapa ou momento, embora não do processo como um todo. É preciso também decidir terminar, pois há sempre algo que poderia ser dito. E não decidir aqui (mas,

pelo contrário, continuar falando) seria estagnar a vida, pois é com essa decisão que se muda de nível (...)” (p.195).

Os dois primeiros capítulos desse estudo contêm a introdução teórica da pesquisa. No primeiro são apresentados os principais conceitos da Abordagem Centrada na Pessoa, os quais são norteadores da prática de psicologia que desenvolvo no hospital em que a pesquisa foi realizada. Além dos conceitos teóricos, também situo como acontecem os atendimentos psicológicos feitos na enfermaria desse hospital. Já, no segundo capítulo, introduzo a questão do fenômeno da hospitalização, mas sem a intenção de esgotar o tema e sim de apresentar estudos já existentes referentes a esse assunto. Nesse mesmo capítulo, também foi discutida a questão do cuidado, o qual não se resume ao corpo do doente, mas pretende estar atento à complexidade do ser humano. A partir disso, recorri à questão da humanização do cuidado hospitalar e, mais especificamente, à aproximação existente entre a enfermagem e a fenomenologia.

O terceiro capítulo traz o caminho metodológico percorrido ao longo da pesquisa. Inicialmente, há uma introdução teórica a respeito da pesquisa fenomenológica, escolhida para realizar esse estudo. Em seguida, retomo o caminho de como a pesquisa foi desenvolvida na prática.

No capítulo seguinte, “Desdobrando sentidos”, contém as narrativas de cada participante da pesquisa e suas respectivas sínteses da vivência da hospitalização. Os dois últimos momentos desse capítulo – compreendendo a vivência da hospitalização e síntese geral do vivido – contêm elementos comuns encontrados no conjunto das narrativas.

No quinto capítulo, intitulado “Refletindo a hospitalização e o cuidado”, há uma reflexão fundamentada no diálogo com outros autores, tanto aqueles que realizaram pesquisas sobre o mesmo assunto como os que ajudaram a clarear e definir alguns conceitos que fizeram parte dessa pesquisa. Finalmente, no sexto e último capítulo – “O que é possível concluir?” – foram retomadas as principais idéias da pesquisa e apresentadas sugestões para pesquisas futuras.

Capítulo 1: ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA (ACP)

“Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder a si mesmo... E aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si próprio”. (Kierkegaard)

Este capítulo apresenta alguns dos principais conceitos da teoria da ACP de Carl R. Rogers norteadores dos atendimentos realizados com os clientes internados na enfermaria. Antes dessa revisão teórica, descreverei como acontece a prática dos atendimentos realizados no Hospital onde foi desenvolvida a pesquisa.

Apesar de os atendimentos psicológicos realizados no contexto hospitalar estarem situados dentro de uma prática da psicologia clínica, muitas vezes, eles são marcados por algumas diferenças, quando comparados ao contexto da psicologia clínica desenvolvida em consultórios: mudança no contexto e no enfoque.

A primeira se refere ao lugar onde a psicologia clínica, nos dias de hoje, tem se inserido. Rogers, em sua época, não pensou em uma prática

desenvolvida em instituições, muito menos em hospitais. Apesar de, ao final de sua carreira, ele ter ampliado sua prática para além de consultórios, Rogers não teve a pretensão de se aproximar de instituições. No entanto, atualmente, isso foi revisto e, em decorrência da emergência social em que vivemos, tivemos que procurar outros meios para dar conta de atender a população de maneira mais abrangente. Isso ocorreu quando os psicólogos foram para as instituições, cenário onde essa prática se constitui.

A segunda mudança se refere ao enfoque. Antes, o foco da psicologia clínica era a doença. A intenção era descobrir a patologia, por meio de um diagnóstico minucioso e, então, propunha-se um tratamento. Entretanto, atualmente, a atenção se voltou para o ser humano em sua complexidade. O encontro entre pessoas (psicólogo – cliente) passou a ser mais valorizado como fonte de transformações. Essa mudança foi iniciada por Rogers e, felizmente, hoje, ela ainda acontece.

Nesse Hospital, os atendimentos que realizo com as pessoas internadas acontecem, na maioria das vezes, no próprio leito do cliente. Com isso, em alguns momentos, a questão da privacidade fica comprometida, pois existe, quase sempre, mais de uma pessoa no quarto da enfermaria. Isso implica também em interrupções ao longo do atendimento para rotina de procedimentos da enfermagem, visita médica, visita de familiar, entre outras coisas. Portanto, o tempo de duração dos atendimentos é muito variado, pois além desses fatores que mencionei anteriormente, deve se considerar a condição de saúde/doença da pessoa internada. Ainda em relação ao tempo, é importante mencionar que a frequência dos atendimentos realizados também

depende das condições emocionais e físicas do cliente e do tempo que ele se encontra internado.

Coppe (1994) afirma que o atendimento psicológico hospitalar quebra os modelos clínicos tradicionais, pois o contexto em que ocorre é outro, lembrando-se que o cliente não vai ao hospital à procura de um psicólogo, muito menos de uma psicoterapia. Para o autor, a psicoterapia não cabe no contexto hospitalar, devido à exigüidade de tempo e à rotatividade dos clientes. Portanto, cada atendimento deve ser visto como único ou, até mesmo, último.

Esses atendimentos são oferecidos por meio de visitas de rotina no leito dos clientes, indicação da equipe (enfermeiros e assistente social) ou solicitação médica. Na visita de rotina, coloco-me à disposição, caso a pessoa precise conversar em decorrência de alguma preocupação ou angústia que esteja enfrentando. Na solicitação do médico ou na indicação por parte de outros profissionais, há uma preocupação em relação à condição emocional do cliente. Nesses casos, o atendimento acontece da mesma forma que a visita, havendo situações em que é necessário deixar explícito o pedido do médico. Independente da maneira como é solicitado ou oferecido o serviço, é importante lembrar que nem sempre a procura pela ajuda do psicólogo vem por parte do cliente, mas, ao final, sempre caberá a ele decidir se gostaria ou não de ser atendido.

A prática desses atendimentos está pautada na manifestação de certas atitudes do psicólogo, ocorridas de diversas maneiras. A intenção é ouvir atenciosamente o que o cliente tem para dizer, respeitar seus sentimentos e

convicções, compreender sua vivência a partir do seu referencial de vida, acompanhá-lo e acolhê-lo nessa situação de passagem pelo hospital.

O que isso pode proporcionar à pessoa internada? Ao oferecer um espaço para ela falar livremente de suas angústias, a pessoa poderá ouvir seus sentimentos e pensamentos mais cuidadosamente, havendo a possibilidade de explorar novos sentidos nesse momento de vida.

Apesar do foco não serem sintomas como, por exemplo, medos e ansiedades, cabe ressaltar que caso um destes seja emergente e a pessoa queira falar sobre isso naquele momento, então, eu irei acompanhá-la, uma vez que tenho percebido essas manifestações se amenizarem por meio da conversa. Considerando a atenção voltada para a vivência da pessoa, salienta-se não haver intenção de fechar um diagnóstico psicológico e nem de aplicar um conjunto de técnicas que eliminem os sintomas. Entretanto, em alguns casos, informações sobre as condições emocionais do cliente são transmitidas ao médico de maneira descritiva.

Para fundamentar teoricamente o que acabei de descrever, a seguir, realizo uma apresentação da ACP e discuto alguns temas integrantes da própria abordagem e do dia-a-dia dos atendimentos no hospital como, por exemplo, as atitudes facilitadoras, ouvir empático, diagnóstico em psicologia etc.

1.1 Abordagem Centrada na Pessoa: uma apresentação.

Esta abordagem, relativa aos problemas humanos, foi desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers e seus colaboradores. De acordo com o pressuposto de sua amplitude, Tassinari (2003) afirma que o próprio Rogers passou a preferir a denominação de Abordagem Centrada na Pessoa para designar, de maneira abrangente, as suas diversas aplicações, além da psicoterapia.

O desenvolvimento da teoria proposta por Rogers teve diversas fases, e estas com diferentes peculiaridades. A cada nova etapa, ele revia e reconstruía sua teoria, sempre se apoiando em um extenso material clínico. As suas formulações começaram a partir dos modelos tradicionais de clínica até chegar à expansão de idéias sobre relacionamentos interpessoais, que promovessem crescimento psicológico independente do contexto em que as pessoas estivessem inseridas.

Para Wood (1995), os trinta primeiros anos do trabalho de Rogers (1935 a 1965) foram dedicados ao estudo da relação terapêutica e da mudança da personalidade, o qual corresponde à fase da Terapia Centrada no Cliente (TCC). No período de 1965 em diante, houve uma ampliação do trabalho para além do contexto psicoterapêutico e essa fase foi denominada de Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). É importante ressaltar que Rogers continuou utilizando a proposta da TCC, no entanto, expandiu a teoria para além do contexto psicoterapêutico, denominando esse momento de ACP. Na Abordagem Centrada na Pessoa, Messias (2001) afirma que houve um

redimensionamento das atitudes facilitadoras (empatia, congruência e aceitação positiva incondicional) e não mais uma preocupação com a busca da efetividade destas para uma mudança de personalidade, assim como acontecia na fase da Terapia Centrada no Cliente. A partir da ACP, a atenção se voltou mais para o potencial do encontro terapêutico e para o desenvolvimento de uma relação construtiva para ambos.

A construção da teoria proposta por Rogers foi realizada ao mesmo tempo em que o movimento da Psicologia Humanista se desenvolvia nos Estados Unidos, no final da década de quarenta. A Psicologia Humanista surgiu do descontentamento de alguns psicólogos em relação à concepção de homem subjacente a teorias e práticas ligadas à Psicanálise e ao Behaviorismo.

Segundo Eisenlohr (1997), há uma preocupação da Psicologia Humanista por considerar o homem em sua individualidade concreta, incluindo que este “precisa do outro” para se constituir como sujeito, ou seja, há uma ênfase nos relacionamentos pessoais. Além de Rogers ter se preocupado com a forma como acontecem os relacionamentos de ajuda, ele enfatizava outro fator importante: conceber o ser humano com potencial para o crescimento saudável (Messias, 2002). Com essa intenção de compreender mais profundamente o fenômeno relacional presente no aconselhamento psicológico e na psicoterapia, Rogers passou a observar o que vivenciava em sua prática clínica. Ele gravava sessões de psicoterapia e as ouvia exaustivamente, dialogando com outros profissionais e seus alunos, buscando compreender tais vivências. Segundo Messias (2002), Rogers desenvolveu um tipo de

relacionamento de ajuda psicológica que enfatiza a autonomia do cliente, ou seja, a partir de sua teoria, passa a existir uma valorização da participação ativa do cliente no processo terapêutico, colocando-se em questão a hierarquia do poder, no que diz respeito à relação terapeuta-cliente.

O atendimento psicológico nessa abordagem tem como principal objetivo proporcionar mais autonomia, independência e integração do indivíduo. Não se espera que tais resultados dependam da aplicação de um conjunto de técnicas com a finalidade de solucionar um problema, mas a intenção do psicólogo é auxiliar o indivíduo a crescer, de modo que possa enfrentar dificuldades atuais e posteriores de uma maneira mais bem integrada. Segundo Rogers (1979), na década de quarenta, a afirmação de que o cliente era alguém digno de confiança parecia causar um alvoroço naquelas pessoas que acreditavam no poder do psicólogo em transformar a vida de seu cliente. Ficava claro que havia uma inversão completa do controle pessoal do terapeuta em seus relacionamentos de aconselhamento. Não havia mais aquela consulta em que o terapeuta exercia sobre o paciente suas habilidades. O psicólogo passou a se preocupar com um ambiente propício para que o cliente pudesse desenvolver seu potencial e assumir responsabilidade pelo seu processo (Messias, 2001).

A Abordagem Centrada na Pessoa traz consigo uma maneira diferente de olhar o ser humano e também uma nova postura diante daquele que está em busca de ajuda. A partir disso, é importante esclarecer a maneira como Rogers concebia o ser humano, para, em seguida, compreender como ele

pensou em relacionamentos que proporcionassem crescimento psicológico, independente do contexto em que as pessoas estivessem inseridas.

1.2 A visão de homem.

Para compreender como Rogers olhava para o ser humano, é necessário se remeter inicialmente a um conceito muito importante de sua teoria: a tendência atualizante. Essa questão, de alguma maneira, está intimamente ligada ao poder e controle existente no relacionamento terapêutico, pois se baseia em uma premissa que, a princípio, segundo Rogers (1979), parecia arriscada e incerta: uma visão em que o homem, em essência, é digno de confiança.

O'Hara (1983) afirma que devemos ser capazes de acreditar na capacidade intrínseca das criaturas vivas de se auto-regularem para crescerem e se curarem. Rogers acreditava numa tendência natural inerente ao ser vivo denominada tendência atualizante. Em uma de suas últimas formulações, ele comentou esse postulado central que fundamentou todos os empreendimentos da Abordagem Centrada na Pessoa:

“Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para a modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e comportamento autônomo. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras” (Rogers, 1983: 38).

Essa tendência pode ser impedida, mas não pode ser destruída sem que se destrua o organismo. Ao tratar de clientes que se desenvolveram em condições totalmente desfavoráveis, Rogers (1979) afirma que se deve confiar na tendência direcional de cada um. A maneira para entender o comportamento dessas pessoas é que elas lutam do único modo que lhes é possível, para alcançar o crescimento, para se tornar alguém.

No momento em que tentamos compreender como a tendência atualizante se manifesta no indivíduo, é importante colocarmos de lado juízos e valores, pois o olhar deve ocorrer a partir do referencial de vida daquela pessoa, caso contrário, ela poderá parecer sem sentido. Rogers e Kinget (1977) afirmam que a tendência atualizante procura atingir aquilo que a pessoa percebe como valorizador ou enriquecedor, mas não necessariamente o que é valorizado objetivamente ao juízo dos outros.

Além da tendência atualizante, Rogers (1977a) apresentou outra questão, tendo como solo o existencialismo, que complementa sua visão de homem: a liberdade; a qual, juntamente com a escolha e a responsabilidade estão intrinsecamente ligadas e é inerentes a qualquer ser humano. Também está relacionada à coragem, pois, segundo Rogers (1977a), ao exercer a liberdade por meio da escolha das possibilidades, o homem deveria ser corajoso ao pisar no solo da incerteza. A experiência de ser livre é um processo ou aspecto central da psicoterapia de Rogers, proporcionando mais autonomia, espontaneidade e confiança. Essa vivência é um desenvolvimento extremamente significativo, que ajuda o indivíduo na tarefa de se tornar humano na relação com os outros, de ser uma pessoa (Rogers, 1977a).

Rogers e Kinget (1977) ressaltam o risco da liberdade durante o processo de psicoterapia, pois há possibilidade do indivíduo entender esta noção como um direito de exprimir todos os seus impulsos onde e quando queira, e ninguém, nem mesmo uma autoridade, deve regular sua conduta.

Todavia, essa liberdade tratada por Rogers e Kinget (1977) relaciona-se essencialmente com a experiência. O indivíduo se sente livre para elaborar suas experiências e sentimentos pessoais como ele os entende. O indivíduo é psicologicamente livre, quando não se sente obrigado a negar ou deformar aquilo que experimenta, a fim de conservar seja o afeto ou a estima daqueles que representam um papel importante na sua vida interna.

Não é o terapeuta que sabe o que é melhor para a vida de seu cliente. Na Abordagem Centrada na Pessoa, o cliente é capaz de escolher o seu próprio caminho de maneira que tenha consciência de sua escolha e, com isso, se responsabilize por ela.

1.3 As atitudes facilitadoras como possibilidade para o crescimento.

Uma relação que facilita o crescimento ou promove a liberdade contém, pelo menos, três qualidades significativas. Rogers (1983) chama essas qualidades de atitudes facilitadoras: aceitação ou consideração positiva incondicional, congruência (autenticidade) e compreensão empática.

Mais preocupado com o fator humano do que com o técnico, o profissional da Abordagem Centrada na Pessoa entende as condições de seu

trabalho em termos de atitude. O que é levado em consideração são as atitudes do psicólogo ao estar em contato com seu cliente e a maneira como está na relação que promove o crescimento psicológico do mesmo.

Para Rogers e Kinget (1977), a atitude principal que rege todas as outras é a de consideração positiva incondicional. Para Rogers (1977a), o psicólogo que é afetuoso, valoriza, aceita o cliente de uma maneira incondicional e se interessa por ele de forma não possessiva traz consigo (psicólogo) a possibilidade de facilitar o processo de mudança. Na teoria de Rogers há uma diferenciação entre aprovação e aceitação incondicional. A primeira é considerada uma forma de julgamento ou avaliação que não condiz com a abordagem. No processo terapêutico, o que é aceito incondicionalmente é a totalidade do dado existencial e a pessoa enquanto sistema dinâmico de atitudes e necessidades, na sua orientação atual. Rogers e Kinget (1977) defendem que essa atitude é válida não somente na relação com os clientes, mas também com alunos, colegas e familiares. Para os autores, trata-se de uma hipótese geral que apresenta vastas possibilidades, em vista do desenvolvimento da criatividade, da adaptação e da autonomia dos indivíduos. À medida que um cliente se depara com um profissional que o escuta, aceitando seus sentimentos, é possível que ele se torne capaz de olhar mais de perto o que se passa interiormente sem deformar aquilo que sente. Conforme o psicólogo é percebido como real, sendo ele congruente ao estar na relação, o cliente se torna capaz de abandonar fachadas para mostrar mais abertamente sua vivência interna (Rogers, 1979).

Messias (2001) afirma que, ao agir de forma congruente e genuína, o psicólogo também permite ao cliente a possibilidade de se expressar, sem o risco de uma avaliação ou juízo de valor, o que remete à necessidade e importância da aceitação positiva incondicional. Para o psicólogo ser autêntico e congruente na relação, é necessário que a sua própria experiência imediata seja corretamente representada ou simbolizada na sua consciência. Messias (2001) ressalta que essa genuinidade não pressupõe que o psicólogo deva manifestar todos os seus sentimentos ao estar com seu cliente, mas sim estar atento a eles. É difícil atingir totalmente essa condição, porém quanto mais o terapeuta for capaz de aceitar e ouvir o que se passa com ele e quanto mais for capaz de, sem medo, vivenciar a complexidade de seus sentimentos, mais alto será o grau de sua congruência. Wood (1995) também sustenta que a congruência não deve ser confundida com impulsividade. Ser congruente para o autor, não é ter ousadia suficiente para agir ou expor sem pensar tudo o que passe pela mente. Não requer somente honestidade consigo mesmo, mas autoconhecimento para saber o que está sentindo. Também é necessária habilidade para se comunicar, sendo suficientemente capaz de transmitir aos outros quaisquer sentimentos que esteja experienciando.

A terceira condição facilitadora é a compreensão empática ou a empatia. Quando o psicólogo percebe os sentimentos e sentidos pessoais que o cliente vivencia em cada momento e consegue compreendê-los interiormente como parecem a este, está satisfeita essa condição (Rogers, 1977a). A empatia consiste, por conseguinte, na percepção do ponto de referência do outro com as nuances subjetivas e valores pessoais que lhe são inerentes. Rogers (1977b) ressalta que, quando percebemos o mundo subjetivo do outro “como

se” fossemos essa pessoa, não devemos perder de vista que se trata de uma situação análoga, não deixando que a empatia se torne uma identificação. A verdadeira empatia jamais abrange uma característica avaliativa ou diagnóstica. Para Rogers (1977b), é impossível perceber o mundo interior de outra pessoa quando se tem uma opinião avaliativa formada a seu respeito. A empatia proporciona a confirmação de que existimos como pessoa, valorizada e possuidora de uma identidade.

As três atitudes propostas por Rogers sugerem uma maneira de ser do psicólogo, e o ouvir empático é uma forma de elas se manifestarem, entendido como um ato, uma ação. Considero o ato de ouvir muito importante em meus atendimentos. Com isso, acho relevante comentar alguns aspectos que permeiam o ouvir empático.

Para Amatuzzi (2001), todos podemos ouvir, quando nosso aparelho auditivo está em ordem. No entanto, apenas escutamos ou ouvimos realmente ao atravessamos os sons e vamos até a alma da pessoa que nos fala, ou até seu coração, o centro da pessoa. Rogers (1983) contou que se sente grato e alegre quando conseguia escutar alguém de uma maneira plena. Para ele, ao ouvir uma pessoa e os significados que lhe são importantes naquele momento e demonstrar isso, muitas coisas podem acontecer. Em primeiro lugar, um olhar agradecido, um alívio. Essa pessoa passa a se sentir impelida a um novo sentido de liberdade, tornando-se mais aberta ao processo de mudança. Ao comentar a respeito dessa gratificação de Rogers, Amatuzzi (1990) ressalta que ouvir é um contato e é enriquecimento de vida. Essa escuta empática deve estar isenta ou suspensa de quaisquer tipos de julgamentos. O ouvinte tem um

interesse genuíno de estar em contato com o outro e compreender sua realidade pessoal. Esta realidade não é suposta pelo ouvinte como algo fixo ou imutável, pelo contrário, a experiência e o significado da pessoa que está falando estão em processo de mudança e em constante movimento (Barret-Lenard, 1988).

Segundo conclusões de uma pesquisa realizada por Meyer (2000) em torno deste tema em psicoterapia, ela comenta que as pessoas em seu dia-a-dia passam por muitas situações de não conseguirem ser ouvidas realmente e, ao buscarem ajuda de um profissional, elas procuram algo diferente. Cada cliente entrevistado em sua pesquisa, falou a respeito da vivência de ser ouvido em sua própria terapia, o que deixou claro que a escuta empática do psicólogo é um componente essencial na relação terapêutica. Amatuzzi (2001) afirma que, quando aquilo que dizemos não é realmente ouvido, é como se não tivesse sido plenamente dito, é como se a fala ficasse entalada no fundo de nossa garganta. Porém, se isso não ocorre e a pessoa foi plenamente ouvida, então algo se transforma, se libera, o próprio sentimento deixa de ser vago e sufocador, dando lugar a outros sentimentos.

Para Coppe (1994), a Abordagem Centrada na Pessoa inserida em uma instituição hospitalar tem a oferecer um ouvir sensível através do qual o cliente poderá ser introduzido em sua existência. Neste contexto, o psicólogo, por meio de sua condição pessoal, pode oferecer ao cliente uma escuta compreensiva que o ajude a entender este momento específico de sua vida, que se caracteriza por sua doença ou a de um ente querido.

Para Messias (2001), as atitudes do psicólogo talvez sejam menos independentes do que pareçam quando didaticamente dispostas sob forma de tópicos. Isso quer dizer que as atitudes de um terapeuta da Abordagem Centrada na Pessoa, na prática, caminham juntas e intimamente ligadas no momento de estar com o cliente. As atitudes, segundo Gusmão (1998), podem proporcionar ao cliente mais consciência dos seus sentimentos, tornando-o mais criativo e aberto em seus relacionamentos, mais congruente, aceitador, empático e cada vez mais seu próprio centro de referência.

1.4 O diagnóstico e a psicologia: um olhar da ACP.

Em decorrência da minha inserção no ambiente hospitalar, o qual está impregnado da questão do diagnóstico médico, resolvi escrever sobre este assunto sob o ponto de vista da Abordagem Centrada na Pessoa que se contrapõe ao psicodiagnóstico clássico.

Rogers criticou o psicodiagnóstico clássico que consiste de aplicações de técnicas, testes e questionários com a finalidade de classificar o indivíduo em determinada categoria diagnóstica, para então propor um tratamento específico. Nesse paradigma, o psicodiagnóstico é uma investigação, e a intervenção só ocorre no momento do tratamento. Atualmente, existem outros modelos de diagnóstico em psicologia, como o de Augras (1978) e o de Ancona-Lopez (1995), mas não há intenção de discuti-los nesse momento. Através do rompimento com um referencial “centrado no terapeuta”, Rogers afirma que se passou a evitar o uso intensivo do psicodiagnóstico psicométrico,

o qual estava em alta nos Estados Unidos, na década de 40. A partir dessa ruptura, houve um abandono de todo conhecimento psicodiagnóstico que norteava a conduta dos psicólogos, os quais passam a evitar perguntar, sondar, culpar, interpretar, sugerir, aconselhar ou persuadir (Messias, 2001).

“Entro no relacionamento não como cientista, nem como médico que pode diagnosticar com precisão e curar, mas como uma pessoa, entrando numa relação pessoal. Na medida em que o vejo apenas como objeto, o cliente tenderá a se tornar apenas um objeto” (Rogers, 1995: 127).

Em relação ao diagnóstico, os profissionais podem se dividir em dois pólos opostos a partir das considerações de Kinget e Rogers (1977): em um extremo, há F. C. Thorne, segundo o qual um tratamento racional não pode ser efetuado antes da realização de um diagnóstico preciso; e no outro está o ponto de vista de Rogers, defendendo que o diagnóstico, tal como é comumente compreendido, ou seja, como uma operação distinta e prévia, é desnecessário ao tratamento, além de, em alguns casos, poder até dificultar os progressos e resultados da terapia.

Para Moreira (1999), o psicodiagnóstico tem sido considerado como uma das principais atividades da Psicologia Clínica desde seus primórdios e essa tradição não escapou à influência do modelo médico, tendendo a focalizar a explicação e o tratamento específico da doença. O fenômeno a ser estudado no psicodiagnóstico é entendido como um objeto que pode ser manipulado pela antiga ambição de programar e controlar, garantindo a confiabilidade aos resultados e ressegurando a cientificidade à Psicologia.

No início de sua carreira, Rogers utilizava o diagnóstico em tratamento com crianças-problema. Apesar disto ser relativamente satisfatório, ele chegou à conclusão de que o diagnóstico tende a ser paliativo, superficial e coloca o psicólogo num papel quase divino. Outra objeção que Rogers (1992) faz ao diagnóstico é a questão do *locus* da avaliação ser o psicólogo. Primeiramente, isso poderá reforçar tendências dependentes que possam existir no cliente de que a responsabilidade da melhora está nas mãos de outra pessoa, distanciando-o do progresso terapêutico. Ademais, pode haver uma perda de identidade quando o cliente acredita que só o especialista pode avaliá-lo com exatidão, provocando uma falta básica de confiança em si mesmo.

Eisenlohr (1997) afirma que apoiar a prática clínica em nenhum tipo de psicodiagnóstico foi fruto do trabalho de um grupo de profissionais que rompeu com o estabelecido e propôs uma nova forma de atendimento psicológico tão criteriosa quanto, porém diferente. Rogers, no trecho a seguir, chamou a atenção para esta nova sugestão de trabalho:

“Não está proposto para a psicoterapia que o terapeuta tenha um diagnóstico preciso sobre o cliente... No entanto, quanto mais tenho observado terapeutas e quanto mais próximo tenho estado do estudo de pesquisas como a de Fiedler e outros, mais sou forçado a concluir que o diagnóstico não é essencial à psicoterapia” (1995: 174-175).

Em nota de rodapé, Rogers cita que não há intenção de defender que a avaliação diagnóstica é inútil, mas o questionamento está no fato de ela ser uma pré-condição para a psicoterapia.

A Abordagem Centrada na Pessoa, dentro do contexto hospitalar, não tem a intenção de fazer uso do psicodiagnóstico que surgiu da tradição médica. Com isso, dentro de um ambiente hospitalar em que as pessoas estão rodeadas desse procedimento, reafirmo a importância da postura que Rogers propôs em sua Abordagem. Em vez de me ater à investigação diagnóstica, procuro estar com o cliente conversando sobre aquilo que ele considera importante naquele seu momento de internação, buscando proporcionar um encontro permeado de respeito e compreensão.

É importante lembrar que, dentro de um contexto hospitalar, essa postura proposta por Rogers em relação ao diagnóstico psicológico não impede que o psicólogo tenha condições de dizer a outros profissionais da equipe a compreensão que teve da pessoa atendida. Entretanto, não se trata de fechar um diagnóstico, mas sim de dizer, de maneira descritiva, algumas informações sobre condição emocional do internado.

Para finalizar este capítulo, é importante destacar que Rogers nunca propôs uma prática de psicologia clínica em hospitais, no entanto, ele já pensava em encontros únicos, os quais não se caracterizam uma psicoterapia. Ele já acreditava que o poder transformador da escuta atenciosa não diretiva centrada na pessoa e confiante na tendência atualizante, mesmo por meio de um único encontro com um profissional, é possível desde que este último possa oferecer sua presença inteira, através de atitudes facilitadoras (Rogers, 1995). Ao realizar entrevistas de demonstração, Rogers aponta para a possibilidade de um único encontro poder tocar a vida das pessoas.

“Se atendermos à complexidade da vida humana com olhar justo, temos que reconhecer, que numa hora ou menos, é altamente improvável que possamos reorganizar a estrutura da vida de um indivíduo. Se pudermos reconhecer esse limite e nos abstermos de desempenhar o papel de Deus, poderemos oferecer um tipo de ajuda muito precioso, de esclarecimento, mesmo num curto espaço de tempo”. (Rogers, 1987: 207).

Capítulo 2: A HOSPITALIZAÇÃO E O CUIDADO

"É na presença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua existência, a sua história, ocupando-se nas realizações concretas do exercício dessa presença no mundo com os outros. Assim sendo na fenomenologia existencial curar tem um sentido de cuidar".
(Heidegger)

Esse capítulo pretende explorar alguns contornos do fenômeno da hospitalização e como o cuidado, do ponto de vista psicológico, pode ser inserido neste momento na vida de uma pessoa. A intenção é situar o que foi estudado, sem a pretensão de esgotar esses temas, já que eles são muito amplos e também porque serão discutidos ao final dessa dissertação.

Ao abordar a hospitalização, descreverei, por meio de pesquisas já realizadas, como as pessoas vivenciam essa experiência e também como a equipe de profissionais se sente nesse momento que faz parte do seu cotidiano de trabalho. A grande maioria das pesquisas encontradas não foi realizada somente por psicólogos, mas sim por enfermeiros que se mostraram preocupados com a saúde mental da pessoa hospitalizada.

Levando-se em consideração esses estudos e os atendimentos que tenho realizado no hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, cabe ressaltar que cada indivíduo terá uma forma de lidar com a internação. Por conseguinte, é importante não tomar como verdade absoluta que toda pessoa vivencia a hospitalização da mesma maneira. Existem aqueles que sofrem e têm dificuldades de lidar com essa situação. No outro extremo, há os que encaram essa passagem de modo mais tranquilo e, no meio desses opostos, existem também as mais diversas experiências.

Apesar de cada pessoa vivenciar a hospitalização de maneira singular, as pesquisas realizadas trazem elementos que, de alguma maneira, apontam para convergências dessa vivência. Foi interessante perceber que, apesar destes estudos trazerem, em alguns momentos, elementos parecidos ou quase idênticos, em outros, o mesmo assunto discutido trazia pontos de vista opostos, o que mostra a diversidade dessa experiência.

A hospitalização pressupõe um cuidado por parte da equipe e este, muitas vezes, não é questionado, pois já existe uma maneira instituída de prestá-lo, a qual segue os padrões do modelo biomédico. Esse modelo de atuação prevê um cuidado somente ao corpo físico do doente e deixa de lado as outras dimensões do ser humano. A intenção, então, é pensar, a partir do fenômeno da hospitalização, em novas formas de cuidado, que considere o indivíduo em sua complexidade e não somente através do foco da doença.

Ao se aproximar desse fenômeno, abre-se a possibilidade de compreensão por meio do ponto de vista da pessoa que vivencia a hospitalização. Nesse momento, saímos do nosso referencial e tentamos

captar as experiências internas desse indivíduo, que revelam o significado atribuído aos eventos vivenciados nessa passagem pelo hospital. Essa maneira de olhar para a pessoa, ou seja, partindo do seu próprio enfoque já é, ao meu entender, uma forma de cuidado. Essa proposta não deixa de lado o conhecimento técnico do profissional da saúde, já que essa também é uma dimensão importante para o cuidado. A tecnologia desenvolvida na área da saúde pode ser aliada a uma outra postura, diante da pessoa que vem em busca de ajuda.

2.1 O fenômeno da hospitalização

A questão da hospitalização, durante muito tempo, foi pensada a partir da perspectiva dos profissionais que conviviam com a pessoa internada. Apesar do convívio entre ambos ser intenso e dos profissionais conhecerem algumas particularidades desse tipo de experiência, não havia pesquisas que dessem voz à pessoa que vivenciava o processo da hospitalização.

Atualmente há alguns estudos que tratam da experiência da hospitalização sob o ponto de vista da própria pessoa que a vivencia (Belatto, 2001 e Graças, 1996) e outros que dizem respeito a aspectos que também fazem parte deste processo (Chaves e Ide, 1995; Sant'Anna, 2000 e Toralles-Pereira et al, 2004). A partir disso, apresentarei algumas das peculiaridades envolvidas no processo de hospitalização.

Bellato (2001), em sua tese de Doutorado, afirma que o tempo é vivenciado pela pessoa hospitalizada, passando a ser marcado pela frequência

das atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam na rotina do hospital, o que retira da pessoa doente sua temporalidade própria. Graças (1996) acrescenta que este opera na ordem do vivido, em consequência, é sentido de forma lenta e penosa. Essa lentidão, segundo a autora, é atenuada pela passividade a que as pessoas estão sujeitas e, possivelmente, pela ausência de acontecimentos agradáveis.

No ambiente hospitalar, o corpo passa a ser transformado em espaço de atuação profissional dos membros da equipe de saúde (Bellato, 2001 e Sant'Anna, 2000) que consiste, na maioria das vezes, em realizar procedimentos invasivos, dolorosos e constrangedores. Angerami-Camon (2003) considera essas situações abusivas e invasivas, na medida em que não se respeitam os limites da pessoa hospitalizada e a imposição desses procedimentos passa a ser algo comum.

Além disso, é importante lembrar que o espaço físico também é uma dimensão a ser discutida. Para Bellato (2001), o quarto de enfermaria, muitas vezes, apresenta pequenas proporções, principalmente quando comparado a lugares que costumamos conviver em nosso dia-a-dia. A autora se refere à imagem do hospital semelhante à da prisão, tanto pela restrição da liberdade, quanto pelo espaço exíguo que ele oferece.

No quarto de uma enfermaria também ocorre o convívio entre as pessoas adoecidas. Segundo pesquisa realizada por Toralles-Pereira et al (2004), conviver com outras pessoas adoecidas apresenta possibilidade de presenciar mais sofrimento e lidar com a falta de privacidade, mas, ao mesmo

tempo, há alternativa de se construir um novo cotidiano e fazer novas amizades.

Se a presença da família não pode ser constante junto à pessoa doente, durante a hospitalização de maneira a amenizar a solidão, Bellato e Carvalho (2002) afirmam que é necessário encontrar outras formas de compartilhar e, muitas vezes, isso acontece com a imposição da presença do outro que se encontra em um mesmo espaço: o quarto da enfermaria. Assim, entre o “estar só” e o “estar com o outro” vivem-se os dois. O compartilhar ameniza a solidão que é constante no processo da hospitalização.

Esse compartilhar existente entre as pessoas internadas, citado por Bellato e Carvalho (2002), constitui-se em sair de si e caminhar em direção ao outro, sendo este diferente em suas necessidades e desejos, mas que traz a complementaridade necessária para que se origine uma união na falta. Há um vazio deixado pela separação de parentes e amigos, e contar com a presença deles, neste momento, é importante, pois ajuda a minimizar a angústia, solidão e insegurança (Graças, 1996). Por outro lado, a autora afirma que as visitas são capazes de provocar sentimentos ambíguos nas pessoas internadas, pois ao mesmo tempo em que lhes proporcionam bem-estar, ao se retirarem, deixam tristezas e lhes estimulam o desejo de ir embora.

Além da pessoa internada, Chaves e Ide (1995) afirmam que a hospitalização envolve também a equipe de profissionais que cuida dessa pessoa. Isso quer dizer que esse processo constitui-se numa vivência de significados diferentes, em alguns aspectos, para os sujeitos que dela participam. Essas diferenças possibilitam o surgimento de concepções e

atitudes distintas diante da mesma situação, o que poderá implicar em equívocos de julgamentos em relação ao outro e gerar insatisfações e inseguranças para ambas as partes.

Graças (1996) aponta que, por meio do depoimento de pessoas hospitalizadas, foram levantados questionamentos a respeito da enfermagem, sendo que os mais marcantes foram a insatisfação referente a certas normas e rotinas organizacionais e a aspectos afetivos na interação e comunicação com a equipe.

Segundo Chaves e Ide (1995), o processo de internação pode ser sentido pelos enfermeiros como um momento de ameaça ao cotidiano, de certa forma, já conhecido e controlado. A cada nova internação, a enfermeira se vê diante de novas demandas trazidas pelas características de personalidade do doente, dos familiares e pela exigência de habilidades técnicas, a qual, muitas vezes, não se sente apta a atender.

Por outro lado, Graças (1996) declara que a hospitalização para a pessoa internada pode causar uma ruptura ou descontinuidade em sua vida, pois nesse momento ela se encontra imersa em um mundo estranho e diferente que não tem quase nenhuma similaridade com experiências antes vividas. Os hábitos anteriores acabam se transformando frente à realidade da hospitalização e da doença, ocorrendo então, uma modificação deste aspecto pessoal para uma imposição da rotina hospitalar. A imposição e a coerção estão presentes desde a opção pela internação até o momento da alta, ou seja, a pessoa hospitalizada vivencia constantemente a impossibilidade de fazer suas próprias escolhas (Graças, 1996 e Chaves e Ide, 1995). Mesmo sendo

incapazes de compreender e incorporar alguns dos novos hábitos do hospital, que para eles são desprovidos de qualquer significação, as pessoas internadas cumprem-nos por mera obrigação, afirma Graças (1996).

Embora nem sempre a pessoa hospitalizada seja considerada participante das decisões tomadas em relação a sua própria vida e nem sempre compreenda essas decisões segundo Toralles-Pereira et al (2004), ela se mantém como fonte viva de informações, disponíveis e manipuláveis, o que caracteriza a dificuldade de comunicação existente nesse ambiente. A desinformação que a pessoa hospitalizada vivencia sobre sua condição, muitas vezes, pode acentuar a dependência em relação à equipe, favorecendo situações de controle e relações de dominação (Toralles-Pereira et al, 2004). Pode-se perceber que é muito freqüente a pessoa hospitalizada se mostrar submissa e passiva diante do profissional que cuida dela. No entanto, essa relação também pode ter um caráter paradoxal, variando de comportamentos de extrema submissão à rejeição e desprezo pela autoridade (Chaves e Ide, 1995).

A pessoa, ao ser hospitalizada, segundo Angerami-Camon (2003), pode sofrer um processo de despersonalização. Esse processo consiste em deixar de lado alguns aspectos da própria identidade, valorizando, com isso, somente os sintomas e o diagnóstico médico. Com o aumento das especialidades na área médica, o ser humano passou a ser olhado somente a partir do enfoque da doença, logo, foi deixada de lado a complexidade que lhe é inerente.

Em grande parte das pesquisas, há uma ênfase nos aspectos relacionais da pessoa hospitalizada, que perpassam pela equipe de

profissionais, companheiros de quarto e familiares. É importante se atentar às relações estabelecidas no ambiente hospitalar, já que podem amenizar ou intensificar o sofrimento da pessoa internada. O relacionamento entre os profissionais e a pessoa hospitalizada está intimamente ligado com a questão do cuidado oferecido pela equipe. A partir disso, vou discutir a seguir alguns elementos que permeiam a questão do cuidar em um ambiente hospitalar.

2.2 Questões relativas ao cuidar

O cuidado que pretendo discutir não está voltado somente para o corpo doente da pessoa que se encontra hospitalizada. É um cuidado que leva em conta a pessoa em sua complexidade, que tem o sinônimo de atenção; é sutil, mas, ao mesmo tempo, é difícil de ser realizado. E, como todos os outros tipos de cuidado, este também envolve relacionamento.

Esse cuidado está, a princípio, mais voltado para a atenção que o profissional da área da enfermagem oferece, pois são eles que têm um contato maior com as pessoas hospitalizadas. No entanto, não quer dizer que outros profissionais não devam também se atentar à maneira que cuidam das pessoas em seu dia-a-dia.

O primeiro contato que tive com teorias sobre esse tipo de cuidado foi através de leituras que tratavam da humanização no atendimento na área da saúde. Esse movimento teve início na década de 50 e se solidificou quando, no ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Há, no entanto, críticas com relação a

esse movimento, pois, segundo Deslandes (2004), o termo *humanização* ainda carece de definições e fundamentação teórico-prática.

A partir de uma extensa revisão em periódicos que tratavam da questão da humanização, Casate e Côrrea (2005) concluíram que esse movimento passou por diferentes momentos ao longo dos anos, cujas fases eram voltadas para um aspecto (político, administrativo ou subjetivo). Não tenho a intenção de discutir todas essas dimensões; com isso ater-me-ei somente à questão da subjetividade como parte do cuidado humanizado.

Deslandes (2004) afirma que, apesar de todas as críticas feitas à humanização, não podemos deixar de considerar que esse movimento pode ganhar contornos de uma nova "práxis" para a atenção prestada no atendimento em saúde. Então, podemos dizer que constitui um novo campo de possibilidades tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo.

De acordo com o artigo de Bettinelli et al (2003), a humanização faz inúmeras críticas ao uso do tecnicismo exagerado, à rígida rotina hospitalar, à diminuição do poder do cliente e à relação assimétrica entre cliente e profissional. Bettinelli et al (2003) propõe um cuidado que envolva sensibilidade e afetividade, entendendo o cuidado como uma atitude desprovida de julgamento e preconceito, respeitando o corpo da pessoa, a sua individualidade, sua intimidade e suas crenças. Casate e Côrrea (2005) ressaltam que tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais portadores de características prontas e estáticas como, por

exemplo, a doçura, a compaixão e o sorriso sempre estampado no rosto. Mas, a proposta é de que ocorra um encontro entre sujeitos que podem construir uma relação saudável.

A humanização pode ser debatida a partir de diferentes abordagens teóricas e neste capítulo, vou discuti-la tomando como referencial a fenomenologia, a qual está servindo de inspiração para os profissionais da área da enfermagem. A aproximação desses dois campos passou a considerar o ser humano em sua complexidade. Isso ocorreu na década de 90, quando pesquisas realizadas por enfermeiras foram inspiradas na fenomenologia. Para elaboração das pesquisas na área da enfermagem, os fenomenólogos mais recorridos são M. Heidegger, M. Merleau-Ponty e Alfred Schultz.

Nessa mesma direção caminha a proposta da Teoria “Human Becoming” de Rosemarie Rizzo Parse, a qual tem uma grande influência do pensamento fenomenológico em sua construção. Nessa teoria, o relacionamento entre enfermeiro-indivíduo e a melhora da qualidade de vida sob a perspectiva da própria pessoa são a essência e a meta da prática da enfermagem, respectivamente (Souza et al, 2000). Mitchell e Copplestone (1990) afirmam ser importante lembrar que, embora a teoria de Parse tenha o foco no relacionamento, o enfermeiro deve preencher os requisitos exigidos pela instituição em relação à prática clínica da enfermagem e, junto a isso, eles devem desempenhar as atitudes pressupostas por essa teoria. Assumir as atitudes é extremamente importante para a uma atuação eficaz, mas isso não significa abandonar as técnicas necessárias para o cuidado do doente, já que a

dimensão técnica e a do relacionamento humano é que possibilitam o verdadeiro cuidar (Valle e Françoso, 1997).

A maneira que o enfermeiro se coloca diante da pessoa é muito similar à atitude fenomenológica: o enfermeiro se aproxima do outro mostrando interesse pelo significado do momento que está sendo vivido pela pessoa, movendo-se junto com ela, sem julgar, rotular ou apontar uma solução para a situação (Souza et al, 2000).

Apesar de não haver regras padronizadas para lidar com as pessoas internadas, pois, como enfatizam Valle e Françoso (1997), cada pessoa tem seu modo próprio e único de adoecer, estas atitudes poderiam ser caracterizadas por uma atenção à pessoa que adoece, e não à doença em si, e por uma constante disponibilidade para ouvi-la, integrando os sentidos que ela está atribuindo à sua experiência.

Nesse sentido, Merighi (2002) propõe alguns princípios do cuidar que fazem parte da perspectiva fenomenológica:

- ⇒ Conhecer o outro que necessita de ajuda e, com isso, refletir em como podemos ajudá-lo;
- ⇒ Ter paciência para deixar o outro crescer no seu próprio ritmo;
- ⇒ Ter confiança, deixando o outro livre para seguir o caminho por ele escolhido;
- ⇒ Ter esperança, acreditando nas possibilidades,

⇒ Ter coragem, pois, muitas vezes, nos dirigimos para o desconhecido.

A arte de cuidar é encontrar uma forma de permitir à pessoa doente ser ela mesma, expressando suas necessidades; os cuidadores são aqueles que são capazes de ouvir pessoas doentes e responder às suas experiências individuais (Merighi, 2002). Para a autora, não basta incentivar o outro em determinado procedimento ou pré-julgar se ele pode ou não fazer. É preciso se aproximar do sentido daquela experiência e dar abertura para que a pessoa coloque suas inquietações e, a partir disso, haverá uma abertura para que o profissional a ajude a decidir. Esta ajuda não envolve fazer pelo outro e sim levar o outro a assumir seu próprio fazer.

O profissional que adota essa postura é capaz de captar a experiência da pessoa hospitalizada como ela é vivida, adentrando, dessa forma, no mundo do doente, situando-se e relacionando-se com ele de maneira significativa, advindo daí a possibilidade de cuidar (Valle e Fraçoso, 1997). A intenção é possibilitar ao outro ser ele mesmo, isto é, deixar que ele assuma seus próprios caminhos, cresça, amadureça e encontre consigo mesmo.

Souza et al (2000) admitem que optar por essa outra perspectiva exige muito esforço e auto-disciplina por parte do profissional da enfermagem. No entanto, a autora comenta que se surpreende ao ver que o indivíduo é capaz de encontrar caminhos dentro do que considera importante para si mesmo.

E, já que o cuidar abrange a disponibilidade do profissional, não podemos deixar de olhar para ele como pessoa que também traz consigo a complexidade de ser humano. Com isso, Casate e Côrrea (2005) discutem a

difficuldade de inserir a subjetividade do profissional como elemento fundamental na relação de cuidado. Esses mesmos autores questionam como esses profissionais oferecem um cuidado mais humano se eles mesmos são submetidos a processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de serem pessoas mais críticas e sensíveis e também se, muitas vezes, eles se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria.

São inúmeras as dificuldades de colocar em prática um cuidado que tenha como foco o ser humano. É necessário rever questões que, muitas vezes, não foram discutidas, por acreditar que aquela maneira de atuação poderia ser a mais eficiente.

O conhecimento em relação à humanização do cuidado e à fenomenologia na enfermagem é extremamente necessário, no entanto, é de grande importância que o profissional que atue a partir desse referencial acredite nos valores proporcionados por essa nova maneira de atuação, caso contrário corremos o risco do cuidado se tornar, mais uma vez, mecanizado.

Capítulo 3: CAMINHO METODOLÓGICO

“Era um caminho que de tão velho, minha filha, já nem mais sabia aonde ia... Era um caminho, velhinho, perdido... Não havia traços de passos no dia em que por acaso o descobri: pedras e urzes iam cobrindo tudo. O caminho agonizava, morria sozinho... Eu vi... Porque são os passos que fazem os caminhos!” (Mário Quintana)

Nesse capítulo, a intenção é apresentar alguns dos caminhos percorridos ao longo da pesquisa, os quais facilitaram o alcance do objetivo. Para ajudar nessa caminhada, tive que escolher uma maneira de fazê-la, por isso, optei por uma metodologia que me mostrou alguns passos a serem seguidos. A escolha da metodologia foi feita a partir de algo que se aproximasse com o referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers.

Pensando nessa aproximação, recorro a Holanda (2003) que afirma serem as formas de investigação do humano, essencialmente, modos de ser humanos e, para se realizar uma pesquisa neste sentido, é necessário um método de descrição e análise compatível com a tradição de uma psicologia

humanista que valoriza aspectos da intersubjetividade humana. Partindo desse pressuposto, encontrei um respaldo na abordagem qualitativa e, mais especificamente, na pesquisa fenomenológica.

Na primeira parte do capítulo, apresentarei alguns aspectos desse modelo de pesquisa do ponto de vista teórico, cuja intenção é introduzir o assunto para melhor compreensão daquilo que virá em seguida. Depois de preparado o terreno, o segundo momento contém os desdobramentos de minha caminhada, ou seja, quais as direções metodológicas seguidas nessa pesquisa.

3.1 Uma introdução à pesquisa fenomenológica.

A pesquisa fenomenológica, escolhida para desenvolver essa dissertação, encontra-se inserida em uma perspectiva de pesquisa qualitativa. Esta, segundo Palmieri (2005), envolve a obtenção de dados descritivos, provenientes do contato direto do pesquisador com a situação estudada, preocupando-se mais com o processo do que com o produto e enfatizando a perspectiva dos participantes e seus significados. A pesquisa qualitativa se foca no ser humano enquanto agente, e a sua visão de mundo é o que nos interessa (Moreira, 2004). Dentro da abordagem qualitativa há uma série de tipos de pesquisa desenvolvidas, principalmente, nas áreas das ciências humanas e sociais.

A pesquisa fenomenológica que se desenvolve, atualmente, no campo da Psicologia teve início na fenomenologia, movimento filosófico importante do

final do século XIX ocorrido na Europa. Edmund Husserl, matemático transformado em filósofo, é considerado fundador desse movimento (Moreira, 2004). De acordo com Bruns (2003), a partir da fenomenologia questionou-se a filosofia positivista do século XIX. A crítica se referia à ênfase dada à viabilidade de um conhecimento exato, objetivo e neutro, obtido por meio do método experimental que, até aquele momento, era o único caminho válido para investigar a verdade.

Forghieri (2002) declara que, ao questionar os sistemas especulativos da filosofia e da ciência positivista, Husserl propôs retornar a um ponto de partida que fosse verdadeiramente, o primeiro. Com isso, ele afirma querer “voltar às coisas mesmas”, considerando-as como ponto inicial do conhecimento. Com a fenomenologia, Husserl sugere esse “retorno às coisas mesmas”, à essência dos fenômenos, e isso só se tornou possível por meio do seu método de investigação filosófica, o qual foi chamado de redução fenomenológica (Holanda, 2002).

É evidente que o pensamento de Husserl não se esgota somente no método fenomenológico, e a fenomenologia não se limita unicamente a esse autor. No entanto, esta breve apresentação não tem a intenção de explorar a fenomenologia enquanto filosofia, como fez Husserl, mas sim, de introduzir seu pensamento como aquele que deu origem a um movimento que se expandiu para diversas áreas do conhecimento, sendo uma delas, a pesquisa fenomenológica em Psicologia.

Nesse sentido, vale destacar também que, embora Husserl não estivesse refletindo sobre pesquisa quando desenvolveu o método

fenomenológico, pesquisadores acabaram utilizando alguns de seus principais conceitos para elaborar uma metodologia de pesquisa. Os psicólogos passaram a utilizar a fenomenologia para desenvolver pesquisas, apoiando-se principalmente no método fenomenológico, no entanto, alguns autores como Forghieri (2002), Martins e Bicudo (1989) e AmatuZZi (2003) elaboram algumas adaptações.

O principal objetivo da pesquisa Fenomenológica em Psicologia é captar o sentido da vivência imediata para uma pessoa em uma determinada situação (Forghieri, 2002), diante de alguma questão trazida pelo pesquisador (AmatuZZi, 2001). Forghieri ainda ressalta que a fenomenologia de Husserl contribuiu para a possibilidade de estabelecimento de relações entre psicologia e a fenomenologia, pois, embora ele tivesse a intenção de chegar ao fundamento do próprio conhecimento, tomou o mundo vivido como ponto de partida para realizar este seu ideal.

Segundo AmatuZZi (2001), na pesquisa fenomenológica, há uma preocupação com o vivido e a aproximação do que nele está contido como significado potencial frente a uma problemática trazida pelo pesquisador. É diante dessa indagação que o vivido se manifesta. O vivido, então, é a nossa reação interior imediata àquilo que nos acontece, considerada anteriormente a qualquer reflexão e elaboração posterior por parte do sujeito. Essa definição, proposta por AmatuZZi (2001), traz consigo a possibilidade de denominar o vivido como experiência imediata ou sentimento primeiro. É esse vivido que se manifesta ao pesquisador como resposta a uma pergunta que ele traz.

Em uma pesquisa, Moreira (2004) afirma que o fenômeno é algum tipo de vivência comum aos participantes de uma pesquisa. Podemos chegar à essência do fenômeno em questão encontrando os diversos aspectos comuns dessa vivência. O autor menciona que a essência é a maneira característica do aparecimento de um dado fenômeno. Para Forghieri (2002), o fenômeno integra a consciência e o objeto, os quais são unidos no ato da significação. Com isso, a consciência é sempre intencional, está constantemente voltada para um objeto, enquanto este é sempre objeto para uma consciência. A intencionalidade, então, é o ato de atribuir sentido, unificando sujeito e o objeto, sujeito e o mundo (Forghieri, 2002). A fenomenologia, segundo Moreira (2004), pretende analisar as vivências intencionais da consciência, para aí perceber o sentido do fenômeno.

É por meio da análise fenomenológica que se torna possível retornar ao vivido e ao sentido que nele está contido, sempre face às indagações do pesquisador. Como já mencionei anteriormente, Husserl propôs a redução fenomenológica como método para se chegar à essência do fenômeno e alguns autores da psicologia transpuseram isso para a área da pesquisa. Um exemplo disso são os passos de análise propostos por AmatuZZi (2003), aos quais recorri para a elaboração dessa pesquisa.

A pesquisa fenomenológica, então, encerra quando há a afirmação de uma possibilidade de compreensão que se estende para além dos participantes da pesquisa, ou seja, os significados gerais construídos pelo pesquisador devem dar conta dos que envolvem a existência humana (AmatuZZi, 2001). Os significados expressos pelos participantes da pesquisa em seus depoimentos

são concretizações ou exemplos desses significados mais gerais. O fenômeno, segundo Holanda (2002), dentro de uma perspectiva de pesquisa fenomenológica, é constituído de estruturas universais que ajudam a obter um quadro elaborado de sua dinâmica. A partir disso, pode-se compreender as vivências particulares.

3.2 Explorando o caminho.

A pesquisa fenomenológica, então, aponta para um caminho que pretende chegar à compreensão das vivências humanas. Entretanto, para isso, é necessário percorrer uma longa caminhada, a qual é construída à medida que vamos conhecendo o lugar, as pessoas etc. Nesse sentido, o segundo momento do capítulo explora a maneira como a pesquisa foi realizada na prática.

3.2.1 Apresentando o lugar.

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Geral particular situado no interior do Estado de São Paulo. Essa instituição foi inaugurada há dez anos e, atualmente, atende um fluxo grande de pessoas de cidades vizinhas. A população atendida pelo hospital é composta de clientes particulares e por pessoas que têm convênio médico; não há atendimento ao público pelo Sistema Único de Saúde. Os serviços oferecidos aos clientes se dividem em

atendimentos ambulatoriais, exames, pronto socorro, cirurgias e internação (enfermaria, apartamentos, pediatria, maternidade e UTI).

Atualmente, o hospital dispõe de cinco psicólogas, as quais têm os seguintes campos de atuação:

- Recursos Humanos: uma psicóloga responsável pelo recrutamento / seleção, treinamento, integração e avaliação dos funcionários do Hospital;
- Serviço de Atenção Psicológica voltada aos funcionários: uma psicóloga para atender aos funcionários e seus familiares por meio das modalidades de atendimento de plantão psicológico e psicoterapia;
- Atendimento ambulatorial: duas psicólogas para atendimentos tanto individuais como em grupo aos clientes do convênio e/ou particulares e, em geral, estes são encaminhados pelos médicos;
- Serviço de acompanhamento psicológico hospitalar: sou a única profissional nesta área de atuação, a qual consiste em atender pessoas internadas no hospital e quando necessário, também são atendidos seus familiares.

Esse último setor, denominado de internação, apresenta algumas particularidades, as quais serão descritas a seguir.

Fisicamente, o hospital é constituído de dois prédios, e a internação se encontra no edifício mais antigo. Especificamente, o setor da internação se divide em dois andares. No primeiro se encontra enfermaria, pediatria e

maternidade; e no segundo, apartamentos e UTI. O hospital, atualmente, oferece sessenta e cinco leitos para internação, incluindo todos os setores.

No primeiro andar, há uma capela e uma sala de brinquedos para as crianças internadas. No entanto, em nenhum desses lugares são desenvolvidas atividades para os internados. Em geral, os clientes do hospital acabam usando esse espaço de maneira individual ou com seus familiares. Esses são os únicos locais que os clientes podem freqüentar, além do quarto de internação.

Cada quarto de enfermaria de adultos aloja dois leitos. Nos apartamentos, o cliente tem o seu quarto individual. Tanto na pediatria como na maternidade, existem quartos de enfermaria (alojam duas pessoas) e apartamentos (acomodam uma pessoa). A UTI é dividida em adulto, pediátrica e neonatal e, especialmente nesse setor, há dois horários de visitas de familiares e amigos, mas o tempo é muito mais curto do que no restante do hospital.

As visitas de familiares e amigos ocorrem três vezes ao dia para os internos do hospital, sendo permitida a entrada de duas pessoas de cada vez. Existem horários e tempo pré-determinados para os visitantes. Só é permitida a entrada de crianças acima de doze anos, devido ao risco de contaminação. Em alguns casos, como dos idosos, é permitida a presença de acompanhante em tempo integral, mediante a autorização médica. Na pediatria, é obrigatória a permanência de uma pessoa junto à criança internada, podendo ser um dos pais ou alguém próximo dela, e, se necessário, pode haver troca entre os acompanhantes. Na maternidade, após o parto, a mãe e o bebê ficam

internados em um mesmo quarto e esse serviço é chamado de alojamento conjunto. Todas as gestantes internadas no hospital, independente do diagnóstico médico, são levadas para a maternidade.

Na enfermaria de adultos, internam-se pessoas de diferentes diagnósticos médicos, tanto da clínica médica como da clínica cirúrgica. Apesar de o Hospital oferecer acompanhamento psicológico e, em alguns casos, psiquiátrico ao longo da internação, a instituição não dispõe de leitos psiquiátricos. O setor que mais possui leitos para a internação é o da enfermaria de adultos, já que a circulação de pessoas nesse espaço é intensa. Além das visitas externas, há também a visita de rotina de diversos profissionais, como enfermeiros, médicos, pessoas do laboratório, auxiliares de limpeza, copeiras, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social etc.

Uma vez por semana, existe a visita da “equipe da alegria”, composta por funcionários de diferentes setores do hospital. Eles usam fantasia e maquiagem de palhaço, passando em todos os leitos distribuindo balas e sorrisos. Há também, o serviço religioso oferecido pelo hospital que acontece também uma vez por semana. Duas ministras pertencentes à Igreja Católica visitam todos os leitos, oferecendo a possibilidade da pessoa hospitalizada comungar. Caso a pessoa não queira, o Hospital permite a entrada de pessoas de outras religiões.

A equipe de enfermagem é a que tem maior contato com as pessoas internadas, uma vez que há uma rotina de cuidados a serem prestados. Além disso, há também visitas de médicos, que ocorrem, em geral, uma ou duas vezes ao dia. Cada setor de internação tem uma rotina diferente no que diz

respeito à visita dos médicos. Somente na UTI há um médico de plantão no próprio setor. Quando necessário, há um pedido por parte do médico para que haja intervenção de outros profissionais da área da saúde, como fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga ou nutricionista.

A assistente social e o enfermeiro chefe realizam visitas pela manhã no leito de todos os clientes internados, a fim de verificar como eles estão sendo atendidos pela equipe de profissionais. Quando é preciso, algumas providências são tomadas para resolver os problemas que surgem na internação desses clientes. Atualmente, duas vezes por semana, faço também essas visitas de rotina separadamente dos outros profissionais. A intenção da visita é me colocar à disposição, caso o cliente ou familiar queiram conversar.

Além do pedido médico e da solicitação do cliente ou familiar para atendimento psicológico, há também, freqüentemente, a sugestão por parte da assistente social ou da equipe de enfermagem quando julgam necessário. Esses profissionais têm um contato intenso com os internos e, geralmente, estão atentos a alguns de seus aspectos emocionais. Apesar de não existir nenhum treinamento específico para que os profissionais identifiquem isso, muitos deles acabam percebendo as alterações de humor da pessoa hospitalizada.

Esses atendimentos acontecem nos leitos dos próprios clientes ou em uma sala, caso haja o desejo de conversar em um lugar mais reservado. Quando isso ocorre, há uma sala apropriada que se encontra no mesmo andar da enfermaria e é utilizado por mim e por outra psicóloga. Em geral, os clientes não pedem para conversar na sala, apesar das interrupções e da falta de

privacidade, eles preferem ficar no quarto. Os enfermeiros costumam respeitar esse momento de conversa com o cliente e acabam nem interrompendo, no entanto, algumas vezes isso é inevitável.

A comunicação entre os profissionais da equipe a respeito do cliente atendido ocorre por meio de conversas informais, principalmente quando existe solicitação de atendimento ou quando o cliente se encontra em condição psicológica mais complicada. Essas informações são transmitidas de maneira descritiva e não diagnóstica, sempre com o cuidado de preservar a vida pessoal do cliente. Com isso, enfocam-se aspectos referentes à doença ou à própria hospitalização. Quando se julga necessário, encaminha-se o cliente para acompanhamento psicológico ambulatorial no próprio Hospital ou no serviço de saúde pública mais próximo de sua residência. Desta forma, fica claro que não há intenção de realizar uma psicoterapia, enquanto a pessoa permanece internada.

3.2.2 Apresentando os participantes.

A intenção foi entrevistar adultos que estivessem internados em uma enfermaria de um Hospital Geral, no período compreendido entre maio e agosto de 2006. Embora essas pessoas estivessem internadas devido a alguma doença, elas não foram selecionadas a partir de um diagnóstico médico. Os motivos da internação eram desde cirurgias e tratamentos até cuidados paliativos. O tempo de internação variou de dois dias a um mês, no entanto, a maioria das pessoas foi internada mais de uma vez.

Foram entrevistadas quatro pessoas, sendo três mulheres e um homem. As idades variavam de trinta a cinquenta anos e todos os participantes da pesquisa foram atendidos ao menos uma vez por mim. Foi a partir desses encontros que os participantes foram escolhidos e convidados a participar da pesquisa.

Desde antes da internação, todos os participantes se encontravam afastados dos respectivos empregos, em decorrência do problema de saúde. Em virtude disso, todos vivenciavam uma condição de sofrimento físico e psicológico, que já estava presente antes da internação no hospital.

3.2.3 Conversando com os participantes.

Com a intenção de me aproximar das pessoas internadas na enfermaria e proporcionar a elas um momento de reflexão e de contato com suas vivências, resolvi utilizar a entrevista não-diretiva ativa de Mucchielli (1991). Este tipo de entrevista se assemelha com a entrevista de ajuda, proposta por Carl Rogers. Mas, o autor acrescenta que, além do caráter da não-diretividade sugerida por Rogers, também existe uma atitude ativa por parte do entrevistador.

Para Mucchielli (1991), o entrevistador é “ativo”, pois deve apoiar sem cessar o entrevistado na reflexão, não deixando para mais tarde essa compreensão. É preciso dar conta de analisar-sintetizar, durante a própria entrevista, aquilo que o participante diz de importante. Com isso, o entrevistador procura ser empático e aceitador durante todo o tempo sem

perder de vista o foco da sua pesquisa, tentando sempre manter o outro sob essa perspectiva.

Nesse tipo de entrevista não há um roteiro definido de perguntas, já que se pressupõe a não-diretividade. Apesar disso, questionamentos podem surgir ao longo da entrevista, mas eles ocorrem de acordo com o que for aparecendo no momento. Entretanto, há somente uma pergunta disparadora, que de certa maneira é definida anteriormente e tem a função de dar início ao assunto que se pretende conversar. A entrevista com as pessoas internadas na enfermaria de adultos teve a seguinte questão disparadora: “Estou fazendo uma pesquisa sobre como a pessoa se sente quando está internada num hospital. Você pode me contar como é isso para você, como você se sente?”.

Durante a entrevista, foi utilizado um gravador, sempre com o consentimento dos participantes, como forma de registro. Não foram feitas transcrições literais das entrevistas, já que optei por utilizar a narrativa como forma de redação. Com isso, o gravador serviu para me auxiliar na confecção desses textos. Como já mencionei anteriormente, conheci os participantes por meio de visitas de rotina e dos atendimentos que realizo neste hospital. O contato que tive com essas pessoas não se limitava somente à entrevista de pesquisa; eu os acompanhei em diversos momentos ao longo da hospitalização, o que me fez pensar que eu teria mais coisas para contar além da entrevista. Daí a opção pelo uso de narrativas.

A fonte à qual os narradores recorrem é a experiência, que pode ser a sua ou a relatada pelos outros. Segundo Benjamin (1994), a narrativa não está interessada em transmitir fatos objetivos ou informações, ela pretende adentrar

na vida do narrador para, em seguida, contar aquilo que achou. Assim, imprimi-se na narrativa a marca do narrador. A partir dessa reflexão, vale lembrar que as narrativas foram contadas por mim e, em virtude disso, elas contêm o meu olhar sobre as experiências dos participantes da pesquisa.

Para Dutra (2002), a pesquisa que utiliza a narrativa, visando compreender a experiência, situa-se numa ótica fenomenológica e existencial. Ao considerar essa dimensão do mundo vivido, segundo a autora, abre-se a possibilidade de nos aproximarmos do outro, sem perdermos uma característica essencial que o distingue no mundo: a existência.

3.2.4 Como foi realizada a pesquisa.

Inicialmente, foi necessária a autorização do diretor do Hospital para o desenvolvimento desta pesquisa. Concedida a autorização, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e, em seguida, aprovado em maio de 2006.

Com a aprovação do projeto, comecei, então, a procurar pessoas que se disponibilizassem a colaborar com a pesquisa. Por meio das visitas de rotina aos leitos da enfermaria, acabei conhecendo pessoas que poderiam contribuir. Todos participantes foram atendidos por mim antes da entrevista, o que acabava me deixando mais próxima a eles. Depois de atendê-los e me interessar pelo que estavam vivenciando, resolvi convidá-los para participar.

Nesse momento, deixava claro o objetivo do estudo e qual seria sua contribuição que, no caso, seria conceder a entrevista.

Quando elas concordavam em participar, marcávamos um horário para realizar a entrevista. Todos os participantes foram entrevistados no hospital, no momento em que eles se encontravam internados. Inicialmente, eu propunha que a entrevista fosse na minha sala , mas duas preferiram permanecer na enfermaria, por isso, sempre estive atenta em manter a privacidade nesse momento.

Já na entrevista, esclarecia mais algumas dúvidas com relação à pesquisa e dizia que a conversa seria gravada. Então, líamos o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo) para, em seguida, assiná-lo. Depois desses acertos, dávamos início à entrevista. Dois participantes foram embora neste mesmo dia e as outras duas permaneceram hospitalizadas por mais algum tempo; com isso, continuei as acompanhando até o momento final da internação.

3.2.5 Passos para se chegar a uma compreensão do vivido.

As narrativas foram analisadas pelo método fenomenológico, tendo como base a proposta feita por Amatuzzi (2003):

- I) A partir da leitura cuidadosa feita de cada narrativa contendo a expressão do vivido advinda da fala de cada participante, foi

encontrado o significado da vivência da hospitalização, contribuindo para as respostas ao problema de pesquisa;

- II) Destas respostas, foi construída uma redação consistente com a finalidade de elaborar uma síntese da vivência da hospitalização para cada participante;
- III) Partindo do conjunto de sínteses da vivência da hospitalização de cada participante, foi elaborada uma compreensão a qual buscou elementos comuns, indo além das particularidades;
- IV) Baseando-se nessa compreensão da vivência da hospitalização, finalmente, foi feita uma síntese geral do vivido, que consistiu em dispor em tópicos os principais pontos encontrados na compreensão.

Capítulo 4: DESDOBRANDO SENTIDOS

“Poderíamos dizer que vemos o significado que as coisas têm para nós. Se não vemos o significado não vemos coisa alguma”. (Van Den Berg)

Como já foi exposto no capítulo anterior, as narrativas serão analisadas a partir do método fenomenológico com base na proposta feita por Amatuzzi (2003). A partir disso, o capítulo consiste em mostrar como os passos descritos anteriormente foram desenvolvidos neste estudo. O capítulo, então, divide-se em três momentos: narrativas / sínteses, compreensão da vivência da hospitalização e síntese geral do vivido. Inicialmente, as narrativas de Dora, José, Helena e Filomena (nomes fictícios) são apresentadas junto as suas respectivas sínteses. Os dois últimos momentos – compreendendo a vivência da hospitalização e síntese geral do vivido – incluem elementos comuns encontrados no conjunto das narrativas.

4.1 Narrativa dos encontros com Dora

Antes de narrar a entrevista realizada com Dora, vou contar, baseando-me nos encontros com ela, alguns momentos de sua passagem pelo hospital. Dora tem 50 anos e teve uma recidiva de um câncer no útero. O meu primeiro contato com ela ocorreu no início do mês de março, em uma visita de rotina, na qual foi realizado um atendimento. Desde então, tenho atendido Dora com frequência durante o período que ela permaneceu internada no hospital.

Inicialmente, Dora chegou ao hospital sem esperanças de uma cirurgia que retirasse seu tumor, mas com expectativa de iniciar um tratamento de quimioterapia. Suas dores, até pouco tempo atrás, eram tão intensas que ela chegava gritar e se contorcer. Ela vivia com medo do retorno das dores e de morrer em uma dessas crises. Nessa época, ela ficou sem ânimo de tocar sua vida para frente.

Em alguns momentos, Dora encontrou conforto na equipe de profissionais que cuidava dela, mas, ao mesmo tempo, se preocupava por sentir que essas pessoas ficavam muito comovidas com a sua situação, chegando a pensar que estava atrapalhando. Dora vivenciou momentos de angústia, quando sentia ser um “peso” para alguns de seus familiares; ela pensava que essas pessoas estavam junto dela, pois tinham dó de ter que abandoná-la. Não queria ter a sensação de que estava atrapalhando e, então, pensava que seria melhor essas pessoas se afastarem, apesar do seu sofrimento.

Um pouco antes de Dora piorar, pude perceber que ela parecia estar mais confortável com seus sentimentos em relação a seus familiares, independentemente do que fosse acontecer mais para frente; agora, ela estava com vontade de conviver mais com as pessoas que ama e parecia disposta a lutar pela vida.

Alguns médicos alertavam que Dora não teria mais chance de sobreviver, e ela sentia que realmente não estava melhorando, mas, mesmo assim, tinha muita vontade de continuar a viver. Suas dores eram cada vez mais freqüentes e de forte intensidade, fazendo com que ela tivesse que ser sedada, permanecendo assim por algumas semanas.

Nesses momentos, continuei visitando Dora. Apesar da conversa ser mais difícil, ela conseguia falar de alguns assuntos que a estavam incomodando. Falava da sensação de estar morrendo, da sua procura por Deus, por meio de algumas religiões e do estado deplorável em que se encontrava. Ela também se queixava de seu humor estar muito instável e isso a atrapalhava nos momentos em que ela recebia visita.

No período em que Dora permaneceu sedada, sua condição física estava muito debilitada, o que fazia com que ela precisasse recorrentemente do cuidado da enfermagem e, a cada dia, de mais equipamentos. Dora se sentia constrangida com tudo isso e, algumas vezes, não aceitava que a equipe realizasse determinado procedimento. Muitas vezes, a equipe se esforçava para convencê-la a se submeter ao procedimento necessário.

Depois de algumas semanas, Dora foi se recuperando lentamente e, a cada dia, sentia-se mais disposta. Voltou a ter vontade de cuidar de sua aparência e, também, a se sentir disposta para caminhar no hospital. Sua melhora foi tão significativa que teve alta nesses dias, mas logo voltou ao hospital com fortes dores.

Uma semana antes da entrevista, Dora me falou da sua sensação de bem-estar e de paz, que estava sem dor e que queria muito voltar para casa. Entretanto, estava um pouco assustada com esse sentimento, pois há tempos não se percebia assim. Até teve um desentendimento com uma pessoa da equipe, mas, apesar de ter ficado um pouco chateada, nada tirava essa sua sensação de tranquilidade.

Na semana seguinte, encontrei Dora e ela me contou que o médico não havia mais indicado o tratamento de quimioterapia, porque poderia piorar sua situação. Ela falou da sua imensa vontade de viver, apesar de sentir seu corpo muito debilitado. Depois da conversa, perguntei se ela gostaria de participar da pesquisa por meio de uma entrevista. Dora concordou e marquei de me encontrar com ela no dia seguinte.

Resolvi entrevistar Dora naquela semana, porque há tempos não a encontrava tão disposta. Na enfermaria onde estava internada, havia mais uma pessoa, o que não era de costume, pelo fato dela ter vivido períodos muito críticos nas semanas que se passaram. Então, tive que arrumar uma sala mais reservada, mas não poderia ser longe do quarto, pois Dora necessitava de cuidados, além de não conseguir andar muito. O pessoal da equipe me ajudou a localizar e transportá-la para uma sala em frente ao seu quarto.

Já na sala, expliquei melhor sobre a pesquisa, assinamos o termo e logo começamos a entrevista. Mencionei que, caso se sentisse mal ou estivesse desconfortável, me avisasse, pois logo interromperíamos. Fiz a pergunta disparadora, mas, no início, Dora não sabia direito o que falar. Ela começou dizendo estar internada desde março de 2006, não de maneira contínua, mas conforme suas dores. Confessou não se sentir bem com essa situação.

Na tentativa de ajudá-la a explorar o assunto, afirmei que, embora ela estivesse em tratamento, cuidando de sua saúde, não é bom o ambiente hospitalar, talvez ela preferisse estar fazendo outras coisas. Dora confirma e acrescenta que, apesar de estar medicada, com médicos ao seu redor, gostaria de estar em casa, mas os medicamentos que toma em casa não aliviam suas dores como os daqui, que são intravenosos. Dora reafirma que, no hospital, o controle da dor é mais efetivo, não sentindo quase estes incômodos e, quando aparece, passa rápido devido às drogas. No entanto, ela fala de uma dor “infernai” e constante, que, mesmo com medicamento, não cessa.

Acompanhando Dora internada, percebo que, em alguns momentos, ela não sente dor e tudo parece caminhar melhor. Pensando nisso, perguntei como era estar no hospital sem poder ir embora, apesar de estar se sentindo bem. Respondeu que se vê dividida entre os dois lugares, pois em casa se sente mais confortável, mas estar em sua residência com dor é pior para ela; ficar aqui e sem dor é melhor, compensa mais.

Inicialmente, Dora falou muito desses seus sofrimentos, pois isso é a razão pela qual vai recorrentemente ao hospital. Então, perguntei sobre outros assuntos da sua vida, como ficavam para ela, já que deveria permanecer

internada. Dora falou da falta que faz seu marido, da sua vontade de estar em casa com ele e de receber o seu carinho. Ela afirma, por outro lado, que escolheu entre silenciar sua dor ou estar deitada com o marido na cama e gritando de dor.

Independentemente de sua opção, revela que gostaria de estar em casa e ter privacidade com o marido. No hospital, essa privacidade é impossível e, ultimamente, na sua casa também. Refleti com ela dizendo que, tanto em casa quanto aqui, sua privacidade está prejudicada. Dora confirmou o que eu disse e concluiu que, para ela, são duas dores: a do câncer e a de não poder viver com seu marido como gostaria. Ambas lhe causam muito sofrimento. No Hospital, disse à Dora, a dor física melhora e a de estar longe do marido aumenta.

Dora concorda e complementa que fica nervosa com qualquer coisa, está sensível aqui, fica magoada por qualquer motivo. Quando ela se dá conta de que alguém está falando seu nome, mesmo sem saber o que é, fica sentida e começa a chorar. O choro é constante aqui, quando está sozinha ou conversando com alguém. Perguntei se há alguma razão para seu sentimento. Afirmou ser a solidão e que, embora tenha muita gente circulando e até mesmo conversando ou dando um carinho, ela assegura não ser a mesma coisa do que estar com a família. Tentei esclarecer suas palavras dizendo que, apesar de ter bastante gente aqui, ela continua se sentindo só, desejando que houvesse alguém mais íntimo lhe acompanhando neste momento.

Dora declarou sobre sua vontade, em alguns instantes, de sair andando por aí, chorando, desabafando. Mas, como não pode, começa a conversar com Deus. Ela assegura que, na atual situação, só se remetendo a Ele. Sempre tem

chamado por Ele, o que não era comum antes. Dora disse que tem confiado na companhia de Deus. Questionei se agora ela sentia que podia contar com Ele. Ao confirmar, completou que Deus é sua única companhia agora; conversa sempre com Ele. Antes ela não tinha essa proximidade, como agora aprendeu a ter. Diante disso, pensei e declarei que talvez Dora não se sentisse tão só com essa proximidade. Dora confirmou e somou dizendo que ameniza também a sua dor.

Em seguida, voltou a lembrar que, nesses dias, estava bem sensível, mesmo que fizesse de tudo para não se sentir tão sozinha e triste. Ela tenta impedir esta situação conversando com bastante gente e dando risada, assim, o tempo vai passando. Esforça-se para tirar a lembrança da sua doença, mas confessa que não é da noite para o dia que isso acontece, como as pessoas geralmente falam.

Para elucidar, esclareci : “Em alguns momentos, você (Dora) consegue afastar pensamentos e sentimentos sobre a sua doença, mas eles não saem por inteiro, só dá para colocá-los de lado”. Dora confirma minha fala e começa a discorrer a respeito da parte psicológica da sua doença. Ela crê que pode ser curada só pela “cabeça”, pois algumas pessoas importantes já falaram isso. Da outra vez que teve o câncer, ela disse que ficou muito pior, chorava mais do que agora e, mesmo assim, conseguiu se recuperar. Agora que ela se sente melhor, tem mais esperança de conseguir se curar. Confia muito nas pessoas que a estão acompanhando, tanto na sua família como na equipe de profissionais.

A entrevista se encerrou repentinamente, pois Dora tinha que ser medicada, revelando também já estar com vontade de voltar para o quarto. Eu também estava preocupada com ela, então, resolvi chamar imediatamente o pessoal da enfermagem para me ajudar a levá-la de volta. Antes disso, perguntei se ela tinha mais algo a dizer e respondeu que não. Já tinha dito tudo que gostaria.

Depois da entrevista, Dora permaneceu duas semanas em casa, mas teve que voltar devido a suas fortes dores. Em casa, ela não se sentia bem e não aproveitou os momentos que teve com o marido. Permanecia sozinha a maior parte do dia, o que, segundo ela, a deixava muito sensível e triste. Nessa semana que nos encontramos no hospital, Dora disse que estava se sentindo muito sozinha e abandonada, pediu até para ficar em um quarto mais afastado. Apesar da constante presença de pessoas em seu leito, esse sentimento era muito presente nesse momento de sua vida.

Durante a noite, Dora não conseguia mais dormir, pois tinha medo que algo acontecesse e os enfermeiros não notassem, já que a frequência deles era menor no período noturno. Essa inversão de horários a incomodava muito, pois se sentia confusa e à noite se percebia mais só e com medo.

Em alguns momentos, ela parecia estar melhorando e ficava com esperança de se curar, mas não demorava muito e sua condição piorava novamente. Continuei visitando Dora durante esse período, mas ela pouco falava. Em nosso último encontro, estava muito confusa, falava coisas desconexas e, então, pensei que poderia ser os fortes medicamentos. No

entanto, na manhã seguinte, após três meses e meio de sua primeira internação, recebi a notícia de que Dora havia falecido.

Síntese da vivência de hospitalização de Dora.

Inicialmente, a vivência de Dora no hospital lhe causou profunda tristeza pela ruptura do convívio com seus familiares. A hospitalização amenizou as dores decorrentes de sua doença, no entanto, ela sentia outra dor, a de estar distante de pessoas queridas. Nesse sentido, a internação é vivenciada por Dora com sentimentos ambíguos: por um lado há a tristeza, a solidão e a carência; e por outro, o alívio e a sensação de bem-estar.

Acima de todo o sofrimento vivido, compensava mais sobreviver, independentemente do lugar em que se encontrava. Em algumas situações, Dora comentou que, tanto em sua residência quanto no hospital, havia sofrimento, por exemplo, quanto à falta de intimidade com seu marido. No hospital, isso é um problema decorrente do espaço físico. Já em casa, como suas dores ficavam mais constantes, a intimidade também ficava comprometida. Isso se tornou mais evidente ainda, quando Dora teve alta e pôde ficar algumas semanas em casa. O sofrimento das dores e da solidão continuou, mesmo estando em um lugar onde acreditava que poderia se sentir bem.

No hospital, as dores físicas se tornavam insuportáveis quando ela não estava bem psicologicamente. Mesmo sem dores, ela vivia apreensiva e com medo de que suas crises voltassem. Nesses momentos, ela ficou sem ânimo de continuar vivendo, até porque seu sofrimento era muito intenso. Já em

outras ocasiões, quando Dora se sentia melhor emocionalmente, as dores se tornavam mais suportáveis.

Ao mencionar o sofrimento que a solidão lhe causava, Dora demonstra dois aspectos dessa vivência. O primeiro, discutido anteriormente, quando ela se remete ao sofrimento de estar longe de seus familiares; já o segundo aparece no momento em que ela se encontra sozinha consigo mesma, o que era bastante difícil. Diante desta situação, ela tentava colocar de lado alguns sentimentos que lhe causam sofrimento, buscando uma distração.

Apesar da solidão vivenciada ao longo de sua internação, em alguns momentos, ela também não se sentia à vontade na companhia de outras pessoas, mesmo que fossem da sua família. Com o passar dos dias, ela parece ter percorrido um caminho que saiu de machucar a si mesma, por se sentir atrapalhando a vida de entes queridos, para um convívio mais livre e aberto, no qual ela aproveita os momentos com essas pessoas. No entanto, ao final de sua internação, Dora passou a se sentir abandonada e preferiu se isolar.

Em relação ao contato com Deus, Dora transitou entre momentos de questionamentos e de aproximação, no período que esteve internada no hospital. A maneira à qual se remetia a Ele, acontecia a partir do sofrimento sentido. Principalmente nos momentos de solidão, ela encontrou na relação com Deus um conforto para o intenso sofrimento. Às vezes, Dora se sentia mais tranquila no contato com Ele do que com outras pessoas.

Embora a tristeza tenha sido o sentimento mais freqüente naquele período, Dora também sentia paz e tranquilidade, juntamente com um sentimento de desconfiança, já que essa sensação a fazia pensar que estava se aproximando da morte. A insegurança e a instabilidade, portanto, foram constantes ao longo de toda internação de Dora. O fato de ela estar internada em um Hospital, sob os cuidados de uma equipe de profissionais, não amenizou seu sentimento de insegurança quanto ao seu estado de saúde e o seu medo da morte.

Parece haver uma diferença entre cuidados hospitalares e carinho familiar, mesmo que o primeiro também envolva oferecer carinho. Ela disse que ainda lhe falta carinho e afeto, recebido por meio de sua família. O seu sentimento com relação aos cuidados do pessoal da enfermagem foi mudando ao longo de sua internação. Em alguns momentos, preferia que eles estivessem perto para distrair ou cuidar de maneira mais constante, mas em outros, sentia-se incomodada e inadequada com a presença deles. Esse cuidado exigido por Dora variava de acordo com aquilo que ela necessitava ao longo dos diferentes momentos de sua internação.

As aparelhagens e cuidado intensivo que Dora recebeu no período em que permaneceu sedada, foi sentido por ela como algo constrangedor, pois nesse momento, ela se deu conta de que a cada dia necessitava de mais cuidados externos (profissionais e equipamentos) e isso lhe indicava que seu corpo estava cada vez mais debilitado. Por isso, muitas vezes, tinha dificuldades em aceitar o cuidado.

Dora percorreu caminhos diversos no processo de hospitalização. Vivenciou extremos contrastantes, ficando sua estadia sempre marcada pela insegurança e desconfiança. O hospital foi paliativo para suas dores, ao mesmo tempo, foi também um sinalizador de que seu problema de saúde era irreversível.

4.2 Narrativa dos encontros com José.

Ao realizar as visitas de rotina nos leitos de pessoas internadas encontrei José deitado e com um acompanhante internado ao lado. Como de costume, apresentei-me e, logo em seguida, José começou a contar, em detalhes, sua passagem pelo hospital.

Na primeira parte, vou contar o que José e eu conversamos nesse encontro e, em seguida, será narrada a entrevista realizada no dia seguinte.

José foi internado devido a uma insuficiência respiratória e permaneceu dois dias no hospital. Ele tem cinquenta anos e atualmente não trabalha devido a seus problemas de saúde, motivo pelo qual se justificam suas constantes visitas ao pronto-socorro do hospital.

Nessa passagem pela instituição, José ficou insatisfeito por seu problema não ter sido resolvido. Chegava com alguns sintomas como falta de ar, no entanto, às vezes, sentia-se até pior ao sair. Ele notava que os medicamentos não funcionavam, pois não se realizavam exames para diagnosticar o problema de José. Ele dizia que os medicamentos não tinham função alguma, já que não se sabia direito qual era o seu problema. José também não gostava da maneira como a equipe de profissionais lhe tratava, chegando a dizer que, certo dia, chamou por ajuda para se levantar do leito e notou que algumas pessoas não estavam disponíveis no setor. Os profissionais do pronto-socorro são aprendizes, segundo José, por isso, não sabiam resolver o seu problema, que ele considerava ser grave. Acreditava que a falta de ar

estava ligada ao seu problema no coração, e só médicos mais experientes poderiam resolver.

Nesses últimos dias, José se queixou de estar muito mal, não agüentava mais chegar ao pronto-socorro e não ter seu problema resolvido. Com isso, resolveu falar com o médico que o acompanhava, explicando o seu problema e pedindo para ser internado. Seu médico concordou, pois, segundo José, viu que ele estava realmente mal. Nesse mesmo dia, ele subiu para a enfermaria e começou a se sentir melhor.

José sente que na enfermaria os remédios são diferentes, mais fortes e menciona até o fato de os rótulos dos medicamentos serem diferentes dos do pronto-socorro. Ele fica confuso ao falar disso, pois aponta que os medicamentos até podem ser iguais, mas na enfermaria o efeito parece não ser o mesmo. A equipe de profissionais está mais próxima na enfermaria, segundo a percepção de José. Os enfermeiros vêm com frequência cuidar dele, e os médicos fazem mais visitas. Nesse setor, os médicos pedem exames, e José acredita que isso proporcionará um diagnóstico e tratamento mais precisos para sua doença.

Nessa primeira conversa com José, ele me disse que se sentia somente 50% curado, no entanto, só queria ir embora quando estivesse se sentindo completamente bem. Ele falou bastante nesse primeiro encontro, em vista disso, não consegui dizer muitas coisas, principalmente com relação ao que eu havia compreendido de sua vivência. Somente na hora de ir embora do Hospital me dei conta de que poderia entrevistar José, entretanto, só pude falar com ele a respeito da pesquisa no dia seguinte. Logo pela manhã, fui confirmar

se José ainda estava internado e, ao constatar que ele teria alta, apressei-me para ir conversar com ele.

Falei com José sobre a pesquisa, perguntei se gostaria de participar, e ele aceitou. Demoramos um pouco, pois José precisava tomar um medicamento e se vestir, já que, logo em seguida à entrevista, iria embora com sua esposa. Ela ficaria esperando José na recepção e recomendou que fossemos rápidos, pois eles dependiam de uma carona . Por conta disso, acabei ficando um pouco apreensiva ao longo da entrevista.

Perguntei à médica que estava acompanhando José se não teria problema levá-lo até minha sala para conversar. Ela respondeu que não e acrescentou que seria importante a conversa, pois ela acreditava que o problema de saúde de José poderia ser psicogênico.

Depois disso, fui buscar José em seu leito para realizarmos a entrevista. Já na sala, falei um pouco mais sobre a pesquisa, tiramos algumas dúvidas e assinamos o termo de consentimento. Falei para José do quanto havia me interessado por tudo que conversamos no dia anterior e solicitei que ele falasse mais um pouco sobre essa experiência de estar internado na enfermaria.

Inicialmente, José pensou que eu estaria fazendo algo relacionado à qualidade do atendimento hospitalar, como se eu fosse avaliar a maneira dos profissionais atenderem. Disse a ele que minha intenção era outra, não estava ali para julgar nem o atendimento hospitalar e muito menos o que ele iria me contar.

José começou dizendo ser aquela sua primeira vez de internação no Hospital e que, enquanto esteve na enfermaria, se sentiu bem. “Graças a Deus”, ele ressalta e afirma que volta para casa com saúde, quando compara ao estado em que chegou. Disse ter entrado muito mal, com falta de ar, mas agora já está indo embora. Então, perguntei se esses dias de internação foram tranquilos. José confirmou e salientou que na enfermaria foi bem atendido, bem tratado pelas enfermeiras e pela doutora. Em quase todos os turnos, ele recebia visita dos médicos, tanto do que o acompanha no ambulatório como da médica que está cuidando dele na enfermaria. Confirmei questionando se na enfermaria ele percebia que os médicos estavam mais presentes. José falou que sim, tanto que a doutora já lhe deu alta hoje, continuou.

Pedi para que José me contasse o que havia sido tão bom na enfermaria. A medicação, alimentação e higiene, afirma ela, tudo foi muito bom na enfermaria. Aqui ele consegue trocar de roupa e tomar banho. Gostou muito, ressalta, se está bom, não pode reclamar, tem que falar a verdade. Sobre a enfermaria, ele fala não ter do que reclamar.

Como já conhecia um pouco da história de José, pedi para ele falar mais a respeito das outras situações vividas no hospital. Nesse momento, José começou a contar sua passagem pelo pronto-socorro. Achei interessante que ele falasse sobre isso na entrevista para situar como ele diferencia a vivência que teve na enfermaria do pronto-socorro. No início da narrativa, contei da minha maneira a primeira conversa que tive com José, mas, agora, mesmo com algumas repetições, segue a forma dele de contar.

José se lembra da ocasião em que esteve mal, com falta de ar. Passou pelo pronto-socorro quatro vezes, tomava medicamento e retornava para casa. Como não se sentia melhor, tinha que voltar ao hospital, às vezes, até no mesmo dia. Por isso, ele resolveu passar pelo médico que o acompanhava no ambulatório e conseguiu ser internado, porque não estava sentindo bem ser cuidado naquele local. Depois de ter sido encaminhado à internação, José confessa ter se sentido bem melhor.

Questionei se ele sentia que no PS o cuidado é diferente. José disse que, apesar da medicação ser igual nos dois lugares, achava que na enfermaria tinha sido melhor atendido. Isso não significa que os médicos da enfermaria ou do PS sejam ruins, mas cada um tem um modo de trabalhar, continuou José. Ele acredita que existem casos mais sérios e outros mais simples. Para ele, o seu caso era mais sério, por se tratar de um problema do coração, por isso, estar na enfermaria internado poderia ser melhor.

Na enfermaria, confirmei com José, o cuidado para o seu caso, considerado mais grave por ele, foi melhor do que lá embaixo (pronto-socorro). José concordou com a minha fala e acrescentou que, depois da consulta de encaixe com seu médico, foi encaminhado para a internação e, em dez minutos, já estava tomando medicamento. Segundo José, ao chegar à enfermaria, tudo aconteceu mais rápido, o que não era comum no pronto-socorro em que, algumas vezes, o médico atendia na hora, mas outras não. José acredita que ingerindo medicamento certo e permanecendo na enfermaria, a melhora é mais rápida. Estava se sentindo tão bem que até conseguiu se alimentar depois de ter ingerido o remédio.

José pede a Deus para não ter que voltar ao hospital nessa situação, mas se isso acontecer e ele estiver tão mal como estava, prefere pedir para ser internado logo. Nesse momento, ele começa a falar do problema de saúde como motivo de seu sofrimento. A falta de ar que tem sentido ultimamente é muito difícil. Para ele, existem dores, que, com o medicamento adequado, melhoram. José lembra de uma dor nas costas que o obrigou a ir ao PS. Foi atendido bem, tomou uma injeção e se sentiu melhor. Mas a falta de ar, segundo José, é muito triste. Quando se sentir assim novamente, ele assegura que retornará a solicitar internação, pois ele considera seu caso sério.

Na tentativa de acompanhá-lo, disse a minha impressão sobre o que parecia estar muito presente em sua fala. Ao chegar aqui tão mal, percebeu que o pronto-socorro já não resolvia mais seu problema. Então, ele pensava ter na enfermaria um cuidado melhor. José confirmou que “(...) as quatro vezes que eu passei aqui em baixo não solucionou o meu problema e aqui em cima resolveu, então, acho que aqui é melhor para mim”.

Não sente dor quando lhe falta ar, porém ele fica desesperado e com muita fadiga, tentando “caçar” o ar. Com a internação, ele acredita que a melhora seja mais rápida, pois irá tomar o medicamento específico para o seu problema. A droga utilizada no PS não o ajudou, mas na enfermaria foi rápido e solucionou, com isso, ele se sentiu melhor. José pede a Deus para não acontecer novamente, mas, se caso ocorra, prefere ser internado.

Por ter considerado a internação uma vivência tranquila, resolvei perguntar sobre como foi ficar longe de casa durante sua hospitalização, até

porque esse assunto, de maneira geral, pode causar sofrimento nos clientes da instituição.

José comenta sobre sua imensa vontade de sair do hospital, mas somente quando estiver se recuperado completamente. Dessa maneira, ele sente que poderá sair mais tranquilo. Sente falta de sua família, no entanto, também tem que pensar em sua saúde. Ele lembra quantas vezes veio ao pronto-socorro, deixando sua esposa e seus filhos aguardando no carro, passando frio, esperando a sua melhora para poder ir embora. Então, José acha melhor eles ficarem em casa do que o esperarem, pois internado tem certeza de que está sendo bem atendido e bem tratado. Reconhece que prefere ficar na instituição se recuperando a estar em casa se sentindo mal. Para ele, hospital não é bom, a saudade vem, porém, como ficou aqui até hoje e se sentiu melhor, está indo embora mais feliz do que quando chegou.

No dia anterior à entrevista, durante a, já citada, conversa, ele havia falado que os médicos estavam tentando descobrir qual era o seu problema. Conhecer esse fator seria essencial para sua melhora, uma vez que somente manipulariam os medicamentos importantes para sua recuperação e baseados em seu diagnóstico, caso contrário, eles não teriam efeito. Então, indaguei sobre essa questão.

O médico esclareceu que não havia encontrado nenhum problema em seu coração. Lembrando-se do que disse a médica, José afirmou que a radiografia tirada do seu pulmão mostrou estar tudo bem. A especialista, porém, alertou que sua falta de ar pode ter ocorrido devido a dois motivos: a uma pneumonia que José teve anteriormente ou a sua ansiedade, pois ele

perdeu seu pai há pouco tempo e viveu muita tensão. José acrescenta ter a médica receitado uma droga para tomar em casa, com a qual espera melhorar.

Comentei, então, que ele não sabe exatamente o que tem, mas o importante é estar se sentindo melhor. José respondeu não saber exatamente a causa; para ele podem ser diversas coisas. Fez exame de sangue, mas não saiu o resultado, depois vai marcar consulta e perguntar ao médico.

José falou mais algumas coisas sobre os exames que fez, mas a conversa já estava se encaminhando para o final e, então, perguntei: “Tem mais algo que o senhor queira dizer?”. O participante disse que não, pois hoje era somente isso. Ele agradeceu a conversa, a atenção e, também, a Deus por ir embora melhor do que quando chegara. Agradei a ele pela colaboração.

Síntese da vivência de hospitalização de José.

A passagem de José pela enfermaria lhe proporcionou, ao final de sua internação, um alívio de um sofrimento que vivia há dias devido ao seu problema de saúde. A sua melhora foi gradual, embora tenha se sentido bem desde o momento que entrou na enfermaria. Na maior parte do tempo, José comparou sua vivência de internação com outras experiências tidas no hospital, principalmente quando esteve no pronto-socorro. Essa comparação é significativa, na medida em que realça as duas vivências e as coloca em posições opostas.

Na enfermaria, a equipe de profissionais estava sempre presente, o que para José dava uma sensação de estar sendo bem atendido, de maneira mais próxima e constante. O cuidado recebido na enfermaria e no pronto-socorro foi percebido de forma distinta. José enfatizou bastante a atenção dada na enfermaria, a qual foi vivenciada de maneira segura e estável. Esse modo de trabalhar dos profissionais está intimamente ligado com a rotina hospitalar, que apresenta uma previsibilidade.

Apesar de José estar inserido em uma rotina diferente da sua, ele se sentiu à vontade quanto aos cuidados oferecidos na enfermaria. Esses cuidados podem ser tanto técnicos como básicos (higiene e alimentação). O cuidado e a rotina hospitalar foram vivenciados como facilitadores de sua melhora, apresentando-se como elementos importantes naquele período. Embora a rotina na internação possa parecer rígida, José se sentiu mais

seguro e amparado nessas condições, em comparação ao pronto-socorro, o qual possui uma maneira diferente de trabalhar.

Percebi que José não confiava mais no trabalho do pronto-socorro. A carência de cuidado sentida ao passar pelo pronto-socorro parece ter se amenizado quando ele foi internado. Na enfermaria, havia mais confiança e respeito ao trabalho da equipe de profissionais. Por isso, o participante não questionava, pois entendia que lá os médicos eram mais experientes e sabiam cuidar de pessoas em condições graves, como era o seu caso. Com isso, submetia-se aos procedimentos e às ordens médicas, mesmo percebendo que os medicamentos tomados na enfermaria e no pronto-socorro eram iguais e que não se obteve um diagnóstico sobre seu problema como ele gostaria.

Inicialmente, José exigia um cuidado que estivesse atento a suas necessidades e particularidades, o que não foi sentido quando estava no pronto-socorro. Mesmo sem sair com o seu diagnóstico, José não questionou a equipe, já que sua sensação de bem-estar e segurança era intensa.

Durante sua estadia na instituição, José esteve voltado para si mesmo e sua recuperação, não sofrendo com o que havia deixado lá fora. Tinha saudades da família, no entanto, preferia, naquele momento, cuidar-se para, em seguida, retornar a sua casa. Dessa maneira, José sentia que sua família também não sofreria, pois a enfermaria era vista como um local seguro, uma garantia de que ele iria se recuperar. Havendo essa despreocupação com relação à família, ele, como já foi dito, voltou-se para si, preocupando-se somente com a melhora.

A sua passagem pela enfermaria amenizou o sofrimento vivido durante tanto tempo e, acima de qualquer coisa desagradável que a hospitalização é capaz de oferecer, a sua vivência da internação lhe proporcionou segurança e, conseqüentemente, bem-estar, tanto do ponto de vista psicológico como físico.

4.3 Narrativa dos encontros com Helena.

Em uma de minhas visitas de rotina pela manhã acabei conhecendo Helena. Ela estava internada no primeiro quarto da enfermaria, mas seu leito era o segundo. No primeiro leito, havia uma outra senhora gemendo de dores e insatisfeita por seu problema não estar sendo resolvido. Fiquei um pouco com ela, mas logo outros profissionais já apareceram para ajudá-la. Em seguida, apresentei-me para Helena, a qual começou a contar sobre o seu sofrimento nesses últimos meses.

Num primeiro momento, atendi Helena e, só no final da conversa, pensei que poderia entrevistá-la. A conversa inicial, portanto, aconteceu, de acordo com a demanda de Helena e, somente depois, foi enfatizada a questão da hospitalização. Baseando-me neste encontro, vou contar um pouco da história de Helena.

Helena tem 50 anos e seu filho mora com ela, mas quase não o encontra. Há um ano, aproximadamente, conseguiu um emprego de auxiliar de limpeza, no entanto, atualmente, está afastada por motivo de doença. Na época em que estava trabalhando, Helena se sentia cansada e estressada, mas já estava perto das férias. Quando as férias chegaram, ela já precisava fazer uma cirurgia no pulso, mas apenas conseguiu marcar para aquele momento. Desde então, Helena não voltou mais ao trabalho, pois surgiram outras complicações, que não estavam ligadas a sua primeira cirurgia, mas precisou ser operada mais duas vezes. Um desses problemas foi no útero.

Após essa cirurgia, ocorreu outra complicação na bexiga, que também ocasionou, com já foi dito, outro procedimento cirúrgico. Em meio a tudo isso, Helena precisou ser internada três vezes em poucos meses.

Com toda essa situação, Helena tem se sentido desvalorizada em seu trabalho, ao perceber que as pessoas não acreditam em seu problema, achando que ela está fingindo. Devido a tantas intercorrências, há um sentimento de vulnerabilidade e uma preocupação em se recuperar logo. A questão da recuperação também faz com que Helena vivencie mais sofrimento. Ela se sente abandonada, nesse momento, pois não está podendo contar com a ajuda de quase ninguém. Por conseguinte, ela não consegue ficar de repouso, como deveria.

Nessa primeira conversa, percebi como Helena estava fragilizada por tudo que estava ocorrendo em sua vida e pensei como estaria sendo a sua passagem pelo hospital. Então, resolvi convidá-la para fazer parte da pesquisa e ela concordou. A entrevista foi marcada para o mesmo dia, uma vez que ela já estava de alta, entretanto, só iria embora ao final do dia.

Então, combinei a entrevista logo depois do almoço, assim não correríamos o risco de sermos interrompidas, até porque é uma hora mais tranqüila no hospital. A enfermagem já realizou grande parte dos procedimentos pela manhã e não é horário de visita. Como Helena podia andar, resolvi levá-la até minha sala, pois seria mais tranqüilo e reservado.

Como combinado, começamos a entrevista depois do almoço, mas não conseguimos escapar das interrupções ao longo da entrevista. Sentamo-nos no

sofá e comentei, novamente, a respeito da pesquisa. Li o termo de consentimento, assinamos e já iniciamos a entrevista. Pedi para Helena me contar como foi ficar internada no hospital, já que aquela não havia sido a sua primeira vez. Ela começou dizendo que a sua primeira internação foi mais tranqüila, diferentemente da segunda e terceira, pois permaneceu mais dias internada. Ela comenta que cada nova internação os dias aumentam, com isso, espera não ter mais que voltar ao Hospital.

Helena continua dizendo que estar doente ou operada no hospital já dá uma segurança, pois qualquer coisa a equipe está à disposição. Para ela, é melhor estar aqui do que em casa. Em sua residência, sente-se sozinha e não sabe o que fazer. Mas, ao mesmo tempo, no hospital ela se sente presa, pois não pode sair do leito devido a seu estado de saúde. À medida que os dias passam, Helena vai se sentindo pior, mais presa; compara essa situação com a de viver na cadeia. No entanto, volta a falar da sensação de segurança que tem ao saber da disponibilidade da equipe em atendê-la a qualquer momento.

Na tentativa de acompanhá-la falei, em outras palavras, o que ela estava tentando me dizer. Depois de sua confirmação, fiz uma pergunta para esclarecer uma dúvida que fiquei em relação à sua fala anterior. Pedi que me contasse o que acontecia com o passar dos dias que ela se sentia pior e mais presa. Para Helena, isso parece gradativo, isto é, vai do se sentir bem no começo até atingir uma sensação de mal-estar no fim da internação. Ela fala das três pessoas que conheceu no hospital e estavam internadas no leito ao lado. Fez amizade com elas, mas ao mesmo tempo, não as conhecia direito.

Quando permaneceu internada, Helena disse não ter recebido nenhuma visita. Para ela, pessoas que receberam visita talvez tenham se sentido melhor.

A partir daí, Helena fala da sensação de estar isolada do mundo, de ter sido retirada do seu meio de convivência e colocada em uma jaula. Ela sente que não escolheu essa situação. Disse a ela que isso parecia lhe causar muito sofrimento. Helena confirmou o que eu havia dito e acrescentou achar que outras pessoas internadas também poderiam se sentir assim, mesmo recebendo visitas. A pior angústia, para ela, é estar longe do seu “habitat”.

Gostaria de ouvir Helena falando um pouco mais da sua convivência com os outros internos. Em decorrência disso, resolvi perguntar como havia sido para ela estar com pessoas no leito ao lado. Inicialmente, Helena fala que aquelas pessoas eram estranhas a ela. Mas, em virtude da necessidade vivida por cada um em determinados momentos, passa a haver uma cumplicidade entre os internos. Ela lembra da troca de ajuda que acontece entre eles. Aquele que está se sentindo bem ajuda o outro que não está. Há uma confraternização, e isso ela considera algo positivo. Disse à Helena que, apesar deles não se conhecerem, acabavam se ajudando.

Helena concorda e volta a falar da sua sensação de segurança por estar sendo cuidada por profissionais, mas ao mesmo tempo, pensa que seu caso não é o único aqui, ou seja, eles têm mais pacientes para cuidar. Então, ela procura, na medida do possível, não incomodar a todo instante o pessoal da enfermagem. Com isso, a troca de ajuda acaba acontecendo. Novamente, na tentativa de acompanhá-la e elucidar sua fala, comentei sobre ela se sentir bem ao receber os cuidados oferecidos pela enfermagem, porém, sem eles,

acaba contando com a presença dos colegas de quarto Helena confirma e acrescenta que, além dessas pessoas ajudarem, também há a atenção de outros funcionários, como a copeira, por exemplo.

Percebi que Helena enfatizou essa questão do cuidado neste hospital como algo que a fazia se sentir bem. Então, resolvi perguntar como era isso em sua casa, até porque ela já estava doente há alguns meses, e seu período de internação era muito curto. Considero interessante saber como é vivenciado esse cuidado em casa, pois, muitas vezes, um complementa o outro, tornando mais clara a vivência da pessoa dentro do hospital.

Nos primeiro dias, Helena conta que foi bem difícil, pois deveria repousar mais e, em consequência, precisava de mais ajuda. Quase não se alimentava, no entanto, isso só acontecia, quando uma amiga deixava algo para ela comer. Ela acha que ficou com pneumonia por isso, devido à baixa resistência. Com tristeza, Helena comenta sobre a falta que fez não ter recebido uma visita nesse período de sua doença e, até mesmo, no hospital. Algumas coisas, como assistir televisão, tornaram-se insuportáveis e deprimentes, pois sua vida se resumia a ficar trancada dentro de casa. Quando estava com saúde, tudo isso era um gostoso passatempo. Antes ela se sentia estressada em seu trabalho e não via a hora de tirar férias. Mas, agora, Helena sente que seu estresse continuou e até intensificou. Suas preocupações aumentaram, pois se encontra doente, com dificuldade financeira e familiar, além de estar se sentindo sozinha.

Vivendo nessas condições, Helena conta que se sente, às vezes, a pior criatura do mundo. Quando entrou no centro cirúrgico dessa última vez, pensou

que seria melhor não sair viva de lá, pois não agüentava mais viver assim. Gostaria de retornar a sua vida ou era melhor não sair viva do centro cirúrgico. Atualmente, apesar de tudo, Helena preferia estar trabalhando e levando sua vida normalmente. Antes, até poderia sair do emprego e procurar outro, no entanto, ela sente que não tem escolha.

Helena, nos últimos meses, portanto, tem sofrido bastante. Ao falar disso, ela se emociona e ainda se ressentida. Procurei não deixar de lado esse sofrimento, no entanto, tentei me voltar novamente à questão da hospitalização. Então, perguntei como estava sendo sua internação depois de ter passado por tudo isso.

Quando veio ao Hospital para ser internada, Helena disse que estava com esperança de tudo dar certo, embora estivesse insegura. Depois de ter passado por tantas coisas que, segundo ela, pareciam uma bola de neve, permanecia a sensação de que algo ainda pudesse dar errado. Ela conta que suas piores horas aconteceram quando saiu do centro cirúrgico, tendo que ficar imóvel e sentindo muita dor. A sensação era de que aquilo iria durar para sempre. Mas, conforme se recuperava e ia se sentindo melhor, ficava mais confiante com relação a sua melhora.

Helena fala da satisfação do tratamento recebido aqui. Deixa claro que não foi perfeito, pois ela acredita que isso seria impossível. Não há um enfermeiro e um médico para cada paciente, há outros casos para serem vistos e, em decorrência disso, ela acredita que pode surgir uma falha. Apesar disso, de maneira geral, ela se sente privilegiada. Nessa última cirurgia, estabeleceu

um ótimo relacionamento com o médico. Na primeira, era um outro médico que não conhecia, então, não se sentia tão a vontade com ele.

Em relação ao fato dela se sentir isolada e sozinha no hospital, Helena acredita que não foi culpa da instituição, já que aqui há mais horários de visitas do que em outros lugares. Apesar de existirem tantos horários, as pessoas não vieram visitá-la. Para Helena, isso aconteceu porque as pessoas tinham outros compromissos e pensavam que ela sairia logo, no entanto, os dias foram passando e ela continuou sozinha. Tudo isso não a deixou pior, nem com mais dores ou mais deprimida.

Ela fala sobre um outro companheiro que a ajudou: o celular. Perguntei se isso a tinha deixado mais próxima do mundo de fora e ela respondeu que sim. Helena conta que as pessoas não vêm visitar, mas ligam para saber como ela está e isso a deixa bem. Saber que tem alguém lá fora preocupado ou pensando nela é mais agradável.

Helena não considera sua internação um fato isolado em sua vida; tudo está caminhando junto: a dificuldade na vida familiar, sentimental, financeira e a sua falta de saúde. Nesse momento da entrevista, ela retomou, emocionada, aspectos da sua vida particular que a estavam fazendo sofrer. Apesar da conversa não ter terminado, Helena não voltou a falar a respeito da hospitalização. O que acho interessante destacar foi quando Helena falou da única pessoa com quem estava podendo contar nesse momento: seu ex-marido. Apesar disso, ela não se sentia à vontade para receber ajuda, pois sentia que não queria ficar devendo nada a ele.

Já finalizada a entrevista, ao acompanhar Helena até seu leito, ela me falou sobre como estava sendo importante se sentir valorizada e perceber que as pessoas da equipe estavam preocupadas com ela. Ao entrar no quarto, havia duas pessoas da igreja que a estavam esperando para conversar, já que o Hospital oferece essas visitas semanalmente. Então, despedimo-nos com um forte abraço.

Síntese da vivência de hospitalização de Helena.

A vivência de Helena no Hospital foi se modificando ao longo da sua internação. Pelo fato dela estar se recuperando da cirurgia de maneira satisfatória, começou a se sentir bem fisicamente e, em decorrência disso, não via motivo para estar internada. A sensação era de estar aprisionada e isolada em uma condição que acreditava não ter escolhido. Durante este tempo, tinha poucas dores, mas ficava angustiada para ter seu problema de saúde resolvido logo. De um lado, Helena sentia um bem estar físico, e do outro, vivia um mal estar psicológico.

O mal estar psicológico vivido atualmente não teve início na sua hospitalização, já que ela estava passando, há tempos, por uma experiência de intenso sofrimento em decorrência de seus problemas de saúde. Porém, com o passar dos dias no hospital e com algumas vivências ao longo de sua internação – como por exemplo, a sensação de abandono – sua condição psicológica se agravou e o sofrimento se tornou mais intenso. Nesse momento, Helena esteve voltada a si mesma e ao que se passava consigo interiormente, ou seja, permaneceu introspectiva grande parte do tempo. Além sofrimento, ela vivenciou algo no hospital que não havia acontecido até esse momento: ter sido cuidada.

Em relação a isso, Helena vivenciou dois tipos de cuidado em sua passagem pelo Hospital. Inicialmente, ela fala do cuidado recebido pela equipe de profissionais. Sentia-se segura por estar em um lugar com pessoas

especializadas, sabendo que poderia contar com eles a qualquer momento, no entanto, ela preferia não chamá-los ou incomodá-los. A equipe era vista por ela como uma autoridade, o que não a deixava tão à vontade para poder recorrer a eles em todos os instantes. Esse cuidado, então, estava mais relacionado com uma sensação de segurança. Com isso, ela acaba recorrendo a seus companheiros de quarto ou até mesmo outros profissionais do hospital. A partir daí, Helena experimentou outro tipo de cuidado, o qual envolve relacionamento e, até mesmo, mutualidade. Uma certa igualdade entre eles facilitou para Helena recorrer a esse tipo de ajuda. Esse momento de troca entre internos parece ter feito com que Helena se disponibilizasse a receber alguma forma de cuidado, não experimentado até então.

Helena sempre cuidou das pessoas ao longo de sua vida e, agora que se encontra doente, contraditoriamente, sente não estar sendo atendida em suas necessidades. Ela se sente merecedora de uma atenção especial, principalmente, por parte da equipe. Apesar da vivência que teve no hospital, ela se mostrou exigente com relação ao cuidado que recebia. As diferentes maneiras de atenção recebidas não foram vistas como suficientes por ela.

Diante de tudo isso, a sua passagem pelo hospital marcou mais uma vez a sensação de ter sido abandonada por outras pessoas, como seus familiares e amigos, ou seja, a sua expectativa, novamente, não foi correspondida, o que lhe causou mais sofrimento.

A condição que ela experimentava em sua vida foi confirmada durante a sua hospitalização só que de maneira mais intensa, o que fez com que Helena refletisse a respeito de tudo que estava acontecendo até o momento. Com isso,

a hospitalização, de alguma maneira, possibilitou um maior contato consigo mesma e a intensificação de um sofrimento já presente. Por outro lado, proporcionou reflexão, abertura e a possibilidade de uma outra tomada de posição diante da vida.

4.4 Narrativa dos encontros com Filomena.

Numa manhã de quinta-feira, a assistente social do hospital veio falar comigo a respeito de uma cliente internada na enfermaria que havia tentado fugir. Ela não entrou em muitos detalhes a respeito da pessoa, só disse que ela não estava bem, parecia um pouco deprimida. Como pela manhã a rotina do hospital é mais intensa, resolvi conversar com Filomena à tarde, logo após o almoço.

Filomena estava internada sozinha em um quarto, que se encontrava distante do posto de enfermagem. Quando cheguei lá, ela estava deitada de lado e assim permaneceu durante todo o tempo de nossa conversa, praticamente imóvel. Disse a ela que era a psicóloga do hospital e que a visitava para saber como ela se encontrava. Além disso, comentei o que ouvi sobre ela e acrescentei que estávamos preocupados com ela. Filomena, então, começou a contar um pouco do que estava ocorrendo em sua vida, nesses últimos tempos. Ela tem trinta e cinco anos e mora em uma casa de família, onde trabalha como doméstica. Ela se sentia muito sozinha, pois as pessoas do seu convívio quase não ficavam em casa e, em decorrência de sua diabetes, com frequência, sentia-se indisposta.

Ultimamente, Filomena tem tomado altas dosagens de medicamentos, com o propósito de se matar. Essa já é sua terceira internação devido à ingestão de medicamentos, mas, dessa vez, acabou tendo complicações com sua diabetes e com seus pulmões. Nessa internação, teve que colocar um

dreno no pulmão, o que a incomodava muito e a deixava aflita, além da intensa dor que sentia.

Filomena queria ir embora do Hospital a qualquer custo, por isso, ela tentou fugir pela manhã. Não pensava em ir a lugar algum, nem mesmo para sua casa, mas tinha a sensação de que queria aliviar seu sofrimento e nesse desespero, ela tentou ir fugir. Ela falou que não agüentava mais a sua angústia, apesar de não conseguir identificar ao certo o que estava acontecendo. A única opção que Filomena via, naquele momento, era a certeza de não querer mais viver.

Fiquei um pouco confusa com a conversa e senti que não consegui compreender ao certo o que estava acontecendo com Filomena. Nesse meio tempo, resolvi falar com o chefe de enfermagem a respeito do estado em que se encontrava. Antes disso, fui falar para ela que estava preocupada com sua situação e, com isso, eu deixaria o enfermeiro sobreavisado. Disse a ela também que seria discreta e não entraria em detalhes sobre sua vida pessoal; ela concordou. Alertei que talvez eles a transferissem para um quarto mais próximo do posto de enfermagem, já que era um procedimento normal nesses tipos de casos. Nesse mesmo dia, falei com o enfermeiro chefe o que havia combinado com Filomena e, em seguida, ela já foi transferida de quarto.

No dia seguinte, encontrei Filomena que parecia melhor. Ela quase não quis conversar, só falou da visita que recebeu da filha e que havia gostado muito. A médica que estava cuidando de Filomena solicitou a continuidade de um acompanhamento psiquiátrico e psicológico no ambulatório para quando

sair da internação. Ela também recebeu a visita do psiquiatra na semana seguinte, um dia antes de sua alta.

Depois de quinze dias, ao chegar no hospital, deram-me a notícia de que Filomena estava de volta e teve que passar uns dias na UTI, pois seu problema no pulmão, que não havia melhorado em sua última internação, agora havia se agravado. Ela estava no mesmo leito de sua última internação, entretanto, dessa vez, havia mais duas pessoas no quarto. Com isso, o quarto sempre estava tumultuado. A assistente social avisou que Filomena gostaria de conversar comigo, então, fui logo visitá-la.

Filomena estava com uma aparência melhor do que em sua outra internação. Ela contou que, ao sair do hospital, seria internada em uma clínica psiquiátrica e agora ela estava disposta a se cuidar. Nesses últimos dias, novamente, ela recebeu a visita do psiquiatra que sugeriu isso a ela. A clínica se localiza em outra cidade, e a viagem leva cerca de duas horas. Apesar da indicação médica, seus familiares estavam contra essa internação e não queriam assinar os papéis para que isso acontecesse. Filomena também se sentia um pouco insegura com relação a essa idéia, pois estava com medo de sentir mais isolada. Ao mesmo tempo, não queria voltar para sua casa, pois lá ela tinha muita vontade de tomar os remédios com o propósito de se matar. Nessa conversa, Filomena falou que sofria muito com o fato das pessoas não acreditarem nas coisas que ela falava.

No dia seguinte, encontrei-me novamente com Filomena. Percebi que estava mais próxima dela e compreendia cada vez mais o que ela estava vivendo. Conversamos a respeito da sua ida à clínica e novamente se tornaram

claros a insegurança e o medo de Filomena. Ela falou da raiva que sentia das pessoas e que, atualmente, não tem se sentido bem com as visitas recebidas.

O quarto estava cheio e barulhento, por isso, disse que à tarde passaria lá para conversarmos melhor e, se ela quisesse, poderíamos sair do quarto para termos mais privacidade. Filomena concordou e perguntou se eu poderia me informar como funcionavam as visitas da clínica psiquiátrica e se sua filha poderia visitá-la.

Confirmei as informações que ela solicitara e logo sai da minha sala em direção à enfermaria para continuar as visitas nos leitos dos clientes internados. No entanto, percebi uma movimentação incomum no quarto onde Filomena estava internada. Havia várias pessoas da equipe em volta do seu leito dizendo que ela queria se jogar pela janela e, nesse momento, todos assustados tentavam acalmá-la. Fui me aproximando e me encostei ao lado do leito de Filomena que estava com o corpo inteiro enrijecido e sem dizer nada, só olhava para janela e movimentava a cabeça.

As pessoas foram saindo aos poucos e a confusão foi se dissipando. A companheira de quarto foi transferida, pois começou a ficar assustada com a situação. Assim, permanecemos no quarto somente eu e Filomena, a qual continuou fazendo gestos com a cabeça que iria pular. Fiquei mais de uma hora sentada ao seu lado, apesar dela não querer falar. Em alguns momentos, nos comunicávamos, ela com o olhar e gestos, e eu tentava traduzir o que compreendia, e, assim, ela foi se acalmando. Ao final, Filomena falou claramente que não gostaria de ir para a clínica e que queria tentar outros caminhos para se cuidar, que não fosse esse. Depois disso, ela dormiu por

algum tempo. Seu marido chegou no horário de visita e conversei um pouco com ele, pois estava muito preocupado com a situação da esposa.

Fui falar com algumas pessoas da enfermagem para saber o que eles achavam a respeito do que estava acontecendo com Filomena. Disse a eles que deveríamos pensar em outras possibilidades que não fosse a internação, já que ela e sua família não eram a favor disso. A princípio, as pessoas da equipe ficaram ressabiadas, pois consideravam o caso dela muito grave. De qualquer maneira, ela não seria internada naquele final de semana, porque sua condição física havia piorado bastante, e ela só iria para lá se estivesse de alta no hospital.

Ao me despedir de Filomena, conversamos novamente a respeito da sua ida à clínica psiquiátrica. Eu disse que isso só iria ocorrer se ela quisesse ou se estivesse muito mal, sem condições de tomar essa decisão. Filomena estava com vontade de passar uns dias com sua mãe, que mora em outro estado, e iria procurar um acompanhamento por lá. Ela agradeceu toda a atenção e cuidado. Então desejei a ela boa sorte, nessa nova fase de sua vida. Depois do que havia acontecido com Filomena à tarde, a equipe estava atenta a qualquer atitude dela.

Fui embora repensando a questão da internação de Filomena, já estava em dúvida se aquilo seria bom para ela. Se caso estivesse em melhores condições psicológicas na sua alta do Hospital, poderíamos pensar em outras formas dela se cuidar, que não fosse somente a internação em uma clínica psiquiátrica. Porém, como ela ainda não sairia, acreditei ser melhor cuidar de Filomena enquanto estivesse no Hospital, para que ela tivesse a possibilidade

de sair recuperada. Apesar desse meu posicionamento frente a essa questão, a internação na clínica psiquiátrica seria decidida pelo médico.

De acordo com a vivência de Filomena no hospital e sua experiência de sofrimento enquanto permaneceu internada, pensei em chamá-la para participar da pesquisa. Fui, logo na segunda-feira, falar para ela a respeito da pesquisa e aproveitei para saber como estava. Já no Hospital, algumas pessoas disseram que ela havia passado um fim de semana tranquilo, no entanto, seu problema de saúde não havia melhorado e não comentaram nada a respeito de sua transferência para a clínica.

Filomena ficou surpresa quando me viu entrando no quarto, disse que achava que eu só viria na quinta-feira. Expliquei para ela o motivo de estar ali naquele dia, já que, para ambas, era incomum. Contei a respeito da pesquisa e ela concordou em participar. Antes de começar a entrevista, Filomena reclamou de um procedimento tomado pela equipe. Desde sua primeira internação, a equipe de enfermagem resolveu tomar algumas precauções para que Filomena não tentasse se matar no Hospital, e uma delas foi trocar os talheres de metal por de plástico. Nesses dias em que ela tem se sentido melhor, Filomena pediu para que trocassem os talheres, no entanto, ela não foi ouvida e estava indignada com essa situação. Ao longo da entrevista, ela retomou diversas vezes esse assunto.

Perguntei se Filomena gostaria de ir para minha sala, pois não seríamos tão interrompidas, mas ela preferiu ficar em seu leito, até porque não havia ninguém ao lado e não estava se sentindo disposta. Expliquei que a entrevista seria gravada e pedi para ela falar em um tom mais alto, pois costumeiramente

falava baixo e com um sotaque bastante carregado. Apesar dessa precaução, quando ouvi a gravação, algumas partes da nossa conversa ficaram inaudíveis. Com isso, tive que eliminar alguns trechos.

Começamos a entrevista e eu logo fiz a pergunta disparadora. Filomena disse, inicialmente, que havia gostado de tudo aqui no hospital, sentiu-se bem e percebeu que as pessoas da equipe gostavam dela. No entanto, ela comenta que tem um problema a incomodando muito durante esses dias. Ao pedir que me contasse o que aconteceu, ela retomou ao episódio dos talheres. Ela não vê que isso seja um tipo de ajuda por parte da equipe, porém sente que não pode vacilar nessa situação, para não ficar nervosa. Perguntei a ela se todo esse esforço é para não ter novamente uma recaída e ela concordou, acrescentando que achava essa situação errada.

Além disso, ela insiste em dizer que mudou e está se sentindo diferente de antes, não pensa mais em se matar. Sua filha e marido fizeram lhe uma visita no dia anterior e ela se sentiu bem com a presença dos dois, comentando que tem os tratado bem agora.

Diante de tudo que Filomena vivenciou no Hospital, resolvi perguntar se ela sentia que as pessoas daqui não confiavam mais nela. Filomena respondeu que sim. Ela contou que teve uma enfermeira que autorizou a liberação dos talheres, mas quando mudou seu turno, a outra já não fez o mesmo. No dia em que não foi liberada, ela disse que nem se alimentou, pois ficou muito chateada com toda essa situação.

Lembrei-me de quando Filomena chegou ao Hospital e diversas precauções foram tomadas, já que ela vivia dizendo para as pessoas da equipe que ainda pensava em se matar. Com isso, questionei se nessa época ela se sentia mal com esse tipo de cuidado. Filomena respondeu que não, pois naquele momento, sentia que precisava daquilo. Pedi para ela contar como havia sido a internação, naquele momento em que nos conhecemos e que ela não estava bem. Ela falou que sentia muita tristeza e raiva, nessa época. Sofria muitas dores nas costas, apesar do seu problema não estar tão grave como agora. A raiva era intensa quando as pessoas vinham atendê-la ou visita-la, mas agora não se sente mais assim. No entanto, apesar de estar se sentindo melhor emocionalmente, Filomena falou que se chateou muito com o acontecimento dos talheres e voltou a falar da sua indisposição com relação a isso.

Apesar de conhecer um pouco da história de Filomena, pedi para contar como era em sua casa, quando estava doente. Ela disse que em casa só pensava em tomar altas doses de remédio. Não se sentia muito bem cuidada, pois as pessoas não ligavam para o que dizia. Agora, Filomena comenta que se sente segura para ir embora, porque seus familiares e amigos estão dando mais apoio. Ela está com vontade de ir para casa, o que antes não acontecia. No entanto, como sua situação de saúde não melhorou, Filomena contou que terá que passar mais uma semana tomando antibiótico no hospital.

Filomena falou que sua filha estava preocupada, pois achava que a mãe iria para a clínica psiquiátrica, pelo fato dela não estar melhorando. Por isso, tentou acalmar a menina, dizendo que estava se sentindo muito melhor agora.

Reconheceu que não havia se sentido à vontade com o médico que lhe indicou a clínica. Ela disse ter questionado a enfermeira sobre a sua ida, obtendo como resposta que Filomena só iria se a família autorizasse e esse tratamento seria bom para ela. Mas, Filomena logo replicou: “agora estou bem e não preciso ir”.

Perguntei se ela estava se sentindo segura, agora, e, com isso, se gostaria de tentar se cuidar de outras maneiras. Filomena disse que sim. Tem recebido com frequência a visita de sua filha, o que tem feito bem a ela. O pai da menina está ajudando financeiramente para que ela vá visitar a mãe no Hospital. Filomena conta que, mesmo se tiver que passar mais um mês ou quinze dias no hospital, ela não vai se importar.

Fiquei com a sensação de que antes, em qualquer lugar que Filomena estivesse, nunca se sentia bem, mas, agora, como algumas coisas mudaram internamente, ela se sente melhor em grande parte dos lugares. Então, disse isso e ela me confirmou. Da outra vez, reclamava sobre suas dores, nada melhorava. Tinha vontade de chorar e se jogar pela janela, mas hoje não.

Por outro lado, o último parecer da médica foi que sua situação de saúde não melhorou, talvez ela tenha que operar ou colocar dreno no pulmão de novo. Mesmo assim, Filomena comenta que não ficou como antes. Volta, entretanto, a falar da situação dos talheres e comenta que está se sentindo uma retardada. Perguntei se ela gostaria que as pessoas lhe dessem um voto de confiança e ela respondeu que sim, repetindo que não se importa com ter que ficar mais um tempo internada, porque acredita que não haverá mais problemas, sente-se conformada com a situação. Ela fala que não sente raiva dessas pessoas, mas gostaria que eles confiassem mais nela.

Inquiri se ela estava sentindo muitas dores nessa internação e sua resposta foi que não sentia tanto como da outra vez, mas ainda não estava bem. Ela confessou que, na visita do médico, disse que estava se sentindo bem, mas ele descobriu que isso não era verdade. Ela não passou bem na noite anterior à entrevista, ficou com falta de ar, contudo, não falou novamente para o médico, por não ter simpatizado com ele. Perguntei se, às vezes, ela não se sentia tão à vontade para conversar com eles sobre o que estava sentindo e Filomena disse que sim, mas completou que eles acabam descobrindo, entretanto, ela não se chateia com isso.

Filomena disse que não se sente tão sensível como antes. Não sabe direito o que aconteceu para ela estar se sentindo assim. Acredita ser a proximidade de sua família, porque antes ela se via abandonada. Sentia muita raiva de todos, mas agora gosta da visita deles, até a do seu marido. Ela comenta que ele a tem percebido mais calma, estando, porém, com receio de que Filomena faça alguma coisa. Apontei parecer estar sendo difícil reconquistar a confiança das pessoas novamente. Filomena comenta que isso a deixava chateada.

Ao longo de todas as suas internações, Filomena só teve uma companheira de quarto. Essa pessoa estava acompanhada de uma cuidadora que permanecia todo o tempo com as duas. Com isso, pedi para que ela me contasse como havia sido esse período da sua internação. Filomena disse que se sentia muito bem e gostava muito delas. Quando sua companheira foi embora, ela chorou muito, achando que não gostavam mais dela. Às vezes, elas passavam na porta do quarto e Filomena sentia raiva das duas.

Posteriormente, elas se encontraram e se entenderam novamente. Filomena comenta que é bom estar sozinha e ter mais tranquilidade; às vezes, é bom ficar mais isolada e com privacidade. Incomoda-se com o fato do pessoal da enfermagem ficar vigiando. Esses dias ela foi comprar bala para sua filha na lanchonete e foi barrada, pois pensavam que fosse fugir novamente. Filomena comentou que não fugiria com a roupa do hospital e nem com o soro pendurado.

Da outra vez tentou fugir por estar desesperada. O sofrimento era tão intenso que pediu para ir embora mesmo sabendo que não estava bem, tanto que chegando em sua casa ela foi piorando a cada dia e acabou tomando os remédios. Ela ficava com muita raiva, pois tinha a sensação de que ninguém entendia o que estava sentindo, daí preferiu ir embora. Filomena conta que dessa última vez não tentou se matar, a tentativa era de aliviar a dor e acordar melhor, por isso, tomou uma dosagem bem menor do que das outras vezes. Nos momentos em que tentava se matar, não contava que tinha tomado remédios, nem quando já estava no hospital, só depois seus familiares ficaram sabendo.

Já nos encaminhando para o final da conversa, perguntei se Filomena gostaria de dizer mais alguma coisa. Ela falou que gostou muito de conversar comigo. Sentia-se mudada depois das nossas conversas. Já tinha se acostumado com o fato de nos encontrarmos às quintas-feiras, por isso hoje ficou surpresa ao me ver. Conversamos mais um pouco e ela me perguntou se eu poderia falar com o enfermeiro sobre a questão do talher, já que ela havia pedido e nada adiantou. Disse, então, que tentaria, mas não prometeria nada.

Falei com o enfermeiro e ele disse que não iria liberar, pois Filomena era uma pessoa muito inconstante e não sentia segurança nisso.

Na quinta-feira, logo me contaram que os talheres haviam sido liberados pelo médico que estava cuidando de Filomena. Fui procurá-la pela manhã e ela me disse estar sentindo mais confiança em si mesma e arrependida por tudo que fez. Tem sentido muitas dores nesses últimos dias, chora muito por isso, todavia, não se sente como antes. Agora, consegue ver outros caminhos possíveis para seguir sua vida.

No dia seguinte, fui me despedir de Filomena, já que ela teria alta antes do meu retorno. Filomena disse que passou muito mal à noite, pois teve alergia a um medicamento. Estava com sono devido ao remédio tomado, portanto, não conseguimos conversamos muito. Então, despedimo-nos, novamente, de maneira muito carinhosa. Filomena teve alta na semana seguinte e não voltou a ser internada. Tive notícias de que ela passou bem seus últimos dias no hospital. Sua ida à clínica psiquiátrica, por fim, ficou fora de cogitação e, novamente, ela foi encaminhada para um acompanhamento ambulatorial.

Síntese da vivência de hospitalização de Filomena

Filomena chegou ao hospital sofrendo por estar se sentindo abandonada e esquecida. Isso era tão intenso anteriormente, que acabou culminando na sua tentativa de suicídio. Ao se internar, não compreendia ao certo seus sentimentos, com isso, ficava angustiada e inquieta, principalmente em sua primeira internação. Já no Hospital, o sentimento de abandono e esquecimento deu espaço à raiva que também vinha aliada a uma sensação de não estar sendo compreendida, sensação que permaneceu durante boa parte de sua internação.

A solidão vivida anteriormente foi preenchida por um cuidado mais íntimo e afetuoso por parte da família, enquanto Filomena permaneceu internada. Apesar de no início também ter se sentido incompreendida por seus familiares, com o passar dos dias, essa sensação foi se amenizando e a presença deles foi importante, principalmente, ao final da internação. Isso significa que o sentimento por algumas pessoas de sua família foi mudando ao longo de sua estadia na instituição, o que fez com que ela sentisse mais vontade de ter a companhia deles.

A sua dificuldade de dizer em palavras, ou até mesmo, de compreender o que se passava interiormente fazia com que Filomena tivesse atitudes que, de alguma maneira, mobilizava e chocava as pessoas ao seu redor, o que, novamente, fazia com que ela experimentasse um sentimento de incompreensão. Neste estado, a comunicação com ela se tornava difícil. No

entanto, se acontecesse o contrário, se dessem a ela a atenção desejada, ouvindo-a, ela se abria ao diálogo novamente, assim como aconteceu com sua companheira de quarto. Por outro lado, a comunicação, principalmente entre Filomena e a equipe, tornou-se precária, já que cada um ficou centrado em sua preocupação.

Com isso, desde sua primeira internação, Filomena teve inúmeros conflitos com a equipe de profissionais, que decorriam, principalmente, do fato dela não se submeter a algumas regras e rotinas do hospital. Essa situação tornou sua passagem pela instituição ainda mais difícil, marcando novamente o seu sentimento de não estar sendo compreendida. A sua vontade de querer fazer as coisas a sua maneira entrava em conflito com as regras e rotinas hospitalares, às quais todas as pessoas internadas têm que se submeter. Por um lado, Filomena teve dificuldades em lidar com tais regras e, por outro, a equipe não as flexibilizou.

O cuidado oferecido pela equipe seguia um padrão que não foi ao encontro do que Filomena necessitava, naquele momento de sua vida. Já que esse tipo de cuidado isenta a responsabilidade do outro no seu processo de recuperação, ela se sentia insegura e sem controle da sua vida no Hospital. As regras foram sentidas como limitadoras por ela, principalmente, quando tentou confiar na sua sensação de bem-estar.

Inicialmente, seu mal estar psicológico era intenso e suas dores também, no entanto, sua condição de saúde não era tão grave. Já na segunda internação, sua condição psicológica foi melhorando ao longo dos dias e seu sofrimento também, apesar de sua condição física estar pior do que da outra

vez. Embora o tempo de sua segunda internação tenha sido mais longo, ao se sentir melhor do ponto de vista psicológico, a sua hospitalização não se tornou mais tão sofrida.

Ao final de sua estadia na instituição, Filomena passou a se voltar mais para a recuperação do seu problema saúde, com o que, inicialmente, não se importava. Ao se sentir disposta a continuar a vida, Filomena se dá conta do que aconteceu com seu organismo, que custa a se recuperar. Com a sensação de bem estar emocional, ela se sente capaz de se submeter a mais dias de internação, configurando um novo sentido a sua hospitalização. Os desacordos entre Filomena e equipe continuaram existindo, entretanto, não lhe causavam tanto sofrimento.

4.5 Compreendendo a vivência da hospitalização.

Com base na vivência de cada participante da pesquisa, ficou evidente que a condição psicológica da pessoa hospitalizada é relevante para a qualidade da internação. As sensações de bem-estar / mal-estar físico e psicológico se mostraram intimamente ligadas, ao longo da internação dos participantes da pesquisa. Quando há o bem-estar psicológico, mesmo que haja dores muito fortes, o sofrimento se torna suportável. Por outro lado, se há um sofrimento psicológico intenso, mesmo havendo uma sensação de bem-estar físico a angústia de estar internado se torna presente. Além disso, se há um mal-estar tanto físico como emocional, o sofrimento se torna mais intenso ainda e, com isso, a hospitalização parece insuportável. O alívio do sintoma físico não necessariamente vai fazer com que a pessoa tenha uma hospitalização mais tranqüila; é preciso que se leve em conta também o aspecto emocional.

Vamos, então, aos exemplos para compreender melhor. Primeiramente, recorrerei à vivência de Dora. Suas dores, decorrentes da doença, eram muito fortes e, nesses momentos, sentia-se desesperada e com muito medo. Esses sentimentos, então, passaram a estar presentes mesmo sem dor. Quando suas dores se tornaram constantes, Dora já estava emocionalmente abalada com a doença, o que intensificou ainda mais seu sofrimento. Sem dor, mas emocionalmente bem, o sofrimento ainda permanecia, mas não de maneira tão insuportável como das outras vezes. Isso aconteceu com Helena também.

Sentia-se bem fisicamente, no entanto, ficava angustiada por não poder ir embora, não vendo motivos para estar internada.

Todos os participantes da pesquisa chegaram ao hospital com um sofrimento psicológico e físico anterior, vinculado à doença, que foi a causa da internação. No entanto, ao longo da estadia na instituição, todos os participantes sofreram mudanças do ponto de vista psicológico, amenizando ou intensificando o sofrimento anterior existente, o que, consequentemente, refletiu na vivência da hospitalização. Essas mudanças se referem, principalmente, ao estado de humor.

A fim de esclarecer essa afirmação, comentarei as vivências de José e Helena. Apesar de eles terem em suas histórias pontos em comum, cada um vivenciou de maneira diferente a hospitalização. Ambos se angustiavam por não terem resolvido o problema de saúde, e também havia um sentimento abandono, de não terem sido cuidados até o momento da internação. José encontrou segurança na enfermaria, favorecendo a sua sensação de bem-estar. Já Helena teve seu sofrimento intensificado, ao se sentir, mais uma vez, abandonada pelos familiares e amigos, no momento em que se encontrava internada.

Por outro lado, a questão do tempo de internação não se mostrou relevante, diante da condição existencial em que a pessoa se encontrava. Isso quer dizer que, por exemplo, o longo tempo de internação não é diretamente ligado a uma hospitalização mais sofrida ou o contrário, o curto tempo não ameniza o sofrimento da internação. Voltando ao caso de José e Helena, ambos permaneceram um período curto na enfermaria, entretanto, cada um

teve uma vivência diferente ao longo da passagem pelo hospital. Outro exemplo que ajuda ilustrar essa situação foi a vivência de Filomena. Ela permaneceu um período maior hospitalizada, no entanto, passou a se sentir melhor emocionalmente do meio até o final de sua internação. Mesmo quando ficou sabendo que permaneceria mais alguns dias internada, em virtude de um tratamento, Filomena passou o restante dos seus dias tranqüila, já que psicologicamente ela se sentia melhor.

Antes da hospitalização, todos os participantes não se sentiram cuidados por seus familiares e/ou amigos, por isso, chegaram ao hospital com o sentimento de abandono e esquecimento. Ao serem internados, todos experimentaram um tipo de cuidado que, até então, não tinham vivenciado. No entanto, os participantes não receberam da mesma maneira esses cuidados.

Cabe ressaltar que houve consenso no que diz respeito ao modo como esse cuidado foi oferecido e isso mostrou algumas características percebidas pelos participantes. A instituição hospitalar, para eles, é composta por uma hierarquia de profissionais, que desenvolvem suas funções específicas por meio de uma rotina de cuidados. Em contrapartida, todos os participantes desejavam um tipo de cuidado que levasse em consideração suas particularidades e necessidades, mas muitos não vivenciaram isso ao longo da hospitalização.

Como já disse anteriormente, cada um vivenciou de maneira diferente esse tipo de cuidado, com isso, novamente, vou trazer exemplos a fim de clarificar essa idéia. Para Helena e José, o Hospital foi visto como um lugar seguro e estável. Isso acontecia devido à previsibilidade da rotina hospitalar e à

disponibilidade de uma equipe de profissionais especializados. Porém, a equipe era vista como uma autoridade, e esses participantes nem sempre se sentiam à vontade para recorrer a esses profissionais.

Os que se recusavam a se submeter aos procedimentos e regras hospitalares, como Filomena e Dora, provocavam desacordos com a equipe. Para elas, o hospital não era visto como um lugar seguro, já que elas não eram mais responsáveis por suas vidas e estavam, naquele momento, à mercê dos outros. A recusa em se submeter aos procedimentos, na maioria das vezes, estava ligada a questões existenciais. Por exemplo, quando Dora teve que se submeter a um cuidado intensivo e relutou em aceitar, ela se sentia constrangida ao se dar conta de que, a cada dia, dependia mais de cuidados externos (profissionais e equipamentos). Isso lhe indicava que seu corpo estava, cada vez mais, debilitado, motivo pelo qual tinha dificuldade em receber esse tipo de cuidado.

Assim, o cuidado, principalmente relacionado às rotinas e regras hospitalares, foi vivido como limitador para alguns participantes, a exemplo de Dora e Filomena, e como facilitador da recuperação, no caso de José. Essa compreensão mostra, em parte, o relacionamento que se estabelecia, principalmente, entre equipe e internos. Mas como os participantes da pesquisa vivenciaram seus relacionamentos ao longo da hospitalização?

Os relacionamentos que podem ocorrer durante a hospitalização são muitos, entretanto, vou considerar aqueles que apareceram com maior frequência na vivência dos internos: com profissionais da saúde (principalmente médicos e enfermeiros), com familiares e com companheiros

de quarto. De maneira geral, todos os participantes chegaram ao hospital com dificuldades de relacionamento anteriores ao momento de internação. Durante a hospitalização, todos experimentaram relacionamentos com reciprocidade, bem como, relacionamentos em que isso não ocorreu. Vale lembrar que relacionamentos em que não existia a reciprocidade nem sempre trouxeram sofrimento para o participante. Por outro lado, quando esse elemento estava presente, na maioria das vezes, ele promoveu uma melhor qualidade da hospitalização.

Volto-me, então, para as vivências dos participantes, a fim de me fazer entender. Inicialmente, farei referência à vivência de Helena, quando houve reciprocidade em seu relacionamento. Helena se refere à fraternidade existente entre os internos, principalmente, com relação ao cuidado mútuo existente entre eles. Nesse tipo de relacionamento, pode-se perceber a troca, a igualdade, a proximidade e também a reciprocidade. Não há distância, nem barreiras e, muito menos, desníveis de papéis. São pessoas que se ajudam mutuamente.

Em contrapartida, cito a vivência de Filomena, na qual não estava presente o elemento da reciprocidade ao se relacionar com pessoas da equipe de profissionais. Nesse exemplo, o relacionamento se baseia em papéis, nos quais existem o paciente e o profissional. Há um desnível, já que um autoriza e o outro se submete. Com isso, a possibilidade de se esquecer da reciprocidade e da proximidade é muito grande. Esse tipo de relacionamento causou desacordos entre Filomena e a equipe, o que tornou sua passagem pelo hospital mais difícil, tanto para ela como para os próprios profissionais.

Mas nem sempre a falta deste elemento pode tornar a vivência hospitalar mais sofrida, como aconteceu no caso de José. Na sua relação com a equipe não houve reciprocidade. No entanto, a sensação de estar sendo cuidado por profissionais especializados e competentes gerou um sentimento de segurança em José e isso lhe proporcionou bem-estar ao longo de sua internação. Nessa situação, ele se colocava disponível, mas de maneira passiva. A sua submissão não lhe causou sofrimento, até porque José não se deu conta disso.

Como já mencionei anteriormente, as vivências de relacionamentos ao longo da internação foram diversas e estas incluíam o elemento da reciprocidade ou não. Além disso, foi possível perceber que a maioria dos participantes vivenciou mudanças em suas relações, no decorrer da hospitalização. Isso significa que essas ligações estabelecidas não podem ser consideradas estáticas ou fixas. Esse aspecto fica evidente, especialmente, na vivência de Dora e Filomena com seus respectivos familiares. Ao início da internação, ambas sofriam nas relações com seus familiares e, em certo momento, isso se transformou e a presença da família se tornou agradável.

Pensar em relacionamento, em especial, familiar, proporciona uma reflexão quanto à presença desta ao longo da hospitalização. O comparecimento ou não dos entes queridos não se mostrou tão importante, diante do significado desse vínculo, ao longo da internação. As constantes visitas da família não deixaram Filomena mais tranquila, principalmente no início, ela não se sentia à vontade com a presença deles. Para José, o fato de sua família não ter ido visitá-lo, quando estava internado, tirou dele uma

preocupação. Ao contrário de Helena que, ao não receber visita alguma, teve o sofrimento intensificado, já que isso também foi vivido quando ela estava em sua casa. Portanto, a frequência de visitas familiares não é um fator intimamente relacionado com uma internação tranqüila ou não.

Para finalizar, concluo que a hospitalização se tornou um desdobramento da vivência que aquelas pessoas estavam passando nesse momento de suas vidas. Todos chegaram com histórias de vida anteriores que, de maneira geral, envolviam sofrimento. As vivências de internação foram marcadas por isso, já que é impossível deixar essa bagagem na porta de entrada do Hospital. Diante disso, foi possível perceber que essa experiência envolveu transformações em todos os participantes da pesquisa. Fazendo uma analogia à bagagem como um conjunto de objetos pessoais que os viajantes conduzem em malas, penso então que alguns saíram com ela mais leve e outros mais pesada.

4.6 SÍNTESE GERAL DO VIVIDO

1) A condição psicológica da pessoa hospitalizada foi relevante para a qualidade da vivência de internação.

2) As sensações de bem-estar ou de mal-estar físico e psicológico se mostraram intimamente ligadas ao longo da internação dos participantes da pesquisa. O mal-estar psicológico tornava a internação mais sofrida, independentemente de existir ou não a piora física; e o bem-estar psicológico era capaz de tornar a hospitalização mais suportável, mesmo havendo mal-estar físico.

3) Durante a internação, todos os participantes manifestaram alterações no estado psicológico, ou seja, as pessoas saíram diferentes de quando chegaram. Essas mudanças se referiram, principalmente, ao estado de humor.

4) Essas transformações ocorreram devido a algumas situações vividas ao longo da internação, o que contribuiu para a qualidade da vivência da hospitalização.

5) O tempo de internação não se mostrou relevante quando comparado à condição existencial da pessoa. O longo tempo não causou necessariamente uma hospitalização mais sofrida e nem o fato de a internação ser mais curta aliviou o sofrimento da pessoa internada.

6) Antes da internação todos vivenciaram uma carência em relação ao cuidado e ao chegarem no hospital, todos experimentaram um tipo de cuidado, que até então, não tinham vivenciado. Apesar disso, os participantes não receberam isso da mesma maneira.

7) O cuidado, principalmente relacionado às rotinas e regras hospitalares, para alguns participantes favoreceu o bem-estar ao longo da internação e para outros, isso não aconteceu.

8) Todos os participantes desejavam um tipo de cuidado que levasse em consideração suas particularidades e necessidades, mas muitos não foram correspondidos quanto a esta expectativa.

9) Durante a hospitalização, todos experimentaram tanto relacionamentos com a reciprocidade presente quanto relacionamentos sem este elemento.

10) Relacionamentos em que não existia a reciprocidade nem sempre trouxeram sofrimento para o participante. Por outro lado, quando esse elemento estava presente, para maioria, ele promoveu uma melhor qualidade da hospitalização.

11) Os participantes vivenciaram mudanças em suas relações no decorrer da hospitalização, ou seja, os relacionamentos que existiram no decorrer da internação não podem ser considerados estáticos ou fixos.

12) Em relação à visita dos familiares, a qualidade das relações se mostrou mais importante do que o comparecimento de pessoas queridas. Os sentimentos da pessoa internada em relação aos seus familiares mudaram ao longo da internação, com isso, a qualidade dos relacionamentos também variou.

13) A vivência da hospitalização acarretou o desdobramento de sentidos de um sofrimento existente antes da internação.

14) As vivências de hospitalização foram marcadas pelas histórias de vida anteriores ao momento de internação e estas, de maneira geral, envolviam sofrimento.

Capítulo 5: REFLETINDO A HOSPITALIZAÇÃO E O CUIDADO

"Uma palavra nova é como uma semente fresca que se joga no terreno da discussão". (Wittgenstein)

A proposta deste estudo foi compreender as vivências de internação em uma enfermaria de adultos de um hospital geral. A partir do que foi encontrado nas narrativas dos participantes da pesquisa, o presente capítulo tem a intenção de lançar luz sobre a vivência da hospitalização, considerando-a como um processo dinâmico – que se transforma no decorrer dos dias no hospital –, e também levando em conta o aspecto da sua qualidade. Ademais, busquei comparar o que foi encontrado nesse estudo com resultados de outras pesquisas já realizadas, na tentativa de aprofundar o significado geral de estar internado. Com isso, discutir-se-á o cuidado prestado a essas pessoas do ponto de vista psicológico, tanto por parte do psicólogo como também de outros profissionais que no hospital lidam com elas.

Inicialmente, então, pode-se perceber que a vivência da hospitalização modificou-se durante a estadia na instituição: todos os participantes da pesquisa estavam vivenciando ao final coisas diferentes daquelas que vivenciavam ao chegarem ao hospital. Isso significa dizer que a hospitalização

deve ser entendida como um processo e não como algo estático. Para esclarecer melhor essa afirmação, recorri a Rogers (1997) quando ele comentou a respeito do processo terapêutico: “O processo da psicoterapia, tal como fomos apreendendo a partir da orientação centrada no cliente, é uma experiência única e dinâmica, diferente de indivíduo para indivíduo, mas patenteando uma lei e uma ordem espantosas na sua generalidade” (p. 86).

É claro que a hospitalização não equivale necessariamente a um processo psicoterapêutico, embora possa ter algumas analogias com ele. Nesse trecho, Rogers destacou a singularidade da vivência de cada indivíduo e, ao mesmo tempo, uma ordem geral subjacente a essas múltiplas singularidades. Penso que isso também se aplique ao caso da hospitalização. O significado de cada momento vivido pelos participantes no hospital foi se transformando ao longo da internação. Amatuzzi (1995), referindo-se também ao processo terapêutico, afirma: “Trata-se na verdade de um movimento” (p.65). A internação hospitalar não é um fato corriqueiro na vida de uma pessoa e não pode ser vista como um bloco homogêneo.

Em sua tese de doutorado, Graças (1996) expôs algumas mudanças vivenciadas pelos participantes de sua pesquisa no decorrer da passagem pelo hospital. Constatou que, no início, a internação parecia ser mais difícil, devido ao impacto de se estar numa situação não esperada. Entretanto, quando as pessoas começaram a compreender a extensão do comprometimento corporal e a necessidade da hospitalização, foram se tornando mais conformadas, encontrando algum sentido para sua permanência ali. A autora não teve a intenção de defender a experiência da hospitalização como um processo, mas

ela menciona mudanças vivenciais ocorridas durante seu transcurso. Afirma ainda que essas mudanças são tão intensas, que a hospitalização se torna um episódio marcante na vida das pessoas.

É verdade que esses aspectos dinâmicos da vivência aplicam-se ao ser humano em qualquer situação ou à vida em geral. No entanto, no caso da hospitalização, acredito que seja importante especificar algumas dimensões comuns em que essas mudanças foram mais relevantes. Por ter acompanhado os participantes nessas circunstâncias, foi possível perceber tais alterações.

A princípio, acredito que a doença de cada participante foi capaz de deflagrar um sofrimento presente desde antes da internação, e a vivência da hospitalização acarretou um desdobramento de sentidos para esse sofrimento. Os significados para esse sofrimento não se mantiveram, pelo contrário, foram mudando de acordo com aquilo que era vivido no dia-a-dia do hospital.

Com isso, não há como desconsiderar aquilo que foi vivido no momento anterior à chegada no hospital, apesar da já mencionada alteração no significado do sofrimento, no decorrer da internação. A historicidade da vida deve ser levada em conta quando se busca compreender a vivência da hospitalização. Não encontrei em nenhuma pesquisa tal afirmação, apesar de, em sua pesquisa, Graças (1996) ter considerado que as experiências de internação anteriores influenciaram a aceitação das futuras.

Acredito que os sentimentos também se modificaram, em diversos momentos da hospitalização. Na maioria das vezes, caminhavam junto ao significado da vivência. Relembro o que aconteceu com Dora. Quando ela

estava doente e se sentia como um estorvo para seus familiares, isso lhe causava profunda tristeza e mesmo na companhia deles, ela se sentia sozinha. Com o passar dos dias, ela passou a se sentir melhor e pôde se relacionar de maneira mais livre com seus familiares, o que lhe trazia alegria e alívio para sua solidão. Essa mudança dos sentimentos refletiu, principalmente, nos relacionamentos. Esses não se mantiveram os mesmos do início até o final da internação e isso aconteceu tanto em relação à família, como também, à equipe de profissionais.

Ainda do ponto de vista psicológico, houve também uma alteração no estado de humor dos participantes. Para Forghieri (2007), o humor pode propiciar a experiência da nossa existência em termos de “subida” e “descida”, e essas oscilações parecem estar muito presentes na vivência da hospitalização, variando desde sensação de bem-estar e contentamento até mal-estar e o sentimento de contrariedade e angustia. Graças (1996) e Bellato (2001), em suas pesquisas com pessoas hospitalizadas, também apontaram como freqüentes as alterações emocionais na fala dos participantes.

A dor pode interferir no estado de humor, aspecto comum e presente em diversos momentos da vivência da hospitalização, embora tenha sido possível perceber que não há como considerá-la somente por meio das sensações corporais. Graças (1996) nos ajuda clarear essa afirmação, quando comenta que a experiência corporal é vivida numa totalidade unificada, o que significa que as dores do corpo parecem aderir-se à alma e, com isso, as sensações físicas ganham sentido para aquele que as vivencia.

Nesse sentido, acredito que a condição psicológica das pessoas internadas mostrou-se intimamente ligada com estado físico das mesmas. Ao se sentirem bem psicologicamente, as pessoas suportavam mais o sofrimento físico, ao passo que estar mal do ponto de vista psicológico, tornava a internação mais sofrida, independentemente de existir ou não a piora física. A dor, então, tem um significado que está em harmonia com o conjunto de nossa vida; isso não quer dizer que a pessoa feliz não sinta dores, mas as suporta de maneira diferente que a infeliz (Van Den Berg, 1973).

A partir dessa reflexão, creio que a condição psicológica na qual a pessoa hospitalizada se encontrava foi relevante para a qualidade de sua vivência de internação. Nesta pesquisa, entendo que a qualidade de internação se refere à vivência subjetiva de bem-estar ou mal-estar relacionada ao fato de estar hospitalizado. O bem-estar deve ser entendido enquanto sinônimo de satisfação e contentamento, e o mal-estar, como sinônimo de angústia, constrangimento, inquietação e indisposição. Não encontrei pesquisas que mencionassem a qualidade subjetiva da internação, embora tenha localizado estudos com um enfoque quantitativo e que tratavam a questão da qualidade de maneira objetiva (Gouvêa, Travassos e Fernandes, 1997 e Noronha, Machado e Lima, 1996).

Os fatos objetivos não são tão relevantes quando se considera a qualidade subjetiva da internação; o que importa é como as pessoas irão vivenciar determinadas situações no decorrer da passagem pelo hospital. Dentro dessa perspectiva, vou trazer alguns exemplos que ajudam a entender melhor essa afirmação.

O primeiro exemplo se refere ao tempo de internação. Quando menciono a questão objetiva do tempo, estou me referindo ao seu aspecto quantitativo, o que pode ser mensurado por meio de horas, dias, meses etc. Entretanto, foi possível perceber que esse tempo de permanência no hospital não se mostrou relevante perante a condição de vida momentânea da pessoa. Partindo desse pressuposto, é possível encontrar uma idéia muito parecida na pesquisa realizada por Graças (1996), quando ela afirma que o movimento temporal mantém uma relação de sentido com os acontecimentos com os quais as pessoas estão envolvidas. Ainda em relação às conclusões da autora, ela destaca que o tempo vivenciado é bem diferente do cronológico objetivamente considerado, porém é um tempo próprio da consciência.

Nesse sentido, as sensações de bem-estar e mal-estar podem interferir na vivência do tempo, já que, segundo Forghieri (2007), o fluxo do existir é experienciado de modo mais intenso e rápido nas vivências agradáveis e de maneira lenta e fraca nas desagradáveis. Isso pode ser percebido na vivência de Filomena. Ao início de sua internação, quando ela estava se sentindo mal emocional e fisicamente, a sua vontade era de ir embora o quanto antes. Mas, ao final, sua sensação de bem-estar era mais intensa, não se importando tanto em ficar mais alguns dias internada.

A maneira como as pessoas vivenciam seus relacionamentos também pode influenciar na qualidade da internação. Além disso, outro elemento que parece ter modificado essa qualidade, foi a questão das mudanças que, frequentemente, ocorriam nos relacionamentos. Ao longo da hospitalização, as pessoas internadas vivenciaram diferentes relacionamentos, tanto com

desconhecidos – outros internos e funcionários do hospital – como também com as pessoas que já faziam parte de sua vida, como é o caso dos familiares e amigos.

Acredito que os relacionamentos com todas essas pessoas carregavam consigo um significado que era próprio de cada um deles. Com isso, a proposta de não pensar a partir dos fatos objetivos e sim da maneira como a pessoa vivencia seus relacionamentos, faz pensar que afirmação de Bellato (2001) e Graças (1996) em relação à importância da presença da família para assegurar o bem-estar da pessoa internada não tem ressonância com aquilo que foi encontrado nesse estudo. Já que a presença da família não garantiu necessariamente o bem-estar de Filomena e Dora, durante toda a internação e, por outro lado, para José, a ausência da família foi capaz de deixá-lo mais tranquilo.

Então, o que permeava os relacionamentos existentes ao longo da hospitalização dos participantes dessa pesquisa? Acredito que tenha sido a existência ou não de uma certa reciprocidade. Durante a internação, todos experimentaram relacionamentos em que ocorreu o elemento da reciprocidade e também outros em que isso não aconteceu. Os relacionamentos em que não existia a reciprocidade nem sempre trouxeram sofrimento para o participante, porém, quando esse elemento estava presente, para maioria, promoveu uma melhor qualidade da hospitalização.

Na perspectiva dessa pesquisa, considero a reciprocidade uma qualidade intersubjetiva do relacionamento e, por isso, eu acrescentaria essa nota à definição mais objetiva do Dicionário Aurélio (2004), segundo a qual, a

reciprocidade se refere ao que implica em troca ou permuta. Em todo caso, é assim que Buber (1982) considera a reciprocidade: como fundamentalmente importante para se compreender a própria natureza humana. Segundo Forghieri (2007), as vivências que envolvem a reciprocidade e a responsabilidade também podem propiciar o desenvolvimento de nossas potencialidades, tais como a liberdade, a solidariedade, o amor e o altruísmo. E poderíamos relacionar isso com o cuidado em ambiente hospitalar, como veremos.

Creio que nas duas pesquisas que tratam da questão da vivência da hospitalização, o único momento que se tornava clara a presença da reciprocidade era no relacionamento existente entre as pessoas internadas. Graças (1996), autora de um dos estudos, comenta que a preocupação, o zelo, a compreensão e a ajuda são modos de ser na relação entre os internos. Já Bellato (2001), a outra autora, também cita a solidariedade e a compaixão existentes entre essas pessoas internadas.

Em contrapartida, no presente estudo os participantes não enfatizaram com tanta frequência o relacionamento entre internos, mas, quando isso aconteceu, foi possível perceber a presença da reciprocidade, principalmente, na vivência de Helena. Ao conviver com o sofrimento dos outros, apesar de ser difícil, abre-se a possibilidade do relacionamento envolver a mutualidade ou a cumplicidade inerentes à condição comum de se estar enfermo.

Apesar das pesquisas de Bellato (2001) e Graças (1996) apontarem para a presença da reciprocidade somente no relacionamento entre internos, no presente estudo, esse elemento esteve presente também nas relações entre

familiares e não só entre internos, embora isso não fosse algo constante. Nos momentos em que a reciprocidade não existia, a visita dos familiares tornava-se incômoda e capaz de gerar angústia nos participantes, até porque eles não se sentiam compreendidos, já que a comunicação se tornava unilateral. Quando havia a mutualidade – participação afetiva e intersubjetiva de sentimentos –, a presença da família passava a ser agradável e vista como fonte de segurança e amparo. Somente nesse sentido se torna possível afirmar que a presença da família pode oferecer bem-estar ao longo da hospitalização.

A relação com a equipe de profissionais, que inclui principalmente as pessoas da enfermagem e médicos, na maioria das vezes, não implicou em reciprocidade no sentido empregado aqui. Os relacionamentos eram baseados na função de papéis, o que tornou a comunicação desigual, sem mutualidade. Mas como não pensar em cuidado quando se traz à tona a questão do relacionamento entre pessoa hospitalizada e equipe de profissionais da saúde? Penso que ambos (relacionamento e cuidado) caminham juntos, por isso, nesse momento, também vou iniciar a discussão a respeito do cuidado.

Ao chegarem ao hospital, todos os participantes da pesquisa tinham vivenciado uma carência de cuidados e atenção enquanto estiveram doentes em suas casas. Essa ausência acontecia tanto por parte da família e amigos como também do hospital, quando, em outros momentos de passagem pela instituição em que, não foi indicada a internação, como por exemplo no caso de José.

Então, durante a hospitalização, todos experimentaram um tipo de cuidado que, até aquele momento, não tinham vivenciado, afinal, os

funcionários do hospital estão ali para cuidar, o que nem sempre acontece na família ou entre amigos. O cuidado recebido pelos participantes estava ligado, na maioria das vezes, ao corpo e era realizado por meio de uma rotina envolvendo procedimentos técnicos. Essa afirmação também pode ser encontrada nas pesquisas de Bellato (2001) e Graças (1996). Para alguns participantes, esse tipo de atenção recebida significou rigidez e cerceamento da liberdade, no entanto, para outros foi capaz de oferecer segurança e estabilidade. Dessa maneira, é possível pensar que os participantes não receberam da mesma maneira esses cuidados.

As pessoas que não questionaram o cuidado transferiram para a equipe toda a responsabilidade de cura e recuperação do problema de saúde e, com isso, estiveram à mercê das decisões dos profissionais. Apesar de ter proporcionado um bem-estar para esses participantes, como foi o caso de José e Helena, esse cuidado propiciou também uma certa alienação, deslocando a responsabilidade pessoal para a equipe de profissionais especializados. É interessante pensar que essa maneira de oferecer o cuidado, e até de se estabelecerem os relacionamentos dentro do hospital, está em consonância com aquilo que vivemos em nosso dia-a-dia, ou seja, essa dinâmica também está presente na ordem social maior, vigente em nosso meio.

Dentro dessa perspectiva, Bellato (2001) percebeu em sua pesquisa que, para as pessoas hospitalizadas, os profissionais da saúde eram vistos como tendo um poder mágico de descobrir a doença e curar. Embora os participantes de seu estudo percebessem a incompetência de alguns profissionais, a autora afirma que as críticas eram feitas de maneira amena,

como se as pessoas tivessem medo de atribuir responsabilidades àqueles considerados superiores. O medo da morte e da dor é tão extremo que leva a pessoa a se entregar às mãos daqueles em quem se acredita ter competência e conhecimento. Essa situação de total conformismo, então, mostra bem a relação vertical que se estabelece nesses casos.

A situação trazida por Bellato (2001) parece ilustrar bem a vivência de José, quando ele se entrega completamente aos cuidados médicos, sem questionar nenhum procedimento realizado. Mesmo não sendo correspondido em suas expectativas iniciais, ele continuou com a sensação de que aquelas pessoas da equipe eram especiais e sábias. Não há dúvidas de que essas características da equipe transmitem certa segurança, porém não são suficientes, continuando a relação entre ambos – enfermo e equipe – muito distante, assim como aconteceu com Helena, quando ela não se sentiu à vontade para recorrer aos profissionais no momento em que percebia ser necessário, já que a sensação era de estar atrapalhando.

Nesse ponto de vista, acredito que, por parte da equipe técnica, é como se ficasse excluída a confiança na capacidade de crescimento do ser humano, já que o enfermo tende a ser considerado como inteiramente dependente do outro para se recuperar. Do mesmo modo que a pessoa doente não confia no seu potencial, assim como foi possível perceber nas vivências de José e Helena, o profissional também não acredita na capacidade dessa pessoa, e se estabelece, então, uma relação de dependência. Nessa relação, as pessoas se reduzem aos seus papéis – de doente e de profissional – sendo o primeiro

aquele que recebe e o segundo, o que dá; e é nesse sentido que não há reciprocidade, não há comunicação intersubjetiva.

A afirmação de que o profissional não confia na capacidade de crescimento das pessoas pode ser percebida, por exemplo, na maneira como são impostos os procedimentos às pessoas internadas sem discuti-los, e isso pode ser confirmado também nas pesquisas de Bellato (2001), Graças (1996) e Toralles-Pereira et al (2004).

Dessa maneira, há diferentes formas pelas quais as pessoas podem se colocar diante das outras, e as idéias de Buber (1982) podem ajudar, principalmente quando ele menciona a atitude de imposição. O autor acredita que essa postura não leva em consideração a pessoa no seu todo, mas somente uma de suas características importante para atingir seu intento. Em oposição a isso, Buber citou a atitude de abertura, que proporciona ao outro acreditar em seu próprio potencial, o que leva ao desenvolvimento do potencial inerente a cada um.

Como já mencionei anteriormente, a atitude de imposição não gerou sofrimento para alguns participantes da pesquisa, até porque eles não tinham consciência disso. No entanto, para Dora e Filomena, esse tipo de cuidado gerou mal-estar e até desentendimentos entre elas e a equipe de profissionais, no que diz respeito à realização de procedimentos. Merighi (2002) nos ajuda a compreender melhor isso, quando diz que não basta o profissional incentivar a pessoa doente em determinado procedimento ou até mesmo julgar se ela é capaz ou não de fazer alguma coisa por si própria. A autora acredita que é primordial captar o sentido da vivência, deixando que a pessoa desvele seus

anseios, pois a partir dessa atitude de abertura, ambos – profissional e cliente – poderão decidir o que há de melhor a ser feito em determinada situação, sendo esta um procedimento ou não.

Assim como afirmou Bellato (2001), pessoas que não se submeteram passivamente à manipulação do corpo e de sua vida, mesmo quando disseram claramente a sua insatisfação, continuaram não sendo ouvidas. A mesma autora ainda percebeu que elas acabam sendo vistas como “rebeldes”, visto que não se submetem passivamente a uma situação, como se esperaria que fizessem. Isso pode ser confirmado, principalmente, pela vivência de Filomena, quando ela não quis se submeter às normas e procedimentos do hospital.

Confirmando o que foi dito, a partir de uma pesquisa realizada em uma enfermaria de um hospital, Toralles-Pereira et al (2004) conclui que a individualidade dos internos passou a ser um ruído no processo de comunicação entre estes e os profissionais de saúde. Com isso, a equipe tendeu a silenciar o doente, e a comunicação passou a ser realizada em uma única direção, sem que houvesse espaço para o diálogo e para a participação do enfermo, como um sujeito que sente, percebe e pensa sobre sua condição. Acrescento ainda, apoiando-me na reflexão de Bellato (2001), que o profissional da saúde, atualmente, tende a lidar com fatos concretos, deixando de lado a subjetividade da pessoa.

Acho importante deixar claro que toda essa discussão não tem a intenção de colocar em dúvida a competência de médicos e enfermeiros que trabalham no hospital. Acredito que essas constatações e reflexões estejam revelando, porém a existência de um outro âmbito do cuidado para além da

questão técnica. Isso parece se esclarecer na afirmação de Graças (1996): “(...) as restrições feitas à enfermagem dizem respeito mais ao relacionamento e a atenção a eles (doentes) dispensados, do que à competência profissional, demonstrada ao prestar-lhes assistência” (p.236). Também acredito que seja impossível desprezar a dimensão técnica, entretanto, assim como Valle e Françoso (1997) afirmaram, é preciso aliá-la ao relacionamento humano, pois é somente por meio dele que se possibilita o verdadeiro cuidar.

Ao considerar exclusivamente a técnica adequada, corre-se o risco de ter o foco somente na doença e na eliminação de sintomas, o que descarta a pessoa em sua totalidade e complexidade. Como pôde ser visto em todos os participantes, a questão da doença não se esgotava em si mesma, ela extravasava para uma condição de sofrimento existencial. Isso indica a inconveniência de se cuidar somente de um corpo doente, o que se tornou evidente na presente pesquisa, já que todos os participantes desejavam um tipo de cuidado que levasse em consideração suas particularidades e necessidades, não se limitando somente à eliminação de sintomas.

Portanto, pode-se dizer que a doença de cada participante não se limitava somente ao corpo físico, ela carregava um significado, assim como destacam Valle e Françoso (1997). As autoras afirmaram ainda que não existe uma doença e um sujeito separados, mas sim, a pessoa que adoece, e este adoecimento é vivido como uma experiência pessoal única, já que adquire um sentido específico no contexto de sua dinâmica.

O sofrimento a que me refiro não está preso aos sintomas físicos, como dores e desconforto, mas ele extrapola essa dimensão, apesar de não

descartá-la. Assim, como salientam Pokladek e Haddad (2004), o corpo do doente deve ser visto em sua totalidade existencial e não como uma coisa impessoal e separada de sua historicidade. O sofrimento, então, parece acometer a pessoa nessa totalidade, sobre a qual discorrem os autores, e não em dimensões do ser humano de maneira separada, mas sim unificada. Nesse sentido, como foi apontado pela vivência dos participantes, o estar doente está inserido num âmbito maior além da simples constatação de que o corpo precisa ser tratado.

Para ajudar a compreender melhor essa questão, recorri às definições dos termos: doença e enfermidade. Em português, essas duas palavras aparecem praticamente como sinônimos. Entretanto, pela etimologia, elas podem ser diferenciadas. Doença vem do latim e é um termo relacionado com o verbo *dolere* que significa doer, sentir dor, sofrer (Houaiss, 2001). Já a palavra enfermidade, que também vem do latim, é derivada de *infirmas* e quer dizer fraqueza, debilidade, ou seja, sem firmeza. Talvez fique mais claro quando se recorre ao inglês, com a diferença entre *illness* e *disease*. No dicionário Michaelis (2000), *illness* significa doença, indisposição, e *disease* corresponde à doença, enfermidade. Nessa busca, então, fica evidente que enfermidade aponta para o lado objetivo, físico, e doença tem um sentido mais subjetivo e psicológico, sendo esse o termo que mais se aproxima daquilo que vem sendo discutido nesse estudo.

Por isso, é importante ao técnico ter para a si uma compreensão ampla de ser humano, já que é a partir desse olhar que irá surgir um determinado tipo de relacionamento e até mesmo um cuidado. De acordo com o que está sendo

discutido nesse momento, volto-me, então, para uma concepção de Rogers que impulsiona o ser humano, a qual acredito ser a mais pertinente para se refletir sobre o cuidado. Nesse sentido, o conceito da tendência atualizante pode ajudar:

“Podemos dizer que em cada organismo, não importa em que nível, há um fluxo subjacente de movimento em direção à realização construtiva das possibilidades que lhe são inerentes. Há também nos seres humanos uma tendência natural a um desenvolvimento mais completo e mais complexo” (Rogers, 1983: 40).

Rogers (1983) acreditava que essa propensão para o crescimento incluía o ser humano em sua totalidade e, não somente, em partes. Isso me faz acreditar que a tendência atualizante também é importante porque abre caminho para o próprio funcionamento fisiológico dos órgãos no conjunto articulado do organismo. Com isso, ao promover a manifestação autêntica desta disposição natural, pensando nas pessoas que se encontram doentes, é possível também facilitar o processo de recuperação da doença.

Ao tentar compreender tal manifestação nos seres humanos, é importante colocar de lado juízos e valores, pois o olhar deve ocorrer a partir do referencial de vida daquela pessoa, caso contrário, essa tendência poderá parecer sem sentido. Rogers e Kinget (1977) afirmam que a tendência atualizante atinge aquilo que a pessoa percebe como valorizador ou enriquecedor, mas não necessariamente o que é valorizado objetivamente ao juízo dos outros.

Na área da saúde, essa concepção nos ajuda a compreender os significados que as pessoas atribuem a suas vivências, o que dá espaço para a construção de uma prática que tenha o ser humano como foco. Como foi apreendido que os significados se desdobram no decorrer da internação, também é relevante pensar que a pessoa deve ser considerada enquanto um ser em constante transformação e construção.

Nesse sentido, volto ao início dessa discussão, quando considerei que a vivência da hospitalização deve ser compreendida enquanto um processo. Com essa afirmação, o cuidado prestado à pessoa hospitalizada também deve levar em conta as transformações ocorridas no período de internação. Principalmente do ponto de vista psicológico, é importante estar atento às rotulações e diagnósticos feitos à pessoa que está internada. Por isso, afirmo novamente a importância da postura proposta por Carl Rogers em relação ao diagnóstico em psicologia. Este só seria válido juntamente com uma compreensão do que se passa com a pessoa, tendo como referência seu próprio mundo interior de significado.

Pensar em categorias estanques e fechadas pode limitar o ser humano, desconsiderando sua capacidade de transformação e de crescimento. Essa questão ficou muito nítida na vivência de Filomena, quando a equipe não conseguiu acompanhar suas mudanças e se ateve somente ao diagnóstico psiquiátrico. Ao compreender essa mudança, acredito que o profissional, de alguma maneira, transformar-se-ia, possibilitando uma reciprocidade intersubjetiva. Não havendo essa compreensão ou esse acompanhamento do fluxo subjetivo da pessoa, a relação só poderá ficar no plano técnico e objetivo

e, portanto, seria limitada. Merleau-Ponty (1999) chamou de modulação sincrônica essa transformação ocorrida mutuamente em um diálogo.

E como se torna possível tudo isso? Inicialmente, acredito que seja imprescindível considerar a atitude de abertura proposta por Buber (1982), já discutida nesse capítulo, a qual se assemelha à atitude de aceitação incondicional proposta por Rogers (1983), também apresentada no capítulo I dessa dissertação. Acho importante essa atitude, já que frequentemente dentro da área da saúde está presente o avesso dessa postura, que Buber denominou de imposição. Tanto na pesquisa de Graças (1996) como na de Bellato (2001), que discutem a vivência da hospitalização, foi confirmada a existência da imposição de regras e rotinas a que as pessoas internadas estão sujeitas.

Outra questão essencial nesse tipo de cuidado e que aparece de maneira implícita ao longo dessa discussão é a questão da compreensão empática mencionada por Rogers (1983) e o conhecimento íntimo de Buber (1982). Eis o que diz Buber: “Tomar conhecimento íntimo de uma coisa ou de um ser significa, em geral, experienciá-lo como uma totalidade e, contudo, ao mesmo tempo, sem abstrações que o reduzam, experiênciá-lo em sua concretude” (p.147). Esse olhar para o ser humano parece ser o inverso do que encontramos na área da saúde, quando se tem como referencial o modelo biomédico que reduz a pessoa à doença e aos sintomas.

Apoiando-me ainda nas concepções de Buber e Rogers para pensar a questão do cuidado, há também que se estar atento à pessoa do profissional de saúde. Ele pode estar presente na relação, sendo autêntico, sem agir sob

uma aparência. No caso desses profissionais, a questão da aparência é muito presente, principalmente, quando pensamos que as relações são desenvolvidas a partir da função dos papéis. Essa maneira de se relacionar distancia as pessoas e, com isso, não promove a reciprocidade, assim como vimos na vivência de Helena. Para ela, a figura do profissional era capaz de promover certa segurança, entretanto, ela não se sentia à vontade para recorrer a eles quando precisava. Desse modo, recorria aos companheiros de quarto, que estavam, naquele momento, mais parecidos e próximos.

E como sair ileso ao proporcionar esse tipo de cuidado? Creio que seja impossível não ser tocado por tantas coisas vividas dentro de um ambiente hospitalar. Para que possamos oferecer um cuidado mais humano àquele que busca um alívio para seu sofrimento, é imprescindível deixar de lado a neutralidade e colocar em pauta o respeito, apesar das diferenças existentes. Com isso, finalizo o capítulo afirmando que, nesse tipo de cuidado, acredito que esteja subentendida uma atenção psicológica que pode ser oferecida tanto por parte do psicólogo como também por parte da equipe de profissionais que lidem com a pessoa hospitalizada. Presumo que o cuidado vivenciado ao longo da hospitalização pode sim interferir na qualidade subjetiva da internação e até mesmo na possível recuperação.

Capítulo 6: O QUE É POSSÍVEL CONCLUIR?

“Assim eu quererei meu último poema. Que fosse terno dizendo as coisas mais simples e menos intencionais. Que fosse ardente como um soluço sem lágrimas. Que tivesse a beleza das flores quase sem perfume. A pureza da chama que consomem os diamantes mais límpidos. A paixão dos suicidas que matam sem explicação”.

(Manuel Bandeira)

Nesse momento, acredito que seja importante retomar aquilo que foi essencial na busca pela compreensão da vivência da hospitalização, o que envolve também a questão do cuidado emergente desta reflexão. Creio também que, ao pensar nisso, existe a possibilidade de perceber algumas coisas a serem feitas e que talvez fiquem de sugestão para próximos estudos.

Voltamos, então, à questão da vivência de hospitalização compreendida enquanto um processo. Em todas as pessoas que participaram dessa pesquisa foram nítidas as mudanças com o passar dos dias, tanto objetiva como subjetivamente. Embora não se neguem as mudanças, também ficou claro que

em alguns momentos a fluidez dessas vivências não foi facilitada. O que há de tão importante nesse olhar para o processo? Creio que essa maneira de olhar implica em deixar de lado a rigidez tão presente no cuidado hospitalar. Isso significa que é preciso também dar espaço para que essa fluidez ocorra ou, relembrando Rogers, para que a tendência atualizante se manifeste. Acredito que acompanhar a pessoa nessa busca pela melhora, a partir do referencial que ela tem de sua vida, já é uma maneira de oferecer um cuidado.

Como já afirmei no capítulo anterior, não tive a intenção de compreender o processo da hospitalização, mas sim, de perceber que, mesmo de maneira implícita, ele estava presente. Com isso, acredito que seja importante pensar mais sobre isso, já que não encontrei nenhum estudo que tratasse da hospitalização enquanto um processo.

Outro ponto que acho relevante destacar é a qualidade subjetiva da internação. Acredito que essa maneira de olhar nos aproxime do significado da vivência da pessoa hospitalizada. Nesse sentido, penso que seja importante a realização de pesquisas que levem em conta esse tipo de qualidade de internação, até porque não encontrei estudos com essa perspectiva, embora tenha encontrado pesquisas que se apoiem em aspectos objetivos.

Por outro lado, acredito que a questão da qualidade também nos faça repensar aquilo que pode ser melhorado para promover o bem-estar dessa pessoa, não só do ponto de vista físico, mas de maneira geral, considerando a totalidade e a complexidade do ser humano. Estar atento a isso significa que não somente a condição psicológica do interno possa melhorar, mas sim, a pessoa como um todo e isso inclui a dimensão física também.

Nesse sentido, mais uma vez menciono a importância de se rever o cuidado prestado nos hospitais. A proposta de cuidado que sugeri nessa pesquisa estava sempre de acordo com a vivência da pessoa hospitalizada, por isso, acho que essa é a primeira consideração que faço. Acho importante destacar que essa atenção não necessariamente precisa ser exercida somente pelo psicólogo da instituição, mas pode ser oferecida por outros profissionais da saúde que, na maioria das vezes, têm mais contato com a pessoa hospitalizada. Isso não quer dizer que os profissionais tomem o lugar do psicólogo, mas acredito que eles possam promover uma atenção mais completa, que não se prenda somente ao corpo e à doença.

O cuidado, portanto, deve estar permeado nas atitudes dos profissionais em seu dia-a-dia, tanto numa conversa informal com o interno como também no momento delicado de realização de procedimentos. É certo que não há uma receita ou um manual de como se deve agir com as pessoas internadas, já que, no momento em que está em jogo no relacionamento a subjetividade das pessoas, é impossível prever o que poderá surgir. Apesar disso, ao longo desse estudo, propus algumas atitudes que podem facilitar um diálogo mais genuíno e verdadeiro com essas pessoas (ou com qualquer outra). Pude encontrar nas idéias de Martin Buber e Carl Rogers algo que se aproximava daquilo que eu considero importante no momento do cuidado.

Acredito que essas atitudes apontem para um caminho em que o respeito à pessoa humana estivesse sempre presente. Mas esse respeito não se refere a algo que deve ser temido ou visto como uma ordem a ser acatada. Sinto que essa concepção parece ser unilateral, como se ficasse implícito que

isso só devesse estar presente quando a pessoa a ser respeitada fosse uma autoridade, o que pôde ser visto na vivência de alguns participantes. Entretanto, o respeito a que me refiro está pautado num reconhecimento e consideração pela pessoa, independente do papel que ela exerça. Agindo assim, o resultado pode ser recíproco, na medida em que me coloco também enquanto pessoa na relação.

Talvez isso seja algo um tanto difícil de ser ensinado para pessoas que estão em formação ou àquelas que já trabalham e gostariam de mudar a maneira como vêm oferecendo cuidado. Logo, acredito que seja importante pensar em formas de se ensinar, não só pensando no meio acadêmico, mas também, em espaços que possam promover a reflexão da prática profissional de pessoas que nela estejam envolvidas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Amatuzzi, M. M. (1989). O resgate da fala autêntica. SP: Editora Papirus.
- Amatuzzi, M. M. (1990). O que é ouvir. In *Estudos de Psicologia*. N°2, ago/dez.
- Amatuzzi, M. M. (1995). Descrevendo processos pessoais. In *Estudos de Psicologia*. N°1, vol. 12, jan/abr.
- Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma Psicologia Humana*. Campinas: Editora Alínea.
- Amatuzzi, M. M. (2003). Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. Bruns, M. A. de T. e Holanda, A. F. (org) In *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica Reflexões e Perspectivas*. SP: Ed. Alínea.
- Ancona-Lopez, M. (org) (1995). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. SP: Cortez.
- Angerami-Camon, V. A (org) (2003). *Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática*. SP: Pioneira Thomson Learning.
- Augras, M. (1978). *Ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes.

Barret-Lenard, G. T. (1988). Listening In *Person-Centered Review*. Vol. 3, nº 4, p: 410-425, November.

Bellato, R (2001). A vivência da hospitalização pela pessoa doente. Tese de Doutorado–USP Ribeirão Preto.

Bellato, R. e Carvalho, E. C. de (2002). O compartilhar tempo / espaço entre pessoas doentes hospitalizadas. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol 10, nº2, mar/abr.

Benjamin, W. (1994). O narrador – considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Obras escolhidas – magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Editora Brasiliense, 7ª edição (original 1937).

Bettineli, L. A.; Waskiewicz, J. e Erdmann, A. L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In *O mundo da saúde*. Ano 27, vol 27, nº2, abr/jun.

Bruns, M. A. de T. (2003). A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses da dicotomia subjetividade-objetividade. In M. A. de T. Bruns e A. F. Holanda (org) *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas*. Campinas: Editora Alínea.

Buber, M. (1982). Do diálogo e do dialógico. SP: Editora Perspectiva.

Casate, J. C. e Corrêa, A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 13, nº1, jan/fev.

Chaves, E. C. e Ide, C. A. C. (1995). Singularidade dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização. In *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 29(2):173-79, agosto.

Coppe, A. A. F. (1994). A abordagem centrada na pessoa na instituição hospitalar. In *Cadernos de Psicologia*. Vol. 2, nº 3, dezembro.

Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In *Ciência saúde coletiva*. Vol.9, nº1.

Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. In *Estudos de Psicologia (Natal)*. Vol. 7, nº2, jul/dez.

Eisenlohr, M G. (1997). *Formação de alunos em Psicologia: uma possibilidade para educadores*. USP: Dissertação de Mestrado.

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda (2004). Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Curitiba: Positivo.

Forghieri, Y. C. (2002). *Psicologia fenomenológica – fundamentos, método e pesquisas*. SP: Pioneira Thomsom Learning, 2ª edição.

Forghieri, Y. C. (2007). *Aconselhamento terapêutico – origens, fundamentos e práticas*. SP: Thomsom Learning.

Gouvêa, C. S. D; Travassos, C. e Fernandes, C. (1997). Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. In *Revista de Saúde Pública*. Vol. 31, nº6, dez.

Graças, E. M. das (1996). *A experiência da hospitalização: uma abordagem fenomenológica*. Tese de Doutorado – Enfermagem USP.

Gusmão, S. M. L. de (1998). Empatia – facto ou magia? In *A pessoa como centro – revista de estudos rogerianos*. Outono – Novembro, nº2.

Holanda, A. F. (2002). *O resgate da fenomenologia de Husserl e a pesquisa em psicologia*. Tese de Doutorado – Puc Campinas.

Holanda, A. F. (2003). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In M. A. de T. Bruns e A. F. Holanda (org) *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas*. Campinas: Editora Alínea.

Houaiss, A. e Villar, M. de S. (2001). *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. RJ: Objetiva.

Martins, J. e Bicudo, M. A. (1989). *A pesquisa qualitativa em psicologia*. SP: Moraes.

Merighi, M. A. B. (2002). Cuidado: enfermagem e fenomenologia. In Castro, D. S. P. de (org) *Existência e Saúde*. São Bernardo do Campo: UMESP.

Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. SP: Martins Fontes, 2ª edição, tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura.

Messias, J. C. C. (2001). *Psicologia Centrada na Pessoa e o impacto do conceito da experiencição*. PUC Campinas: Dissertação de Mestrado.

Messias, T. C. S. (2002). *Plantão Psicológico como possibilidade de facilitação da Tendência Atualizante: um estudo clínico*. PUC Campinas: Dissertação de Mestrado.

Meyer, S. (2000). Empathic listening: reports on the experience of being heard. In *Journal of Humanistic Psychology*. Vol.40, nº2, spring.

Michaelis (2001). *Dicionário prático inglês*. SP: Editora Melhoramentos.

Mitchell, G. J. e Copplestone, C. (1990). Applying Parse's Theory to preoperative nursing: a nontraditional approach. In *Aorn Journal*. Vol. 51, nº3, march.

Moreira, L. M. A. G. (1999). *Da linguagem do senso comum à linguagem do diagnóstico: a reinterpretação da queixa na clínica psicológica*. PUC SP: Dissertação de Mestrado.

Moreira, D. A. (2004). *O método fenomenológico na pesquisa*. SP: Pioneira Thomsom Learning.

Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris: PUF.

Noronha, M. F. de; Machado, C. V e Lima, L. D. de. (1996). Proposta de indicadores e padrões para a avaliação de qualidade da atenção hospitalar: o caso da asma brônquica. In *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 12, supl.2, jan.

O'Hara, M. M. (1983). A consciência do terapeuta. In C. R. Rogers; J. K. Wood; M. M. O'Hara e A. H. L. Fonseca. *Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. SP: Summus.

Palmieri, T. H. (2005). *Plantão Psicológico em Hospital Geral: um estudo fenomenológico*. PUC Campinas: Dissertação de Mestrado.

Pokladek, D. D. e Haddad, N. C. (2004). Mergulhar no mar da humanidade: uma reflexão fenomenológico-existencial na prática do profissional da saúde. In D. D. Pokladek. *A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional*. SP: Vetor.

Rogers, C. R. e Kinget, M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*, vol. 1. BH: Interlivros, 2ª edição.

Rogers, C. R. (1977a). *De pessoa para pessoa: o problema do ser humano, uma nova tendência na Psicologia*. SP: Pioneira, 2ª edição.

Rogers, C. R. (1977b). Uma maneira negligenciada de ser: a maneira empática. In C. R. Rogers e R. L. Rosemberg. *A pessoa como centro*. SP: EPU.

Rogers, C. R. (1979). *Sobre o poder pessoal*. SP: Martins Fontes.

Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. SP: EPU.

Rogers, C. R. (1987). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. SP: Martins Fontes.

Rogers, C. R. (1992). Três questões levantadas por outros pontos de vista: transferência, diagnóstico e aplicabilidade. In *Terapia Centrada no Cliente*. SP: Martins Fontes.

Rogers, C. R. (1995). As condições necessárias e suficientes para mudança terapêutica de personalidade. In Wood, J. K. (org) *Abordagem Centrada na Pessoa*. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 2ª edição.

Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se pessoa*. SP: Martins Fontes, 5ª edição.

Sant'Anna, D. (2000). Pacientes e Passageiros. In *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 4 (1): 13-20.

Souza, S. N. D. H. de; Rossetto, E. G. e Sodré, T. M.(2000). Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. In *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol. 34, nº3, set.

Wood, J. K. (1995). Da Abordagem Centrada na Pessoa à Terapia Centrada no Cliente:Uma retrospectiva de 60 anos. In *Abordagem Centrada na Pessoa*. Vitória: Ed. Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 2ª edição.

Tassinari, M. (2003). *A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da teoria do Caos*. UFRJ: Tese de Doutorado.

Toralles-Pereira, M. L.; Sardenberg, T.; Mendes, H. W. B. e Oliveira, R. A. de (2004). Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção dos pacientes acamados em uma enfermaria. In *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.9, nº4, out/dez.

Valle, E. R. M. do e Françoso, L. P. C. (1997). Psicologia e a Enfermagem: a questão do adoecer. In *Revista Psicologia Argumento*. Ano 15, nº20, abril.

Van Den Berg, J. H. (1973). *O paciente psiquiátrico – esboço de psicopatologia fenomenológica*. SP: Editora Mestre-Jou, 2ª edição (original 1955).

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, RG _____

concordo em participar da pesquisa da psicóloga Tatiana Gomez Espinha, cujo título é: “Vivências de pessoas internadas em enfermaria de um hospital geral: um estudo fenomenológico”. Estou ciente que:

- 1) Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas;
- 2) O objetivo é compreender como se sente uma pessoa quando está internada em uma enfermaria de um hospital geral;
- 3) A minha participação será por meio de entrevista sobre o tema, que será gravada;
- 4) Serão tomadas todas as providências necessárias para que as pessoas entrevistadas não sejam identificadas na publicação da pesquisa;
- 5) A realização das entrevistas não implica em nenhum risco à minha saúde;
- 6) Poderei, a qualquer momento, retirar minha autorização para o uso de minha entrevista na pesquisa, caso eu considere necessário, e sei que isso não implicará em prejuízo algum para o atendimento no Hospital;
- 7) Este estudo pode ajudar a melhorar a qualidade dos atendimentos no Hospital;
- 8) Receberei uma cópia desse termo assinado por mim logo após a assinatura.

Para outros esclarecimentos, a psicóloga se coloca à disposição pelo endereço eletrônico tagomez8@hotmail.com, ou pelo telefone (11) 4412 4244. O telefone do Comitê de Ética de Pesquisa com seres humanos da PUC Campinas também está à disposição (19) 3729 6808.

Assinatura da psicóloga

Assinatura do participante da
pesquisa

Atibaia, _____ de _____ de 2006.