

**Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado  
Departamento de Ciências Sociais**

**"O PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL,  
A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE:**

**REDUÇÃO DE SOFRIMENTOS DESNECESSÁRIOS"**

**Mestranda:  
Tereza Cristina Coury Amin**

**Orientador:  
Prof. Dr. Jorge de Campos Valadares**

**Rio de Janeiro  
setembro - 2001**

## **RESUMO**

Nesta pesquisa pretendemos identificar a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde quanto à internação hospitalar; estudar como o respeito aos espaços de singularidade contribuem para saúde das pessoas a viverem essa situação; indicar, e evitar, sofrimentos desnecessários durante a internação; compreender a instituição hospitalar. Pretendemos aprender, enfim, a dar mais atenção, apoio e dignidade a pacientes, familiares e profissionais de saúde, no curso da internação em um hospital.

## **ABSTRACT**

In this research, we intend to identify the perceptions of patients, their families and the health team towards hospitalization; to study how the respect of the spaces of singularity contribute to the health of those that experience this situation; to evince and avoid unnecessary sufferings during hospitalization; to understand the hospital. We intend, in brief, to learn how to give more attention, support and dignity to patients, families and health team in the course of hospitalization.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>1. METODOLOGIA.....</b>	<b>09</b>
<b>2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ESSE ESPAÇO PECULIAR.....</b>	<b>13</b>
<b>3. ESTIGMATIZAÇÃO: UM PEDAÇO DE MIM MORRE.....</b>	<b>30</b>
<b>4. SEPARAÇÃO: A MORTE EM VIDA.....</b>	<b>41</b>
<b>5. A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE: DEPENDÊNCIA OU ACOLHIMENTO?.....</b>	<b>53</b>
<b>6. O LUTO NA ENFERMARIA: UM TRABALHO INVISÍVEL.....</b>	<b>64</b>
<b>7. INVENTIVIDADE NA HOSPITALIZAÇÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>8. O CONCEITO DE IMPLICAÇÃO: A PROXIMIDADE E A DISTÂNCIA NECESSÁRIAS.....</b>	<b>76</b>
<b>9. PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OBJETO DE AMOR OU DE CUIDADO?.....</b>	<b>78</b>
<b>10. TRANSMISSÃO: A PROXIMIDADE... E A DISTÂNCIA... CONSIDERAÇÕES SOBRE AS RELAÇÕES HUMANAS DENTRO DO HOSPITAL.....</b>	<b>89</b>
<b>11. SOFRIMENTO: OS LIMITES DA ONIPOTÊNCIA .....</b>	<b>95</b>
<b>CONCLUSÕES E PROVIDÊNCIAS.....</b>	<b>107</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>.....</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Só podemos falar a partir do espaço que ocupamos. Acredito que só foi possível desenvolver esse trabalho pela minha trajetória de vida. Tive presenças que muito me ajudaram e ajudam até hoje nos meus percursos pessoais e profissionais.

Neste trabalho tematizo principalmente questões a partir da minha experiência profissional, perpassando pelos papéis de paciente e familiar os quais também já vivenciei. Trabalho em hospitais desde o início de minha graduação, por três anos e meio no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto. Assim que concluí o Curso de Psicologia, ingressei no Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas, que assiste e realiza pesquisas com pessoas portadoras de Doenças Infecciosas, entre elas a Aids, lá permaneço há treze anos.

O trabalho clínico hospitalar traz reflexões pessoais, profissionais e institucionais de especial relevância, devido à relação próxima com a sexualidade, o adoecimento, a morte... Na internação hospitalar existem *situ-ações* [ações situadas em um determinado lugar, e esse lugar nem sempre acessível à consciência, as quais nem sempre se percebem no submundo de desatinos] importantes, e que demandam providências.

Em muitos momentos na minha vida, minhas idéias foram absorvidas e percebi que geraram ações com as quais não só fiquei satisfeita como percebi que agradara ao outro também. Essa retro-alimentação foi fazendo parte do meu modo de trabalhar, de ouvir o outro, e o que ele tem a dizer, é importante e pode mudar-nos o nosso dia a dia. É preciso ter respeito para com o outro, ao ouvi-lo, para que não se fique na mera repetição de atos. Diz Jorge Valadares (2000:87): “as pessoas ouvidas se dispõem a ouvir. O respeito vem de uma capacidade de olhar de novo (*re-spectare*), e a responsabilidade vem da capacidade de responder a chamados.”

Cuidar de pessoas que sofrem física-emocionalmente, principalmente quando internadas, revelou-me a importância da reflexão sobre estas experiências. Observamos o medo do descuido vivido na situação da internação (ressentimento), e particularizaremos essa situação *estrangeira* dentre outras. A reflexão desenvolve concomitantemente a experiência, e ambas se ligam diretamente ao conforto, e, portanto, ao corpo, este, sem a sobrecarga do descuido, fica aliviado do sofrimento.

Esta pesquisa aborda o que pensam as pessoas que vivem esta situação da internação hospitalar, sejam elas Pacientes, Equipe de Saúde e Familiares, visando a identificar sofrimentos inúteis que podem ser evitados na internação hospitalar, contextualizando suas ações.

Ao longo desses anos de trabalho, aprendi algumas coisas sobre as doenças, mas muito mais sobre os doentes, as pessoas, os sujeitos, o que faz de mim um eterno aprendiz nesta escola da vida, que é o hospital. Leonardo Boff (1999:27) coloca: “em momentos críticos como os que vivemos, revisitamos a sabedoria ancestral dos povos e nos colocamos na escola de uns e outros. Todos nos fazemos aprendizes e aprendentes...”. E continua: “precisamos de um novo encantamento face à majestade do universo e à complexidade das relações que sustentam todos e cada um dos seres”.

As pessoas procuram no atendimento hospitalar competência e acolhimento, e uma depende da outra. Ambas são características necessárias e essenciais para mantê-lo como um lugar digno de cuidados com o sofrimento humano. “Toda demanda é uma demanda de amor, de ligação”, nos ensina Freud. Complementa Boff (199:11): “a vida humana possui de mais fundamental: o cuidado e a compaixão. Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência”. Todos que utilizam o hospital buscam a garantia desse cuidado. Boff afirma “no cuidado se encontra o *ethos* fundamental do humano... *Ethos* em seu sentido originário grego significa a toca do animal ou casa humana, vale dizer, aquela porção

do mundo que reservamos para organizar, cuidar e fazer o nosso habitat”.

Entre figuras exemplares de cuidado, Boff (1999:171-172) cita Madre Teresa de Calcutá, verdadeiro espírito missionário em ação, “é mais importante tocar que curar. A mão que toca, cura porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado. A mão faz nascer a essência humana naqueles que são tocados... Mais que remédios, é essa atitude de cuidado essencial que cura e resgata a humanidade ferida”.

Neste trabalho utilizaremos muitas contribuições da teoria psicanalítica, pois nos oferece generalizações esclarecedoras, mantendo, ao mesmo tempo, um apurado respeito pela complexidade e a singularidade de cada um de nós, como seres humanos. A palavra *care* é uma palavra-chave da prática psicanalítica, para Masud Khan (1984:2-3): “*to care* não é simplesmente cuidar; é dar atenção, é importar-se, é inquietar-se, é preocupar-se”.

Para o psicanalista Winnicott (1996:87), “a palavra ‘cura’ assinala um denominador comum entre a prática médica e a religiosa... e em suas raízes, signifique cuidado. Mais ou menos por volta de 1700, ela começou a degenerar, passando a designar um tratamento médico”.

Como as pessoas estão convivendo com a tecnologia e a humanização nas relações no espaço hospitalar? Para que tudo aconteça da melhor forma, não é só necessário que a tecnologia apresente-se como uma única solução, mas também que ocorra o envolvimento dos profissionais de saúde e da família em todo o processo.

O avanço tecnológico não deve esquecer a importância do humano. O paciente tem o direito de ser tratado como pessoa que ele é. De fato, a Equipe de Saúde entra em contato permanente com a dor e o sofrimento. O nascer e o morrer. O paciente não necessita apenas de equipamentos, mas, sobretudo, de comunicação humana como nos exemplifica o Companheiro Mário em sua entrevista: “a parte [da área da internação] que já teve reforma ficou muito bom, muito mais humano. Parece coisa de

primeiro mundo, parece aquele que mostra nos Estados Unidos... É importante também a presença humana, a atenção, enfermagem vinte e quatro horas por dia, quem dera!”.

A finalidade primordial no hospital é o atendimento e o cuidado do paciente como pessoa. “Nenhum complexo tecnológico poderá jamais substituir a capacidade humana de formar aquele outro complexo, o de pessoas, diversificadas em suas características individuais...”, diz Mezomo (1979:13).

Boff (1999:11) chama nossa atenção para o paradoxo em nossa sociedade afirmando que “a sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão entre as pessoas... O mundo virtual criou um novo habitat para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato humano”.

Valadares (2000:86) assevera: “o mundialismo é uma faca de dois gumes pois se permite a divulgação e a luta por causas justas, também promove domínios, dependências e paralisias”. E prossegue: “sabemos que a evolução da ciência não está permitindo a inclusão, e, ao contrário, cada vez mais produz distâncias. E que o aprofundamento nos saberes fragmentários tem levado à afastamentos, isolamentos.”

Como acontece em toda instituição, o hospital também foi sugado pela turbina do capitalismo. Lembra Valadares (2000:86): “a turbina acionada na origem do capitalismo moderno, ainda não parou de devorar todo o ar que encontra pela frente... A lógica econômica, com seu ímpeto transformador e homogeneizador, é incompatível com a diversidade”.

As rotinas que presenciamos no dia a dia, e após anos em muitos momentos diante de determinadas situações limítrofes nos “*formoliza*”, somos transformados em repetidores. Passamos a achar que é desta forma e não pode ser diferente. A robotização nos paralisa e impede que nossa inventividade se faça presente,

mantendo-nos mortos-vivos. Alimenta-nos Valadares (2000:86): “sem utopias é impossível um caminhar”.

A saúde no hospital passa principalmente pela questão do convívio. Diz Valadares (2000:86) “a vida é, além de sobrevivida, espaço de convívios. A vida emocional entre os humanos torna o corpo humano diverso do corpo dos outros animais”.

Como podemos conviver com questões que nos movem conjuntamente sem nos robotizarmos? Como, Responsáveis na área da Saúde, podemos resistir às exclusões e à permanência da diversidade dos Seres Vivos? Como fazer com que o cuidado com o outro perpassa a proximidade e a distância, o acolhimento, o respeito e a autonomia?

Não é nossa pretensão dar conta de todo este trabalho complexo existente na área hospitalar, para isso estabelecemos alguns temas sobre a internação. Não pretendemos dar respostas, mas “o que aprendemos mesmo é a fazer melhores perguntas”, como afirma Guimarães Rosa, em “Grande Sertão: Veredas”.

Acreditamos ser o hospital um lugar de limite do social, ou em que se presenciaram o nascer e o morrer – o adoecer com dignidade, e sabemos que um dia poderemos precisar dele. Este cenário existe há anos, e temos esperança de que ele possa ser cada vez menos utilizado e, quando ele for inevitável, que seja o melhor espaço possível.



## **1 - METODOLOGIA**

Na internação hospitalar há o entrelaço constante entre a vida e a morte, a qual passa pelo corpo e pela mente de todas as pessoas que a ela submetem. Como esta pesquisa busca compreender a *situação* do Sujeito adoecido internado e suas inter-relações com a Família que lida com o ente querido, e Profissionais de Saúde que lidam afetiva e efetivamente com este cuidado, contemplamos esses três diferentes grupos de sujeitos.

Como diretriz na Pesquisa de Campo, utilizamos entrevistas abertas e semi-estruturadas que seguem no anexo 01. Na elaboração das perguntas e na análise das entrevistas, apoiamos-nos na combinação por um lado da importância de captar, a partir de observações de atitudes formais, sinais indicativos de uma realidade mais profunda dada pelo paradigma indiciário por Ginzburg (1991); e por outro, da importância também de as perguntas buscarem detalhes subjetivos para a reconstrução de vivências, conforme Becker (1994).

Na análise das entrevistas, observamos, principalmente, a rede de associações, a concomitância de situações entre os entrevistados, a interação entre eles, além de comentar idéias que se associam e se permeiam.

Na organização e análise do material coletado utilizamos a análise de conteúdo que “tem como objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”, segundo Bardin, no livro de Chizzotti (1995:91). Para Bardin (1995: 9-10), “a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido por qualquer mensagem”. Maria Laura Franco (1994:47) afirma sobre análise de conteúdo que “o que está escrito é o ponto de partida, a interpretação é o processo a ser seguido e a contextualização o pano de fundo que garante relevância”.

Em função do prazo para a conclusão da Pesquisa, não utilizamos no trabalho de campo o Instituto Nacional do Câncer, nem o Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas / Fiocruz, visto esta pesquisa ser de abordagem qualitativa, e a nossa preocupação principal ter se concentrado todo tempo no doente e não na doença, não prejudicando o objetivo do trabalho.

A Pesquisa de Campo foi realizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF / UFRJ), nas enfermarias de doenças infecciosas com portadores do vírus da Aids. O projeto fora analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pelo Chefe do Serviço Médico de Doenças Infecciosas, que autorizaram a realização das entrevistas.

Quanto à escolha do universo de portadores internados de Aids, deve-se a ser um momento crítico e extremo, e por se tratar de uma patologia que contribui para um perturbador senso de vulnerabilidade e perda de auto-estima, enfim envolve uma constelação de acontecimentos em que há principalmente a proximidade com a morte. Deparamo-nos com limites e possibilidades.

Os critérios utilizados na seleção dos entrevistados foram homens e mulheres, com idade acima de 21 anos, perfazendo um total de 13 entrevistados: 04 Pacientes internados (sendo ou não primeira internação) que chamaremos de Maria, Ana, Paulo e José, indicados aleatoriamente pela Equipe de Enfermagem com capacidade de autodeterminação; 06 Profissionais de Saúde que atuam nesta área de internação a Enfermeira Claudia, o Médico Pedro, a Auxiliar de Enfermagem Vera, a Assistente Social Ângela, a Enfermeira Luisa e o Médico João; e 04 Familiares que tinham parente internado: a Esposa Cátia, a Mãe Glória, o Companheiro Mário, e o Pai Carlos. Esclarecemos que todos os nomes foram eticamente modificados para preservar o seu anonimato. Apesar de a meta do trabalho não ter sido atingida com Pacientes e Familiares, que objetivava a realização de 05 entrevistas com cada grupo, consideramos que não se prejudicou o trabalho, pois a pesquisa é de abordagem qualitativa, além de as entrevistas apresentarem o conteúdo muito denso.

Trocamos também os nomes dos hospitais, chamaremos de X., Y e, sempre quando os citarmos, estaremos nos referindo ao mesmo Hospital. No trabalho, ao referirmos Profissionais de Saúde, estaremos nos dirigindo aos Médicos, aos Enfermeiros, aos Auxiliares de Enfermagem, Aos Técnicos de Enfermagem, aos Psicólogos, aos Nutricionistas, e aos Assistentes Sociais.

Contemplamos também minha bagagem profissional, utilizando comentários feitos por Pacientes internados e Familiares durante os atendimentos individuais e/ou em grupo, e nas interconsultas com Profissionais de Saúde ao longo desses anos de experiência no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto - Pediátrico e no Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas / FIOCRUZ - Doenças Infecciosas.

Percebi facilidade em transitar na instituição, talvez por já trabalhar em hospital, a FIOCRUZ. O campo e suas rotinas me eram familiares. Entretanto, tentei manter uma relação de proximidade e distância nas entrevistas.

Foi possível observar no contato com os Pacientes seu entusiasmo, recebendo-me como visita, e seu aparente sentimento de ociosidade vivido na internação, através de comentários como “não vou sair daqui mesmo”, “não estou fazendo nada”, apesar de estarem num árduo trabalho de perdas.

Com relação aos Profissionais de Saúde, foi oferecida aos Serviços: Médico, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social a oportunidade de participar da pesquisa, através de entrevista individual. Para os profissionais que manifestaram interesse, como o Serviço Médico, de Enfermagem e Serviço Social, as entrevistas foram agendadas convenientemente.

No que diz respeito ao convite aos Familiares, todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de visita, conforme desejo do entrevistando, já que a marcação a posteriori seria difícil, devido ao trabalho, ou ao fato de morarem longe do hospital.

Outra questão identificada foi o convite aos acompanhantes (familiares ou não) de pacientes em estado grave. Trata-se de um momento difícil, e é uma situação dentro do hospital extremamente delicada. O convívio do sofrimento afetivo com pessoas que partilham da intimidade do paciente deixava exposta a dor que tanto ele quanto a família passavam.

Considerando essa reflexão sobre a situação vivida pelos familiares, as entrevistas com eles foram somente iniciadas e concluídas em maio de 2001, já as com os Pacientes e com os Profissionais de Saúde foram realizadas em julho de 2000.

Buscamos situações que poderiam facilitar esse encontro, como deixar que cada entrevistando escolhesse o local para a realização da entrevista. Tentamos também amenizar alguns fatores que poderiam causar constrangimentos. Então, optamos por fazermos anotações (registros) durante a entrevista, considerando que inibiria menos o entrevistando que se fizéssemos o uso do gravador. Por outro lado, ao fazer anotações o tempo todo, deixamos outras de lado, o que não foi obstáculo relevante, mas como limitação inerente à toda pesquisa.

Em relação a este tipo de pesquisa, foram feitos alguns comentários como o do Paciente Paulo: “todas as pessoas têm por obrigação de dar seu veredicto, sua opinião, participar, contribuir para sociedade... O mundo também não está muito bom porque falta coerência. A reflexão e a coerência são a base da felicidade... Este tipo de pesquisa que deveria ser feito, necessário”. O Médico João explica por que quis participar: “pesquisa encaixe o paciente”. Desaba a Assistente Social Ângela: “não vejo preocupação voltada para tese, não para ser revertida para o bem do paciente. Não sinto que irão retornar diretamente para o paciente, pode ser de forma bem sutil... Estou [o pesquisador] interessado por causa da tese, não vê o retorno na prática”.

## **2 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ESSE ESPAÇO PECULIAR**

O sujeito, ao buscar o atendimento hospitalar, leva não só seu corpo para ser tratado, como vai por inteiro e, por extensão, isto atinge sua Família, que participa de seu adoecer, de suas internações e de seu restabelecimento. A situação também envolve a Equipe que o atende, que, ao atuar no seu restabelecimento, absorve as dificuldades do Paciente. Como podemos observar em tais relatos, a hospitalização do Paciente é um momento crítico e extremo, que envolve uma constelação de acontecimentos.

Num certo extremo, a busca por cuidados hospitalares se dá num momento em que o Paciente sofre diante da imagem de si mesmo, já alterada, e a Família depara-se com suas possibilidades de ajuda esgotadas. Como o Companheiro Mario expõe: “para mim, seria pior se ele estivesse em casa e eu não poderia fazer nada. Estando aqui consigo dormir melhor, mais tranqüilo, se acontece o pior, eu fiz alguma coisa por ele. Em casa não tem recurso que tem no hospital”. Tranqüilizam-se todos por saber que o paciente receberá cuidados específicos. Paradoxalmente, quando o laço afetivo entre eles é rompido pela internação, sentem-se desamparados e abandonados. “Em sua forma mais extremada, a angústia de separação é sentida como um estado de solidão total, acompanhado pela ameaça de aniquilamento e desintegração” (Kaplan & Sadock, 1996: 143).

A relação do Paciente com sua Família parece formar um todo e a cisão os fragmenta, mesmo que razões demonstrem a necessidade física de o Paciente ficar internado. Os Familiares têm o desejo de acompanhar seu ente querido durante todo o tempo, dentro de suas possibilidades, como se tentassem estender esse laço, esse cordão umbilical ao máximo, como uma forma de sobrevivência afetiva de todos.

O Paciente, geralmente antes de internar-se, passa por alguma instância do hospital em que recebe, junto de sua família ou sozinho, a notícia que ficará internado. Além da tensão de ter que se internar, o Paciente preocupa-se também com o tipo de

“tratamento” que terá. Em Hospitais Públicos, soma-se a dificuldade de conseguir vaga, e, quando isso acontece, é como ser premiado. Alguns relatos denotam tal preocupação, por exemplo, a Paciente Ana fala de seu percurso: “...primeira dificuldade foi arrumar vaga. A internação me pegou de surpresa. Depois pensei que não fosse conseguir ficar internada...”. A Assistente Social Ângela coloca como o melhor momento da internação: “quando [o paciente] consegue ser internado. No sistema é uma coisa difícil”. O Companheiro Mario fala de sua dificuldade: “melhor momento da internação é quando chega e procura o médico, e tem o prazer de ouvir ele dizer que conseguiu um leito. É tão difícil deixar ele sentado à noite inteira na emergência, enquanto não tinha leito. É deprimente, [eu] não podia ficar e não deixavam ficar”.

Em sua experiência profissional, a Auxiliar de Enfermagem Vera relata: “tem paciente que chega com família na emergência para internação, sobe com ele, chega e fica muito triste. Principalmente, paciente que interna e fica logo no isolamento respiratório... Quando a família é presente, participa, família traz rádio, televisão, celular, parece quarto particular, não sente tanto... Quando está com dieta livre, traz comida... Ainda não preenche, sabe que está internado, mas a família presente”. Quando o Paciente interna no Hospital sozinho, o sentimento de abandono pode ser intensificado ou amenizado eficazmente, se amparado pelos Profissionais de Saúde, e até pelos demais Pacientes, que identificam seu próprio abandono com a presença do outro.

A Auxiliar de Enfermagem Vera prossegue: “tem Paciente que mora sozinho, sem família presente, ou sem tanto contato, preconceito da doença, deixa de lado, mora sozinho, interna e conta muito com a enfermagem, principalmente isolamento respiratório, principalmente sem televisão, eles se deprimem muito. É um Paciente que já chega sozinho. Tem que conversar muito com esse tipo de paciente”.

A internação, em geral, é culturalmente associada à gravidade do estado de saúde e à proximidade com a morte. A ruptura do Paciente com seu cotidiano pode intensificar o processo de adoecer ou de curar. A Esposa Cátia expõe sua dificuldade

em falar para a sogra e para os filhos sobre a internação do marido: “difícil de falar que o pai está internado, falo que ele está descansando. A mãe dele é senhora de idade e pode levar um susto, é duro ele estar bem e, de repente, fica internado. Ela pode pensar se ele está internado é porque está mal”.

O Paciente se preocupa com o estado de sua saúde e com a qualidade do atendimento recebido pelas pessoas que trabalham no hospital. Por exemplo, quando o Paciente Paulo fala: “quando entra, não sabe quando vai sair, e o que tem”. As tensões para o Paciente não se iniciam no momento de sua internação, mas na recepção do Hospital em que acompanham as possibilidades de separação de seus vínculos afetivos. Ele espera ansiosamente a alta hospitalar, desde seu primeiro dia de internado.

As responsabilidades pelo tratamento do Paciente internado são compartilhadas com a Equipe de Saúde. A sua vida é confiada a estranhos. Perde privacidade e liberdade, e impõe-se adaptação rápida a um ambiente diferente do convívio do lar. Traz uma vivência nova e estranha, complexa e frágil. Muitos fatores contribuem para o aparecimento de desgostos e descontentamento, ocasionando sofrimento, sensação de abandono, medo do desconhecido, o que provoca fantasias e temores.

O homem tem o desejo onipresente de ser imortal, e a separação para ele é vivida como a presença da morte na vida. Maria Júlia Kovács (1996:12) diz que “são comumente associados a morte: a dor, ruptura, interrupção, desconhecido, tristeza... exemplos mais claros e evidentes: separações, doenças, situações-limite com muita dor e sofrimento”.

Ana Pitta (1991:50) cita Ariés (1988): “não admira sua insegurança agravada pelo processo forçado de ‘infantilização’ e indução à culpa. Só um sentimento mais forte é responsável por esse grau de submissão: o medo da morte”. O hospital é um lugar onde as pessoas se tratam e curam; onde se nasce e se morre e onde, paradoxalmente, a morte é negada, como a sexualidade. São tão meticulosas as

práticas médicas hospitalares, tão poderosos e fortes esses mitos, que a submissão do doente é total. “O processo de submissão do doente do hospital é mais amplo, mais profundo e sem escolha... Ao contrário do paciente de consultório que mantém seu direito de opção em aceitar ou não o tratamento e desobedecer ‘a prescrição, o doente acamado perde tudo. Sua vontade é aplastada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito, seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito.” (Pitta, 1991: 50).

Na internação, o Paciente recebe atendimento de uma Equipe de Profissionais, cada um encarregado de uma tarefa específica. Trata-se de uma avalanche de novas experiências, inesperadas e despersonalizadas, que criam um ambiente de angústia e inquietude no paciente. Não sabe o que lhe será pedido ou feito. Nenhum paciente entra no hospital sem temer o seu futuro.

Exemplifica a Assistente Social Ângela: “falam de, sobre você. E não falam para você, feitos em todas as clínicas. Chega [o paciente] cheio de gente. Bombardeado de perguntas, apalpado, fui um objeto de pesquisa e conversa. Se pergunta sobre, é paciente rebelde. Como regra, a exceção é quando o médico fala. Principalmente na cirurgia. Paciente fica desesperado. Paciente fica ouvindo tudo e não falam nada para ele”. Tais práticas hospitalares poderiam ser feitas de uma outra forma?

Muitas vezes as preocupações dos profissionais não correspondem às tensões dos Pacientes internados, nem de seus familiares. O Profissional de Saúde deve esforçar-se para entender a doença ou deve esforçar-se para compreender o doente de que cuida?

Para Pinkus (1988:61), “a primeira consulta caracteriza e orienta todo o relacionamento entre o usuário e os profissionais da saúde, graças a dois fatores: *antes de mais nada como ele se sente acolhido e a anamnese...* Uma anamnese que queira valorizar plenamente a potencialidade do encontro clínico prevê a possibilidade de um razoável espaço de tempo e a liberdade de expressão do cliente e inserir os



sintomas encontrados em um contexto concreto, referindo-os a uma personalidade. Permite traçar reações dele perante a doença, utilizar aspectos construtivos e compreender e intervir nos aspectos negativos”. Essa tensão causada pelos temores que o Paciente imagina que pode ou não passar poderia ser amenizada com um bom acolhimento na própria recepção, além de permitir uma melhor compreensão do doente e da doença. Enfatizaremos mais adiante a importância do acolhimento em todo percurso pela instituição hospitalar por todos que dela se utilizam.

Na opinião de Winnicott (1996: 92), “o médico pode aprender muito com aqueles que se especializam no ‘cuidar-curar’, mais do que no curar erradicando agentes do mal”. Como um fator de cura do enfermo, além do tratamento médico,

Como solicitar a colaboração do paciente sem na verdade exigir muitas vezes a mera execução de suas indicações e recomendações? A ruptura do indivíduo com sua história é acompanhada de rotinas que muitas vezes são alteradas sem serem desejadas nem planejadas. E como mesmo assim apresentar continuidades?

A pessoa, ao adoecer e ao se internar, perde a privacidade do lar ou do ambiente onde vive, sofre uma redução do próprio espaço e abdica de sua autonomia. O espaço de vida é modificado e o sujeito necessita criar novos espaços e pontes; assim modificam-se horizontes. As referências do hospital são outras. Tudo é estranho e o paciente sente-se estrangeiro dentro do seu próprio país, o que é uma situação de profunda lástima. Maria do Carmo Prado (1991:81) afirma: “os mistérios universais relacionados ao nascimento, sexo e morte sempre foram cercados de tabus e mitos sociais, os sentimentos desconhecidos ligados a eles mantendo-se secretos e poderosos através do desenvolvimento da humanidade”.

Internado, o paciente experimenta o sentimento de medo, de isolamento, de dependência, de sofrimento, o que o pode tornar um ser diferente e exigente. Ele se vê separado de tudo o que constitui sua vida habitual, de seus laços afetivos. O paciente sente-se e torna-se dependente de todos. Dependente do médico, cuja “ciência” o

poderá salvar e que, por isto mesmo, o deseja todo tempo perto de si. Dependente da equipe de cuidados para sua alimentação, medicação e higiene. Dependente da família e dos amigos, que o vêm visitar.

Na internação, percebe-se a perda da autonomia na diferença de lavar-se e não tomar banho, de alimentar-se e não comer, de esperar o médico na cama e não ir às consultas, de tomar os remédios dados pela enfermagem e não pegá-los na farmácia. No ambulatório, o paciente conduz o tratamento; na internação, as rotinas acabam sendo pré-determinadas pela instituição, proporcionando ao paciente uma relação mais dependente, com menos autonomia, mais regredida e infantilizada.

Devido à ameaça que o indivíduo sente pela quebra da rotina, “observam-se regressões emocionais, negação da realidade ou apego afetivo a funcionários do hospital, ou mesmo uma dependência do pessoal”, segundo Therezinha Campos (1995:64). Surge o medo da incapacidade ou morte, como a ameaça à sua integridade física. Ele toma contato com sua limitação, com sua dependência e sua impotência, o que muitas vezes o leva a crescer emocionalmente, encarando a doença como uma tentativa de reequilíbrio”.

O próprio processo de internação hospitalar reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas, pijama típico do hospital, decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente. Apesar de tais disposições serem necessárias para o funcionamento da instituição, como amenizar tal impacto da internação?

A permanência no hospital constitui uma experiência especial do enfermo que apresenta algumas características e efeitos psicológicos específicos. A despersonalização é uma freqüente característica encontrada nos doentes depois de um certo tempo de permanência no hospital, visto a perda mais ou menos temporária da própria identidade. Clare Winnicott (1994:203) “vários significados são dados à palavra “despersonalização”, mas, de modo geral, eles envolvem a perda de contato da criança ou do paciente com o corpo e com o funcionamento corporal, implicando isto a

existência de algum outro aspecto da personalidade”. A despersonalização perpassa pela comida quando, por exemplo, o Paciente Paulo fala sobre a comida do Hospital: “nada tem gosto de nada”. Quanto mais a instituição hospitalar puder favorecer a personalização, melhor estará contribuindo na manutenção da identidade do Paciente. Por exemplo, a utilização de crachás pelos Pacientes ajuda a identificá-los pelo nome e evita trocas, como cita um Paciente: “eu me chamo Sérgio, e tem outro Sergio também internado, já estavam me dando o remédio que era pra ele tomar, sorte que eu estou sempre atento”. Enfim, a imediata identificação dos Pacientes facilitaria o trabalho dos Profissionais de Saúde, como por exemplo o uso de crachás com o nome de cada paciente.

A estrutura hospitalar apresenta uma ambigüidade paradoxal. “Oficialmente o hospital é organizado e até existe em função do enfermo, mas muitas de suas dimensões - horário de seus ambulatórios, visitas e refeições - são organizados claramente de acordo com as exigências do pessoal e do conjunto da estrutura hospitalar, muito mais do que as do doente”, conforme Pinkus (1988:123).

Constatamos que a internação de um paciente sempre é feita de acordo com uma rotina pré-estabelecida e padronizada que visa, quase que exclusivamente, ‘a eficiência da atividade do pessoal hospitalar. Tudo que pode entrar a execução da rotina hospitalar é evitado. Goffman (1961: 16) justifica dizendo que “toda instituição tem tendências de ‘fechamento’ ”. Do paciente, espera-se ele despir e permitir que o examinem. Se ele não falar, não reagir e não perguntar, estará colaborando para eficiência do pessoal de internação, e claro, com a manutenção da rotina pacificamente. Será que pode ser melhor de outra forma?

Em sua experiência profissional, a Enfermeira Luisa fala de como ela lida com determinadas situações: “recentemente, com criança terminal, não tava mal, mas poderia poder morrer a qualquer momento, queria e teve bichinho na parede, lençol vermelho, tive atrito com nutricionista, criança com hábito de café com leite, 10 horas comia miojo, o que mais gostava de comer, às 11:30 não almoçava, só comia por volta

das 13:30 h. A nutricionista dizia que não estava sendo alimentada, não aproveitava o almoço da forma que podia aproveitar... Não se pode cortar as poucas exceções. Normas existem para serem cumpridas. Quando lida com gente é diferente. Toda regra tem exceção”.

A internação retira o doente de seus hábitos e deixa de lado suas características pessoais, confere-lhe um papel definido. Os sentimentos do paciente geralmente são esquecidos; como sua angústia e sua interrogação diante do seu caso. Espera-se apenas que ele não prejudique a rotina de serviços e que se comporte passivamente, sem nada questionar. O paciente chega até a se admirar se alguém se interessa por saber sua opinião sobre a maneira pela qual foi recebido e atendido. O Paciente José comenta: “Eu estou me sentindo um governador dando entrevista para uma jornalista!”.

O psicanalista René Kaës (1991: 16) coloca: “para tentar analisar o seu funcionamento grupal e institucional, o trabalho deve ser efetuado a partir daquilo que foi dito por cada um deles”. Tal posição é confirmada pelo Paciente Paulo: “pesquisa vai ser pesquisa quando cada pessoa dá um pontinho pode chegar a um senso comum”. A construção é feita por todos os sujeitos que dela se utilizam. Pensando assim, consideramos importante contemplar nesta Pesquisa os Pacientes, os Familiares e os Profissionais de Saúde.

Ao chegar à recepção, o paciente traz consigo uma carga emocional muito grande. Além de preocupado com a doença, começa a se preocupar também com o mundo estranho em que será logo introduzido. A primeira impressão que o paciente recebe do hospital permanece gravada e tem grande influência do ponto de vista psicológico. A diferença entre o mundo familiar do paciente e o hospital o preocupa ainda mais do que a própria hospitalização. Percebemos que os entrevistados tendem a comparar o Hospital e a sua Casa em suas falas como comenta o Paciente Paulo: “pior é quando chega, quando procura suas paredes, sua casa...Saudade de casa. Apego às coisas. O banho... Casa é templo. Sem máscaras sociais. Para mim, tem que ser limpa, limpa, limpa... Casa é um reino, tudo é feito da maneira que eu quero.

Quando interno, procuro a minha casa. Primeira noite, eu estranho porque eu não encontro as paredes da minha casa. A minha casa é uma casa cheirosa, cuidado. Cheiro peculiar no hospital... Casa é casa, hospital é hospital!" A Esposa Cátia diz como ela vê o Hospital: "pra mim, o hospital é um lugar de repouso, não é um lugar de descanso. O melhor lugar para descansar é a casa da gente, e para repousar é o hospital por isso que a amizade é importante. Repousar é uma necessidade que todos nós temos quando passamos por essa situação. É difícil explicar".

Ao trazermos semelhanças de Casa para o Hospital, reduzimos essas diferenças e proporcionamos um clima mais familiar, não tão estranho. Por exemplo, a colocação de uma mesa para refeição dentro da área de internação proporciona uma 'ambiente familiar', pois o Paciente passaria a ter outra opção para fazer suas refeições, considerando que, no mesmo quarto, pode haver um outro paciente em estado bem mais debilitado, com vômitos e diarreia, o que o dificultaria alimentar-se, ao assistir tal situação, principalmente neste momento. Sem deixar de mencionar o quanto a mesa poderia favorecer um maior convívio entre os Pacientes. Outras mudanças como a colocação de espelhos, suportes para toalha e roupa e uma simples tranca nos banheiros. Segundo o relato de uma certa Paciente internada queixava-se de prisão de ventre e a nutricionista já lhe dera alimentos laxativos, contudo não surgira efeito, até que a Paciente esclarece: "não consigo ir no banheiro aqui no Hospital, a porta não tem trinco, e quando sento no vaso tenho que ficar com a perna esticada pro pé ficar segurando a porta pra ninguém entrar". Nos corredores, seria bastante interessante a colocação de um calendário, já que é freqüente a perda das referências externas ao mundo da internação. Um quadro de mural para os pacientes colaboraria para eles receberem ou deixarem avisos, mensagens, palavras de conforto para os que estão e para os que chegam. No corredor ainda, um armário com chave para os Pacientes colocarem seus pertences durante a sua estada, lhe proporcionaria segurança, uma vez que não perderia tudo o que lhe pertence, e, assim, ele obedeceria 'a recomendação de não deixar nada de valor com ele. A colocação de uma persiana na porta do quarto do Paciente como quebra-luz, ajuda-o a repousar melhor, visto que a

luz acesa no corredor durante todo o dia e a noite o incomoda de descansar. Enfim, são medidas que amenizam esse período de internação para o Paciente.

Procedida a internação, a atenção do paciente se volta para a sua doença: natureza, gravidade, tratamento e duração. A resposta só o médico lhe poderá dar, e, por isso, sua visita é aguardada com ansiedade. O Paciente imagina, prevê as perguntas que o médico fará, treina as respostas, comenta as impressões, etc. Para ele, o médico é o personagem mais importante na vida do doente, e sua visita é o ponto culminante do dia e a personificação da missão do hospital. Muitas vezes o Paciente não sai do quarto até o médico fazer a visita. Já que foi o médico colocou ali, só ele o tira. O que é dito pelo médico tem força de magia e ele é visto numa dimensão sobre-humana pela pessoa enferma. Kaës (1991: 04) cita “ as instituições se dessacralizam e se sacralizam continuamente”. A Auxiliar de Enfermagem exemplifica: “o médico suspendeu o soro que vinha medicação junto, que passou via oral. Uma vez ao dia tinha que dar uma medicação injetável, só que o médico não falou que tinha essa medicação injetável. Quando foi para fazer medicação, o paciente falou que não tinha, aos gritos, vai lá ver! Respondi que não ia, porque tinha certeza, porque verifico tudo com cuidado antes. Essa medicação tem correr, ao menos que recuse, e foi tranqüilizando. No dia seguinte, ele deve ter conversado com o médico”.

As menores informações amenizam idealizações feitas nessas relações tanto no Profissional com seu forte sentimento de poder quanto o Paciente em sua submissão. Maria do Carmo Prado (1991:84) cita Pinkus e Dare que afirmam que segredos e mitos se fundamentam sempre no poder e na dependência, no amor e no ódio, no desejo de tomar conta e no desejo de ferir, emoções que estão inevitavelmente ligadas ao sexo, nascimento e morte.

Ao mesmo tempo que o paciente abdica de sua independência, e fica infantilizado pelo próprio tratamento da internação, ele desenvolve também sua sensibilidade, levando-o a interpretações sutis das palavras, olhares e gestos do médico e toda a equipe de saúde. Relata o Médico João: “pessoa ali superligada em

tudo, assimilando tudo que está acontecendo”. Kaës (1991:10) coloca: “...as *formações psíquicas originais* são produzidas e mantidas pela vida institucional visando seus próprios fins: isso significa que se trata de formações que correspondem à dupla necessidade da instituição e dos sujeitos que delas são partes integrante e beneficiária”.

“O desencadeamento de uma enfermidade física representa uma perda de controle sobre o próprio corpo e, com freqüência, uma perda de controle sobre o próprio mundo” (Kaplan & Sadock, 1996:382). A pessoa enferma vivencia o senso de vulnerabilidade e a perda de auto-estima. As coisas que parecem simples e banais revestem-se, para o paciente, de um caráter de gravidade antes não imaginada. Qualquer sinal de impaciência da parte do pessoal pode revestir-se de enorme importância, bem como um gesto de delicadeza pode modificar o caráter impessoal e burocrático do processo de internação.

A mitologia se faz necessária para amenizar o relacionamento. Maria do Carmo Prado (1991:83) esclarece: “mito significa um segredo ou crença inconsciente, ou mesmo uma atitude que tende a perpetuar-se na determinação das respostas e condutas...”

Para Kaës (1991:25), “o mito narra a origem, fornece uma matriz identificadora, e um código, por mais precário que seja, para enfrentar a relação de desconhecido. Ele permite curar - e começar a pensar – o horror primordial e o caos de que a instituição – desde que seja a nossa – nos protege. O mito traz vestígios das cicatrizes e predispõe a memória da posteridade. A função mitopoética está assim continuamente ordenada para a manutenção do contrato narcísico ou para a sua inauguração numa nova linhagem”.

Na opinião da Paciente Maria: “hospital é coisa muito ruim. Você chega com uma coisa que cuida rapidamente, e outro chega mal e fico nervosa, medo de também ficar igual. Medo de acontecer alguma coisa. A gente pensa o pior, o pior é ficar igual

aquela pessoa”. Observamos a tensão que ela vive na internação. Fragilidade pelo que passa e pelo que vê com outras pessoas em situações graves. Não tem como no Hospital não comover-se, e ser convocado para a cena, seja paciente, familiar ou profissional de saúde. A identificação com o outro é intensa, densa e extrema, posso melhorar ou piorar conjuntamente com o outro. Kaufmann (1996) utiliza o conceito freudiano de identificação que é “a capacidade de ocupar lugares e posições psíquicas diferentes... e é conhecida da psicanálise como a mais precoce manifestação de uma ligação de sentimentos com uma outra pessoa”.

Segundo Judith Viorst (1988:55), “fazemos a identificação por motivos diferentes e variados, e geralmente por muitos de uma só vez. E, geralmente, nos identificamos para enfrentar a perda, preservando dentro de nós alguém que precisamos abandonar ou que morreu.... A identificação pode servir simultaneamente como um meio de se prender e se libertar”. Um momento de identificação entre os Pacientes é citado pela Esposa Ana: “o que faz [o marido] piorar, percebo no olhar dele. Quando chega alguém pior que o estado dele, ele não agüenta de tanta mágoa, fica muito triste. E a tristeza dele é tanta que ele diz que deseja tudo pro inimigo, menos isso, nem a doença, nem a morte”. Mesmo em constantes situações que facilitam as identificações entre os membros da instituição, faz-se necessário a incessante lembrança da singularidade do sujeito.

A instituição hospitalar tem seus paradoxos com descuidos e proteção, contágios e contaminações, tensões e intenções, tecnologias e seres humanos, tristezas e alegrias, perdas e ganhos, vida e morte, rupturas e continuidades... Exemplificamos alguns paradoxos na instituição hospitalar nas falas dos entrevistados. O Paciente Paulo coloca sobre Hospital: “não é a melhor coisa que pode me acontecer, mas é a melhor forma das pessoas se cuidarem”. Quando a Esposa Cátia relata: “a internação por um lado é bom, por outro é ruim. Ruim é que você está doente; bom é poder se curar e ficar bom e voltar a vida normalmente”. A Auxiliar de Enfermagem Vera depõe: “se pudesse evitar tanta coisa, a gente não faria. Medo de agulha, medo de ser pulsionado na veia, tanta coisa que por ter medo...” Percebemos que por trás dessa



invasão de privacidade, desse descuido, há também o cuidado, a proteção, considerando que, mesmo com essa ruptura do Paciente com seu cotidiano, ele apresenta melhoras.

“O ambiente hospitalar por si mesmo cria no indivíduo uma sensação de angústia e de prisão... e do qual quer ver-se livre o mais depressa possível”, para Mezomo (1979: 116). Exemplifica a Auxiliar de Enfermagem Vera: “não agüento[o paciente] ficar mais aqui. Estava mal humorado, direito dele. Quando saiu e pôde circular, mudou, ficou mais extrovertido, outra pessoa”. Um Pai relata sobre seu filho recém-nascido, quando internado: “Só soltaram ele uma semana depois”.

A Esposa Cátia desabafa: “esse momento para mim está sendo péssimo. Momento de tensão e sofrimento. Momento que eu acho que ninguém gostaria de estar passando. As pessoas ficam tensas parece que o dia não passa, que a hora pára, fica tudo tenso. Quando olha para o relógio e pensa que a hora não passa. É difícil falar sobre isso”. Para Oliveira (1998:87), “a cama do doente, por excelência, é a do hospital, local onde, no imaginário se fica ‘preso a uma cama’, passivo, em tratamento, até que a doença seja vencida. Muitos informantes relatam, inclusive, que só se sentiam doentes quando hospitalizados”.

O Hospital pode ser considerado como “instituição total”, Goffman (1961: 11) a define como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.” A Auxiliar de Enfermagem comenta: “tem casa da gente, tem casa de detenção e tem aqui casa de tratamento físico. Tem pontos comuns e diferentes. Comuns são os cuidados que tem que ser mesmo (enfermagem), tratamento deveria ser o mesmo, mas não é. Deveria ser, clínica particular, eu estou pagando, exige o melhor, bom médico, boa equipe de enfermagem, ninguém gosta de hospital, maioria, dizem que é deprimente”. Uma Paciente internada comentou certa vez: “aqui a senhora sabe, eu tenho muito mais conforto que na minha casa, eu moro num barraco, mas mesmo assim estou com

saudade da minha casa”.

Vale a pena lembrarmos do ponto de partida de Freud, o princípio do prazer, Kaufmann (1996:423) cita: “se a atividade psíquica consiste antes de mais nada em evitar o desprazer e em buscar o prazer, é que ela visa por um lado a fugir da dor ou do terror e a descarregar a excitação, e, por outro, a repetir a experiência de satisfação primária e a suprimir assim a tensão pulsional”. Quando saímos em algumas situações com os Pacientes da Enfermaria, esse mesmo sentimento de liberdade vivido na alta hospitalar transparece. Enfim, como os Profissionais de Saúde podem favorecer situações de maior autonomia e liberdade ao paciente mesmo durante a sua internação?

Mesmo entre as instituições totais, há características que se assemelham, e se diferem, elas têm suas repressões e seus zelos. O Hospital é um lugar que aprisiona e recria laços. É um espaço de rupturas e continuidades. Percebemos nas revelações abaixo dos pacientes o quanto a internação hospitalar assemelha-se à prisão: “no Hospital S., não tem TV, tem visita duas vezes por semana. Parece que está preso. Rígido demais. Não entra nenhum biscoito. Arrumam as camas, os quartos, quando é dia de visita... Fiquei amigo do guarda... Coisas como sabonete, pasta de dente, chinelo, toalha a gente traz, o resto o próprio hospital se encarrega. Acho certo!”. “Peço em casa e eles trazem, quando chega na portaria não passa”. “Visita sai, segurança revista tudo no quarto por causa de drogas. Gente é o que mais tem, uns que arrumam outros que estragam”. “Quando tem alta, troca de roupa, e entrega de volta as duas peças”. “No Hospital Y. revistam as visitas antes de entrar. Tem muita gente que teima e leva comida”. “Tem hospital que não pode entrar biscoito. Na prisão entra arma, maconha”. Por outro lado temos outros exemplos: “aqui a gente se sente como se estivesse em casa. Liberdade para andar. Outros lugares a gente fica preso, trancado dia e noite”.

O momento da alta é considerado pela maioria dos entrevistados como melhor momento da internação. Quando ele está de alta, cedo já troca sua roupa aguardando

ansiosamente sua oficial saída. A retirada do uniforme é algo bastante significativo, pois sinaliza para todos, com sua roupa de “civil”, que está de saída, está livre. O Médico João concorda quando coloca que o melhor momento da internação é o da alta e acrescenta: “quando você diz para o paciente, ele fica feliz, até porque ele já está melhor, via de regra, aliviado do sintoma”.

A Paciente Maria fala que o melhor momento é o da alta. E o pior é quando depende, quando não está podendo fazer nada. A alta representa a saída daquela situação, da anomia, o resgate da sua autonomia, o afastamento da degradação, e a mudança para um outro lugar talvez mais desejado – ‘vivo-vivo’ e não mais um ‘morto-vivo’. O pior é depender, é lidar com os limites do corpo, é sentir-se paralisado, é ser nomeado um ‘morto-vivo’.

Os espaços no Hospital são marcados por suas ações e mapeados pelos desejos dos sujeitos que ocupam a instituição, seus beneficiários e integrantes. Por exemplo, para a Paciente Ana, o CTI é um lugar que quem vai pra lá não volta. Outro exemplo da delimitação dos espaços é percebido quando um certo paciente diz que vai mudar de quarto porque está melhor e chegou um paciente pior que ele e vai precisar ficar ali. Esse quarto onde estava tinha banheiro e ficava no final do corredor, e é geralmente ocupado por pacientes que estão, em quadros clínicos mais graves e em isolamento de contato ou respiratório. Num determinado hospital, há varanda em volta de toda a área de internação, esse espaço permite que os pacientes tomem banho de sol, caminhem, vejam outras pessoas, recebam visitas fora do horário estabelecido nas rotinas, enfim, esse espaço, se pudermos designá-lo ‘trans-hospitalar’, foi chamado por alguns pacientes internados de ‘rua’. Ouvia-se de Paciente na área de internação “vamos lá pra ‘rua’, colega”. A varanda foi por eles demarcada como um lugar livre, de quebras de instituídos. A instituição funciona a partir dessa sobredeterminação, plurifuncionalidade, diversidade de cenas psíquicas. Kaës (1999:13) expõe que a “a instituição é um polítopo, uma multiplicação de espaços heterogêneos mantidos juntos de maneira muitas vezes inextricável”.

Conforme Goffman, apesar de as instituições totais tenderem a fazer que as pessoas tenham seu 'tempo morto', tempo perdido, percebemos que na instituição hospitalar os sujeitos se inventam a todo instante e fazem que esse tempo de internação também possa ser de vida, de inventividade. Modificam-se referenciais, espaços, desejos.

A situação de internação remete a outras separações e perdas já vividas. Observa-se isso, quando Paciente Maria coloca: “estou internada a um mês e quatro dias, vou ter alta amanhã ...Meu filho ficou internado dois meses e vinte dias, quando tinha cinco meses, por causa de infecção intestinal”. Remete que também ficara internada para acompanhá-lo, e ele é portador da mesma doença. Assim como na internação do filho, que quase perdeu, nesta ela receia perder a própria vida. O Paciente geralmente manifesta sentimento de culpa e de raiva por estar nesta situação de internação e ao mesmo tempo como punição por estar longe da Família. Médico João comenta: “odiava a comida do hospital, sem sal [para o paciente] ajusta melhor que com ele em casa, compensá-lo na bagunça dele”.

A internação modifica o referencial interno e externo, principalmente, quando se trata de maior permanência no Hospital. A Paciente Maria diz que sua vida está corrida, estressante, e acorda agitada. Ela ou o hospital?

Freqüentemente, os pacientes sabem exatamente quantos dias estão internados, entretanto, confundem o dia da semana, do mês. Existem casos em que os Pacientes internam já sabendo quantos dias vão ficar. É marcado o dia de sua entrada e o dia de sua saída, porém um dos problemas da internação é o seu percurso. São pontuados discursos que têm essa preocupação como do Paciente José: “fui internado para operar ou drenar o testículo esquerdo. Agora acharam um pequeno problema, cansaço, passaram nebulização e remédio que não posso comprar lá fora”. O Médico João diz: “funciona bem é o desfecho final, internou com insuficiência cardíaca e sai compensado. Internou e teve um desfecho final bom. O caminho que é o problema, que pode ter sido um caminho tranqüilo ou superalterado. Internado com permanência,

grave, o caminho que é problema, complicações. O que ainda é bom são os resultados, intermediados por ações do hospital que podem ser minimizadas. Sabe que podem acontecer e se esforçar para que essas complicações sejam infreqüentes. [O paciente teve sua] barriga aberta e não levou o gânglio para biopsia, com gânglios na barriga, alguém errou no caminho... O meio do caminho é da maior responsabilidade. Quem tá evoluindo no processo é quem se responsabiliza”. O percurso é caracterizado pela transmissão da informação, a comunicação, que passa pelo envolvimento de todos com cada paciente.

O Hospital é colocado pelo Paciente Paulo, como um lugar de importância de direito, e não de fato, e são as próprias pessoas que vão poder modificar essa visão construída pela sociedade, quando ele relata: “hospital varia de acordo com cada hospital, bom, ruim excelente. Hospital principalmente o público é um bem para a humanidade. Forma alternativa de se cuidar. Principalmente o público porque, se não, morreriam. Doenças matam e não percebem. Hospital é base na sociedade. Sociedade precisa de hospitais para atender toda a comunidade. Teria que ter em todo lugar”.

Em casa, o paciente faz a hora, no hospital espera acontecer. Nas instituições a hora é feita pelas rotinas, porém, mesmo com as tensões que o sujeito vivencia, ele se modifica e modifica a instituição. Kaës (1991:13-14) “...a instituição é atravessada por ordens diferentes às quais correspondem lógicas diferentes: sociais, políticas, psíquicas... *Formações e espaços psíquicos comuns* fomentados, produzidos e gerenciados pela instituição, a partir das contribuições e dos investimentos que ela exige dos seus sujeitos. Por outro lado, os interesses e os benefícios que aí se encontram, o prazer e o sofrimento que aí experimentam deverão ser igualmente avaliados”. Assim, como as rotinas são necessárias para o funcionamento da instituição, as exceções são essenciais, quando lidamos com seres humanos, pois possibilitam a individualidade e liberdade do sujeito.

### **3 – ESTIGMATIZAÇÃO: UM PEDAÇO DE MIM MORRE**

Toda doença é uma marca deixada no nome, no corpo, na vida, na morte. O diagnóstico nomeia um mal e faz do paciente um ‘morto vivo’, que o matou provisoriamente com o estigma da doença, deixando seus vestígios, além de definir o risco que corre a sua vida. “As doenças e suas seqüelas podem trazer profundas modificações na vida das pessoas, experienciadas como mortes”, segundo Maria Júlia Kovács (1996:19). Durante a entrevista com a Mãe Glória, o filho faz o seguinte comentário: “quando se descobre que está doente, perde-se cinquenta por cento da vida”.

Em “Un diván para Antígona, Agustín Aparício, Nestor Braunstein Y Frida Saal (1991:188) afirmam “Freud escreve: a idéia de serem enterrados vivos em estado de catalepsia... se apóia na fantasia de viver no ventre materno”. Também para o Médico Pedro, “maior baque mesmo é no diagnóstico. Alguns sentem perdidos pelos sintomas. Outros vêm arrasados porque acham que não vão sair dessa”. Conforme Maria Júlia Kovács (1996:17), “o fato de estas [o câncer, a aids e os problemas cardíacos] doenças carregarem um fardo tão pesado... psicologicamente carregam a ferida, as marcas, as memórias da doença. Qualquer dor, verruga ou mancha representam o fantasma da recidiva”.

Para a Assistente Social Ângela o pior momento da internação é “quando o doente descobre o diagnóstico, e o médico não dá a mesma atenção quando não tem mais jeito. Quando a doença crônica, o médico vira para o paciente e diz que o senhor não pode mais tratar aqui... Dá o diagnóstico, trata, cura e vai embora, ou dá o diagnóstico, trata e não cura e vai embora”. O Paciente sente-se ‘morto-vivo’, ao ser-lhe dado o nome da doença, como se ele fosse, a partir daquele momento, aquele nome, e não mais ele. E esse sentimento se intensifica com o completo abandono por aquele a quem o papel caberia cuidar dele. O amparo se faz essencial em tais situações para a própria sobrevivência desse sujeito.

Um certo paciente, no atendimento em grupo, relata que o médico tinha ficado em dúvida se o que o paciente tinha era tuberculose ou PCM [ *Paracoccidioidomicose*, doença causada por um fungo que vive no solo das plantações. É uma doença não contagiosa]. Perguntei-lhe o que preferia, e respondeu-me que era melhor estar com PCM do que com tuberculose, embora o tratamento de tuberculose leve 6 meses, e o da PCM, por volta de 2 anos. O *tempo* imaginário relativo ao estigma social da doença supera o tempo cronológico de tratamento. Agustín Aparício (1991:173) assinala que: “o real, a carne, se reintegra nos ciclos naturais da decomposição e recomposição e o símbolo, o nome, é preservado pelo túmulo, rastro de sua passagem pela terra”.

Ao questionar à Paciente Maria sobre qual era o motivo de sua internação, antes de começar a responder, prontamente pegou dentro de uma gaveta na mesa que fica na cabeceira de sua cama uma caixa de cotonete, e leu o nome: *Guillain-Barré* [*Guillain-Barré* = é uma doença neurológica poliradicular aguda ou subaguda que algumas vezes ocorre após doenças infecciosas, inoculação ou procedimento cirúrgico]. A doença, nesse momento é colocada como uma coisa fora do paciente. O diagnóstico nomeia esse mal que está em seu corpo, como se fizesse parte de sua identidade. Sendo o interno encurralado, e o externo justaposto e imposto no momento do diagnóstico. Kovács (1996:18) assevera que “doenças impedem a continuação da atividade profissional ou doméstica. Estes impedimentos são em determinados momentos vividos como mortes... (Vash,1988) [Vash, C. (1988) – Enfrentando a deficiência. São Paulo, Pioneira]”.

Além de a doença modificar o corpo do sujeito, a internação, por sua característica da uniformidade e exclusão da singularidade, faz que o sujeito entre de uma forma e o Paciente saia com outra imagem. O Paciente José expõe: “quando internei era travesti, com silicone nos seios, nos quadris, sobrancelhas finas feitas. Por isso eles me pediram. Eu tenho para mim que não foi nessa vida. ‘Vida à toa’. Sempre usei preservativo. Com o tiro perdi muito sangue. Fui transfundido. Fiquei em coma”. Maria Júlia Kovács (1996:18) refere que: “a hospitalização também pode ser sentida como uma morte, envolvendo o afastamento de casa, da família, dos amigos. A invasão da

privacidade, a solidão no meio de estranhos...” Agustín Aparício (1991:188) registra que: “somos arrastados a um sítio donde nosso desejo se reduz a nada, nossa identidade se dissolve, a verdade resplandece, o terror e a piedade nos paralisam”.

Nos relatos de Pacientes percebemos indícios de que eles se colocam como se tivessem um mal dentro deles, e que por isso pudessem contaminar os outros. Maria Júlia Kovács (1996:18) pondera que “o medo do sofrimento, da dor e da degeneração podem fazer com que o indivíduo se sinta morto ou prefira morrer a viver uma quase vida...” A pessoa solicita que alguém o ajude, dizendo-lhe que não está de todo ruim. Citamos, entre outros exemplos, a de um Paciente internado, que expressou sentimento de isolamento e de angústia: “agora sei o que tenho, gastei muito dinheiro, o que tinha e até o que não tinha para ver se melhorava... Não queria prejudicar a família... Nem abraçava meu filho [emocionado]... Separei tudo, roupa, prato, talher, copo...” Goffman (1988:14) diz que “o termo estigma e seus sinônimos ocultam sua dupla perspectiva... desacreditado e desacreditável”. Joël Dor (1991:101) afirma que “nomear é de início alguma coisa que tem a ver com a leitura do traço um quer dizer alguma coisa que designa a diferença absoluta” [J. Lacan. “Seminário de 10 de janeiro 1962 in *Encore*, livro XX – Paris, Seuil, 1975].

Um certo Paciente internado comenta: “fiquei (duas semanas sem saber que poderia ser, só ficava no quarto) dormindo”. Enquanto não há essa nomeação, a vida do paciente fica suspensa permanece o silêncio no corpo adoecido, ilimitado pelo imaginário do paciente. A linguagem permite o sujeito se ligar mais a uma certeza e não a uma questão. Em Agustín Aparício, (1991:173) encontra-se: “o túmulo é senão a identidade lingüística de alguém que é individualizado, reconhecido em respeito a sua diferença do conjunto dos integrantes do grupo... Um corpo trabalhado pela cultura”. Sem a nomeação, é como se também não existissem esses rastros deixados em vida, como uma não-existência, um indigente.



Ao mesmo tempo em que o Paciente busca nomear esse mal, ele também é acompanhado pelos temores que muito o angustiam. Essa angústia é vivenciada não só quando não se sabe o diagnóstico, mas também quando não é bem investigado, bem comunicado, bem convivido, trazendo sérias repercussões físicas, sociais e emocionais na vida do paciente e de sua família.

Citamos o caso de um paciente que relatou ficar quase dois anos tratando de câncer de garganta, fez quimioterapia e radioterapia, sofreu seus efeitos como queda de cabelo, emagreceu, vomitava muito e não conseguia se alimentar. Depois ficou sabendo que não era câncer, mas até hoje sente os efeitos daquele tratamento. A nomeação de um diagnóstico não é nada agradável, ainda mais quando erroneamente. A precisão desse nome ameniza sofrimentos causados por tratamentos incompatíveis. A boa formação e consciência do Profissional de Saúde confiança e competência ao atendimento.

Uma fala freqüente dos pacientes: “a gente não está aqui porque quer, mas porque precisa, por necessidade”. Cada lugar tem sua importância, tem seu valor. Inconscientemente, há uma demanda de cuidado, de acolhimento, de buscar ajuda para poder sustentar seu sofrimento. O outro não poderá absorver sua dor, mas poderá ajudar a sustentá-la através do *holding*, do acolhimento.

Segundo Laplanche (1970), “Freud situa a fuga para a doença do lado do benefício primário... O indivíduo procura evitar uma situação conflitual geradora de tensões, e encontrar, pela formação de sintomas, uma redução delas... A doença se desencadeia e se mantém devido à satisfação que proporciona ao indivíduo... O paciente parece encontrar mais satisfação na manutenção de uma situação transferencial do que na cura”.

Por exemplo, a Mãe Glória, que retrata a melhora do filho principalmente com a internação: “Estou achando que ele está bem, melhor que na casa dele. Aqui tem remédio na hora certa, em casa ele não toma, não tem quem obrigue ele a tomar, fica na rua , fica abatido. Aqui ele está bem mesmo... Tem pessoa que acha que está doente e acha que tem que relaxar, aí é que tem que se cuidar mais ainda... No caso dele, eu achei melhor com a internação. Não é bom, mas se é preciso. Em casa não tem tratamento exato como no hospital. Tem apoio, médico na hora certa, medicação”. Esse apoio demandado inconscientemente pelo Paciente é primário visto o forte sentimento de abandono em sua história de vida. Detalhadamente contado por sua mãe, cujo filho, depois de ela se separar do marido, fora morar com o pai. [ O seu pai vem a falecer poucos meses após saber da doença do filho ]. A nova companheira dele [ do seu pai ] não se conforma com o diagnóstico do enteado. Nesse momento da internação, a presença da mãe ao seu lado, ajuda-o a sustentar essa dor, ao tentar recriar seus laços primários, primeiros.

“Paciente que teve privações na infância ou por nunca ter se desenvolvido com a atenção dos outros, usará a doença como um meio para obter atenção... Quando esses enfermos se sentem mais valorizados e amados, podem tornar-se menos exigentes começando a ser até mesmo estimados...”, segundo Stedeford (1986:95).

Enfermeira Luisa fala de sua experiência: “pessoas não se políam para não serem tão frias, técnicas. Tem paciente que está no leito, seis pessoas chegam e começam falar coisas técnicas e ele não entende nada. Às vezes pessoas pensam que têm coisas mais graves, mais sérias... Teve um paciente, falei: vamos tá na hora do exame (tomografia). Paciente começou a chorar. [Ele falou] Será que eu volto? Que iam cortar, que iam ver por dentro. [Perguntou-lhe] O senhor não sabe o que é?”. Outro exemplo do que o Paciente imagina quando não lhe são esclarecidos suas dúvidas foi o relato de um Paciente internado: “pensei que precisaria amputar o meu pé, de tão ruim que ele estava. O que eu já tinha gasto de dinheiro com remédio que não adiantou em nada... Pedi ao Doutor pra falar pra mim, que eu queria ser o primeiro a saber... Tiraram o açúcar, pensei que fosse diabético. Aí me explicaram que era por causa da

gordura, pra eu emagrecer”. A Enfermeira Luisa também vivenciou situação semelhante fora do Hospital, quando foi dar uma Palestra numa comunidade sobre osteoporose: “no final, uma pessoa disse ‘deixa eu te abraçar, não sabe o peso que tirou da minha consciência. Noites choro desde quando o médico falou que tinha osteoporose’. Pensou que era câncer, ela não perguntou, ficou com vergonha poderia ter achado que era ignorante. [Continua a pessoa] ‘Que alívio pensei que era câncer’. Isso [tal situação] acontece dentro do hospital, até porque quem tá dentro são pessoas lá de fora”. O esclarecimento nomeia as dúvidas e o imaginário, para Freud, citado por Laplanche ( 1970 ), é “a relação fundamentalmente narcísica do indivíduo com o seu ego”.

Percebemos isso também, quando a Paciente Maria fala: “avisam antes sempre a gente”. Avisar antes, o falar, ocupa o lugar do silêncio, nomeia, poupa o corpo de intensificar o processo de adoecer, não precisando adoecer tanto. Falar, avisar simboliza, cria representações para esse imaginário. Percebemos a importância e as repercussões do que é, e do que não é, passado para o Paciente e sua Família, e até entre a própria Equipe de Saúde. Para que o corpo não fique no lugar do silêncio como favorecer falas para esse imaginário? A Auxiliar de Enfermagem Vera comenta: “...eles perguntam e querem saber. Perguntam e como ! ... Até perguntam coisas que deveriam perguntar aos médicos, e quer perguntar pra você... Sobre medicação, a gente nem sabe, são tantas medicações... Passar informação direitinho tanto para a equipe quanto para os pacientes não dá confusão”. A transmissão da informação é necessária para amenizar angústias tanto no Paciente e sua Família, e entre os Profissionais de Saúde.

Comenta o Paciente José, na entrevista: “foi lá [Hospital X.] que descobri que *tive* o vírus. Onde tudo é descartável, descobri a vida dos descartáveis. Não souberam me contar. Não queria comer. Achava que era só comigo”. Fala de sua forte identificação com o mundo dos descartáveis, achando-se sendo um desses, como a morte em vida. Erving Goffman (1988:11) assevera: “os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os

quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor - uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos”. O Paciente José fala de sua estigmatização social quando diz: “quero renovar a minha vida. Essa amiga, meu pai e minha mãe, e os clientes novos, que não sabiam da minha vida de convívio, amizade, não sabiam do meu passado”. Assim percebemos a dificuldade de falar da morte, e das coisas que matam a gente em vida.

Goffman (1988:38) continua “...o indivíduo que se relaciona com um indivíduo estigmatizado através da estrutura social – uma relação que leva a sociedade mais ampla, a considerar ambos, como uma só pessoa”. O Médico João relata as marcas que vivenciou profissionalmente por trabalhar com pacientes de Aids: “naquela época pessoal que trabalhava, médico nem tanto, mas enfermeiro, quando entrava no elevador (1987/1988) tinha um pessoal que saía do elevador... O cara do eletro chegava e falava, o senhor faz e limpa tudo que eu estou esperando. Discriminando. Ascensoristas falavam, faziam comentários, 5<sup>o</sup> andar, andar da AIDS, dos gays...” As marcas deixam seus espaços demarcados nas instituições. Continua o mesmo Médico: “tenho visão de hospital não como um lugar de morte, de fim de linha. Tinha uma visão da minha profissão, lugar onde recupera gente. Em São Paulo, fazia DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias) morava no hospital, no 9<sup>o</sup> andar, na residência. Via as pessoas que atravessavam a rua para não passar em frente do hospital, era freqüente. E um pouco mais pra frente era cemitério e atravessavam para o outro lado também”. A Auxiliar de Enfermagem Vera também fala de sua trajetória profissional pela enfermagem de Aids (DIP): “como eu estava afastada tanto tempo sem ver nada, não escolhi, tinha vaga pra DIP e fiquei... Conversei lá fora, muitas colegas falavam você é maluca”. Goffman (1988:38) afirma que: “todos estão obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual eles se relacionam... Os problemas enfrentados por uma pessoa estigmatizada espalham-se em ondas de intensidade decrescente”.

Na sociedade, encontramos as instituições com suas marcas registradas. A Mãe Glória fala de sua experiência: “o hospital é uma coisa horrorosa, ruim de tudo. Só em falar em hospital sente-se deprimida. Eu estou com ele [o filho] e meu neto no hospital. Deixa todo mundo abalado nos nervos”. A Esposa Cátia também expõe: “difícil de falar [para as crianças] que o pai está internado. Falo que ele está descansando. A mãe dele é senhora de idade e pode levar um susto. É duro ele estar bem e, de repente, fica internado. Ela pode pensar se ele está internado é porque está mal”. As situações são instituídas, deixando suas marcas nas pessoas e nas instituições.

Segundo Erving Goffman (1988:12), “deixamos de considerá-lo [o estranho] criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real”. A Esposa Cátia conta: “hoje ele [o marido] mesmo falou “estou me sentindo péssimo com esse pé. Meu pé está cheirando mal. Eu não vou conseguir nem almoçar assim. A enfermeira falou pra ele que ele estava se sentindo podre, mas que ele não estava podre. Foi aí que ele se sentiu mais aliviado. É simplesmente um machucado, que não só ele estava passando por isso”. O estigmatizado tem a sensação de não saber aquilo que os outros estão “realmente” pensando dele. Em muitos momentos o Paciente precisa que o outro confirme ou não a imagem que ele faz de si mesmo. E isso é necessário nessa situação que o regrida, o infantiliza como também o faz crescer.

Novamente a questão do estigma fica presente quando a Paciente Maria coloca que “tenho amigos, mas só a família que sabe que tenho o vírus”. Percebemos que a pessoa prossegue sua vida com esta marca, algo que tem receio que o outro saiba e a discrimine, bem como a dificuldade dela mesma se aceitar. Ela sente-se insegura em relação à maneira como as outras pessoas a identificarão e a receberão. Para Kovács (1996:18), “...os amigos podem se afastar, porque não sabem o que falar ou fazer, como conviver. Instala-se o ‘contágio psicológico’, a ‘quarentena’, pois se teme que a

dor, o medo e o sofrimento sejam contagiosos”. Relata uma certa Enfermeira “Paciente de Aids tem aquelas pessoas certinhas que os acompanham, é a mãezinha, o namoradinho, a namoradinha, não tem tanta gente, não vêm tantas visitas”.

Muitos pacientes de Aids, como com outras doenças também, estereotipizam atitudes como se fossem pistas para identificá-los como doentes. Por exemplo, estes Pacientes freqüentemente trocam os rótulos dos remédios, tomam a medicação escondida, deixam de viajar em grupo, escondem o cartão e receitas do hospital; no trabalho, não justificam sua ausência como para consultas e exames médicos. Sentem-se como os próprios rastros que ficam em exibição todo o tempo. Outra paciente comenta: “descer com o uniforme?! Podem me ver e vão querer saber o que estou fazendo aqui, o que eu tenho!”. Agustín Aparício (1991:174) afirma: “o túmulo está destinado a persistir, a eternizar-se, seu destino é a memória... monumento para salvaguardar o desejo”.

Enfim, sua relação com a doença agora nomeada pelo diagnóstico, faz o paciente sentir-se “morto-vivo” e agir isoladamente, suspenso no nada. “O diagnóstico coagula a vida do sujeito como uma fotografia que retrata apenas um momento, e não uma vida que é muito mais do que um nome. Essa nomeação dá um ‘chute’ no paciente” (Valadares, 2001).

Por outro lado, encontramos Pacientes que conseguem lidar com seu diagnóstico por outro caminho, sem ser pela entrega da vida à morte, como fala o Companheiro Mário, que convive com o Paciente internado e também é portador do vírus da Aids: “só lembro dessa doença quando tenho que vir aqui. Eu não vivo essa doença 24 horas por dia se não eu não consigo fazer mais nada. Eu tiro proveito dessa doença, benefícios. Preferia não ter essa doença e não ter que recorrer a nada disso. Ter uma vida normal”. Winnicott (1996:87) coloca: “como seres humanos, às vezes têm que lutar para estabelecer e manter sua identidade”.

A imagem do corpo é modificada pela doença. E cada sujeito vai lidar com tal mudança de uma forma bastante singular, desde a completa adesão ao tratamento até o seu total abandono. Há casos em que o mesmo paciente que, antes de adoecer mantinha um extremo zelo com seu corpo, quando adocece, e isso modifica seu corpo, passa a se descuidar inteiramente, abandonando, inclusive, o tratamento. Disfunções no narcisismo poderiam levar à morte? Francisco Oliveira (1998: 81) diz que “a forma pela qual o indivíduo se percebe ‘estando doente’ determinará diretamente de que modo ele relatará a evolução de sua doença para o ‘curador’”. Helen Gonçalves (1998:114) diz: “a percepção da corporalidade da doença é passo importante para a adesão ao tratamento”.

Junto a essa mudança da imagem corporal, outras perdas também são remetidas. Uma certa Paciente internada comenta: “eu não ia à praia pra não me verem assim magra. Ser muito magra ficam reparando”. Nesse mesmo momento outro paciente solidarizou-se dizendo: “não existe boniteza nem feiúra, tem mais gente mais gorda, mais feia que você”. Demonstra que todos somos a deformidade do mundo, e precisamos ser solidários uns com os outros. “O mundo precisa dessa diversidade para mantermos vivos” (Valadares, 2000). Prossegue a Paciente falando da situação que viveu o sentimento de abandono e também encontrou apoio: “meu ex-marido me abandonou porque fiquei doente... Ele já me perguntou o que eu faço pra estar assim [bem]. Disse pra ele que eu estou me cuidando, como bastante...” Enfatiza o efeito de um acolhimento pelo outro, para a partir daí se cuidar. Com a resposta do mundo posso fazer o rejuntamento desse despedaçamento. “E o corpo precisa de repousar nas coisas do mundo” (Valadares, 2000).

“O corpo é nossa memória mais arcaica, pois em seu todo e em cada uma de suas partes guarda informações do longo processo evolutivo” (Boff, 1999: 143). Na pessoa adoecida, o corpo fica como o lugar do silêncio. O silêncio para Pinkus (1988: 30) é uma modalidade todo especial de comunicação não verbal, mas nem por isso menos significativa, “é o *silêncio*, não apenas como ausência de palavras ou de gestos, mas também como amplificação, acentuação e autonomia da mensagem. Pode

expressar o respeito de uma situação peculiar do receptor, ou proporciona a este um tempo de reflexão e elaboração a manifestar muitas vezes a vontade de não colaborar.”

A fala, o ensino, proporcionam uma redução do silêncio, do sofrimento do corpo gerando o seu conforto. Toda essa carga de tensões, antes localizadas no corpo, deslocam-se para a linguagem, a simbolização do inconsciente. A doença afeta a saúde como capacidade produtiva do sujeito, pois o corpo é visto como fundamental instrumento de trabalho. Por isso, mesmo adoecido, o sujeito continua a trabalhar, e só pára quando a doença o impossibilita por completo.

Para o Familiar, o pior no processo de adoecimento é o momento em que o ente querido não o reconhece mais, quando há a perda total da consciência como relata o Companheiro Mário “...vejo ponto positivo, não está no soro, as pintinhas de alergia dos mosquitos estão sumindo, que ele consegue ainda se movimentar, está falando, está lúcido, funções mentais normais, pior quando não reconhece ninguém, é mais triste para mim”. Esse momento em que o corpo não responde mais à consciência, é uma situação que o Familiar vive como um desamparo por completo pelo outro.



#### **4 – SEPARAÇÃO: A MORTE EM VIDA**

Os Profissionais de Saúde e de ajuda atendem melhor os chamados dos Pacientes quando exercitam sua função de escutar o tamanho, a dimensão e a intensidade de sua dor, sem o julgamento e valorização *a priori*. A partir do momento em que o Profissional de Saúde reconhece que a hospitalização para o Paciente é mais uma situação de perda, de morte das coisas do Paciente e das suas próprias mortes, e coloca-se no lugar do outro, estará abrindo mão de seu narcisismo e crescendo para a vida. O Médico João comenta: “assumia o plantão, e me apresentava a todos os pacientes . [Pensam os pacientes] eu sei quem está zelando por mim aquela noite, minimizando aquela noite. E para mim, quando a enfermeira falava do paciente passando mal, eu já sabia quem era, já sabia, porque já conhecia os pacientes. [Os pacientes] Não guardavam o nome, importante a visualização de alguém. Quando já conhecia, levava mais cinco minutos de papo, minimizava, ótimo”.

A perda do Paciente para o Profissional de Saúde tem suas repercussões, como relatou a Enfermeira Claudia: “chorei muito, quando paciente se jogou pela janela. Deprimido com várias histórias de suicídio, emergência. Foi só a enfermeira sair e se jogou, no quarto mesmo. Aqui, foi a primeira internação. Família largou na emergência e foi embora. No outro serviço cirurgia vascular. [O paciente] Retirou as duas pernas. Mandei com pernas, vem sem pernas, chorei muito”. Para Kovács (1996:15), “estudar a separação é estudar a morte em vida, eclosão da morte psíquica. Segundo Caruso (1986) [Caruso, I. (1986) – Separação dos amantes: uma fenomenologia da morte. São Paulo, Diadorim / Cortez], a dor vivida na separação é uma dor narcísica, dor de uma ferida do próprio ser. Caruso denomina a separação como uma catástrofe do Ego, por causa do desespero que pode se instalar, medo do próprio ser que pode se sentir ameaçado, se sentir morrendo com o outro”.

Kovács (1996:14-15) observa que “a separação é a perda entre vivos. É preciso matar o outro dentro de si, morrer para o outro, sem nenhuma morte efetiva, embora o desejo possa estar presente, tanto da própria morte, como da do outro, dentro

de si e às vezes fora... A separação provoca uma mutilação, um pedaço do Ego que se vai, e com isso ocorre um abalo na identidade, uma nova tem que se formar, agora sem o outro”. O Médico João comenta: “eu sou chorão. Só no anúncio do gelol, não basta ser pai. Morte de paciente, pacientes queridos. Teve uma situação interessante três semanas diretas com pacientes gravíssimos, seis pacientes, toda hora morria um, não chorei uma vez, encarava como uma pedra... [Num determinado dia] chorei uns 40 minutos direto”.

Kovács (1996:23) assinala que “a primeira experiência de separação é vivida quando a criança estabelece o vínculo com a figura de maternagem, normalmente a mãe. Esta é a primeira experiência de separação, cujo engrama permanece fortemente marcado pelas vivências de abandono, ou aniquilamento. Mesmo que não haja registro na consciência desta experiência ela será acessada sempre que novas perdas forem vividas”. O Paciente José coloca momentos difíceis vividos na internação que falam de separação e abandono: “foi horrível ficar sozinho, não tive visitas... [Chorou] Só na primeira internação, por não ter visita, me senti abandonado, sozinho. ...[Momentos] Difíceis... [Pensando] a morte. Porque a gente sofre de insônia e o paciente está passando mal, e não consegue dormir e não vê a noite passar, enfermeiros não podem atender a gente melhor...” Principalmente à noite o hospital é horrível”. No Hospital, os sentimentos de abandono, solidão e exclusão são vividos intensamente pelo Paciente. A noite é o momento em que os Pacientes vivem um sentimento de total desamparo. A falta de acolhimento é ainda mais sentida e, assim, mais solicitada. A presença de pessoas que já possuem laços com o Paciente amenizaria o desamparo intensamente nesse momento e em outros.

O sentimento de desamparo fica presente no Paciente internado todo tempo, tanto na relação com os Profissionais de Saúde quanto na familiar. A Auxiliar de Enfermagem Vera afirma: “teve um paciente que entornou urina na cama, e falou ‘justamente agora na hora da visita’. Troquei tudo, deu tempo antes da visita subir. Ficou com medo de brigar com ele a enfermagem, e a família também brigar com ele. Troquei tudo, e falei que nem precisa nem dizer”. O medo de reviver o abandono e

perder o amor do outro é todo tempo sentido pelo Paciente, que se sujeita a tudo para manter o Profissional de Saúde e a Família perto dele.

Freud coloca no “Mal estar da civilização” que a necessidade de religião do homem nasce de sentimentos de desamparo (1930). Percebemos tanto nos Pacientes quanto nos Profissionais de Saúde esse sentimento de desamparo e a proporcional busca da religião. O Médico Pedro comenta que, na sua história de vida, foi subestimada a questão da morte e tem a espiritualidade dentro dele: “eu pedi para fazer a primeira comunhão mais cedo, 7 anos. Muito apego às coisas religiosas até hoje tenho”.

O Paciente e sua Família sentem-se inseguros e abandonados diante da situação de descaso do outro com o seu sofrimento. Relato da Esposa que acompanhava o marido internado: “um dia na hora da visita, meu marido estava passando mal e eu falei para uma enfermeira, e ela fingiu que nem ouviu, nem se levantou, a outra é que foi ver. [A outra enfermeira que foi vê-lo] Respondeu que ele não estava com febre e sempre tem isso. Até que chegou uma outra enfermeira e veio ver e falou que não, que ele estava tendo uma crise bacterissemada, estava com febre, e era a primeira vez”. A dor e o sofrimento fazem parte da rotina da instituição, que até se acostuma com ela. Quando o Paciente e sua Família têm seu chamado bem identificado pelos Profissionais de Saúde, ameniza-se essa preocupação que lhe consome grande energia. “Essas condições – imaturidade, doença e velhice – trazem consigo a dependência. Segue-se que é necessário haver confiabilidade”, Winnicott (1996:23).

Valadares (2000:88) considera que “o corpo do homem atual é possuído de presenças, seduzido por uma espetacularização despedaçadora que não lhe oferece possibilidade de novas propostas, novas sínteses. Não encontramos, nos locais de convívio, presenças que possam acolher/sustentar novos projetos de vida. Como pode um homem não sustentado sustentar o mundo em sua solicitação tão diversa? O abandonado só pode ser solidário se existirem utopias de acolhimento. A sustentação

da solidão, essencial à invenção de novos caminhos e de novos espaços, implica a existência de utopias ativas. Ideais vivos”. Diante de qualquer situação de desamparo, o sujeito precisa de pessoas que o acolha em seus projetos de vida. Viorst (1988:40) cita “Harold Searles ‘ninguém pode ser tão completamente individualizado, tão completamente ‘amadurecido’ a ponto de perder a capacidade para o relacionamento simbiótico”.

O relacionamento direto e constante, vinte quatro horas, com o paciente, demonstra um aspecto essencial do trabalho do Serviço de enfermagem. Poderíamos assim dizer que a queixa do número insuficiente de enfermeiros pelos Pacientes, perpassa a demanda do sentimento de desamparo. Por exemplo, quando a Paciente Maria sugere que se poderia “melhorar a equipe colocando mais enfermeiros para ter mais atenção, porque quando tem paciente grave, eles ficam dando mais atenção e a gente fica aqui sozinho”. Tal relato tematiza que melhorar é reconhecer as necessidades individuais e atender a elas.

As pessoas hospitalizadas dependem de um atendimento especializado que demanda providências. Revive perdas longe de tudo e de todos que referenciam o mundo do sujeito adoecido. E, simultaneamente, é submetido ‘as rotinas hospitalares e de necessidades que o próprio corpo demanda e solicita pessoas que cuidem dele. Tal situação faz que ele assim regrida e infantilize suas ações. A Assistente Social Ângela coloca: “o Paciente tem todo o direito de falar e se colocar e ele é derrubado na primeira pergunta. Aqui você não pergunta, só tem que tomar o remédio. Quando vai utilizar, ele vê que não tem”.

Stedeford (1986:93) pondera que “a transição gradual da infância para a vida adulta inclui uma mudança que vai desde a dependência e desamparo até a independência e autonomia”. No momento da hospitalização esse processo é invertido, num estágio de autonomia, ele regride para a dependência, já iniciado pelo processo de adoecimento.

Conforme Clare Winnicott (1994:37), a “regressão é também um termo conveniente para o uso na descrição do estado de um adulto ou de uma criança na transferência (ou em qualquer outro relacionamento dependente), quando uma posição avançada é abandonada, restabelecendo-se uma dependência infantil. Tipicamente, uma regressão desta espécie se dá da independência para a dependência. Neste emprego do termo, o meio ambiente se vê indiretamente incluído, uma vez que a dependência implica em um meio ambiente que atenda à dependência”,

Somos muitas vezes, em determinados momentos, colocados no lugar de mortos-vivos, pois passamos por situações vividas como morte, morte do outro dentro da gente, e deixamos nossa identidade para sermos uma outra identidade. Todos estamos atrelados, internados às instituições que buscam a descentralização da subjetividade do sujeito, mesmo sendo ele beneficiário e integrante dela.

Em (quase) tudo o paciente internado precisa ou depende da autorização do outro. Por outro lado, constantemente, a instituição também solicita ao paciente constantemente a manutenção desse tipo de relação. A responsabilidade sobre os cuidados do Paciente fica por conta do hospital sendo este o custo da perda de sua autonomia e de sua possível melhora. Essa redução da autonomia deve ser freqüentemente avaliada, principalmente pelos Profissionais de Saúde, para que não se recaia nem na total dependência nem no total desamparo, mas numa proximidade e distância necessárias na relação hospitalar, alcançando-se assim, a ajuda e o acolhimento. Assim esperamos continuar fazendo mérito a essa nossa responsabilidade.

Boff (1999:34) refere que “sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre”. A Auxiliar de Enfermagem Vera conta que uma Paciente comenta com ela “eu entrei aqui grave. Já como sozinha. Você está conversando comigo, estou aliviada”. É importante ouvir, quando o paciente quer, tem alguns fechados. Ela estava deprimida, chorando. Você cuida do paciente, dá

medicação, dá banho, comida, quando o paciente depende, ele não quer só essa coisa mecânica, já imaginou entrar com cara feia?”. Esta Profissional tematiza que o envolvimento é essencial para a melhora do Paciente, quando assim proporcionamos continuidades ao recriar laços na internação.

Uma enfermeira conta que, certa vez, trabalhando na emergência, havia um paciente que cheirava mal, e achava que por isso ele ficou um bom tempo sem ser atendido. Até que ela resolveu dar-lhe um banho, e depois voltou com ele pra maca. Quando a enfermeira virou-se, o paciente estava indo embora. Ela perguntou-lhe aonde ele ia, que ela ia chamar o médico para vir vê-lo. E o paciente respondeu-lhe que não precisava, já estava sentindo-se melhor. Essa situação demonstra que o mau cheiro fazia-o sentir mal. Esse acolhimento foi possível porque ela se colocou no lugar do outro, atendeu ao chamado do paciente e ao dela. A doença passa também pelo lugar de indignidade, ou a indignidade adocece? Fazer o bem pode ser também fazer bem. Houve nesta, e em muitas outras aqui não citadas, uma contextualização da saúde enquanto sustento do próprio viver com suas necessidades básicas como comer, dormir, tomar banho, habitar, conviver...

Para Júlio de Mello Filho (1991:20), “indiscutivelmente um dos conceitos de Winnicott de maior aceitação universal foi o de *holding*, seja em relação aos cuidados maternos, seja em relação ao psicanalista – ou o terapeuta em geral – diante do seu paciente”.

Em Chemama, “Dicionário de Psicanálise (1995:97), *holding* significa “forma como a mãe carrega e mantém, física e psicologicamente, seu bebê em estado de absoluta dependência. Assim, a mãe assegura uma coesão a seus diferentes estados sensório-motores e uma proteção suficiente contra as angústias de aniquilamento do *self*. Ela lhe proporciona, desse modo, um sentimento de segurança fundamental, base, para D. W. Winnicott em toda a sua obra, sustenta a integração, isto é, o estabelecimento de um *self* unitário, vivenciado como continuidade da existência”. No momento enfatizamos a importância para o Paciente desse *holding* pelos

Profissionais de Saúde durante a internação. Tal conduta seria necessária somente nesta instituição, a hospitalar? O sujeito busca as instituições para manter seus projetos de vida, e, para isto ocorrer, não seria necessária tal sustentação?

Um outro exemplo de acolhida foi também contado por uma outra enfermeira, quando internou um paciente grave, com sérios problemas respiratórios. Deram-lhe um banho, e logo após ele sorriu para as enfermeiras, como que agradecendo-as por cuidar de sua vida. Houve o reconhecimento nesta situação por esta Profissional de que o amparo dado é sempre parte essencial para a recuperação da saúde, principalmente, em estados mais graves.

Viorst (1988:33) registra que “todas as nossas experiências de perdas relacionam-se com a Perda Original, a da conexão mãe-filho. Nosso desejo eterno de união, dizem alguns psicanalistas, dá origem ao nosso desejo de volta – de volta, senão ao útero, pelo menos ao e seu estado de união ilusória, chamada simbiose, um estado pelo qual, bem no fundo do inconsciente original e primitivo... todo ser humano anseia... Um dia foi nosso e tivemos de abandoná-lo. ... Desistir do que amamos, para crescer, seja repetido a cada novo estágio de desenvolvimento, esta é a nossa primeira e talvez a mais difícil renúncia”. Na internação, o reconhecimento do chamado do paciente por aqueles que cuidam faz que ele possa ser integrado, apesar de toda a fragmentação causada pela doença e pela própria estrutura da instituição.

Júlio de Mello Filho (1991:67) fala sobre a função materna na teoria winnicottiana, dizendo que “esta sustentação de integração evita que o bebê sinta a agonia própria de um tipo de angústia que antes denominamos de aniquilação ou psicótica: como a de sentir que é uma coleção de partes, ou que cai no infinito. Esta sustentação é uma sustentação metafórica, mas também concreta. Implica uma captação sutil das necessidades do bebê: necessidade de fusão, no começo, e, depois, necessidade de corte”. O Paciente espera que os Profissionais de Saúde possam cumprir este papel dessa sustentação metafórica, e assim amenizar seu sofrimento.

Laplanche (1970:283) afirma que o “hospitalismo é um termo utilizado, a partir de trabalhos de Spitz, para designar o conjunto das perturbações somáticas e psíquicas provocadas em crianças (durante os primeiros 18 meses) por uma permanência prolongada numa instituição hospitalar onde são completamente privadas da mãe“. Para Winnicott (1996:23) “grande parte do cuidado físico dedicado à criança – segurá-la manipulá-la fisicamente, banhá-la, alimentá-la, e assim por diante – destina-se a facilitar a obtenção, pela criança, de um *psique-soma* que viva e trabalhe em harmonia consigo mesmo”.

O depoimento da Mãe Glória demonstra esta afirmação: “o que influencia na melhora dele é a compreensão de todos, irmão, mãe, tia, da família, apoio moral, incentivando ele. Piora se ninguém viesse vir vê-lo, se ele ficasse abandonado, pessoa se sente só, fica pensando besteiras, se entrega à doença, conversando vai modificando. Sente-se mais protegido”. É a fala diante de um filho e de um Paciente, ambos demandam acolhimento.

Relato da Auxiliar de Enfermagem Vera: “o paciente conta com você, precisa da enfermagem pra tudo. A nível de cuidado, até pra conversar. Tem muito paciente deprimido, quer alguém pra conversar, chorando, de estar ao lado dele, conforto. Passar palavras de conforto para o paciente, isso é muito importante”. Nessa situação existe a retro-alimentação, ambos buscam a satisfação e o cuidado de si.

A Paciente Maria coloca: “atenção é quando a pessoa está precisando de muita ajuda e ela vem. Melhora tudo. Necessitando muito do enfermeiro, no meu caso, para trocar de posição”. Atenção passa por atender, ouvir, auscultar. O Profissional de Saúde pode proporcionar uma mudança de ‘lugar’ para o Paciente, como sair do lugar do morto-vivo para o vivo-vivo, o sujeito que se inventa a todo instante.



A mãe reconhece o chamado do filho, ao diferenciar se seu choro é de fome, de frio ou de dor, e se isso não acontece vem a angústia, o medo, o abandono. Assim como a mãe, o Profissional de Saúde é aquele que distingue um chamado de outro. Enquanto a percepção da diferença não é assimilada pelo Profissional de Saúde, o Paciente fica a se deprimir por estar no lugar das incapacidades, das coisas que não se dão conta. Por outro lado, se esse chamado é atendido, ocorre o 'acolhimento', o *holding*. Júlio de Mello Filho (1991:20) assinala que "em relação à Psicanálise, Winnicott nos fala de um *holding* que é feito através das palavras do analista e do modo como ele manuseia o *setting*, dizendo mesmo que uma interpretação correta é experimentada pelo paciente como uma espécie de contato físico". A Mãe Glória coloca que seu filho, que está internado, "tá mais tranqüilo devido ao ambiente. Melhor que em casa. Aqui é mais limpo que em casa. Modo das pessoas tratarem. Em casa só discutindo. Ambiente influencia, tem que tratar normalmente".

A maneira pela qual a pessoa foi ou é sustentada pelo mundo, principalmente em sua relação com a figura materna, buscada nas relações transferenciais, determinará sua relação com o outro e consigo próprio. O Paciente Paulo nos relata: "sempre fui nos relacionamentos... Sou uma pessoa feliz, vencedora, sou muito feliz por isso, sou solidário ao sofrimento alheio".

O tipo de relação que o sujeito vai encontrar nas instituições poderá determinar tanto o seu sustento quanto o seu aniquilamento no mundo. O Paciente José coloca: "meus pais e essa amiga estão sempre comigo... [Essa amiga] Disse que quanto tempo quisesse poderia ficar na sua casa... Ele [o companheiro dele] tá na bagunça, pra beber, colega de copo não presta".

O Médico Pedro demonstra sua sensibilidade dizendo: "deve ser difícil para o paciente chegar na consulta e o médico nem olhar para o paciente. Por isso trago as receitas prontas. Olhar, dar atenção. Estão depositando sua vida na mão daquelas pessoas. É vital a atenção, estar interessado". Existem coisas na vida essenciais ao ser humano como o cuidado, que sem ele, o sujeito não sobrevive.

Há extrema importância de os Profissionais de Saúde estarem capacitados a dar essa sustentação da dor ao paciente, principalmente na internação. Boff (1999:34) considera que “o cuidado há de estar presente em tudo. Nas palavras de Martin Heidegger: cuidado significa um fenômeno ontológico – existencial básico. Traduzindo: um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana”.

Viorst (1988:34) afirma que “embora não nos lembremos, também jamais esquecemos. Nossa busca dessa conexão – da restauração da integração total – pode ser um ato de doença ou de saúde... Por meio do sexo, por meio da religião, da natureza, da arte, por meio das drogas, da meditação, até com o exercício físico, tentamos obscurecer as fronteiras que nos separam”. São caminhos que todos buscam amenizar esse sentimento de desamparo.

Viorst (1988:39) refere que “experiências de união completa podem servir como alívio para a solidão da separação... e podem nos ajudar a transcender nossos antigos limites, podem nos ajudar a crescer. Os analistas chamam de ‘regressão a serviço do ego’... dando um passo atrás, às vezes podemos ajudar o avanço do nosso desenvolvimento. ‘Imergir para emergir’, diz o psicanalista Gilbert Rose, ‘pode ser parte do processo fundamental do crescimento psicológico’ ...”. A hospitalização é um desses momentos que o Paciente solicita cuidados, para poder prosseguir sua própria vida.

O Médico Pedro relata o que influencia na melhora do trabalho profissional: “o introsamento é fundamental, recuperação do doente também é gratificante para equipe. Uma coisa estar integrada com a outra, vai se criando um feedback. Um sempre tem que acrescentar o outro. Própria história de vida do paciente é colhida por cada profissional que chega no seu quarto. Conta umas 10 vezes sua história. Cada um tem que ajudar o profissional, o colega”. A fragmentação existente na instituição hospitalar não corrobora no tratamento do Paciente nem no trabalho da Equipe de Saúde. A maior integração de todos, com suas subjetividades, amenizaria o sofrimento dos sujeitos da instituição

“Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais de um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999:33).

Os Profissionais de Saúde ajudam o Paciente a poder se ver em outra situação, num não-lugar, a trocar de posição, do doente para a pessoa, da internação para a alta, da dependência para a independência, das rupturas para as continuidades .

A Paciente Maria relaciona o que poderia ser evitado numa internação: “tem plantão bom. Tem plantão ignorante. Plantão bom é quando dão atenção. Quando peço para dar uma volta na cadeira e eles botam. Conversam com a gente, animam a gente. Plantão ignorante é quando fala que não tem fralda, e manda a família comprar... Atenção é quando a pessoa tá precisando de muita ajuda e ela vem. Melhora tudo. Necessitando muito do enfermeiro, no meu caso, para trocar de posição”. Tematiza-se a importância da atenção, do ouvir e do reconhecer o chamado, reencontrá-lo na internação. E para isso acontecer é necessário que haja a empatia na relação Profissional e Paciente, se colocar no lugar do outro, para assim poder ajudar o Paciente a sustentar seu sofrimento. A acolhida só pode ser feita a partir da presença do outro, que reconhece seu chamado e proporciona um bálsamo para o paciente, seja com o Profissional de Saúde, seja com seus Familiares.

Júlio de Mello Filho (1991:47) considera que “a função do analista [ é agir ] como *holding*, ou seja, [ mobilizar ] sua capacidade de conter e compreender todos os aspectos do paciente. Isto se faz às expensas do *setting* analítico que reproduz, segundo ele, os cuidados maternos”. O hospital necessita oferecer esse *setting* que também reproduz os cuidados maternos, um ambiente que favoreça esse crescimento, essa alta satisfatória.

A presença da Equipe da Saúde é esperada e muito grata pelo paciente quando nela encontra apoio, segurança e identifica um atendimento individualizado. A Esposa Cátia fala que “o que influencia na melhora dele [o marido] é a amizade que ele tem e eu tenho que é muito forte, faz a gente melhorar só traz alegria por mais que o que a gente passe aqui dentro seja difícil. Isso ajuda muito”.

Exemplificamos também com a fala do Companheiro Mário: “quando foram para pegar a jugular dele [do companheiro internado], ele pediu para a enfermeira ficar ao lado dele e ela ficou segurando a mão dele, depois chegou a hora do almoço dela e a outra a rendeu e ficou com ele até o final. Ela [a enfermeira] se sensibilizou, e ele fez sem se chatear”. O próprio paciente esquece todos os inconvenientes da internação desde que possa dizer: todos foram muito gentis comigo. São situações que suavizam angústias do Paciente e proporcionam uma eficaz recuperação.

## **5 - A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE: DEPENDÊNCIA OU ACOLHIMENTO?**

Na hospitalização, há nas relações dos Profissionais de Saúde dependência ou ajuda? Para a Auxiliar de Enfermagem Vera expõe a necessidade de limites quando fala: “importante para paciente, ter esse zelo, mas não exagerado”.

Para Pinkus (1988:144) “dependência - necessidade constante de dirigir-se a outrem para resolver as diversas situações, unida à sensação de incapacidade de enfrentá-las sozinho, até nas circunstâncias mais comuns e de onde não existe dificuldade.” Os Profissionais de Saúde desempenham o papel desses pais, que irão diferenciar as necessidades demandadas pela criança, pelo Paciente, o qual espera sua devida distinção para não recair na dependência nem no abandono. E, assim, harmonizar seu crescimento, sua alta. A Assistente Social Ângela fala dos paradoxos existentes na instituição: “entrada com tapete vermelho, no final do corredor puxam o tapete. É complicado”.

A Paciente Maria em seu relato faz essa observação dizendo: “a internação é boa num ponto, mas longe dos filhos, da casa... Não tem coisa melhor que a casa quando tá boa, quando tá mal, tem que correr pro hospital. Fui perdendo os movimentos dos braços, das pernas”. Outros pacientes confirmam: “com as feridas não podia fazer barba”. “Pelo liquidozinho que desce na sonda ela está recuperando o peso que perdeu”.

Segundo Pinkus (1988:46), “...a vontade de estar próximo e a necessidade de sentir-se úteis os leva a um tipo de super-proteção que pode tornar-se quase “asfíxiante” para o enfermo. Isto acontece não somente pelo afeto ou amizade, mas também pela grande dificuldade com que cada um de nós tolera o sentimento de impotência diante de situações difíceis ou penosas. De fato, de um lado ele próprio facilita este comportamento com pedidos de ajuda ou com declarações de que não consegue levar a termo esta ou aquela ação, assumindo conseqüentemente um comportamento de dependência. De outro lado, ele mesmo fica muitas vezes

intimamente irritado pelas ajudas que recebe. De resto, uma tal ajuda pode tornar-se inconscientemente também um expediente com o qual os familiares e amigos controlam a situação de doença. Além de tudo, um comportamento superprotetor torna-se uma confirmação externa de sua incapacidade”. São vivenciadas na relação Profissional de Saúde – Paciente, a simbiose e a ambigüidade, cujos limites não são delimitados definitivamente pela própria dinâmica inerente a toda e qualquer relação. Espera-se também nesta relação hospitalar oferecer o caminho para a individuação do sujeito.

No bom desempenho do papel dos Profissionais de Saúde encontramos diretas semelhanças ao do da mãe suficientemente boa no que diz respeito ‘a adaptação do Paciente à sua internação hospitalar. Clare Winnicott (1994:37) afirma “ ‘mãe suficientemente boa’ é um termo utilizado na descrição da dependência que pertence à primeiríssima infância. A implicação é que a saúde mental tem de se fundar, em todos os casos, na mãe, que, na saúde, atende às necessidades que o seu nenê tem de minuto a minuto. O que o bebê precisa, e necessita de modo absoluto, não é algum tipo de perfeição de maternagem, mas uma adaptação suficientemente boa, aquela que faz parte de uma relação viva em que a mãe temporariamente se identifica com o seu bebê. A fim de poder identificar-se com seu bebê no grau necessário, a mãe precisa ser protegida da realidade externa, de maneira a que possa desfrutar de um período de preocupação, com o bebê sendo o objeto dessa preocupação. A fim de poder perder este alto grau de identificação à medida que o bebê passa da dependência para independência, a mãe precisa ser saudável, no sentido de não estar sujeita à preocupação mórbida”.

A difícil adaptação a esta nova situação de internação pode se manifestar no Paciente numa série de manifestações de ansiedade como a insônia, a irritação, as reações depressivas, freqüentes mudanças de humor e outras. Sentimentos de ambivalência, de vulnerabilidade, de fragilidade. Medo de se contagiar com cuidados ou se contaminar com descuidos? A Paciente Maria diz que quer ficar perto dos filhos para cuidar deles. Ao mesmo tempo, é como se pairasse a dúvida de poder contaminá-los, ou talvez se contaminar? Essa ambivalente angústia diante do estar doente muitas

vezes é vivida não só pelos Pacientes, mas também pelos Familiares e pela Equipe de Saúde. O Hospital é um lugar de tratamentos e de contaminações. Todos ficam expostos a infecções e a cuidados.

Entre a dependência e o acolhimento, há a invasividade e a proteção. Como se somente com o risco desse maltrato o filho poderia ter a chance de ficar bom. “Somente há salvação onde há riscos” (Heidegger, 1990). Observamos isso, quando Maria relata o pânico diante de um medo real, dizendo: “...gostei porque meu filho melhorou, mas também maltrataram ele [corre lágrima]. Furaram muito ele, até pegaram no pescoço, aqui [aponta]. Chegou a pesar três quilos e quando ele internou estava com oito quilos. Fiquei em pânico”. Paciente José relata: “botaram sonda a sangue frio, senti uma dor, e o enfermeiro me disse que era para superar a outra dor que estava sentindo”. Determinadas condutas são realizadas nos hospitais por serem necessárias, entretanto poderiam ser feitas de outra maneira menos árdua?

O paciente solicita a presença Profissional de Saúde ao seu lado, mesmo que o maltrate, mas não o abandone. Sado-masiquismo? Kaufmann (1996:322) afirma: “Krafft Ebing propôs, em 1886, o termo masiquismo para caracterizar uma conduta sistemática de busca de prazer na condição de vítima sofredora...”.

Durante a internação, na maior parte do tempo, os Profissionais de Saúde decidem pelo paciente e na alta reverte a situação tão brutalmente que ele tem a impressão de estar sendo banido. Observamos isso, por exemplo, na fala de um certo paciente internado: “o médico falou que deve me mandar embora amanhã”. Há casos também de pacientes apresentarem sintomas relacionados ao rompimento com os laços recriados na internação, e ao retorno para sua casa ansiosamente esperada. Por exemplo, o caso de uma paciente que, quando soube da alta, apresentou febre pela ansiedade de voltar para casa. E, quanto mais longa a permanência no hospital, mais difícil se tornará a alta, momento em que o Paciente estará rompendo novamente seus vínculos.

Na internação o ambiente hospitalar apresentado ao Paciente pode contribuir em sua busca de tornar-se inteiro. Winnicott (1994:196) afirma que “...quando se diz que o bebê é dependente, e, do começo, absolutamente dependente, e isto é realmente o que se quer dizer, decorre então que a maneira pela qual o meio ambiente se apresenta tem importância, por ser uma parte do bebê”.

Clare Winnicott (1994:200-201) pondera que “o termo “sustentação” [*holding*] descreve tudo o que uma mãe faz no cuidado físico de seu bebê, inclusive largá-lo quando chega o momento para a experiência impessoal de ser sustentado por materiais não-humanos adequados... É necessário postular um estudo da mãe que se acha (temporariamente) tão identificada como o bebê, de maneira que sabe sem pensar mais ou menos do que o bebê precisa, e, na saúde, ela faz isto sem perder a sua própria identidade”. Assim, como a figura materna identifica-se com o bebê sem perder sua própria identidade, mantendo-se uma aproximação e uma distância necessárias para crescer, espera-se dos Profissionais de Saúde que eles também consigam desempenhar esta função eficazmente.

Ao mesmo tempo que a doença impossibilita o paciente de retornar às suas próprias rotinas e afazeres, o estar doente sempre traz um pedido de ajuda, de sustento para suas tensões e conflitos, principalmente num momento crítico como a internação. A Paciente Maria fala de sua família: “minha mãe e minha irmã me ajudam. Minha mãe sempre [corre lágrima]... Tenho saudade dos filhos...Muito chato. Quero andar e não dá, quero ir pra casa e não dá... Em casa minha recuperação é mais rápida... Meus irmãos não vêm porque também têm família...” a Paciente sente-se limitada duplamente, pela doença e pelo lugar (o hospital). Próxima de suas coisas, ela, seu corpo, melhoram. Sua casa é o ambiente suficientemente bom e não tem esse abandono. O clima acolhedor muitas vezes, mesmo com a doença, não limita o movimento criador do sujeito, enquanto suas necessidades são atendidas de minuto a minuto. Ela quer “andar”, viver, e conduzir sua vida, e isto é religar-se às suas coisas, as coisas do mundo. A aproximação do hospital com as coisas do mundo do Paciente oferece um bem estar que torna menos difícil sua estada nesse lugar.



## PRESENÇA FAMILIAR

A experiência cotidiana no Hospital nos mostra que quando uma pessoa adocece, provoca uma modificação na sua família. O Companheiro Mário: “o que mudou [com a internação do paciente]? A casa está triste, está vazia, tenho evitado ficar em casa”. O movimento de rupturas e continuidades também é vivenciado pela família. Quando um membro se ausenta, se separa, o grupo familiar se desestrutura e há deslocamentos para a adaptação a essa nova situação. Outro exemplo é dado por uma paciente: “chorei quando interneei... Eu fico com minha mãe, que é cega, e agora a minha sobrinha está tendo que ficar com ela, e com isso não está indo ao colégio”.

O Companheiro Mário fala da importância da sua presença ao lado de seu companheiro internado: “o que influencia na melhora dele é a minha presença, até quando a enfermagem vai lá e bate um papo com ele, ajuda. A presença humana, carinho, atenção, cuidado. Têm enfermeiras que sempre foram muito cuidadosas, prontamente quando precisava falava com os médicos. O simples fato de estar vindo aqui, a minha presença, é muito importante para ele. Ele fisicamente está bem, se eu estivesse aqui com ele, ele se recuperaria mais rápido”.

A Mãe Glória afirma: “tudo é o apoio da família... O pior momento é quando tem que deixar ele e ir embora na visita, se pudesse eu ficaria [segura a mão do filho]. É importante ter uma pessoa do lado apoio familiar, conversar com, ele não se sente sozinho”. Stedeford (1986:104) fala sobre a angústia de separação dizendo que “muitos pacientes com ansiedade crônica sentem-se pior num ambiente estranho e quando separados de seus familiares. Chamar um parente muito próximo para ficar com o enfermo pode, muitas vezes, ter um efeito calmante”.

Clare Winnicott (1994:115) diz: “é a própria mãe do bebê que tem mais probabilidade de fazer o que é ambientalmente necessário para o bebê, simplesmente por causa de seu relacionamento total com ele. Da mesma maneira, é a família que tem

mais probabilidade de proporcionar o que corresponde a isso com relação à vida mais sofisticada da criança e do adolescente”.

A presença de Familiares junto ao Paciente internado torna menos difícil a estada dele no Hospital. René Spitz (1979: 242-243) observou que, “quando as crianças são criadas na completa ausência da mãe, numa instituição em que os cuidados são dispensados de forma anônima, e sem estabelecimento de um laço afetivo, verificam-se distúrbios graves, como atraso no desenvolvimento corporal, no domínio manipulatório, na adaptação ao meio, na linguagem, além de menor resistência à afecções e, nos casos mais graves, marasmo e morte”.

A Auxiliar de Enfermagem comenta sobre o suporte familiar para o Paciente: “a família é um suporte fundamental, que se interessa, que se preocupa, que está numa fase difícil, que não está sozinho”. Também a Enfermeira Claudia diz na sua opinião o que influencia na melhora do paciente: “depende do caso do paciente. Paciente muito dependente da família. Sente sempre seguro com a família por perto . Família ajuda dando apoio emocional. Paciente acamado ajuda a virar, dar alimentação, mas ele precisa estar alimentado. Família junto a resposta é melhor”.

Rocha (1991:09) assinala que “entre todos os grupos humanos, a família desempenha um papel primordial na transmissão da cultura, presidindo, assim, os processos fundamentais do desenvolvimento e da continuidade psíquica entre as gerações”.

As visitas são muito importantes para o paciente, pois minimizam essa separação quanto ‘as notícias de casa, da família, dos amigos, do trabalho. Alegam os pacientes com sua presença, além de proporcionar ao hospital um clima familiar.

Para Paciente Ana, “melhor é a hora da visita. Hora do movimento, de gente entrando e saindo do hospital. Dá um refluxo. Parece que consigo ouvir os passos (pensando)... Pior é quando alguém vem buscar a certidão de óbito”. A hora da visita é

vivida como um momento de ruptura no movimento institucional e continuidade no cotidiano do sujeito. Quebra o silêncio, o domínio das vestimentas brancas, modifica o som e o cheiro do hospital, e, principalmente, circulam pessoas que alimentam emocionalmente os pacientes com suas referências pessoais e familiares. Proporciona auscultar uma batida mais ritmada no coração dos pacientes. Remete aos vínculos pré-estabelecidos à internação, que, pela presença do outro, remetem a situações vividas em sua memória e convívio.

O Paciente José comenta sua ansiedade pela espera da visita e pelas tensões institucionais: “domingo é dia de visitas. Mãe ia vir ontem, primeira vez que ela vem, com muito custo ela conseguiu subir. Passei o dia muito agitado. Pensei que conseguiria dormir, foi ao contrário, não consegui dormir”. Ele mesmo ainda prossegue dizendo o que é melhor na internação: “melhor, visitas, lanchinho. Conversa distrai, esquece um pouco o hospital, entra em detalhes da coisa que estão acontecendo na nossa vida lá fora. Você trouxe um contato diferente das pessoas daqui do hospital. É uma surpresa, uma novidade. Isso é muito bom, mesmo sendo visita de um desconhecido, até o Jobi com as duas visitas dele filhas de Santo dele”.

A Auxiliar de Enfermagem fala a respeito da expectativa do paciente por seus familiares: “ansiedade principalmente, final de semana que vem mais gente. Teve um paciente que entornou urina na cama, e falou justamente agora na hora da visita. Troquei tudo, deu tempo antes da visita subir. Ficou com medo de brigar com ele a enfermagem, e a família também brigar com ele. Troquei tudo, e falei que nem precisa nem dizer...Às vezes família não vem”.

Diante da angústia de separação a presença de pessoas da família, junto ao paciente, além de cuidados, proporciona um conforto, uma maior inteireza, como um alívio diante do medo de perder-se, de morrer. Todos vivem ressentimentos de perdas. Com diz a Paciente Maria que o que influencia na melhora, é “ficar vendo meus filhos sempre. Meu marido trouxe uma vez. Eu adorei... Mata a saudade. E minha mãe do lado”. Afirma Vilhena (1991:17): “a perda da individualidade, na identificação com o

grupo, permite a cada membro não se sentir como uma ínfima partícula indiferenciada em um grande conjunto mas, ao contrário, identificar-se com o grande grupo.”

Uma pessoa relata que quando esteve ficou internada ficou no quarto no fim do corredor, e não podia sair da cama, não via movimento nenhum, e o plano de saúde não permitia quarto particular para poder assim ter acompanhante, justifica que esse foi o motivo de ter passado para outro plano, assim ela poderia ter uma pessoa da família junto dela principalmente durante à noite, segundo ela, a pior hora, quando o tempo não passa.

O Companheiro Mário coloca: “o que faz piorar é a solidão. Graças a Deus conseguiram um TV, sem barulho, sem nada. Agora senti ele mais animado. Todos os quartos de isolamento deveriam ter TV. Se pede verba pra tanta coisa e isso não é de mais”.

Vilhena (1991:21) pondera que “através da ausência, da falta, da solidão descobre-se o desejo; da mesma forma, através do desejo descobre-se a solidão. A separação traz consigo a constatação de uma diferença, de uma falta, de um vazio, muitas vezes impossível de suportar”. O Paciente Paulo fala de sua situação: “o hospital permite ter acompanhante as pessoas mais debilitadas, acabei com a minha manha conseguindo com que ele ficasse comigo. Ele fica o dia inteiro e à noite até dorme aqui. Poxa! Não sei o que seria de mim sem ele aqui”.

Vilhena (1991:23) assinala que “ressentir-se de toda presença como ameaça de intrusão e de toda ausência como ameaça de aniquilamento são também verso e reverso da mesma impossibilidade de se ficar só. ‘Eu quero e preciso te escutar, mas não suporto que você fale’ é um exemplo vivo do paradoxo apresentado por um paciente, entre a angústia de se perder e o medo de perder o outro”.

Continua Vilhena (1991:23), “mas a tristeza e a dor, que tantas vezes acompanham a solidão, podem ser também a última testemunha, ainda que muda, de

que, apesar de tudo, perdi a luta pelo domínio onipotente. Estranhamente, como diz Goethe, é das profundezas do engano que vem se instalar a sensação de verdade. Descubro que, se retiram de mim meu sofrimento, eu simplesmente não existirei mais. Afinal de contas, penso que todos devem ter o direito de chorar sem serem jamais consolados”.

A hospitalização prolongada interdita a participação contínua do sujeito em sua vida, o que seria tão eficaz quanto o faria a própria morte. Vilhena (1991:12) afirma: “*solidão* pode significar um retiro voluntário, um abrigo, uma possibilidade de construção de um espaço privado. Um reencontro consigo mesmo pode ser o momento de elaboração e de criação... Mas *solidão* pode, igualmente, nos remeter à vivência de exclusão, de aniquilamento e de morte”.

O relacionamento do paciente com seus familiares é necessário e essencialmente terapêutico, como o único “remédio” eficaz ou possível. Quanto melhor for a cooperação entre os profissionais de saúde e a família do paciente, mais próximo do resultado desejado e esperado por todos.

Embora os adultos sejam menos dependentes do que as crianças, eles ainda formam ligações muito fortes, e durante períodos de crise querem estar em estreito contato com aqueles que amam. A ameaça de morte provoca um aumento da angústia da separação. Stedeford (1986:73) coloca que “a presença de um parente próximo dá muito mais tranquilidade ao paciente do que qualquer outra medida.”

A Enfermeira Luisa relata: “o Paciente mais passivo, se está sentindo dor, quer que passe e acabou, quer se sentir melhor. Família, quer saber porque sentiu dor, se for pra casa se vai sentir, e o que a família vai fazer”.

Apesar de institucionalmente ser ‘permitido’ aos Profissionais de Saúde tocar no corpo do paciente, permanece a família como portadora das intimidades do paciente. A Família descreve detalhes muito particulares, funcionando muitas vezes como

amplificador e memória do paciente - desde a sua fala até o seu falo. A partir da maior compreensão do singular contexto pessoal e social do paciente e sua Família, obteremos melhores resultados em nossos trabalhos. É claro que o paciente busca e precisa dessa mescla de calor humano e de técnica. A presença constante da família ao lado do paciente permite que ele se sinta mais protegido diante da vulnerabilidade causada por estar num ambiente novo e estranho e delimita melhor as fronteiras entre a instituição e o paciente suavizando as diferenças.

“O papel da família é da maior importância: não somente pelo cansaço que o convívio com um doente psicossomático provoca, mas também porque o sintoma psicossomático, característico de um conflito ou pelo menos de um grave transtorno que se reflete sobre a identidade do doente, está ligado às relações pessoais na família e nos grupos freqüentados pelo enfermo”, segundo Pinkus (1988:94).

A presença constante da família ajuda emocionalmente o paciente, e colabora com os trabalhadores da saúde potencialmente na garantia da preservação das singularidades necessárias para a construção do acolhimento hospitalar, e assim ajudar o paciente na sustentação de sua dor.

A relação com a instituição hospitalar é extremamente delicada porque falamos de limites, fronteiras, forças, poderes, espaços, fechamentos. A presença do familiar ao lado do paciente tranqüiliza-o e conforta-o diante de tantas rupturas, abandonos, desamparos vividos na internação. A equipe de saúde, por sua vez, imagina que tal presença ameaça seu “total” controle da situação, vigiando e fiscalizando o seu trabalho. Na verdade, o acompanhamento do Paciente pelas famílias proporciona continuidades e rupturas de plenos poderes.

À medida que é feita uma permanente parceria da Equipe de Saúde, a Família tem muito a colaborar no tratamento para o restabelecimento da saúde do paciente, pois possibilita um enriquecimento de dados singulares sobre o paciente, e, conseqüentemente, melhor resultado para o paciente e um maior retorno profissional.

A Família e a Equipe de Saúde são cuidadores do Paciente. A Família fica 'à flor da pele', querendo o melhor para seu ente querido; e a Equipe de Saúde 'à flor dos olhos', propondo ter o melhor para o seu ente cuidado. Ambos os grupos têm sentimentos de simbiose e ambigüidade na relação com o Paciente, algo natural no processo de identificação. Observamos recomendações de Profissionais de Saúde, quando se interna o paciente, como: "não precisa trazer nada, temos tudo aqui", ou entre a Equipe: "quando vai pra casa, ele volta pior". Não imploramos amizades, mas com certeza parcerias. A Mãe Glória disse: "quando ficam dois ou três dias trabalhando direto de plantão, desconta em cima do paciente. Já é difícil o tratamento, e, se não tiver uma pessoa que os trate bem, fica mais arrasado, por isso o apoio familiar é bom. Se tiver o apoio moral do hospital e do pessoal da família, ele fica cada vez melhor, sente-se mais confiante".

"A interação familiar, contribuindo para o prognóstico do paciente. A própria família é percebida como um sistema de interação que contém subsistemas, e seus membros são interdependentes", afirmam Kaplan & Sadock ( 1996: 228).

Trabalhamos com pessoas, e não com doenças, a melhora do Paciente encontra-se na parceria necessária e essencial do Profissional competente e humano e da Família, com suas contribuições das particularidades do Paciente, esse singular sujeito que se interna numa instituição estranha para ele. Tudo ou quase tudo do Hospital é novo para o Paciente, assim como para a instituição ao receber o novo hóspede. E será que esse tipo de parceria seria necessária e essencial só na instituição hospitalar?

## **6 - O LUTO NA ENFERMARIA: TRABALHO INVISÍVEL**

O Companheiro Mário coloca: “Ver uma pessoa que gosta se acabando é muito triste”. Almeida (1991:59-60) assegura que “o luto fundamental não seria somente subjacente aos lutos propriamente ditos, ligados às perdas, aos afastamentos e aos desaparecimentos reais, mas igualmente a esse trabalho de desilusão, de separação e de individualização que cabe ao ser humano, à criança, desde o início, e que não cessa jamais, porque é consubstancial com o crescimento e a vida. Essencialmente marcado pela separação psicológica da mãe na primeira infância, e pela perda da ilusão de onipotência que, difusamente, anima o bebê - e, sem dúvida, também sua mãe, que o tem em seus braços - esse luto fundamental é a base a partir da qual o sujeito humano aborda as inumeráveis perdas, desilusões e lutos propriamente ditos que esmaltam toda a sua existência. Esse luto fundamental não é apenas uma perda, mas é também a possibilidade de abertura do sujeito para o outro enquanto tal, assim como para sua própria realidade interna. Essas noções são fundamentais, e foram, inicialmente, indicadas por Freud”.

Quando o vínculo é rompido, existe o luto e os recursos de que o indivíduo dispõe para elaborar o luto devem ser buscados na qualidade do vínculo anteriormente existente. Para Bromberg (1996:101), “a figura vincular é aquela que tiver oferecido uma base de segurança... Com a perda dessa figura, não há mais a base segura onde se refugiar, tornando a experiência aterrorizante”. O impacto da perda pode ser diminuído quando são formados vínculos substitutos.

A Enfermeira Luisa coloca: “para mim, eu considero importantíssimo, momento frágil, cuidar das pessoas que estão passando por dor física, moral, espiritual, todo tipo de carência, de confusão, angústia, importante por conta disso, ajuda a recuperar, curar, momento difícil, momento de morte...”

Na situação hospitalar, a Equipe de Saúde, que tem em seu ofício dor e sofrimento, presencia fatos que deixam marcas como no relato da Enfermeira Luisa:



“...nunca mais vou me esquecer do Carlão e do Carlinhos, do dia que ele morreu, Carlinhos morrendo, e eu comigo: acho que de hoje não passa... Nunca vou esquecer o Seu Carlos. Com o caso, com a doença não aprendi nada, mas com o paciente, o que temos de vivência, comportamento, emoções, nunca vou esquecer. Pode ser que alguma coisa me lembre essa situação do Seu Carlos. Eu nunca chamei um familiar para dizer que estava morrendo. Eu me sentia incapaz de lidar com essa situação direito. Apesar de incômoda, entre isso e uma partida de buraco, claro que optarei pela partida de buraco. Aprendi com o doente...” Para Bromberg (1996:61), “trabalhar com o processo da morte seguramente nos reporta à nossa própria morte e às nossas angústias ligadas a ela”.

Almeida (1991:60) afirma: “...as famílias suficientemente sadias ajudam seus membros, adultos ou crianças, a superar, cada um por conta própria e também conjuntamente, as duas dimensões da angústia e do luto fundamentais. Não certamente a se desembaraçar delas, mas a superá-las, isto é, a *trabalhá-las*. E pode-se dizer sem dúvida, por contraste, que as famílias com forte potencial patológico são aquelas que se esforçam, obstinam-se mesmo, em evitar a todo custo - e bem em vão - o vivido da angústia e a dor do luto”.

Durante a Pesquisa de Campo, foi feito um contato com o pai de um paciente (o nome do filho era o mesmo do pai), a distinção era feita chamando o pai pelo aumentativo e o paciente pelo diminutivo. O filho estava em estado grave, o pai queria falar, ser ouvido e não ser entrevistado. Fiquei constrangida pela situação. Imediatamente parei a proposta da entrevista, pois seria um desrespeito ao seu sofrimento junto ao filho e prossegui ouvindo-o. Maud Mannoni (1995:93-94) afirma que “a perda de um filho é uma provação de que o adulto não recupera jamais... Essa “ferida narcísica irreparável” de que fala Freud atinge o ser de maneira tão radical que o sujeito não tem mais palavras para traduzir o que sente. A morte, levando o filho, despedaça o pai”. A Paciente Ana conta parte de sua história: “estava nos Estados Unidos, e não pediram o HIV. Filha nasceu, cresceu e morreu lá... Perdi meu apoio moral, a máquina..”

No hospital, deparamos com pessoas circulando, principalmente, quando se trata de visitas dos pacientes, é percebido como se estivessem à toa. Entretanto, essas pessoas encontram-se num extremo trabalho de luto, diante da perda do ente querido. Para Maud Mannoni (1995:91), “o luto se situa no campo do *princípio de realidade*: existe separação do objeto a partir do momento em que este não existe mais. O trabalho do luto consiste, assim, num desinvestimento de um objeto, ao qual é mais difícil renunciar na medida em que uma parte de si mesmo se perdeu nele... O princípio de realidade exige do sobrevivente que ele se separe de um objeto que não existe mais, essa perda de objeto remete, todavia, no nível do vivido, a uma situação traumática... A angústia se torna, então, por deslocamento, reação a um perigo proveniente do objeto perdido (a morte podendo trazer infelicidade ao sobrevivente)”.

Foi pontual esse momento do contato com o sofrimento do Pai Carlos, em seu trabalho de luto diante da perda do filho, pois nos mostrou que um trabalho considerado como à toa, invisível, é um trabalho que exige extremos esforços emocionais. Edson Sousa (2000:216) diz que “a condição de visibilidade é algo que depende sobretudo de uma condição de valor. Introduzir um ato, um objeto, uma obra no plano do visível requer, portanto, uma operação de reconhecimento. O que é crucial sublinhar é que reconhecer não depende única e exclusivamente de uma decisão intelectual, seja ela cognitiva ou volitiva. Nosso olhar sofre os efeitos da posição em que nos colocamos... É impossível uma leitura do valor sem uma leitura da história. Não se trata, portanto, de um valor em si, absoluto, mas um certo índice de uma operação de reconhecimento, de legitimação de determinada experiência localizada espacialmente e temporalmente”.

A Enfermeira Luisa nos conta um de seus árduos dias de trabalho conversando com o Pai de um Paciente terminal: “hoje [o paciente] está cansadinho, ele [o pai do paciente] olhou [para ela]. Está agonizando e morrendo, olhou de novo. Falou: ‘mas ninguém pode fazer nada?’. Por Deus, eu não posso responder. Ninguém pode fazer mais nada. Pode morrer a qualquer momento. Estou preocupada com o senhor. Se o senhor está sabendo da real situação. [O Pai respondeu] ‘Médico falou que está fora de

possibilidade, nada que ele pode fazer'. Chorando muito, ele disse: 'já pedi tanto a Deus para trocar, pra ficar no lugar dele'. Eu [a enfermeira] não pude chorar, tinha que ser forte, fiz carinho no cabelo dele, se o abraçasse eu ia desabar ali com ele, já estava com vontade de chorar. Falei que Deus, achou que não podia trocar. Não consigo sentir a sua dor. A médica, professora, me viu conversando com ele chegou e perguntou: 'morreu?' gesticulando. E foi embora. Não chegou junto. Fez seis anos de medicina, três de residência, mestre, doutor, mas não pôde fazer nada para curar o seu filho. Todo mundo corre, inclusive eu. Difícil para todos".

Edson Sousa (2000:216) assinala que "o trabalho do artista...justamente por não responder a uma lógica do capital, que, em nosso tempo, propõe equivalências diversas entre tempo e dinheiro, o artista produz muitas vezes, num longo tempo silencioso, um trabalho nem sempre visível".

Esse trabalho árduo, mas não reconhecido, é justamente invisível porque mexe com a dor: faz leitura sem leitura da história. Trabalha com restos, funerais, com coisas que já foram embora. Trabalhos invisíveis, não reconhecidos, principalmente pelo capitalismo, como a arte.

## **7 - INVENTIVIDADE NA HOSPITALIZAÇÃO**

A monotonia da vida do internado favorece a letargia e a regressão. Ela convém a uns pacientes e a outros não. Os que estão muito graves, ou têm necessidade de repouso, a desejam, mas é enjoativa e tediosa para os que estão em fase de recuperação, que se levantam e circulam pela unidade. Geralmente, as atividades dos pacientes são poucas. Praticamente se resumem em escutar e observar a atividade do pessoal. Assim esperam o tempo passar.

Um certo paciente internado queixa-se: "...Eu tô passando mal, e [um profissional da equipe de saúde] diz que estou fazendo graça, fazendo manha". Quando o Profissional de Saúde, a quem cabe reconhecer, as vontades e as necessidades do Paciente e não as distingue, como acompanhar essa demanda de cuidado?

Como criar espaços na instituição hospitalar para que os desejos das pessoas que dela se utilizam possam ser identificados? A confiança é importante na relação para que a situação transferencial exista e assim se poder trabalhar essa "outra" demanda. A dificuldade de se perceber aparece diretamente na sua relação com o outro. Sabe-se que na relação filho-mãe, a criança já melhora com o carinho, com o aconchego. Será que o paciente não precisa 'armar' pra obter atenção necessária para se restabelecer? Assim como o Profissional de Saúde também não precisaria de suas "armações", suas manhas para obter melhores condições de conforto no trabalho? O sujeito precisa a todo instante inventar-se, fazer-se na vida, para que as repetições não o matem vivo.

Muitas vezes, o Paciente vive situações como um objeto inanimado, o outro é quem lhe dá vida ou não, "levante-se" ou "não se mexa", "fica quietinho aí". A mãe fica em função do bebê, que depende dela para sua própria sobrevivência. E como seria se o bebê tivesse que ficar em função da mãe? O que poderia fazê-lo sobreviver? A Paciente Maria relata "chamava para mudar posição, diziam para escolher a posição certa. Se eram dez horas da noite, tinha que ficar nessa posição até de manhã, chamava e não vinham".

A complexidade hospitalar tem suas relações que se dinamizam, e que se interferem. Existem as paralisias no sujeito provocadas pelas tensões internas, ou/e muitas vezes provocadas pelo sistema institucional. Kaës (1991: 02) coloca que o espaço psíquico institucional apóia-se em duas margens heterogêneas: “a margem biológica que atualiza a experiência corporal e a margem social que atualiza a experiência institucional”.

Num determinado hospital, havia uma criança de um ano e meio com um tumor maligno abdominal, ela ficava no berço por estar impossibilitada de andar. Contudo, quando colocada no colo, ela participava do grupo como as demais crianças, mesmo sem grandes movimentos, o mais expressivo era seu corpo - seus olhos, que ficavam atentos a tudo que se passava ao seu redor, que antes eram apenas as camas vazias. Essa situação exemplifica o quanto o outro pode colocá-la num outro lugar, não só da doença, mas também de uma criança que gosta de participar de brincadeiras, de se inventar. Outro momento também gratificante para o Profissional foi, quando a criança mesmo paralisada pela doença, reagiu a um ato seu. Impossibilitado de a pegar no colo, ele empurrou o carrinho onde ela estava, e esse movimento fez voar uma pipa de papel que estava amarrada nele. A criança sorriu! Como se, “magicamente”, naquele momento, possibilitássemos a criança estar no lugar daquela pipa, se movimentar, mesmo diante de tantas ilimitadas limitações da doença, e inventar uma outra forma de viver. Kaës (1991:11) ressalta que “o inconsciente não se *localiza* apenas no espaço do sujeito singular (ou do indivíduo enquanto tal, para retomar a expressão freudiana), mas nos espaços liminares onde se produzem as passagens constitutivas da realidade psíquica: portanto, e por uma parte ainda desconhecida, nas formações do vínculo inter e transubjetivo ou nos espaços a-subjetivos do quadro institucional”.

Ao mesmo tempo que o ambiente hospitalar provoca perdas sociais, ele recria laços. A proximidade e a identificação entre os sujeitos com a situação da internação vem acompanhada, da troca de confidências, de segredos, de intimidades. Aparecem nas expressões utilizadas pelos pacientes que nos permitem pensar sobre essas rupturas e continuidades. Por exemplo falas de alguns Pacientes internados: “Olha, compadre”... “No início, achei ruim”. “Vou sentir falta dos amigos que fiz aqui. Já dei

meu telefone e endereço. Falei para ele aparecer lá em casa”. “Quando fiquei normal, cheguei a ajudar as enfermeiras”.

A amizade que se estabelece entre os pacientes favorece e apressa sua recuperação, solidariedade e identificação, reconhecimento da ajuda. Relata um Paciente internado: “uma paciente estava sem dormir, falei pra ela que música é bom, emprestei meu *walkman* pra ela. Fiz amizade com ela, com o marido e com o filho, e o filho tem o mesmo nome que o meu. Passei meu endereço pra eles”. Observação feita pelo Médico João: “o Paciente vem visitar os amigos que conheceram na internação. O Paciente veio para dizer que está trabalhando e veio visitar o Daniel”.

Entre as continuidades da vida, a sexualidade está presente, comenta um paciente: “separar mulher e homem, se não dá choque”. Expressa que continua sendo um sujeito desejante. O hospital é um lugar onde a sexualidade e a morte são expostos a todo tempo, entretanto as pessoas agem como se tivessem que ser negadas.

“O relacionamento entre os doentes é, antes de mais nada, fonte de informações sobre as “regras” da vida de hospital e sobre as várias pessoas que compõem a equipe sanitária... Além disso, todo relacionamento tem um efeito socializante.... Mas a vantagem maior da troca de favores é a manutenção das forças físicas e o fato de evitar, enquanto possível, os efeitos negativos da dependência e da despersonalização”, comenta Pinkus (1988:125). O relacionamento entre os Pacientes ameniza a ruptura de seus laços, à medida que o certifica de que pode também ter outros vínculos, nem tudo está perdido. E a identificação permite que sua dor seja reconhecida e cuidada. Favorecemos continuidades quando estimulamos e criamos espaços para maior integração entre os pacientes.

Segundo Castiel (1994: 24), “...há indícios de que o senso de controle pessoal da situação teria efeitos protetores diante de estímulos estressores,... ou seja, a capacidade humana de enfrentar ameaças reais ou imaginárias - e desenvolver respostas adaptativas mais ou menos satisfatórias.”

A internação faz que cada sujeito tenha seu tempo e espaço modificados. Entretanto tal cisão que pode provocar em alguns depressão, em outros dispara a capacidade de criar, e de modificar o espaço hospitalar na busca de outros caminhos para lidar com a inevitável. Para Winnicott (1996:31), “em certas pessoas e em determinadas épocas, as atividades que indicam que uma pessoa está viva não passam de reações a estímulos. Retire os estímulos e o indivíduo não tem vida”. Percebemos que isto ocorre em casos que, em seguida à internação, acompanha um estado depressivo. Por outro lado, identificamos a inventividade do sujeito, quando, mesmo internado, ele “pinta e borda”, toca violão, ouve seu rádio (walkman), participa de jogos como baralho, dama, dominó e outros. É inegável que esses espaços de singularidades contribuem para a saúde.

O Médico Pedro coloca em relação ao que poderia ser melhorado no Hospital: [Suspira] “o que poderia ser feito [Pensando]... Responder na bucha é complicado. Isso é tão individual”. Winnicott (1996:31) coloca: “a criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que *está vivo*. Pode ser que o impulso esteja em repouso; mas, quando a palavra “fazer” pode ser usada com propriedade, já existe criatividade”. O Paciente Paulo relata sobre a comida do Hospital: “nada tem gosto de nada”. Tematiza que o Hospital deve ser também um espaço de criatividade, principalmente um lugar de sofrimento do sujeito. Valadares (2000: 84) considera que “a invenção de novos espaços-tempo dependerá mais da con-sideração das contradições do que das linhas de fuga”.

Percebemos que a cada nova situação que o sujeito se depara, ele cria outras alternativas através do ‘fazer’. O Companheiro Mário relata: “vim pro Rio me libertar de muitas coisas. Opção que eu gostava de ser, me sentia bem. Se tivesse ficado lá, teria casado e teria vida dupla, não seria feliz. Aprendi a ser gente, a me defender, corre-corre, me sinto produtivo, ser gente”. O Paciente Paulo comenta: “sou feliz e faz necessário para eu ser feliz. Preciso ir embora para agir minha vida”.

Conta o Paciente José: “Quando chegou no Hospital X., eu mesmo empurrei a porta da ambulância com o pé e falei que só saía dali morto”. Ele prossegue dizendo como vive se inventando, no seu zig-zag: “uma colega minha já tinha me tido que ‘quando tentassem atirar em você, sempre correr em zig-zag, que é mais difícil de acertar o tiro’. Mesmo assim eles já tinham dado um tiros, aí pensei vou fingir de morta, era o único jeito. Tinha uma árvore, segurei no galho e caí como se tivesse morrido, e aí eles param de atirar e falaram: serviço feito!”. Continua ele contando: “...então chamaram a ambulância, e o policial que foi legal disse para falar que foi reagir de um assalto, se perguntassem. Assim que a ambulância chegou eles perguntaram e falamos, e perguntaram também ao policial e ele confirmou, se não eles poderiam não querer levar, fazer uma série de perguntas. Então me levaram”. Existem as regras, mesmo assim os sujeitos têm suas ‘armações’ para burlá-las. O Paciente José prossegue sua história de fazer-se na vida: “...Quando tive alta do hospital, meus pais diziam pra todo mundo que perguntava por mim que eu havia morrido. Eles me aceitaram em casa. Mãe é verdadeira artista. Pai que não gostava de sua vida. E como ele tinha me pedido que virasse homem. Ele [o pai] pediu que ia arrumar homem de saia ou sem saia. Deixei a minha sobrancelha crescer. E fui ficando assim”. José relata que, para viver, ele tem que se inventar a todo instante: “...Travesti tem que saber onde e como viver”. A vida de José o ensinou a fazer a própria vida: “...Eu que arrumo o quarto, tiro os lixinhos, dobro os cobertores, limpo o banheiro, pode ver que material de limpeza por aqui no quarto. Quando o pessoal da limpeza chega quase não tem mais nada pra fazer. Eu gosto.”

O Médico Pedro fala também o fazer-se na vida: “Sempre fui uma pessoa muito disponível para as coisas. Eu gosto dessas coisas de conhecer novas pessoas. Oportunidades, situações. Experimentar tudo e ficar com que é bom. Tudo posso, mas nem tudo me convém. ( Bíblia Carta São Paulo)”.

A Auxiliar de Enfermagem relata seus momentos de criatividade inerente a todo ser humano: “Gosto muito de abrir restaurante, mesmo pequenininho. Gosto de inventar pratos ou salão de beleza”.



Se não estivesse no Hospital, a Paciente Maria diz o que estaria fazendo: “Cuidando dos meus filhos, da casa, ou passeando, adoro sair. Final de semana vou pegar meu esposo no trabalho com meus filhos”. Coloca que estaria ocupando outro lugar, cuidando do outro. Viver implica ser sujeito da ação, liberdade em se inventar, fazendo-se a cada instante. Expõe as perdas com sua entrada no hospital, encontrado o custo de seu tratamento, as mudanças nas rotinas em sua vida. A Paciente Maria conta ter acolhido o marido no trabalho buscando-o com seus filhos, criando um ambiente familiar. Nesse momento, ela tematiza que diante de situações de desamparo do sujeito, seja uma internação, o trabalhar no sábado, é preciso acolher o outro para que ele possa sustentar essa ruptura.

Winnicott afirma que (1996:32) “a criatividade é, portanto, a manutenção através de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo... O princípio da realidade é o fato da existência do mundo, independentemente de o bebê tê-lo criado ou não... Preciso estar sempre lutando para me sentir criativo”.

Citamos alguns exemplos testemunhados no Hospital com Pacientes internados: paciente com uma pipa no quarto, outro que traz seu *walkman*, outro que tem na parede do quarto o retrato da filha pequena, uma senhora fazendo crochê no leito, outro fazendo seus trabalhos de estilista na beira da cama, um rapaz que em sua primeira internação fica em isolamento de contato não podendo sair do quarto traz o violão para o seu quarto no hospital, outro paciente fazendo jogo de palavra cruzada, outro que treina capoeira na varanda, outros brincam com baralho, dominó, bingo, dama, xadrez, durante o período de internação, um senhor e uma menina que trabalham coisas que acham no campus do hospital e inventam um porta-lápis e um porta flor pintados com esmalte de unha e dão de presente para funcionários do Hospital, uma família que doa para hospital um quadro desenhado pelo paciente, como era vontade do paciente antes de falecer. Winnicott (1996:33) afirma que “ ‘criar’... “trazer à existência”... alguém ver tudo como se fosse a primeira vez... ‘apercepção’ “.

A criatividade no Hospital durante a internação faz que o Paciente não fique só voltado para a doença, e permite transformar suas tensões em intenções, como comenta certo Paciente: “Brinca um com outro de dominó, as horas passam e a gente nem sente”. Cita outro Paciente como um lugar também de música: “Violão, pensei em trazer, mas agora já estou quase de alta”. Winnicott (1996:34) registra: “no viver criativo, tanto você como eu descobrimos que tudo aquilo que fazemos fortalece o sentimento de que estamos vivos, de que somos nós mesmos”.

Muitas vezes na internação o Paciente atua como a instituição e não como sujeito da instituição, copia e não cria. Entretanto o sujeito mesmo internado, precisa suavizar os efeitos dessa nova situação, não perdendo, mas reduzindo até reconquistar a sua autonomia, a sua capacidade de criar, de se inventar, e não simplesmente de repetir comportamentos. A capacidade criadora de mudar a situação, de ter outras alternativas, é inerente à base de nosso ser, o que sempre nos possibilita uma luz no final do túnel, diante de grande impasses que enfrentamos constantemente nas instituições.

O sujeito tem com a instituição um vínculo tanto como parte interessada e quanto como parte integrante, assim nos diz Kaës (1991: 03). Citamos mais um exemplo de que o sujeito modifica a instituição no mesmo momento em que ela proporciona essa continuidade de vida. É o caso de um paciente que, quando se internou, tinha seu rosto cheio de pequenas feridas e uma maior na ponta e na lateral do nariz, falava muito pouco, cabisbaixo, todo tempo com um boné em sua cabeça. Dias depois de sua internação, ele junto com outro paciente pegaram na mangueira ao lado da varanda algumas mangas e me deram uma. Na semana seguinte, observei na parede de seu quarto uma pipa pendurada. Ele comenta: “a pipa caiu aqui e peguei. Solto da varanda mesmo” Encontrava-se falante, participativo, e sorridente. Suas feridas quase que totalmente cicatrizadas. Winnicott (1996:42) cita: “Só criamos aquilo que descobrimos”.

O Paciente relata que a doença requer paralisações: “Não ia dar certo ficar dentro de casa. Dentro de casa sempre estou fazendo alguma coisa”. A doença limita o corpo do paciente, a internação restringe sua liberdade, as perdas são muitas. Observamos que, numa mesma enfermaria, existem pacientes que ficam (no quarto) dormindo, e aqueles que “pintam e bordam”. Cada sujeito possui maneiras de se ‘a(r)mar’ para driblar as situações que o desagradam. O convívio e o acolhimento permitem ao paciente que tenha ganhos diante de tantas perdas. Como disse um paciente certa vez: “o que a gente recebe aqui de vocês faz a gente tirar água da pedra”.

Como proporcionar espaços de “convívios” e ações que possam amenizar essa estada num hospital, para que, quando a internação for necessária, seja a melhor possível? “A vida é, além de sobrevida, espaço de convívios.” (Valadares, 2000).

## **8 - O CONCEITO DE IMPLICAÇÃO:**

### **A PROXIMIDADE E A DISTÂNCIA NECESSÁRIAS**

Nos momentos em que eu colhia material para pesquisa, percebi que, ao mesmo tempo em que o entrevistando me ajudava, a “conversa” servia-lhe também para refletir sobre o singular valor de sua história. Como percebemos no comentário da Enfermeira Luisa: “...Entrevista desse tipo funciona como terapia. Oportunidade de falar o que pensa, e alguém te ouvir”. A Enfermeira Claudia comenta em dois distintos momentos da entrevista: “De modo geral, não comento [sobre o meu trabalho em casa], porque não é da área, não tem necessidade. Às vezes eu sinto necessidade de comentar”... “Legal quando vem pessoal de fora, de outras áreas, outros lugares para fazer trabalho, vocês que não sejam da área de enfermagem”. O Médico Pedro relata como sua família vê o seu trabalho: “...Há troca, mas não muito de trabalho, já vivo com isso o dia inteiro, às vezes conta um caso ou outro. Com amigos estou sempre falando. Têm médicos também, não só”. A auxiliar de Enfermagem Vera comenta: “Acho interessante passar o que você acha do seu trabalho. Estou com o tempo livre, não custa nada, são coisas que você costuma conversar, e se vê falando coisas que nem imagina”. A Assistente Social faz a seguinte observação: “As pessoas tem medo de falar...”, e ela enfatiza num outro momento da entrevista: “Falo muito com meu marido. Conto muitas coisas, percebe coisas que me ajuda muito”.

Durante as anotações do trabalho, identificava-me com as situações relatadas pelas pessoas na minha história de vida. As idéias a respeito dessa dinâmica da internação hospitalar não só iam cada vez mais se confirmando em mim, como também ajudavam a fazer que esse óbvio trouxesse o mínimo de nebulosidades na pesquisa.

Dentro da abordagem da análise institucional, o conceito de implicação pode dar meios para refletirmos sobre algumas das práticas hospitalares. Para o Analista Institucional René Lourau (1996: 273), “a implicação institucional consiste no conjunto das relações que existem, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional. A segmentaridade e a transversalidade atuam de maneira a especificar e modificar as implicações de cada um, ao passo que a ideologia se esforça por unificá-los”. A implicação do pesquisador no trabalho envolve a sua subjetividade e a sua história.

Enfim, esta minha implicação com o trabalho hospitalar convoca-me para a cena, fazendo com que eu perceba determinadas coisas e ao mesmo tempo não dê conta de outras. Buscarei durante a elaboração deste material a proximidade e a distância necessárias para um bom desenvolvimento. Ainda mais, o hospital que, com suas peculiaridades, mobiliza não só quem está no cenário, mas também aqueles que fazem parte da platéia. Toca a todos!

## **9 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OBJETO DE AMOR OU DE CUIDADOS?**

No Hospital, percebemos que, nas relações, formam-se laços entre Profissionais de Saúde e Pacientes, para isso citaremos alguns relatos: Relato do Médico Pedro: “A hora que vão embora, da despedida. Quando o doente chega. Quando estava como residente na clínica médica. Carinho que criaram com você. Despedida é bom, te emociona, ora por você... Já [chorei] uma por coisa boa. Aquela história da xicarazinha, por emoção. Foi quando saí da clínica médica, e paciente me abraçou”. Auxiliar de Enfermagem Vera: “tem paciente que não quero que venha a óbito no meu plantão. Quando acontece, meus olhos enchem d’água, aquela sensação. Não deixava lágrima escorrer. Vi uma colega, 3 vezes, chorava quando paciente que tinha bastante tempo com a gente, e se apegava. Fazendo o pacote. O serviço é dividido da enfermagem, quando a gente não está com aquele paciente, a gente vai ver como ele está”.

Prado (1991:82) afirma que “desejos e frustrações que, na fantasia, que se associam a uma determinada pessoa podem afetar os outros relacionamentos, tanto na vida real como ao nível imaginário. Pode-se tentar colocar fora de si próprio os sentimentos ou intenções, por projeção ou por identificação projetiva, adequada ou inadequadamente. A projeção é parte normal de qualquer relacionamento. As pessoas projetam, e também agem de uma dada maneira sem se dar conta disso, quando sentimentos são excessivamente dolorosos ou com carga demasiadamente elevada para continuarem retidos em suas próprias mentes, sendo que os processos de projeção são especialmente poderosos nos relacionamentos que abrigam os mais fortes laços emocionais”.

A Assistente Social Ângela assinala que há diferentes tipos de relacionamentos no mesmo Hospital: “DIP o atendimento é bom, há envolvimento da equipe. Na clínica médica, o médico sem retorno ao atendimento, é outro tipo de atendimento”.

Há Profissionais intimamente envolvidos e realizados com seu trabalho como relata a Enfermeira Luisa: “não consigo me imaginar fazendo outra coisa”. O Médico João: “não sou cara distante, beijo, abraço meus pacientes estou absolutamente disponível, sempre pronto a recebê-lo. Entendem quando não posso atendê-lo, quando tem reunião, ou atendo-os imediatamente”.

O Paciente Paulo comenta uma das características implicadas no envolvimento: “só te acompanha quem gosta de você. Eu escolhi ele [o acompanhante]”. Stedeford (1986:95) assevera que “a regressão, quando acompanha a incapacidade física, presta-se a ser fonte de satisfação para o grupo, (paciente e parentes ou enfermeiros). O paciente pode gostar de ter seus cabelos escovados e sua face gentilmente lavada, quando ele atinge um estágio onde seus braços doeriam, se ele fizesse isso sozinho. Os parentes que fazem estas tarefas talvez apreciem a nova intimidade e sua própria capacidade em dar conforto físico para a pessoa a quem querem bem”.

A internação acarreta separações e cortes em suas ligações afetivas com o mundo. Para Campos (1995:42), “a doença impede o indivíduo de trabalhar, de se divertir, tira-o do convívio familiar e dos amigos, isola-o. Ninguém sentirá o que ele sente. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família“. E a identificação tem processos de retro-alimentação, de idas e vindas, que a doença dificulta.

Os Profissionais de Saúde estão sobrecarregados com atividades burocráticas, ocupando a maior parte do tempo, o que o distancia cada vez mais do cuidar do paciente. O que realmente lhes cabe está sendo visto como o excesso. Sem esta função, ele deixa de existir, pois sem o cuidar do Paciente, o funcionamento desta instituição não teria sentido. Esta inversão de valores acarreta um desgaste físico e emocional manifestados nos comportamentos de irritabilidade, de depressão, de impaciência, de indiferenças pela Equipe de Saúde e projetados no paciente, que absorve todo o sentimento de culpa como o lugar do causador de todo o sofrimento do outro. O profissional sente-se tão doente quanto o paciente, identifica-se com ele.

Queixa-se de abandono e demanda cuidados pela instituição. E tal situação demanda providências quanto à Saúde emocional do próprio trabalhador de Saúde.

Conta certo Paciente internado: “Ela [a enfermeira] é muito agitada. Ela veio me perguntar se eu não gostava dela . Eu disse que eu não gostava do jeito todo nervoso . Toda agitada. Eu gosto de sua pessoa. Quando a pessoa é calma a gente ajuda também. Depois nós somos os agitadores aqui do hospital”. Ao mesmo tempo, os pacientes percebem no sistema onde e como reduzir esforços físicos e emocionais, que podem ser poupados e canalizados para outros trabalhos mais específicos junto ao paciente “as enfermeiras ficam com dor nos braços. Tem o serviço de apoio que é pra ajudar a enfermagem com o paciente”. Todo mundo tem um pouco de cuidador. O Paciente reconhece suas necessidades e do outro: “tinha que ter uma reunião dessa [psicoterapia de grupo] só para elas [enfermagem]. O dia delas é muito agitado”. Há uma grande demanda para os Profissionais de Saúde, solicitam apoio pra carregar tudo inclusive e principalmente o emocional. Conforme Winnicott (1996:90) “precisamos de nossos pacientes tanto quanto eles precisam de nós”.

A Enfermeira Luisa comenta: “o grupo não gostava de falar, vamos ajudar, alguém se preocupando com a enfermagem. Agora participam melhor... Falar é bom, é uma dor que ajuda”.

Na instituição hospitalar, no que se refere à relação com o Paciente, os Profissionais de Saúde e a Família sofrem também. “A pessoa que manifesta sintomas ou uma conduta perturbadora é vista no contexto da família, que, imagina-se, contribui para a gênese ou a manutenção do transtorno. Dessa maneira, a família inteira é vista como paciente, e não apenas a pessoa que manifesta os sintomas francos, ou seja, o paciente identificado” (Kaplan & Sadock, 1996: 226).

O cuidado de pessoas infectadas pelo HIV, especialmente quando se aproximam da morte, tem um efeito profundo sobre os prestadores profissionais de cuidados, assim como sobre as famílias, como observamos em Kaplan & Sadock (1996: 395): “algumas



reações das famílias e dos amigos de pessoas infectadas pelo HIV, tais como: ansiedade, depressão, senso de estigma, senso de isolamento, medo de contaminação, senso de desamparo, sentimentos suicidas, declínio nos sentimentos e atividades sexuais, estresse, pois os pais não esperam que os filhos morram antes deles, desespero com o declínio físico e mental da pessoa infectada, e outras. E com relação aos profissionais que proporcionam cuidados de saúde a pessoas infectadas pelo HIV incluem: medo do desconhecido, medo de contaminação pelos “impulsos ilícitos” que essas pessoas podem representar, identificação excessiva, aumento da ansiedade, aumento da interferência com atividades não relacionadas ao trabalho, desespero com o declínio físico e mental dos pacientes, desgaste, e outras”. Afirmo Vicente Carvalho (1996:71) “os profissionais de saúde que, em contato com determinadas situações de trabalho, vivem dinâmicas nas relações humanas que podem desencadear adoecimento psíquico a despeito, muitas vezes, dos mecanismos de defesa adotados. Cabe agora falar do adoecimento físico a que estes trabalhadores podem também estar sujeitos, adoecimento físico este que, claro está, não tem nada a ver com o contágio físico”.

A partir daí, quem *adoece/co-adoece*, assim como quem *cura/co-cura-se*? Quais são o (s) sujeito (s) *adoecidos / co-adoecidos* na instituição hospitalar?

Núbia Rodrigues (1998:139) cita: “o discurso sobre o sofrimento evoca significados desde ‘força’ e ‘fraqueza’, vulnerabilidade e determinação, medo e coragem; desperta, assim, emoções positivas e negativas tanto no sofredor quanto em seus interlocutores”.

Assim, há o Paciente identificado existe também o paciente não identificado ou co-identificado, que, pela identificação, pode adoecer ou curar-se conjunta e latentemente. Incluiríamos nesse grupo os Profissionais de Saúde e a Família do Paciente que podem percorrer o caminho transferencial e contra-transferencial presentes nas relações.

O trabalho na área clínica hospitalar permite acompanhar os pacientes identificados, os familiares *co-adoecidos* em virtude do sofrimento do parente. Já os Profissionais de Saúde exigem que a instituição ofereça um adequado suporte emocional, além das condições ambientais, o qual, assim, ameniza sofrimentos inerentes ao próprio ofício da Profissão, e contribuindo para que eles também não *co-adoeçam* e possam desempenhar harmonicamente seu papel de Cuidadores e da Saúde.

“O ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que proteja e faz, eis a característica singular do ser humano”, diz Boff (1999:35).

Mesmo distante, manter o Paciente, em contato com seu mundo é atribuição do Hospital. O telefone no hospital permite a continuidade na vida do paciente, amenizando a ruptura causada pela internação, conforme observa certo paciente. “Orelhão é importante, a família mora longe como que eu ia me comunicar com minha filha. A gente pode falar com quem quiser. Tratar de coisas importantes”.

O Paciente Paulo coloca: “tenho um projeto de ensinar as crianças se valorizarem. Dar escova de dente, pasta, ensinar como escovar os dentes, ter boas maneiras. Ajudar e estar perto”.

Carvalho (1996:66) cita: “no trabalho de Martins [Martins, A. L. N., Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica, São Paulo, Bol. De Psiq. VolIII, 22-23, pp. 9-15, jan. 89/dez.90.] refere encontrar na literatura descrição de síndromes ligadas ao trabalho profissional do médico, enumerando duas delas: síndrome de sobrecarga de trabalho, que apresenta como elementos fadiga, irritabilidade, distúrbio de sono, dificuldade em concentrar-se, depressão e queixas físicas e síndrome de estresse profissional (*the burn-out syndrome*) associada a profissionais submetidos a estresse emocional crônico. Esta última síndrome apresenta sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais.

(...) Os sintomas somáticos são a exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispnéia.

(...) Os sintomas psíquicos são a presença de humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse.

(...) Os sintomas comportamentais são os mais expressivos desta síndrome e se caracterizam por comportamentos de recusa, como, por exemplo, a recusa de pacientes ‘as consultas rápidas, ao não estabelecimento de contato visual e ‘a colocação de rótulos depreciativos, surgindo um comportamento crítico em que tudo é alvo de ataques que atingem pessoas e a instituição”.

Para Viorst (1988:30) afirma que “outra defesa contra a perda pode ser a necessidade compulsiva de tomar conta de outras pessoas. Ao invés de sofrer, ajudamos os que sofrem. E por meio das nossas bondosas ministrações, aliviemos nossa antiga sensação de desamparo e nos identificamos com aqueles de quem cuidamos tão bem”.

Carvalho (1996:67) assinala que “o trabalho com pacientes, fora e dentro de instituições hospitalares, pode desencadear sentimentos fortes naqueles que cuidam positivos e desejados como piedade, compaixão, amor, como também indesejados que levantam conflitos como culpas e ansiedade, ódio e ressentimento. Algumas vezes pode também surgir inveja pelos cuidados recebidos pelos pacientes”.

A Enfermeira Luisa diz: “para mim, eu considero importantíssimo, momento frágil, cuidar das pessoas que estão passando por dor física, moral, espiritual, todo tipo de carência, de confusão, angústia, importante por conta disso, ajuda a recuperar, curar, momento difícil, momento de morte”...

Carvalho (1996:65) referencia “martins cita trabalho de Tokarz que afirma que muitas das características de personalidade que levam o indivíduo a escolher a carreira médica são as mesmas que levam a doenças emocionais, alcoolismo, abuso de drogas e à doença mental. As características mencionadas por Tokarz são ligadas à

“compulsividade, rigidez, controle excessivo sobre emoções e formação de fantasias irrealistas sobre o futuro” (Martins, 1989, p.13) [Martins, A. L. N., Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica, São Paulo, Bol. De Psiq. VolIII, 22-23, pp. 9-15, jan. 89/dez.90.]”.

Pouco temos institucionalizados cuidados com quem cuida para que o cuidador possa estar mais bem preparado, do ponto de vista emocional, para o desempenho de sua tarefa. Pitta (1991: 62) expõe que “esse contato constante com pessoas fisicamente doentes lesadas, adoecidas gravemente, com freqüência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e muitas vezes aterrorizadoras.”

Um certo dia ao comunicar no posto de enfermagem que estaria levando os pacientes para psicoterapia de grupo, uma pessoa do Serviço de Enfermagem indaga: “Quem vai fazer com a gente?” O trabalho hospitalar é voltado para cuidar do outro, mas que, na verdade, é uma busca de cuidados para si próprio.

As questões da doença e da morte são difíceis para doentes, familiares e profissionais. Cada morte pode representar para o Profissional sua impotência, sua incapacidade, seu fracasso, e, principalmente, sua própria mortalidade. Campos (1995:50) comenta: que “aspectos relacionados à doença, ao doente e ao adoecer estão presentes também na vida dos profissionais que atuam na área hospitalar e os inquietam, trazendo à tona questões pessoais”.

Paciente Ana fala: “me agarro a alguma coisa para ver se a cabeça pára de pensar em besteira”. Importante diante de tensões, desviá-las. Nos diz Kaës (1991:02-03) “a parte do Self que está “fora de si” é a parte mais primitiva, mais indiferenciada, a base de nosso ser... a função da instituição é *por um curativo* na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios, preservar as funções dos ideais e dos ídolos”.

Pinkus (1988:136) registra que “a falta de relações afetivas sadias, portanto, orientou esta pessoa para a profissão sanitária. Ela se permite, embora somente de forma indireta, sentir-se objeto de amor, isto é, de “cuidados”; e o faz justamente ao cuidar dos outros. ... Estabelecem-se relacionamentos paradoxais que dão uma imagem falsa da profissão do agente sanitário e provocam reações desagradáveis por parte dos outros doentes ou também de outros profissionais da saúde”. Demandam entre outras providências que a instituição cuide da Saúde dos Profissionais que nela trabalham. O que percebemos é total negação deste fato nas instituições hospitalares, visto a grande solicitação desse suporte pelos mesmos.

Na opinião da Esposa Cátia, “para funcionar bem depende das pessoas. Eu acho que o hospital aqui é o máximo. Têm certas pessoas que trabalham pelo dinheiro, e, aqui. Para trabalhar no hospital tem que gostar e se dedicar”.

Em muitas situações, o Profissional de Saúde situa-se no lugar do protegido e não do protetor, do poupado e não aquele que poupa o outro. E como toda relação essa também envolve poder, o paciente e a família receiam sofrer represálias diante de possíveis exigências de cuidados ou até mesmo no esclarecimento de suas dúvidas. “O saber e a técnica, essenciais ao fazer e ao fazer-se do homem, já implicam em domínio de poder”, conforme Valadares (2000:83).

A nudez, a dor, e a morte, pelo menos no início, não deixam de chocar, principalmente, a enfermagem que se ocupa com as funções íntimas do corpo humano degradado talvez. É citado o relacionamento da equipe de enfermagem com o corpo do paciente. Os cuidados de higiene, os curativos e o atendimento às necessidades naturais dos pacientes exigem que a equipe entre na intimidade física do doente e isto de maneira absoluta, constrangedora, não importando sexo ou idade. E estes cuidados são repetidos por dias e mesmo semanas e meses.

Carvalho (1996:53) afirma que “um dos elementos importantes do contato dos profissionais de saúde está, além da observação, a escuta... Escutar alguém implica, em certo sentido, em uma abdicação de si... Se ouvimos os pacientes, sobretudo aqueles portadores de patologias que podem desencadear dor, verificaremos que um dos grandes medos que estas pessoas têm é o de morrer sofrendo dores... Podemos tranquilizar nossos pacientes ao lhes garantir que poderão não sofrer”.

Desejável seria que medidas de ordem profilática, caracterizadas pela existência de sistemas de suporte, fossem adotadas. Desta forma, os profissionais poderiam contar com o apoio psicológico necessário, o que resultaria, em muitos casos, em melhor condição emocional também para o profissional de saúde, com conseqüente melhora do atendimento ao paciente, visto que estes profissionais estão muitas vezes expostos a situações extremas.

Pinkus (1988: 13) pondera que “...sobre o papel psicoterápico do profissional da saúde... é muito importante que os profissionais da saúde se convençam de que o seu modo de agir com os enfermos e com os familiares tem um real valor terapêutico, isto é, faz parte da cura.”

A Enfermeira Luisa coloca: “...o sofrimento tem sua utilidade, renovação, para profissionais não se evita sofrimento, mas pode criar condições para sofrimento seja reduzido. Por exemplo, se tem um preparo - suporte emocional, não teria sofrido tanto, não tanto. Maior exemplo que dou, tinha época, início de experiência, paciente (AIDS) tinha hábito de acabar com a vida se jogando pela janela. Não tinha preparo, nem suporte. Quando pulou pela janela 12 anos, ele se arrependeu, e disse eu não quero mais morrer, não me deixa morrer, a enfermeira segurou pela mão ele, com o corpo forte, ela não conseguiu, ele morreu. Ela não conseguiu mais trabalhar com paciente, não teve suporte... Não existe preocupação interna sobre isso. Não evitado, amenizado.. Não tenho onde jogar descarga”. Oferecer suporte ao Paciente, implica primeiramente o próprio Profissional tê-lo.

Para a Assistente Social, é importante no seu trabalho: “compromisso, sinceridade, transparência e a competência”. E sabemos que para isso é necessário uma boa estrutura emocional, que, no ambiente, é sustentada pela instituição.

A Auxiliar de Enfermagem fala de seu ingresso no Hospital e seus receios e confortos: “irmã trabalha no Hospital X., tem paciente com tuberculose, e a equipe circula com paciente. Aqui, por ser DIP, às vezes é HIV + e não sabe, suspeita usamos a máscara bico de papagaio para isolamento de tuberculose. Minha irmã não conhecia. Lá tem é essa máscara cirúrgica comum sem máscara específica, isso até em clínica particular. Aqui por ter material para trabalhar fico mais tranqüila. Toda enfermagem geralmente está exposta, aqui tem suporte. Isso é fundamental”.

A Auxiliar de Enfermagem Vera fala sobre seu ofício: “a gente lida com cuidar e morte todo dia. A gente se apega, você sente. Pode ali não ter muito tempo. Mexe muito. Não que seja parente, só não quer ver sofrendo. Carinho. A enfermagem é isso, carinho. Verônica entrou malsina, não pensamos que viria a óbito. Muito difícil, acaba se envolvendo, se tiver sentimentos dentro de você. Sempre comento em casa com marido. Ele comenta que faz parte da vida a morte, basta estar vivo. Ele ouve, não convive”. Só quem passa pela situação tem algo realmente a dizer através do convívio.

A Enfermeira Luisa relata: “conflito que fico é se estou fazendo o certo. Não se pode sentir pela pessoa. Será que era melhor pra ele? Acho que ele vai morrer, para ele foi bom, estava contido, tá morrendo, provocou o choro - depois quando voltou para o quarto, voltou com expressão, para o paciente, continuou fazendo carinho, com expressão menos angustiada, mais sereno. Chora, resmunga, senti mais aliviado, continuava sofrendo, não estava se sentindo tão sozinho. Teve a hora, engoli o choro, ele percebeu, olho meio escorrer a lágrima, ele sentiu melhor com isso, senti menos fria”. Esse suporte dos Profissionais poderia favorecer-lhes maior segurança ao ajudar o outro, tendo a proximidade e a distância necessários.

A Enfermeira Claudia se coloca em determinadas situações: “muito sacrifício, desgasta muito o profissional. No ambulatório são [pacientes] 40 e 20 internados. Desgaste no dia a dia. Convívio, tem desgaste do emocional. Acompanha o sofrimento dele. Quando não melhora não é bom. Não estão progredindo”. Enfermeira Luisa dá sua opinião: “eu acho hospital um ambiente muito triste, escola muito grande, muita oportunidade de crescer, de aprender, escola de aprender, pessoalmente, cada dia aprendo coisa nova, sinto como nova, repenso sobre a minha vida mesmo”. O Médico João compara: “hoje em dia é completamente diferente. Ano passado tive meu nome em dois óbitos”. Esse trabalho hospitalar mobiliza a todos, como nos diz Pitta (1991) no próprio título de seu livro Hospital: dor e morte como ofício.



## **10 –TRANSMISSÃO: A PROXIMIDADE... E A DISTÂNCIA...**

### **CONSIDERAÇÕES SOBRE AS RELAÇÕES HUMANAS DENTRO DO HOSPITAL**

Ao longo da vivência de internação hospitalar, ao interagirmos com os envolvidos – Profissionais de Saúde, Paciente e Familiares – , percebemos extrema dificuldade no distanciamento de si e na proximidade com o outro.

Esta forma de agir é comum nas relações pessoais, mas deve ser amenizada, ou ainda, identificada e trabalhada, durante a internação, momento em que o Paciente busca acolhimento para sustentação de sua dor.

O Paciente José relata: “antes de me falar, já me trataram reservado, como se fossem pegar no ar, com máscaras, roupas, eu achava que era assim. Eu pedi alta porque não agüentava mais esse tratamento. Eu sei que eles não estavam errados. Não souberam me falar. A gente acha estranho. Eu achava que não era para equipe me tratar assim porque eu não era o primeiro, as coisas já estavam orientadas. Eles que pediram o meu exame”.

Explica Pinkus (1988:48) “a regularidade do relacionamento com a estrutura assistencial e com seus profissionais poderá contribuir para criar um sentimento de segurança no doente, que deste modo terá um ponto de referência para os seus problemas”.

A Mãe Glória: “ele soube quando estava com gripe. A médica pediu vários exames e essa médica que deu o resultado. Ela conhecia o pai dele, e cuidava da neta [pediatra]. Falou na frente do pai e do irmão por parte do pai. De lá pra cá ele piorou, ficou magrinho. O Pai ficou internado por três meses com problema do coração, ficou muito abatido e morreu há dois meses de derrame. Estourou como uma bomba. Quando lhe deu o resultado, foi sem preparo”.

Novamente a lição de Pinkus (1988:138): “o contato físico, muitas vezes requerido, pode causar sensações de atração ou repugnância. O profissional da saúde deve enfrentar constantemente situações de incerteza, de risco, e até de morte. ... Inconsciente vai determinando muitas vezes maior intensidade de reações de ansiedade, que de algum modo são enfrentadas e resolvidas”.

A Auxiliar de Enfermagem Vera afirma: “é difícil de se ver por esse lado, pelo paciente nem sempre você faz isso”. Por vezes, verificamos situação inversa à narrada. O Profissional se aproxima de tal forma da situação vivenciada pelo paciente que também dificulta o tratamento.

Isto normalmente se dá por um processo de identificação entre Profissional e Paciente. Aquele acaba por reencontrar neste situações já vivenciadas, em perfeita relação narcisista. Cuidar do outro implica cuidar de si.

O Médico João pondera: “clínico tem relação com paciente diabético, teria outros resultados, toma receita, está alta, e toma esse remédio. Fazer com que o paciente entenda, saiba, que participe da doença, o que a gente faz com paciente de ambulatório. Quando tem esse tipo de postura diante de um aluno, residente, vê que o seu aprendiz absorve o seu jeito de falar com paciente. Médicos na minha formação, tive formas aversas dessa maneira, como eu não queria ser. Tento mostrar o que gosto, como deve ser. Não de cima para baixo. Percebo que ele pegou certas coisas, ponto de vista ético. Mais difícil com os colegas, a coisa está mais sedimentada, é mais quando a coisa se construindo (...)...consegue entender que influencia, mas não justifica tratar mal o paciente. Profissionais teriam que não ser treinados, conscientização que quem está lá do outro lado da cama tem um cara que foi tirado de sua casa e está internado, e espera que ele entenda que tá com problemas (na vida?) de saúde e que ele tem que aceitar isso. Não consigo ver dessa forma. Tem que oferecer o melhor”.

Ainda o Médico João: “carinho, não na cabeça, de segurar na mão, sempre presente, algumas vezes fiz paciente morrer em casa. Paciente não tem mais o que oferecer, estar com as coisas dele. Era difícil para família, até hoje, tenho família que me liga até hoje, no dia do médico, traz na páscoa, liga pra ver se eu estou aqui”.

Partindo do exame das duas situações comumente vivenciadas – distanciamento e aproximação –, percebemos serem ambas necessárias para o processo de transmissão. Entretanto, o grande desafio é a busca dos limites que não são estanques, mas voláteis, dependentes de cada caso clínico.

Não se está diante de uma questão matemática, exata, mas sim de sentimentos, expectativas. Talvez daí decorra a falha dos cursos de formação, onde se tenta ensinar uma teoria que de nada serve se não for vivenciada, sentida, trabalhada.

Vale transcrever a lição de Masud Khan (1984:250) “é vital que, na equação clínica, as fronteiras e os processos psíquicos, pelo menos de uma das partes, a saber do analista, fiquem sempre claramente estruturadas e definidas em termos de suas funções e objetivos”.

Doentes e seus familiares projetam no profissional da saúde uma série de sentimentos, ora de gratidão afetuosa, ora de hostilidade declarada. Esta gama de sentimentos, únicos em cada caso clínico, irá determinar os limites ideais na relação Profissional-Paciente.

Em última análise, o que sustenta a compreensão destes limites é a teoria psicanalítica. Através da relação clínica percebemos aspectos que nos dão suporte para compreensão entre o eu e o outro, isto porque se trabalha de inconsciente para inconsciente.

Oportuna é a lição de Etchegoyen (1987:8): “em outras disciplinas, é até certo ponto possível manter uma dissociação entre profissão e a vida; entretanto, para o

analista, isso não é possível. Ninguém vai pretender que o analista não tenha falhas, debilidades, ambigüidades, ou dissociações, mas sim que possa aceitá-las em seu íntimo, por consideração ao método, à verdade e ao enfermo. É que o analista tem como instrumento de trabalho seu próprio inconsciente, sua própria personalidade; e, por isso, a relação entre a técnica e ética se faz tão necessária e indissolúvel.”

Sabemos que a relação terapêutica só decorre a partir de um processo transferencial. Ou seja, se não ocorrer uma identificação entre o Paciente e o Terapeuta – transferência – não há processo analítico. Partindo da transferência, a relação fica sujeita a contra-identificações, das reações do terapeuta para o paciente, o que é denominado contratransferência.

J. Laplanche define a transferência como : “ O processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. (...) A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se joga a problemática de um tratamento psicanalítico ... .” A contratransferência é conceituada pelo mesmo autor como o “ conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente a transferência deste. (...) Reduzir o mais possível as manifestações contratransferenciais pela análise pessoal, de modo que a situação analítica seja estruturada, por assim dizer, como uma superfície projetiva, apenas pela transferência do paciente.”

Ou como afirma Masud Khan (1984:115) “Só pela transferência e pela sensibilidade intelectualizada da contratransferência do analista pode essa onipotência simbiótica ser perlaborada, e dá, pormenorizadamente, os requisitos necessários para tal tarefa [relação terapêutica]”.

A Auxiliar de Enfermagem Vera assevera: “É difícil de se ver por esse lado, pelo paciente nem sempre você faz isso. Tinham 3 plantões, paciente chorando. Coisas que paciente pode fazer e pede pra fazer, pensava que paciente chata. Fui pra casa

pensando nesta paciente, que ela era chata. Pensei me colocar na situação dela, me coloquei no lugar dela, longe de sua vida social, sua família, deve ser muito ruim, pensa como vou ser tratado, medo da morte, vai ficar internado, e não vai voltar mais, que não vem ninguém para visitá-lo, quando vai embora, não agüenta mais ficar aqui, teve um paciente que falou isso e que vou botar a roupa comum e vou descer, ninguém vai saber que sou paciente. Falei com ele que não adianta que o hospital vai buscar você em casa. Paciente disse: então, não vai adiantar mesmo! Eles tem cuidado mesmo! E ficou falando disso para o outro paciente. E pensei que foi bom falar isso pra ele, fiquei rindo a toa! (...) Se está no seu alcance fazer porque não procurar fazer melhor, principalmente a gente que lida com a vida da pessoa. Se deixar o seu mau humor, tudo fica mais lento, pode fazer rápido, repetir várias vezes. Fazer o melhor e sem mau humor”.

A Enfermeira Luisa assinala: “transfere como se fosse seu, impotente, eu não posso fazer nada para curar. Conforto diante da morte, dor. Deprime muito”.

A Esposa, falando do estresse vivido quando o paciente estava internado em casa, parece identificar-se com o estresse dos profissionais de saúde. “Os dez dias que fiquei em casa tomando conta dele, fiquei gingando meus filhos, tive cansaço físico, fiquei agressiva com eles”.

O Companheiro Mário coloca a importância da presença: “Não posso entrar em depressão porque tem que tá bem para ele ficar bem. Ele piora mais ainda, se eu não estiver bem, com certeza. Ele conta muito comigo, e eu com ele”.

A Auxiliar de Enfermagem Vera “se eu entrar no mesmo ritmo que ele não dá certo. Vem num certo nível de agressão. Maneira de dar resposta para ele. Não vai continuar com a mesma agressão. Quebra ele”.

Os relatos demonstram a dificuldade que os Profissionais e Familiares têm em ajudar o Paciente no sustento de sua dor. Com relação àqueles, podemos apontar a

deficiente formação profissional como uma das causas desta problemática.

Não se está a falar apenas do curso de graduação. A responsabilidade é muito maior, pois, nas instituições de trabalho, não se encontra apoio necessário para alívio de suas angústias, surgidas no cotidiano clínico. Como resultado, temos o deslocamento de situações não resolvidas para sua relação profissional. Angústias permanecem com a ilusão narcísica.

Foge do objeto da presente obra a análise mais profunda acerca de mudança de método ou grade curricular dos cursos de formação. Cabe aqui apenas enfatizar que o assunto é de extrema relevância, carecendo de análise e discussão para que as relações humanas passem a ter a mesma importância que a teoria, por si só, insuficiente na formação de um bom profissional.

No tocante às instituições de trabalho, cujos vícios são simétricos à vida acadêmica, apresentam políticas de engajamento profissional insuficientes para fornecer o apoio necessário para o Profissional. Em verdade, limitam-se a oferecer – mais uma vez – cursos, teorias que, na quase totalidade dos casos, servem apenas ao expositor e não aos seus interlocutores.

E do que estes necessitam? Mudança de foco. Ou seja, que os cursos sejam feitos para os Profissionais e não apenas por um hábito, uma rotina, ou por alívio da consciência de alguns.

Dar espaço para que falem sobre suas angústias e experiências profissionais é a forma de permitir o crescimento do Profissional de Saúde. A formação de grupos de reflexão, o acompanhamento psicoterápico, dentre outros meios, são importantes instrumentos para que seja trilhado o caminho para o auto-conhecimento do Profissional, amenizando suas angústias. Quanto mais se conhecer, mais chances terá de conhecer o outro, sendo facilitada a tarefa de dissociar sua pessoa da figura do Paciente. A partir deste momento, identificar os limites de proximidade e afastamento, será ainda uma utopia?

## **11 – SOFRIMENTO: OS LIMITES DA ONIPOTÊNCIA**

Na instituição hospitalar também nos deparamos com limites e possibilidades. O Médico João coloca dos limites da profissão: “nenhuma especialidade tem cura, solução pra tudo. Nem na infectologia”. Segundo Castiel (1994:77-78), “Coloca-se o problema de definir quais são os objetivos últimos de uma intervenção médica diante de uma “questão de saúde”. Os autores classificam, em linhas gerais, os seguintes objetivos:

1. Curar (p.ex.: matar o micróbio, extirpar o tumor, dessensibilizar o paciente fóbico);
2. prevenir a recorrência (p.ex.: dar antibióticos profiláticos após recuperação de febre reumática aguda);
3. limitar a deterioração estrutural ou funcional (p.ex.: reconstruir, reabilitar);
4. prevenir complicação posterior (p.ex.: dar diuréticos a hipertensivos assintomáticos(...));
5. aliviar os sintomas presentes (p.ex.: dar analgésicos (...));
6. permitir o morrer com conforto e dignidade (p.ex.: cancelar testes diagnósticos e deter-se no alívio dos sintomas presentes e à preservação da auto-estima). { D. Sackett, R. B. Haynes & P. Tugwell, *Clinical epidemiology*. Boston, Little, Brown & Company, 1985.}

Clare Winnicott (1994:61) afirma que “somos transformados em pais que fracassam e somente desse modo alcançamos sucesso como terapeutas. Este é apenas mais um exemplo do paradoxo múltiplo do relacionamento parento-infantil. O que podemos fazer então é estudar o que está acontecendo e avaliar de modo apropriado esta função dos pais, de maneira a reconhecê-la e apoiá-la, e ver que com ela não se interfira, quando existe”.

O Paciente José relata que sua relação muito próxima no trabalho faz que mude os valores e ele sua patroa tornem-se amigos: “já trabalhei muito em casa de família como diarista, faxineiro. Volto na casa de onde trabalhei e nunca tive problemas. Já trabalhei muito tempo na casa dela [dessa amiga] da mãe, hoje não tenho coragem de cobrar a faxina quando faço lá, só a consideração que elas tem comigo, fico sem graça de cobrar”.

O trabalho com o Paciente implica necessariamente a troca entre os Profissionais visto a limitação de cada especialidade. A Assistente Social Ângela relata: “quando o profissional se sente impotente, chama a equipe, situação que foge do controle. DIP e dermato têm isso mais vezes. Diz que trabalha equipe multidisciplinar, mas trabalha na multidisciplinaridade. Na DIP e AIDS é feito”.

O Médico João fala a respeito de sua relação com os Pacientes, a dificuldade da proximidade e da distância: “num final de semana [paciente] passando mal, perguntou se eu estava, e eu não estava, ele não veio, ficou o sábado passando mal, feriado, no domingo quando resolveu vir pegou três horas no engarrafamento, morreu no caminho. Repensei essa história da relação, será que tem que confiar só em mim? A esposa [do paciente] também é soropositiva passei para um médico que gostava quando fui para os Estados Unidos, fiquei dois anos, foi quando me separei, liguei para esta paciente e ela não fez acompanhamento com ninguém . Eu não consigo mudar essa maneira de ser, tento detectar quando essa exclusividade estiver acontecendo. Minimizar isso. Tratar mal para não continuar, distanciar o paciente. Eu não consigo fazer isso”. Como lidar com a transferência na relação e trabalhá-la para que não tenha características de dependência?

Para o Paciente Paulo é necessário a compreensão do sujeito como um todo: “o meu bom astral. Porque eu não tenho medo. Quando o doente é revoltado, ele se deprime, contrai músculos, defesas, que vêm do fundo emocional ruim. É grande causador de doença. Tenho defeito de fábrica bem resolvido. Às vezes, falta uma pecinha”. Precisamos sempre nos dar conta dos limites que nos cercam para identificarmos nossas impossibilidades e não impotências.

Para o Paciente José, a passividade do Paciente é estimulada pela instituição, pois não coloca em risco o tratamento: “e depende do paciente, nós somos bem tratados, por mais mau que seja o médico ou a enfermeira. Bom paciente é aquele que aceita opiniões do médico, sem rejeitar alguém, seguir os regulamentos hospitalar



e sempre ser positivo e melhora e até o dia de ter alta e sair daqui. Se for paciente dizer que está pior, não melhora...É a gente ser positivo e não ser negativo. Dizer que estamos sempre bem que vai melhorar, seguir medicação, não abusar bebendo e se alimentar corretamente”. Na opinião dele, o que influencia a melhora é seguir os limites da própria vida, superando as dificuldades. E, para isso, precisamos também nos inventar a todo instante.

Paciente comenta de seus limites e possibilidades “arrumei a televisão dele... Não boto a mão no paciente”.

O tratamento também depende do Paciente: “tem paciente rebelde, o profissional bota soro, e o paciente joga o remédio, a sonda, tudo fora”. Concorda a Mãe Glória: “A gente dá apoio a ele, ele tem que fazer por onde”. Sem dúvida, há implicação do sujeito no tratamento de sua saúde, nas repercussões de sua melhora ou de seu agravamento, como fala de sua história pessoal a Paciente Ana: “Não sou alcoólatra. Cheguei a dar um pé para alcoólatra. Parei há 6 anos”.

O tratamento também depende da ajuda do paciente, da sua aderência. A Auxiliar de Enfermagem Vera coloca: “Paciente também tem que ajudar, não é? Todo paciente que se ajuda e achando que é fase, sendo paciente consciente de tudo não paciente desorientado. Paciente desde que internou não ajudando, banho no leito desde que internou, chegou a ter alta sem andar. Parece que ele não acreditava que iria melhorar, não ajudava ele nem a gente próprio. Hoje ele chegou andando”.

Apesar de a instituição ter o descentramento radical da subjetividade, “o sujeito é parte interessada e integrante da instituição”, como nos fala Kaës (1991:03). Cada sujeito determina e conduz os caminhos em sua vida.

O que faz o sujeito viver mais diante de um agravamento de sua saúde, não são suas condições financeiras apenas, mas também como o sujeito conduz sua vida. A Paciente Ana exemplifica: “tem gente que tem sangue de Cazuzza e sangue de Betinho. Os dois

tinham o vírus, mas eram bem diferentes. Sangue de Betinho, que lutou, cuidou, brigou por alguma coisa, acho que ele rendeu mais, o dobro da idade do Cazuzza. Ricos, os dois tinham dinheiro... Terceira opção: sujeito “o”. Aquele que fica parado, inerte, deixa o tempo passar... Toma remédio, mas não fica muito em cima disso, deixa levar, se a carga viral tá assim, isso já deixa pro médico.. O grupo “o” é aquele que não quer sair do zero, quer ficar parado, esperando sair a cura. Não estou estudando, trabalhando, estou em casa de freiras. Há 5 anos não tenho parceiro, porque a casa não permite e porque também não quero. Vejo muita gente que usa drogas fazendo coisas que é anti- “o”, ou, às vezes, nem usa, mas bota a religião no meio, diz que tá curado que o pastor curou e fica por isso mesmo. Agora penso em fazer tudo. Parece o pulo do gato”.

A Paciente Ana em sua fala faz comparações entre Cazuzza e Betinho, entretanto ela se identifica com um terceiro personagem por ela criado, o grupo “o”, que é neutro e aguarda a cura, e fala também do “anti-o”, aqueles que usam drogas, que não se tratam e abandonam a luta.

A Assistente Social Ângela fala que na instituição hospitalar a preocupação de transmitir a informação ao paciente aparece somente em determinadas situações: “Preocupação com AIDS - autorização para medicação, aí é feito mais esclarecimentos, outras pesquisas são objetos”.

A equipe compartilha da tristeza com relação ao modo pelo qual a pessoa conduziu a vida e o tipo de doença; mas sua responsabilidade é apenas com a qualidade do tratamento. Sob tensão, as fronteiras ficam indistintas e há sempre uma tendência a perder de vista onde termina a nossa responsabilidade e começa a dos outros. Suportar mais do que nos cabe representa uma atitude de onipotência, um passo para desempenhar o papel de Deus. Stedeford (1986:161) “...Há uma tendência a considerar o alívio completo do sofrimento como um objetivo real, onde qualquer desvio é considerado uma falha.”

É de responsabilidade do paciente cuidar de sua saúde. Contudo, nós, profissionais da saúde, devemos melhor ouvir para melhor nos informarmos sobre como o paciente se cuida, como ele se inventa a cada instante. Assim, poderemos refletir sobre a melhor maneira de comunicarmos e trabalharmos na saúde junto com o sujeito. No hospital, o respeito, o acolhimento e a autonomia do paciente são limítrofes e essenciais. Como podemos diante dessa situação, onde a liberdade é ferida, não atingirmos a responsabilidade?

O sujeito de responsabilidade, segundo Brugger (1987: 362), é a “pessoa capaz da ação moral. Seu objeto é a ação peculiar e plenamente humana, procedente da parte espiritual essencial do homem através de sua livre vontade... Na responsabilidade manifesta-se a nobreza da pessoa humana - Schuster”.

Silva (1987:1070) afirma: “Para Ginsberg ‘responsabilidade... implica liberdade... Responsabilidade e liberdade são correlatas e, desde que há graus de liberdade, segue-se que também há graus de responsabilidade’ ”.

Na hospitalização, o Paciente ao mesmo tempo em que tem a liberdade de falar por ele mesmo, ele abdica de sua autonomia. Julia Kristeva (1994:19) assinala que “livre de qualquer laço com os seus, o estrangeiro sente-se ‘completamente livre’. O absoluto dessa liberdade, no entanto, chama-se solidão”. Campos (1995:28-30) registra que “o hospital tem uma função separadora, pois separa o indivíduo da família. Internado, o paciente fica sozinho. Falaria em seu próprio nome, mas apesar de o hospital dar a retaguarda, acaba impondo suas normas”.

O direito de o indivíduo saber de si mesmo e o de participar ativamente de sua recuperação não podem desaparecer, quando ele se torna um paciente e se interna num hospital. Em Campos (1995:29-30), encontra-se a seguinte afirmação de Basaglia (1968): “temos presente que a realidade primeira do doente é o fato de ser um homem sem direitos; e é dessa realidade que procuramos partir”.

Campos (1995:60) ainda declara que, papa Mezomo (1980), “no atendimento da Pessoa Humana, no seu todo, (...) se encontram as ações de saúde, ética e moralmente corretas. Toda pessoa carente de saúde é, antes de tudo, uma pessoa, mesmo quando suas condições físicas e psíquicas o pareçam negar. Para ele, os profissionais da saúde devem ter uma conduta pautada pelos valores humanos e não apenas pelos valores técnicos e terapêuticos de seu agir”.

Para Kaufmann (1996:718), “A qualidade das ‘redes institucionais’ está relacionada com a qualidade e a composição intersubjetiva das pessoas presentes, tanto ‘as que cuidam’ quanto as ‘que são cuidadas’ “. Mesmo internado, o sujeito conserva uma necessidade fundamental de autonomia, e busca no seu relacionamento pessoal, a garantia de um mínimo de liberdade e de independência. É esperado do Paciente que ele não só tenha que somente seguir normas, como também é desejado que ele participe na gestão da própria saúde. Os Profissionais de Saúde delimitam quais são os espaços nos quais ele pode (e deve) ser autônomo, e, assim, exercer um papel real nas decisões que lhe dizem respeito. Kaufmann (1996:715) destaca a “postura ética: somos ‘responsáveis pela responsabilidade do outro’, segundo a formulação de Emmanuel Levinas”.

Segundo Kaës (1991:29), “vê-se aqui que não se trata exatamente de um pacto denegatório, mas de uma proteção contra o negativo. Essa proteção implica uma cooperação elementar: a presença da instituição, pela positividade dos seus constituintes, da função primária, dos seus dispositivos destinados a assegurar a permanência, o direito e a ordem, é em si uma proteção contra o negativo para os seus membros e para si mesma. Para si mesma: ela prova a si mesma ocupando-se com a vida dos seus membros. É por isso que a exclusão da instituição ou a destruição da instituição nos confronta com a morte”.

Como sabemos, a lei vem justamente para impedir de experimentar a liberdade. Esse poder muitas vezes perpassa condutas instituídas que abdicam o sujeito de sua

autonomia. Por exemplo relato do Paciente José: “...Falei para eles que os outros pedem remédio para dormir vocês dão e eu vocês não dão”. Na instituição hospitalar, tem-se a impressão de que os medicamentos são dados ao paciente também para que se cale e durma. As normas existem para o ‘bom’ funcionamento da instituição, e isso implica a descentralização das subjetividades dos sujeitos.

Kaës (1991:13) coloca: “... a instituição é atravessada por ordens diferentes às quais correspondem lógicas diferentes: sociais, políticas, psíquicas...” A Enfermeira Luisa acredita e defende a importância da subjetividade no Hospital: “Não se pode cortar as poucas exceções. Normas existem para serem cumpridas. Quando lida com gente é diferente. Toda regra tem exceção... Pessoa próxima da morte pede para comer alguma coisa, está escrito que não pode trazer comida de fora, eu autorizo, tendo certeza que não vai prejudicar o paciente, o tratamento, eu abro exceções”. O quanto essa abertura institucional traz novos conhecimentos e mudanças, é um movimento instituinte de uma nova demanda, diversa da instituída pela instituição, principalmente quando nos referimos ao Hospital, que lida com vidas humanas. Kaës (1991:10) assinala que “...o sujeito é sujeito da instituição e (...) a instituição consiste numa dupla função psíquica: de estruturação e de receptáculo do indiferenciado”.

A relação entre pessoas é algo muito difícil de manobrar, pois escapa da determinação. As coisas estão mudando o tempo todo e cada um está mudando de um jeito. No cotidiano da instituição hospitalar, presenciamos o medo e a permanência do poder instituído. Segundo Kaës (1991:18) “de um lado a celebração, pelo grupo que institui e se desinstitui continuamente, da função criadora do imaginário social e da realização dos desejos “individuais” em instituições diferentes, que conservariam apenas o seu poder instituinte; por outro lado a denúncia da instituição instituída, alienante e que pereniza a rigidificação do movimento social, a permanência dos poderes coercitivos e a hierarquia dos valores oponíveis à satisfação do desejo. Celebração e denúncia simultâneas, no momento em que as modalidades grupais de realização do desejo individual revelam a estrutura mista paradoxal das formações intermediárias, as lógicas cruzadas, ordens diferentes. Desordem”.

A Enfermeira Luisa relata critérios para visita e para acompanhamento do Paciente e também o quanto as exceções fazem que haja conflitos nas relações de poder na instituição. À medida que consideramos as diferenças individuais, aumenta as tensões institucionais, visto que rompem por momentos essa tendência ao fechamento das instituições. Assim, em Castiel (1994:80), encontra-se: “segundo Benoit, a verdadeira solução consiste em reconhecer que a articulação entre a vida secreta das pessoas e sua patologia é um dado da subjetividade (...) [que] que não pode ser tratado com o aparelho conceitual que permite tratar uma realidade objetiva. {P. Benoit, *Psicanálise e medicina*. Rio de Janeiro, Zahar, 1989}.”

A instituição precisa das normas para a uniformidade do tratamento, mas os sujeitos que dela são parte integrante e beneficiária necessitam garantir sua singularidade, ou seja, nas instituições para preservarmos suas continuidades, se faz necessário sempre não só suas normas, mas também suas exceções. Um exemplo da presença da singularidade do sujeito na internação é a própria presença da família ao lado do paciente, que conforta o e o referencia para a instituição, o que lhe é familiar. Podemos assim, enquanto Profissionais de Saúde, amplificar nossas próprias dúvidas e nossos questionamentos, de que passamos grande parte da nossa vida tentando afastar-nos.

De acordo com Kaës (1991:21) “Freud já se perguntou como uma pluralidade consegue formar não um grupo, mas um agrupamento institucional e uma instituição”. De fato, toda instituição tende ao fechamento, ao instituído, excluindo as subjetividades, entretanto há no Hospital situações que demandam providências. Encontramos grandes dificuldades na satisfação de uma solicitação individual, pois sem ela o trabalho do Profissional de Saúde seria em vão. Pessoas demandam mudanças a cada instante. Ainda segundo Kaës (1991:22), que cita *Malaise dans la Civilisation* de Freud, ” ‘O homem civilizado trocou uma parte de felicidade possível por uma parte de segurança’. Nessa troca, a passagem da pluralidade para o agrupamento é decisiva. Ela forma a base da vida em comum”.

A Enfermeira Luisa aborda este ponto quando diz “médicos e outros setores [profissionais] estranham muito, acham chato, reclamam e tomam conta de tudo. Médicos e outros setores sentem-se incomodados por a família estar presente... Não tem coisa mais chata que a família não entender. Querem o melhor, acham sempre que o que está sendo feito não é o melhor. Com a família, chama a equipe três vezes mais. Chato, reclama, como pessoa que está vigiando, incomoda. Aqui aprendemos a lidar com isso. Como parceiro seu. Ajudam. Perguntam o porquê, o Doutor, quase Deus, alguns enfermeiros também, nem sabem como podem responder o que a família quer saber. Perguntam sobre o diagnóstico, se vai ficar bom, se vai melhorar, se vai morrer, se está grave, se vai sair vivo, da impotência. Como uma pessoa / família que não sabe ler / escrever, tá perguntando coisas que você (médico, equipe) não sabe responder? A família pergunta sempre mais. O paciente é mais passivo, se está sentindo dor, quer que passe e acabou, quer se sentir melhor. A família, quer saber porque sentiu dor, se for pra casa se vai sentir, e o que a família vai fazer. Treinar como cuidar da pessoa quando ela for para casa, conversa com família, como cuidar antes de ir para casa”. Esse momento de acompanhamento do Paciente também é principalmente pela Família proporciona continuidade ao tratamento de sua saúde, ao percebermos que tal contato só vem a aproximar laços, relações, às vezes, estremecidas. Além de proporcionar uma aproximação entre Familiares e o Paciente, os quais se angustiam por não saber em como lidar com o Paciente em casa, essa situação, em que estarão presentes o Paciente, a Família e os Profissionais de Saúde, essa troca, possibilita amenizar a angústia do desconhecido.

Para Kaës (1991:25), “o contrato narcísico exige que cada sujeito singular assuma um determinado lugar oferecido pelo grupo e expresso pelo conjunto das vozes que, anteriormente a cada indivíduo, manteve um certo discurso conforme ao mito fundador do grupo... discurso esse que cada sujeito deve reproduzi-lo... O contrato narcísico está implicado na fundação... Toda fundação institucional encerra, escondida, a continuidade de um mandato e sua ruptura – o assassinato e a filiação”. Paciente Ana expõe o lado imutável da instituição, com seu contrato narcísico, onde determina como

ela deve expressar-se: “É o que ela [a enfermeira] disse: ‘o pior mal é aquele que sai da própria boca do homem’, a minha boca. Tenho que aprender a tocar saxofone”. O Paciente Paulo coloca: “me perguntaram uma vez. Falei sopa e salada, depois não veio outra coisa, até hoje. Em casa sou tratado como um bebê”. E a tarefa da instituição parece ser a de amenizar o sofrimento. Ou, como afirma Mezomo (1991:135-136) “cada um deve fazer o que puder para diminuir a soma total da desgraça humana... O bem-estar do paciente deve continuar merecendo toda a primazia. A meta a atingir... é a cura do doente e o alívio para os que não podem ser curados”.

No hospital, amenizar sofrimentos inúteis deveria ser algo constantemente avaliado por todos a cada situação, e nunca instituído em padrão visto a diversidade de seres humanos com que lidamos. A Auxiliar de Enfermagem Vera pontua: “avaliar direitinho o paciente. Evitar”. Segundo o Médico João: “eu faço tudo para os pacientes não internarem, se posso fazer antibiótico por boca, tomar e ir embora, coloco-me a disposição para exame complementares e ir embora. Tomografia que tinha que fazer para próxima semana, marca três meses, então interno. Atualmente no meu ambulatório pouquíssimos pacientes que vivenciam a internação... Vejo a internação, o paciente afastado de tudo dele, cama, roupas, família, televisão, ambiente, comida de casa dele, coisas pessoal, aqui ele fica sujeito às coisas do hospital, comida, roupa, televisão pega mal, não pode ser mal, a hotelaria não é boa, ele não está indo para um SPA, visualmente é feio. Afasta ele de uma coisa que ele está acostumado... Se está grave, tá claro que não tem jeito, se o benefício pode ser pequeno, o benefício e o risco da internação, trauma, risco de tratá-lo em casa... Diretamente relacionado ao paciente que você está avaliando”.

Quando o hospital se preocupa em amenizar as rupturas, favorecendo as continuidades, tentando proporcionar um “ambiente familiar, humano, acolhedor”, funciona como um bálsamo e corrobora para o restabelecimento da saúde do paciente. Um espaço profissional com clima familiar, se faz reconhecedor da dor humana, e merecedor dos cuidados da vida humana.



A estada do paciente no hospital exige determinadas condições morais que lhe garantam uma sensação de segurança e de confiança, que contribuirá muito para sua recuperação, em extensão aos seus Familiares.

A Paciente Maria diz que não chora por qualquer coisa. Existem situações em que os sujeitos parecem estar sendo punidos por alguma coisa. Por exemplo, terem-lhe colocado três fraldas, o que reduz o trabalho do Profissional, podendo este estar sobrecarregado de tarefas, e, ao mesmo tempo, acarreta um enorme desconforto para o Paciente. Será que se tem como proporcionar um maior conforto para ambos?

Essa situação de internação hospitalar demanda cuidados especiais de minuto a minuto, em cada situação com cada sujeito. A Família reconhece seu chamado, o que lhe proporciona um bálsamo, um sentimento que está além de suas necessidades físicas. Por isso essa acolhida, que se dá através da presença da Família junto ao Paciente na instituição, conforta-o diante dessas reais situações de dependência e desamparo. O paciente internado geralmente encontra-se numa situação emocionalmente tão dependente dessa maternagem quanto um bebê.

Ao encaminhar-se para o hospital, o paciente torna-se apreensivo em relação ao que lhe pode acontecer, ao tempo que deverá ficar internado e à possibilidade de se restabelecer. Estes temores podem também ser amenizados, se o paciente for informado a respeito dos serviços que o hospital lhe pode prestar, do tratamento a que será submetido, tempo e eficácia do mesmo, das visitas que poderá receber e da provável duração da permanência hospitalar.

A Assistente Social Ângela nos lembra de que muitas das expectativas da instituição são prometidas e não contempladas: “entrada com tapete vermelho, no final do corredor puxam o tapete. É complicado”.

Consoante Pinkus (1988:50), “para reduzir o estresse emocional e para evitar reações de inadequação psicológica, é fundamental diminuir enquanto possível as fontes de angústia e frustração”. A Assistente Social fala de situações estressoras para o Paciente na instituição: “a cirurgia é suspensa, e não é avisado. Médico em congresso, viajou, e não avisou”. O desrespeito ao Paciente em determinadas situações é marcante numa instituição em que o respeito é essencial para seu bom funcionamento, e conseqüente redução de seus agravos. E isso é claramente demonstrado no não investimento adequado no processo de transmissão das relações humanas na instituição hospitalar. Torna-se necessário um investimento no ensino, não com ênfase didática, mas como análise, na auto-análise. As mudanças a partir da própria pessoa, para aí transmitir ao outro. Julia Kristeva (1994:177-178) assegura que “somos estrangeiros de nós mesmos e a partir desse único apoio é que podemos tentar viver com os outros”.

## **CONCLUSÕES E PROVIDÊNCIAS:**

### **SOMOS TERMINAIS: MORREMOS UM POUCO A CADA DIA**

O trabalho na área clínica hospitalar nos põe diariamente em contato com perdas, sofrimentos, a dor faz parte do cotidiano. Conforme a experiência do Médico João: “tem limite fase terminal, difícil saber. Afinal, hoje em dia, tem como melhorar, pode se recuperar. Será que ele vai agüentar tudo isso, será que é viável, não é viável. Tem situação que tem dizer sinto muito perdi, não vou ser super-homem, fiz o que pude, a doença foi mais forte que a gente”. Julia Kristeva (1994:9) assinala que “...Estranhamente, o estrangeiro habita em nós: ele é a face oculta da nossa identidade, o espaço que arruína a nossa morada, o tempo em que afundam o entendimento e a simpatia... o estrangeiro começa quando surge a consciência de minha diferença e termina quando nos reconhecemos todos estrangeiros, rebeldes aos vínculos e às comunidades”.

Na formação e no início do desenvolvimento Profissional, a postura de onipotência diante do outro se dá enfaticamente, e, à medida que o tempo passa, modificamo-nos diante das perdas, das mortes, das separações que a própria vida nos oferece. O Médico João reflete sobre sua formação: “Quando me formei, médico recém-formado, todo mundo era viável, no sentido recuperável. Saiu daquele estado crítico, andando, fiz isso muitas vezes, pegar paciente terminal, fazer tudo que estivesse no meu alcance. Quando vim para cá, comecei a conhecer os pacientes, na 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, internação. Ficava caquético, as coisas iam indicando, BOA MORTE (frase do Betinho) e segui a risca. Carinho, não na cabeça, de segurar na mão, sempre presente, algumas vezes fiz paciente morrer em casa. Paciente não tem mais o que oferecer, estar com as coisas dele. Era difícil para família, até hoje, tenho família que me liga até hoje, no dia do médico, traz na páscoa, liga pra ver se eu estou aqui”. Segundo Kovács (1996:31) “durante nosso processo vital, passamos por várias mortes: fases do desenvolvimento, separações, doenças e a psicose... Muitas vezes mais do que sobrevive, reorganiza e ressignifica a vida como em algumas doenças e perdas...

Morremos várias vezes, mas não definitivamente e continuamos a viver com estes significados adquiridos”.

A palavra do médico, até quando não tem mais nada a ser feito, tranquiliza a família, não a deixa com sentimento de culpa, como se pudesse fazer algo que não foi feito, impotência por não salvar o outro e também por ser sobrevivente. Relata o Médico João uma situação: “A família querendo levá-lo para o hospital, e ele morrendo, falei: Calma, acabou! Não tem volta! Família inteira descansou”. Julia Kristeva (1994:194) “O temor da morte dita uma atitude ambivalente: imaginamo-nos sobreviventes (as religiões prometendo a imortalidade), mas a morte, mesmo assim, permanece a inimiga do sobrevivente e ela o acompanha em sua existência. Espectros e fantasmas representam essa ambigüidade e povoam com sensações sobrenaturais os nossos confrontos com a imagem da morte”.

Os Pacientes buscam e querem ser personalizados nos atendimentos. Médico João fala do que ameniza a internação: “presença constante, por eu conhecer nome, e estou sempre presente, pedem a mim, por reconhecê-lo...”

O Médico João acrescenta: “fazer com que o paciente entenda, saiba, que participe da doença, o que a gente faz com paciente de ambulatório. Quando tem esse tipo de postura diante de um aluno, residente, vê que o seu aprendiz absorve o seu jeito de falar com paciente. Médicos na minha formação, tive formas avessas dessa maneira, como eu não queria ser. Tento mostrar o que gosto, como deve ser. Não de cima para baixo. Percebo que ele pegou certas coisas, ponto de vista ético. Mais difícil com os colegas, a coisa está mais sedimentada, é mais quando a coisa se construindo”. Kaës (1991:05) coloca: “A descoberta da instituição não é apenas a de uma ferida narcísica, é também a dos *benefícios* narcísicos que sabemos tirar das instituições, e preços variados, que apenas começamos a avaliar”.

Segundo Pinkus (1988:120), “quanto o problema da morte, é um “tabu” para os profissionais da saúde, fica claro pela tentativa de eliminar esta palavra do vocabulário

“sanitário”, substituindo-a pela expressão desinfetada de “doentes terminais... Geralmente os profissionais da saúde aparecem raramente junto aos seus leitos...” Para a Enfermeira Claudia: “Pior coisa é o paciente desenganado, não dá ânimo nem de abrir a porta do quarto”. Nos casos de doenças ‘terminais’, sem cura, sem perspectiva, não só o corpo do paciente fica imobilizado, mas também as ações dos Profissionais de Saúde. Sentem-se impotentes, apesar de estarem impossibilitados de curar. Evita estar com a paralisia do outro por sentirem-se limitados na ajuda ao se aproximarem do outro. Como ajudar o paciente na sustentação de seu sofrimento? Kaës (1991:37) coloca: “...Participamos de instituições que nos fornecem determinadas defesas contra as nossas angústias”.

A Enfermeira Luisa relata uma situação que a mobilizou: “...só vendo enfermagem stressadíssima, pega a veia profunda, aparelho, não tem mais nada a fazer. Eu estou nervosa, Seu Carlos me incomoda, oferecendo balinhas, o pai dizia que o filho ia melhorar, daqui a pouco vem a sua comidinha, vai ficar mais forte, não quero ver Seu Carlos... Os médicos cada um pra um lado, já falei, espalhado... Os médicos sumiram. Entrei no quarto, Seu Carlos, fazendo carinho, dizendo vai ficar forte, para ir para casa. O médico falou: já encerrei com Seu Carlos hoje... Quando sentei com ele no cantinho, o pessoal todo perto arrumou coisa pra fazer, não ficou ninguém no posto”. Stedeford (1986:158) “Ao falar com pacientes com doença terminal, alguns médicos, para evitar o sofrimento de encará-lo como assunto pessoal, fazem uso da racionalização (os pacientes realmente não querem saber...) intelectualização (falando sobre matérias teóricas tais como tempo de sobrevivência ou percentagem de curas). Às vezes, fala na verdade abruptamente e saem logo em seguida, ou delegam a outra pessoa a sua tarefa”. Kaës (1991:38) afirma: “qualquer que seja a instituição, acontece dela expor os seus membros a experiências muito angustiantes, sem lhes fornecer, em contrapartida, experiências suficientemente satisfatórias e, antes de mais nada, mecanismos de defesa utilizáveis pelos seus membros para se protegerem contra essas angústias”.

A morte nos toca quanto mais próxima ela for. Antes de internar o paciente há o pânico de ficar doente, quando interna, há no seu imaginário o pânico de morrer, pelas identificações e pelos re-conhecimentos de perdas já vividas a que esta situação remete. A Auxiliar de Enfermagem Vera coloca: “pior é quando o paciente chega muito grave, e família presente, acho que a família sofre muito... Cada um tem seu modo de lidar com a morte”.

O Hospital também é um lugar de aprendizagem diante de situações limítrofes, o nascer e o morrer. Mas, o lidar diretamente com a morte, faz que esse espaço institucional seja demarcado, determinado e negado pela sociedade. Como afirma Kaës (1991:27), “a incursão na arquitetura mental da instituição nos conduz para os espaços de calabouço, de depósito ou de cerca que têm valor e função ao mesmo tempo no espaço do sujeito e no agrupamento. Parece que o agrupamento humano não pode se formar senão mantendo zonas de obscuridade profunda, alguns *no man’s land* comuns negativos do espaço psíquico compartilhado, cuja fórmula cultural é a utopia, o lugar de parte alguma e o não-lugar do vínculo. O agrupamento administra, assim, uma parte do recalque de cada sujeito e através disso algumas das formações do inconsciente. Chama de *pacto denegatório* a formação intermediária genérica que... conduz irremediavelmente ao recalque, à recusa, ou à reprovação, ou então, mantém no irrepresentado e no imperceptível, o que pudesse questionar a formação e a manutenção desse vínculo e dos investimentos de que é objeto”.

Kaës (1991: 27) coloca o *pacto denegatório* como um dos correlatos do contrato de renúncia, da comunidade de realização do desejo e do contrato narcísico. É o seu reverso e o seu complemento. Trata-se de um pacto inconsciente, de um acordo entre os sujeitos implicados no estabelecimento de um consenso que visa a garantir a continuidade dos investimentos e dos benefícios decorrentes da estrutura do vínculo, e conservar os espaços psíquicos comuns necessários à subsistência de determinadas funções que se encontram ancoradas na intersubjetividade ou em formas de agrupamento mais específicas: função do ideal, organização coletiva de mecanismos de defesa”.

Qualquer contato com uma pessoa terminal inevitavelmente desperta uma resposta específica. Tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la, ela leva à tensão, provocando fadiga, atividade exagerada, irritabilidade e outros problemas. Isso pode, eventualmente, prejudicar a eficiência no trabalho e pode, também, interferir na vida pessoal e familiar. Judith Viorst (1988:254-255) “Os psicanalistas chamam de ‘internalização’. Internalizando os mortos, tornando-os parte do nosso mundo interior, podemos completar o processo de lamentação. Fazendo da pessoa morta uma parte do nosso mundo interior, de certo modo nunca mais a perdemos”.

Stedeford (1986:158) coloca que “A identificação passa dos limites, quando o profissional que está tratando do caso cessa de perceber que está (158) fazendo uso dela e começa a pensar como a pessoa por quem está preocupado. Dessa maneira, ele fica sobrecarregado pela emoção que, por direito, não lhe pertence e torna-se menos eficiente para cooperar...”

A Enfermeira Claudia afirma: “gosto do meu trabalho. Não gosto quando ele está muito estressante e não dá pra dar assistência. Quando tem muito paciente grave e outro precisando mais”. A sobrecarga provoca tensão no trabalho e muitas vezes até paralisa o Profissional de Saúde. Judith Viorst (1988:258) considera que “A perda pela morte é o principal estressante da vida, e todo estressante da vida, segundo centenas de estudos, aumenta o risco de doenças físicas e mentais”.

Como Julia Kristeva (1994:201) assevera “o estrangeiro está em nós. E quando fugimos ou combatemos o estrangeiro, lutamos contra o nosso inconsciente – este “impróprio” do nosso “próprio” impossível. Delicadamente, analiticamente, Freud não fala dos estrangeiros: ele nos ensina a detectar a estranheza que há em nós. Talvez seja a única maneira de não acozá-la do lado de fora...”

Todos os Profissionais, de uma maneira ou de outra, estão muito ocupados para ficar mais tempo com o paciente terminal. A causa direta desses ou de outros comportamentos similares pode ser o despreparo e desconsideração, mas o motivo

inconsciente é defensivo, servindo para poupar o profissional da ansiedade pois experimentam lutos reduplicados e repetidos. Cuidamos melhor dos pacientes terminais na medida em que nos permitimos contemplar nossa própria mortalidade, e, portanto, não precisando fugir da mortalidade dos outros. Júlia Kristeva (1994:202) “o estranho está em mim, portanto, somos todos estrangeiros. Se sou estrangeiro, não existem estrangeiros”.

Fala de uma certa médica: “sofremos quando perdemos um ente querido e quando perdemos um ente cuidado”. A compaixão (e muitas vezes outros motivos) faz as pessoas cuidarem do paciente terminal, apesar do seus medos, e aprenderem a dominar aquela parte do seu ser que, normalmente, rejeitaria isso. De certo modo, todos ficam acostumados à morte; não se tornam insensíveis, mas capazes de expor-se mais demoradamente à sua presença. Por outro lado, ao perder recentemente uma pessoa querida, alguém gravemente enfermo em casa, fica mais vulnerável do que o habitual, e isso deve ser levado em consideração, pois em alguns momentos essa barreira é rompida. Julia Kristeva (1994:196) assinala que “diante do estrangeiro que recuso e ao qual me identifico ao mesmo tempo, perco os meus limites”.

A doença grave ou a morte de um colega causam, portanto, um sofrimento muito grande porque esta defesa é temporariamente anulada. A equipe tende a comportar-se como os familiares ansiosos ou desolados. A identificação ocorre poderosamente. A equipe precisa de tempo para elaborar esse acontecimento e compreender que o trabalho parecerá mais tenso, por algum tempo, até que as defesas sejam restabelecidas. Conforme nos diz Julia Kristeva (1994:190-191) “inquietante, o estranho está em nós: somos divididos. A partir do outro, eu me reconcilio com a minha própria alteridade-estranheza, que jogo com ela e vivo com ela”.

Para Stedeford (1986:161) “Aqueles que se interessam, de uma maneira muito particular, pelo cuidado com os pacientes terminais, geralmente possuem ideais elevados e isso pode ser também origem de muita tensão...” Ele ainda relaciona dois aspectos: o que esperamos alcançar com e para os nossos pacientes (os objetivos do



tratamento) e que esperamos de nós mesmos (os nossos ideais), o que parece confirmar-se nos depoimentos seguintes: A Auxiliar de Enfermagem Vera diz: “saber que está lidando com vida, paciente chega grave, quase morrendo e ver o resultado do trabalho da gente, vê o paciente andando”. O Médico João fala de sua experiência: “no início quando via paciente de Aids, sensação maravilhosa, sabia mais que os meus professores antigos, (não queriam saber Aids), doença de homossexual, monte de barreira, fazia com que os médicos mais jovens tinham mais conhecimento que os mais antigos. Sempre gostei de doenças infecciosas, queria fazer isso. No momento que se forma em doenças que não tem cura, anos e anos onde a vitória ainda é dela, da doença, e um paciente diz Doutor ainda vou aposentar o senhor”.

A morte muitas vezes frustra a imagem que o profissional da saúde tem do seu próprio papel, e no plano psicológico fere seu narcisismo. Julia Kristeva (1994:193) pondera “sobrenatural é um caso de angústia onde “aquela coisa angustiante é algo de recalcado que está de volta ... alguma coisa que, para a vida psíquica, sempre foi familiar e que somente se tornou estranha para ela pelo processo do recalçamento” [S. Freud, “*L'inquiétante étraneté*” et autres essais, Gallimard, 1985, p. 215]”. Pinkus (1988:121) diz que “A formação dos profissionais da saúde é caracterizado pelo treinamento mais para a ação do que para a capacidade de ouvir ou a comunicação não verbal; isto leva o muitas vezes não saber reagir corretamente perante a morte.” A Assistente Social Ângela avalia: “ouvir o doente, na escuta não se existe qualidade”. E certa Médica desabafa: “Nós não fomos *criados* para assistir a morte”. O Médico Pedro relata: “a questão da morte para mim não fico frustrado, desesperado, crio defesa para não sofrer com isso. Sofro mais com doente vivo, padecendo, do que aquele paciente que só está morrendo. Dor, sofrendo, isso para mim é pior...” No que diz respeito ao lidar com pacientes terminais, Mello (1992:311) afirma que “é sempre uma sensação de que valeu a pena, de que a morte, apesar de ter chegado, foi mais uma experiência de vida, que encerrou algo de belo e digno, mesmo dentro de sua aparente injustiça. É que talvez pudéssemos alcançar a máxima de Sócrates: ‘O importante não é evitar a morte; é evitar que ela seja um acontecimento injusto’ “.

## FORMAS DE VIVER E FORMAS DE MORRER: QUAIS SÃO ELAS?

Ao longo de anos na área hospitalar, foi possível observar que, diante do mesmo diagnóstico, os sujeitos respondem ao tratamento de completamente diferente, e cada um se inventa para lidar com esta situação. Segundo a Paciente Ana, em relação ao tratamento de sua doença: “Se correr o bicho pega e se ficar o bicho come. Prefiro levar a vida na maior calma. Sem procurar muita agitação. Procuro viver, não bebo mais, mas não deixo de fumar, porque é o único prazer que tenho, é o que me bota diferente da freira”. A Paciente Ana nos fala da importância da ação, o não querer pode matar o sujeito, enquanto o fazer prolonga a vida e proporciona prazer. Identificamos, mas continuamos diferentes uns dos outros. Nubia Rodrigues (1998:137) “a identidade está para a semelhança, ao passo que a alteridade está para a singularidade, a diferença. É preciso, pois, entender as relações entre o que é diferente e o que o que é semelhante e como se dá a articulação entre estes dois níveis em diferentes discursos... Assim, lidar com o tema da identidade é lidar com diferenciadas tomadas de posições com relação ao 'outro'...”

A equipe de saúde entra permanentemente em contato com a dor e o sofrimento humano. Lidamos em nosso ofício com os mistérios da vida: o nascer e o morrer, onde a ética funciona como uma vírgula flutuante da responsabilidade, exigem decisões menos ‘formolizadas’ e mais humanas, que jamais podem ser extintas. “O equívoco de hoje é o pensar apenas um tipo de ação. Fomos transformados, sem perceber, em repetidores... Sem tempo para co-mover-se, para encantar-se o homem somente preparará encomendas à natureza, que o formaliza no mesmo momento em que o ‘formoliza’. (Valadares, 2000). E lutar contra essa paralisia dos sentidos é reconhecer que “vida e morte coexistem e se continuam, numa permanente dialética, como está na dualidade pulsional de Freud. Há várias formas de morrer, como há vários modos de viver. Muitas vezes, para suportar o morrer, o homem precisa voltar ao nascer. Esta é talvez a missão maior do psicoterapeuta, que ousa participar destes momentos tão difíceis, em que coexistem o viver e o desaparecer: proporcionar um permanente vínculo simbiótico que reproduza a unidade dual, a fusão eu-outro, os primórdios da

vida, a sensação do sem-fim da quietude uterina. Isso é feito através de um olhar, de um silêncio compartilhado, da palavra adequada que acolhe e abraça, do gota-a-gota dos líquidos e soros que representam quase concretamente a ligação fluida umbilical. Certos pacientes só atingem este estágio através do contato corporal, numa comunhão-fusão de corpos também concreta. Isso é realizado através de uma comunhão de mentes que nos permita penetrar nos abismos psíquicos onde se aloja o fantasma da morte dentro de cada um de nós. É destas profundezas do existir que retiramos a sapiência, a lucidez e o senso de realidade que nos ajudarão no trabalho” (Mello, 1992: 312).

O corpo do Paciente e o corpo do Profissional de Saúde territorializam o paradoxo da finitude da morte e da infinitude do desejo de continuar a viver. E, como para qualquer paradoxo, não existe uma resposta definitiva, ou conforme assevera Winnicott (1996:116) “estamos lidando com a natureza humana, e em questões de crescimento e desenvolvimento humanos precisamos estar prontos para aceitar paradoxos; é possível conciliar aquilo que observamos como sendo verdade [o corpo que morre] e aquilo que sentimos [o desejo de continuar a viver]. Paradoxos não existem para serem resolvidos, mas para serem observados”.

Nesses corpos dialetizados forja-se a experiência de construção de um corpo em “eterna disponibilidade para ser nem isso nem aquilo, mas tudo ou nada”. Castiel (1994:178) cita: “...Musil mostra a incapacidade das racionalidades científicas para explicar satisfatoriamente os fenômenos humanos em sua totalidade:

...{Segundo Otto Maria Carpeaux, a tradução mais adequada seria “O homem indefinido”, pois “essa e outras obras de Musil são fases da libertação gradual de sua inteligência para chegar ao ponto em que ele, compreendendo tudo, já não precisa tomar decisões, ficando numa eterna disponibilidade para ser nem isso nem aquilo, mas tudo ou nada” (O. M. Carpeaux, *História da literatura ocidental*. São Paulo, Brasiliense, 1974, p. 2.434). Uma outra tradução possível seria “O Homem além dos qualificativos”...}

Nesse novo território, individualidade e singularidade são também elementos constitutivos, mas não suficientes, da realidade dos fenômenos intersubjetivos. Cabe a interação, em “acoplamento estrutural” (Maturana e Varela) desencadear os “processos auto-organizadores, característicos dos seres vivos”. O Médico Pedro assim dá conta dessa experiência: “...cada vida é uma vida... A gente aprende muito mais com história de cada um. Sabe detalhe de vida de cada um”. O corpo que cuida e o corpo que solicita o cuidado entrecruzam-se em histórias e detalhes que se complementam, se contradizem e se reorganizam sob a óptica do paradoxo da morte e da vida.

A complexidade de tal explicação pode se encontrar na própria diversidade e riqueza dos seres humanos. Para Castiel (1994:189) “a grande dificuldade reside na abordagem da dimensão singular do humano (e de seu adoecer), pois esbarra-se em problemas extremamente intrincados... Há ordens internas e profundas em que há emergências da dimensão intrapsíquica humana, em que pode tanto gerar uma obra de arte como co-participar na produção de uma doença.”

A Auxiliar de Enfermagem Vera: “Pra [explicar] medicação, a gente nem sabe, são tantas medicações. Paciente que é mais observador, querem saber, outros nem querem saber, são mais desligados. Tem paciente que está internado há muito tempo, não controla o que está tomando, nem porque não veio naquela hora. Têm outros que são mais atenciosos. Outros não perguntam porque às vezes é mais fácil deixar responsabilidade para enfermagem, eles que sabem que a gente toma conta. Atenciosos, medo de não fazer, medo de dar errado, às vezes muda a cor da medicação, porque muda o laboratório, ficam com medo de dar coisa errada a medicação... Cada dia aparece doença nova. Enfermagem é muito ampla, não pode ficar parada se não você se perde”.

Castiel (1994:190) assegura que “...apesar de encerrar noções bastante próximas, é preciso distinguir individualidade de singularidade... Conforme Morin, “a singularidade, a originalidade, a diferença constituem uma última dimensão da individualidade viva e essa dimensão, certamente necessária, é inteiramente insuficiente para dar conta do

indivíduo vivo.\* Pois, o ser vivo vive num mundo de fenômenos, em constante interação, ou nos dizeres de Maturana e Varela, em acoplamento estrutural,\*\* que desencadeia os processos auto-organizadores, característicos dos seres vivos\*\*\*.”

\*{E. Morin, *O método 2. A vida da vida*. Lisboa, Publ. Europa-América, 1980, p. 142}

\*\*{H. Maturana & F. Varela, *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile, Universitaria, 1984}.

\*\*\*H. Atlan, *Entre o cristal e a fumaça. Ensaios sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1979}.

Para Kaës (1991:01), “somos arrastados na rede da linguagem da tribo e sofremos por não conseguir que a singularidade da nossa fala se faça reconhecer”. Ana fala desse confronto e como ela lida com ele: “Eu gosto de ser uma figura marcante, ter meu próprio caminho, ter minha própria maneira de escolher. Lá nos EUA, têm os grupos de indícios de AIDS, grupos: drogados, prostitutas, homossexuais, e pessoas com alto índice de promiscuidade. Tentaram me selecionar.. Com a minha filha, queria ver o que ela [a filha] era, qual a raça que iriam colocar para ela... Ariana. Eu que inventei, colocaram branca” .

O presente trabalho buscou identificar a percepção de Pacientes, Familiares e Profissionais de Saúde em relação à internação hospitalar, suas vicissitudes e paradoxos. São situações em que estes personagens dão “*sangue, suor e lágrima*”. A internação no hospital, tal a sua complexidade, é digna de muitos investimentos na área de assistência, ensino e pesquisa, não só de trabalhos sobre Pacientes, Familiares e Profissionais de Saúde, mas, principalmente, com e para eles. Enfim, são eles merecedores de muitas Pesquisas e, proporcionalmente, de perenes cuidados, em busca de um “*bom plantão*” em momentos nos quais estamos como *Senhores Cuidados*, e em outros, em que somos *Senhores Cuidadores!*

A análise desses elementos possibilitou a identificação de sofrimentos inúteis e evitáveis durante o período de internação. Importante no hospital não é, então,

gerenciar pessoas, controlá-las fiscalizá-las, mas sim gerenciar com pessoas, buscar um trabalho com uma única missão para todos: cuidar para o alívio de sofrimento inúteis do paciente. O caminho é o da ética, do respeito, da dignidade, para com aquele que sofre e para com os colegas de quem o trabalho merece todo respeito. Quando nos referimos a um hospital não estamos tratando exclusivamente, mas também extensivamente com especialidades.

A internação, independente da causa que tenha levado o Paciente à vivência hospitalar, produz um sentimento comum: abandono, desamparo, perda, separação, dependência, desesperança .

Precisa ser assim? Podemos amenizar esta gama de sentimentos? Podemos, de alguma forma, torná-los úteis? Podemos amenizá-los? Talvez.

Nós, Profissionais comprometidos com a saúde, precisamos permanecer com a “conduta pautada nos valores humanos e não apenas pelos valores técnicos e terapêuticos de seu agir” (Campos, 1995). Somos humanos e não ‘robots’. Com melhor preparo dos Profissionais de Saúde, através de maior investimento da instituição em nível pessoal, oferecendo não só condições materiais de trabalho, mas também humanas, através de grupos de reflexão e psicoterapia, proporcionaremos auto-análise, que pode favorecer ao encontro dos limites e das possibilidades em sua relação com o Paciente.

O aspecto mais importante do comportamento dos profissionais da saúde, ao dar assistência a estes enfermos é o de conseguir estabelecer com eles um pacto terapêutico na luta contra a doença, de modo que não se sintam presas passivas de um mal que os corrói por dentro, nem espectadores de si mesmos. Um comportamento de confiança, sem se entregar ao desgaste da rotina, cria uma distância emocional ideal para com o paciente, ou seja, estimula a empatia (a sensação de ser compreendido nas suas próprias exigências) e evita quer um distanciamento emotivo, que pode tornar-se frieza e até cinismo, quer um envolvimento excessivo, que não lhe permita a

necessária segurança e liberdade no que diz respeito ao mesmo doente. A prática hospitalar, não exige apenas “relacionamento”, exige também conhecimentos técnicos profundos capazes de dar à toda a equipe condições de observar o paciente e de lhe prestar um atendimento integral, físico e psicológico. E isto exige treinamento e atualização. Os Profissionais de Saúde necessitam ter um aspecto humano muito especial e uma competência de alto nível. “Humanizar é garantir condições de trabalho e econômicas e é respeitar suas competências específicas”, conforme Pinkus (1988:114).

Humanizada, a Equipe de Saúde terá melhores condições para compreender as reais necessidades do Paciente e de sua Família, atendendo ao seu chamado, acolhendo-os. Com isso, a internação se torna mais humana, ainda que continuem presentes situações de rupturas.

As situações de ruptura são presentes na hospitalização. Entretanto, se faz necessária a presença, nas ações dos Profissionais de Saúde, de situações que favoreçam continuidades. Ao ser internado, o Paciente “rompe” laços com a Família, Amigos, com o Trabalho, enfim com seu cotidiano. Mas, se contar com a presença do familiar como uma constante durante o período de interno, os sentimentos de desamparo e de abandono serão suavizados de uma forma bastante significativa.

A doença é um fator que desestrutura e mobiliza toda família, e a solidariedade é umas das interfaces no tratamento pois também ajuda a sustentar o sofrimento doente. Henrique Nardi (1998:95) afirma: “Augé (1986:36) ‘O paradoxo da doença é que ela é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas’ ” . O período em que a Família vivencia o dia a dia hospitalar deve ser aproveitado pela Equipe de Saúde na preparação dos Familiares para receber e cuidar do Paciente quando de seu retorno à casa, sabendo lidar com suas angústias. Em consequência, também estará sendo trabalhado o lado do Profissional, imbuído em sua formação por um sentimento de onipotência, normalmente repassado aos Familiares e Paciente. Os limites nas

relações parecerão mais claros e suas frustrações inerentes ao seu cotidiano profissional serão abrandadas.

Os benefícios se farão visíveis tanto para o Profissional, como para o Paciente. Aquele, não estará apenas em contato com mais um corpo, mas sim terá a chance de se familiarizar junto com os mais próximos do Paciente, sabendo um pouco mais sobre sua singularidade. Quanto a este último, só a presença de sua Família, não apenas durante o horário de visita, mas durante todo o período de internação, lhe traz um bálsamo diante de tanto sofrimento.

Outra forma de contribuir com a continuidade é o uso da criatividade, seja pelo Profissional, seja pelo Paciente, seja pela Família. Os DOUTORES ALEGRIA são um exemplo de como a inventividade pode levar a inscrever a internação com outra conotação. Não apenas sentimentos negativos, mas também solidariedade, oportunidade, alegria, generosidade. O trabalho é árduo, pois as instituições resistem, mas vale a pena perseverar.

Ensina-nos bastante o filme DR. PETCHADAMS, O AMOR CONTAGIA estrelado por Robin Williams, a demonstrar que mesmo em situações de extrema dor, como a certeza da morte pode ser amenizada com alegria, bom humor, brincando-se com o inevitável, sem mantermos o clima frio, sombrio, triste, que cerca os últimos dias de vida de um Paciente.

E mais, ensinou-nos ainda de que não existe um padrão único, uma receita de bolo para tratarmos os Pacientes. São singulares, únicos e cada qual demandará uma forma diferente de agir.

Somos terminais: morremos um pouco a cada dia. Há formas de viver e de morrer: quais são elas? Cada sujeito as encontrará no decorrer de sua vida, através de suas escolhas, de sua vida, delineando, através de suas escolhas, sua história entre os seus semelhantes.



## **BIBLIOGRAFIA**

- ANUÁRIO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE. (1991). Coordenação Daniela Ropa, Vol.1, n.1. Rio de Janeiro, Relume Dumará, “Ensaio, publicações, calendário, resenhas, artigos”. Conteúdo parcial: A questão em debate: Transmissão e laço social da psicanálise no Brasil.
- ALMEIDA, Maria do Carmo Cintra de. (1991). Perversão narcísica na família do psicótico. In: VILHENA, Júnia de. (org.). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará .
- APARÍCIO, Augustín & BRAUNSTEIN, Nestor & SAAL, Frida. (1991). Un diván para Antígona. In: FREUD, Sigmund. *A medio siglo de El Malestar en la cultura de Sigmund Freud*. Mexico, Siglo Veintiuno Editores, 169-189.
- BARDIN, Laurence. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- BAREMBLITT, Gregório F. . (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- BECKER, Howards. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, Hucitec.
- BOFF, Leonardo. (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes.
- BORGES, S. N.. (1996). *Metamorfoses do corpo: uma pedagogia freudiana*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 197 p.
- BRUGGER, Walter.(1987). *Dicionário de filosofia*. 4. ed, São Paulo, EPU.
- BROMBERG, Maria Helena P. F. . (1996). Luto: a morte do outro em si. In:\_\_\_\_\_. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 99-122.
- CAMPOS, Theresinha Calil Padis. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo, EPU.
- CARVALHO, Vicente A. De. (1996). A vida que há na morte. In: Bromberg, M. H. P. F. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 35-75.
- CASTIEL, Luis David. (1994:171-203). *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas, São Paulo, Papyrus, 203 p.
- CHEMAMA, Roland. (1995). *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médicas.

- CHIZZOTTI, Antonio. (1995). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo, Cortez.
- DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes.
- DOR, Joël. (1991). Aproximação psicanalítica da função do nome próprio. In: Ropa, Daniela (coord.). *Anuário Brasileiro De Psicanálise*. Vol.1, n.1. Rio de Janeiro, Relume Dumará, "Ensaio, publicações, calendário, resenhas, artigos". Conteúdo parcial: A questão em debate: Transmissão e laço social da psicanálise no Brasil.
- EPINAY, Michèle Lalive d'. (1988). *Groddeck: a doença como linguagem*. Campinas, São Paulo, Papyrus.
- ETCHEGOYEN, R. H. . (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- FINKLER, Pedro. (1994). *Qualidade de vida e plenitude humana*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes.
- FOUCAULT, Michel. (1986: 113 - 128). *Microfísica do poder*. 6 ed. , Rio de Janeiro, Edições Graal.
- FRANCO, Maria Laura P. B. . O que é análise de conteúdo? In: *Ensino Médio: Desafios e Reflexões*, Papyrus Editora, Campinas, São Paulo, 1994. (originalmente publicado e retirado de Eda, C. B. Machado de Souza (org.), Maria Laura P. B. Franco PUC SP e Lisa A. Mets (university of Michigan) Universidade de Brasília, Vol 3, Avaliação de currículos e de programas (leituras complementares), Brasília, 1997).
- FREUD, Sigmund. (1976). A psicologia de Grupo e a Análise do ego. In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII, RJ, Imago.
- GINZBURG, Carlo. (1991). *Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história*. São Paulo, Companhia das Letras.
- GOFFMAN, Erving. (1999). *Manicômios, prisões e conventos*. 6 ed., São Paulo, Editora Perspectiva, 312 p.
- \_\_\_\_\_. (1988). *Estigma*. Rio de Janeiro, Guanabara.

- GONÇALVES, Helen D.. (1998). Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: Duarte, Luiz F. D. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 105-117.
- HEGENBERG, L.. (1998). *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- KAËS, René. (1991). A realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In:\_\_\_\_. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1-39.
- KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin J. .(1996). *Compêndio de psicoterapia de grupo*. 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas.
- KAUFMANN, Pierre . (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- KHAN, M. Masud R. .(1984). *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- \_\_\_\_\_. (1974). *La rancune de l'hystérique*. Nouvelle Reune de Psychanalyse, n. 10, Automine, 151 – 158.
- KOVÁCS, Maria Júlia. (1996). A morte em vida. In: Bromberg, M. H. P. F. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 11-33.
- KRISTEVA, Júlia. (1994). *Estrangeiros para nós mesmos*. Rio de Janeiro, Rocco, 205p.
- LAPLANCHE, J. . (1970). *Vocabulário da psicanálise*. Santos, Martins Fontes.
- LEPARGNEUR, Hubert.. (1987). *O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade*. Campinas, Papirus.
- LOURAU, René. (1996). *A análise Institucional*. Petrópolis, Vozes.
- MANNONI, Maud. (1995). *O nominável e o inominável: a última palavra da vida*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 152p.
- MELLO FILHO, Júlio de. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_. (1991). Donald W. Winnicott, vinte anos depois. In: OUTEIRAL, José O.; GRAÑA, Roberto B. & Colab. . *Donald W. Winnicott: estudos*. Porto Alegre, Artes Médicas,16-35.
- \_\_\_\_\_. (1991). Winnicott – a psicanálise em transicionalidade. In: OUTEIRAL, José O.; GRAÑA, Roberto B. & Colab. . *Donald W. Winnicott: estudos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 44-53.

- MEZOMO, João C. . (1979). *Hospital Humanizado*. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 182 p.
- MINAYO, M. C. de S. . (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6 ed. , São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco.
- MOURA, Marisa Decat de (org.). (1996). *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro, Revinter.
- NARDI, Henrique Caetano. (1998). O *Ethos* Masculino e o Adoecimento relacionado ao Trabalho. In: Duarte, Luiz F. D. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 95-104.
- OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. (1998). Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte, Luiz F. D. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 81-94.
- OLIVIERI, D. P. .(1985). *O ser doente*. São Paulo, Moraes.
- ORNELLAS, Cleuza Panisset. (1997). *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro, Renavam.
- PINKUS, Lucio. (1988). *Psicologia do doente*. São Paulo, Edições Paulinas. 146 p.
- PITTA, Ana . (1991). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo, Hucitec.
- PRADO, Maria do Carmo Cintra de Almeida. (1991). Destino e mito familiar. In: VILHENA, Júnia de. (org.). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 81-92.
- RIBEIRO, Herval P. . (1993). *O hospital: história e crise*. São Paulo, Cortez.
- RIVIÉRE, Pichon . (1988). *Teoria do vínculo*. São Paulo, Martins Fontes.
- ROCHA, Lindemberg Nunes. (1991). A família como instituição. In: VILHENA, Júnia de. (org.). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 07-10.
- RODRIGUES, Nubia & CAROSO, Carlos Alberto. (1998). Idéia de 'sofrimento' e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte, Luiz F. D. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 137-149.
- SAIDON, Osvaldo & KAMKHAGI, Vida Rachel (org.). (1987). *Análise Institucional no Brasil: favela, hospício, escola, funabem*. Rio de Janeiro, Espaço e tempo.

- SILVA, Benedicto. (1987). *Dicionário de ciências sociais*. 2. ed., Rio de Janeiro: FGV.
- SILVA, Claudia Ozório da. (1994). *Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida*. Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado, área do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana / ENSP).
- SOUZA, Edson Luiz André de. (2000). Trabalhos invisíveis. In: JERUSALINSKY, Alfredo & MERLO, Álvaro C. & GIONGO, Ana L. . *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 216-219.
- SPITZ, René Arpad. (1979). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo, Martins Fontes.
- STEDFORD, Averil. (1986). *Encarando a morte - Uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre, Artes Médicas, 169 p.
- VALADARES, Jorge de Campos. (2001). *Anotações de orientação para desenvolvimento da Tese*. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. (2000). A diversidade das sociedades e dos seres vivos, e o comportamento humano. In: *Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento: 11 a 14 de julho de 2000*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 83-91.
- \_\_\_\_\_. (1994). *Espaço, ambiente e situação do sujeito*. Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado apresentada na ENSP / FIOCRUZ).
- VILHENA, Júnia de. (org.). (1991). Viver juntos nos mata. Separarmo-nos é mortal. In: \_\_\_\_\_. *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica* . Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 11-27.
- VIORST, Judith. (1988). *Perdas Necessárias*. São Paulo, Melhoramentos.
- WALLERSTEIN, Robert S. . (1998). *A cura pela fala: as psicanálises e as psicoterapias*. Porto Alegre, ArtMed.
- WEBER, Max. (1982). *Ensaio de sociologia*. 5. ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- WINNICOTT, B. W. . (1996). *Tudo começa em casa*. 2 ed. , São Paulo, Martins Fontes.
- WINNICOTT, Clare. (1994). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.

**Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado  
Departamento de Ciências Sociais**

**"O PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL,  
A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE:**

**VICISSITUDES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
RUPTURAS... E CONTINUIDADES..."**

**(ENTREVISTAS REALIZADAS NO HUCFF  
ENFERMARIA DE DIP / AIDS)**

**anexo 1**

**Mestranda:  
Tereza Cristina Coury Amin**

**Orientador:  
Prof. Dr. Jorge de Campos Valadares**

**Rio de Janeiro  
setembro - 2001**

## ANEXO 01

### **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PACIENTES**.....03

#### **ENTREVISTAS COM PACIENTES**

<i>Maria</i> .....	05
<i>Ana</i> .....	08
<i>Paulo</i> .....	13
<i>José</i> .....	17

### **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EQUIPE DE SAÚDE**.....24

#### **ENTREVISTAS COM EQUIPE DE SAÚDE**

<i>Enfermeira Claudia</i> .....	25
<i>Médico Pedro</i> .....	29
<i>Auxiliar de Enfermagem Vera</i> .....	35
<i>Assistente Social Ângela</i> .....	42
<i>Enfermeira Luisa</i> .....	46
<i>Médico João</i> .....	55

### **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS FAMILIARES**.....66

#### **ENTREVISTAS COM FAMILIARES**

<i>Cátia</i> .....	67
<i>Glória</i> .....	70
<i>Mário</i> .....	72
<i>Carlos</i> .....	76

## **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

### *1 - Identificação*

- \* Nome*
- \* Idade*
- \* Profissão ou ocupação*
- \* Estado civil*
- \* Grau de Instrução*
  
- \* Lugar da Entrevista*

### *2 - Relações familiares e interpessoais*

### *3 - Experiência de vida - se não estivesse internado*

### *4 - Internação - motivo, tempo, outras, melhor / pior momento - experiências da atual internação (passou - gostaria)*

### *5 - Hospital - o que pensa, funcionamento, sofrimentos*

### *6 - Reações - choro / sugestões*



## **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PACIENTES**

*Idade, profissão / ocupação, tempo de serviço,  
motivo e tempo de internação, outras internações,  
casado / filho, com quem mora,*

- 1) O que você gostaria de falar sobre a sua vida, sobre o que está vivendo?*
- 2) Como é a internação para você?*
- 3) O que estaria fazendo se não estivesse no hospital?*
- 4) O que pensa sobre o hospital? Como é o hospital para você?*
- 5) Qual é o melhor, e o pior momento da internação?*
- 6) O que poderíamos melhorar?*
- 7) O que funciona bem ou não no hospital?*
- 8) O que influencia na sua melhora?*
- 9) O que passaram para você quando internou aqui?  
O que gostaria que falassem para você quando internou?*
- 10) Que sofrimentos inúteis poderiam ser evitados no hospital?*
- 11) Já chorou alguma vez no hospital?*
- 12) O que o motivou a participar desta pesquisa?*
- 13) Gostaria de deixar alguma sugestão, mensagem?*

**ENTREVISTAS COM**  
**PACIENTES ENFERMARIA DE DIP/AIDS - HUCFF**

*Maria, 27 anos, do lar, cursou até sexta série do primeiro grau.*

[Entrevista realizada no leito].

[Antes de começar a responder, sobre qual o motivo de sua internação, prontamente pega dentro de uma gaveta na mesa que fica na cabeceira de sua cama uma caixa de cotonete e lê o nome *Guillain-Barré*, onde havia anotado o nome da doença].

*“Estou internada há um mês e quatro dias, vou ter alta amanhã. Estive internada quando tive meus dois filhos, mas não é de doença... Moro com o meu marido e dois filhos, um de 6 anos e o outro de um ano e nove meses. O mais novo tem o vírus, ele se trata aqui também... As doenças que já tive foi o HIV e essa [Guillain Barré] ... Tenho amigos, mas só a família que sabe que tenho o vírus”.*

*“A minha vida está corrida, estressante, acordo agitada... Minha mãe e minha irmã me ajudam. Minha mãe sempre [corre lágrima]. Tenho saudade dos filhos... É muito chato. Quero andar e não dá, quero ir pra casa e não dá... Em casa, minha recuperação é mais rápida... Meus irmãos não vem porque também tem família. Em casa, minha recuperação é mais rápida. Meus irmãos não vem porque também tem família”.*

*“A internação é boa num ponto, mas longe dos filhos, da casa. Não tem coisa melhor que a casa quando tá boa, quando tá mal, tem que correr pro hospital. Fui perdendo os movimentos dos braços, das pernas. Fui no ambulatório e o médico me internou. Fiquei muito triste. Melhor ficar mesmo. Sabia mais ou menos como era. Meu filho ficou internado por causa de infecção intestinal durante dois meses e vinte dias, quando ele tinha cinco meses... Gostei porque ele melhorou, mas também maltrataram ele [corre lágrima]. Furaram muito ele, até pegaram no pescoço, aqui [aponta]. Chegou a pesar três quilos e quando ele internou estava com oito quilos. Fiquei em pânico”.*

*“Para melhorar a internação poderia ter mais enfermeiro. Chama e ele não vem... Tem plantão bom. Tem plantão ignorante. Plantão bom é quando dão*

atenção. Quando peço para dar uma volta na cadeira e eles botam. Conversam com a gente, animam a gente. Plantão ignorante é quando fala que não tem fralda, e manda a família comprar... Chamava pra mudar posição, diziam pra escolher a posição certa. Se era dez horas da noite, tinha que ficar nessa posição até de manhã, chamava e não vinham. Isso acontecia mais no plantão da noite. Deve ser vontade de dormir. Ficam conversando... Isso acontecia mais no plantão da noite, todo plantão da noite, do dia é melhorzinho. Não sei se de manhã tem mais gente para ajudar [pensando], à noite não tem atenção nenhuma... Atenção é quando a pessoa tá precisando de muita ajuda e ela vem. Melhora tudo. Necessitando muito do enfermeiro, no meu caso, pra trocar de posição”.

“Aqui avisam antes sempre a gente”.

“O melhor momento é o da alta. E o pior é quando depende, quando não está podendo fazer nada”.

“Se não estivesse no hospital estaria cuidando dos meus filhos, da casa, ou passeando, adoro sair. Final de semana vou pegar meu esposo no trabalho com meus filhos”.

“Hospital é coisa muito ruim. Você chega com uma coisa que cuida rapidamente, e outro chega mal e fico nervosa, medo de também ficar igual. Medo de acontecer alguma coisa. A gente pensa o pior, o pior é ficar igual aquela pessoa”.

“O que funciona bem no hospital é a alimentação, o atendimento dos médicos também, dos enfermeiros é regular. Atender bem é explicar bem. Se tiram sangue, explicam para que é”.

“Melhor se ficar vendo meus filhos sempre. Meu marido não quer trazê-los porque aqui é perigoso de pegar alguma bactéria, alguma coisa. [O marido] só trouxe uma vez. Eu adorei. Veio aqui dentro, a psicóloga autorizou. Eu adorei. Veio aqui dentro. Mata a saudade. E minha mãe do lado. Meu pai faleceu quando tinha 8/9 anos de derrame.”

“Poderia melhorar a equipe colocando mais enfermeiros para ter mais atenção, porque quando tem paciente grave, eles ficam dando mais atenção e a gente fica aqui sozinho”.

“Já chorei duas vezes no hospital. Uma vez por causa da fralda, quando a enfermeira me falou que eu tinha que usar três fraldas, e eu falei que dava com

*uma e aí eu fiquei nervosa e fiquei chorando. Choro à toa. Depende, não é à toa. Pessoa doente fica mais sensível, delicada, e precisa muito de ajuda. Pessoa não tá normal, boa de saúde. No meu caso dependo muito das enfermeiras. A outra vez que chorei foi porque a minha mãe não pôde vir. Ela ficou vindo três dias, uma semana depois que internei. Depois ela não pôde porque tinha que ficar com os meus filhos, antes eles ficavam com minha irmã, e com meu marido quando ele chegava do trabalho. Minha mãe está muito preocupada. Quando soube que eu estava bem, ficou alegre. Eu fico mais preocupada, meu marido não quer se preocupar. Ele é negativo. Só o mais novo e eu que somos HIV+. Ele é pai só do pequeno. Eu me trato há uns dois anos”.*

*“Vida é coisa boa, boa é tendo saúde, tendo saúde é a coisa mais gostosa do mundo. Morte é coisa muito triste. Ainda mais as pessoas que a gente mais adora pai, mãe, filho, amigo bem chegado”.*

*“Achei boa a pesquisa, gosto de ajudar a melhorar”.*

*“Agradeço aos médicos de ter melhorado”.*

*Ana, 40 anos, advogada, trabalhou por cinco anos no escritório de advocacia.*

[Entrevista realizada fora do quarto, por opção da entrevistanda. Depois de algum tempo a enfermeira a chamou para voltar para o quarto pois estava na hora de tomar a medicação].

*“O motivo da minha internação é Robocop?! Cocô de cavalo - vê lá com elas o nome, mas sei que é do cocô do cavalo. Pneumonia nos pulmões, bacilos. Dá em quem mexe com fertilizantes. Onde moro que é um apoio de freiras, tem perto um curral de cavalos. Eles não querem nem saber, pior é para quem tem. Estou internada há mais ou menos 6/8 semanas, tem previsão de tempo pra ficar internada, por causa da medicação via venosa. Esta é a primeira internação mais longa. A primeira foi para checar a volta da tuberculose, outra pra ver se tinha problemas do coração que foi de uma semana.”*

*“Já fui tudo isso! Já fui mãe e perdi uma criança de 4 anos com o vírus, ela tinha pneumonia. Porque ninguém morre por causa do vírus da Aids. Fiz o pré-natal e não descobriram, só quando a criança tinha uma no que descobriram, e eu já tinha amamentado. Estava nos Estados Unidos e não pediram o HIV. Filha nasceu, cresceu e morreu lá. Conheci o americano aqui e fiz toda a documentação e fui para lá. Quando ele ligou dizendo que ia marcar a passagem eu estava já chegando lá. Engravidei poucos meses depois e já tinha feito um aborto antes de casar...*

*Eu gosto de ser uma figura marcante, ter meu próprio caminho, ter minha própria maneira de escolher. Lá nos Estados Unidos, tem os grupos de indícios de Aids como drogados, prostitutas, homossexuais, e pessoas com alto índice de promiscuidade. Tentaram me selecionar. Com a minha filha, queriam ver o que ela era, qual a raça que iriam colocar para ela. Ariana. Eu que inventei, colocaram branca. [Pensando] Perdi meu apoio moral, a máquina... Depois tive três abortos com pessoas diferentes. Pessoas que tinham o vírus mas não se importavam...*

*Tem gente que tem sangue de Cazuzu e sangue de Betinho. Os dois tinham o vírus, mas eram bem diferentes. Sangue de Betinho que lutou, cuidou, brigou por alguma coisa, acho que ele rendeu mais, o dobro da idade do Cazuzu. Os dois eram ricos, os dois tinham dinheiro. Terceira opção: sujeito ‘o’. Aquele que fica parado, inerte, deixa o tempo passar...*

*Não estou estudando, trabalhando, estou em casa de freiras - religião. Há cinco anos não tenho parceiro, porque a casa não permite e porque também não quero. Isso é o que o 'o' faz, toma remédio, mas não fica muito em cima disso, deixa levar, se a carga viral tá assim, isso já deixa pro médico. Vejo muita gente que usa drogas fazendo coisas que é anti - 'o', ou às vezes nem usa, mas bota a religião no meio, diz que tá curado que o pastor curou e fica por isso mesmo. O grupo 'o' é aquele que não quer sair do zero, quer ficar parado, esperando sair a cura... Agora penso em fazer tudo. Parece o pulo do gato”.*

[No leito, o enfermeiro tenta para passar a medicação via venal em Ana]

*“Se correr o bicho pega e se ficar o bicho come. Prefiro levar a vida na maior calma. Sem procurar muita agitação. Procuo viver, não bebo mais, mas não deixo de fumar, porque é o único prazer que tenho, é o que me bota diferente da freira”.*

*“Ai! Ai! Ai!” [Queixa-se quando outra enfermeira tenta furá-la].*

*“Tipo 'o' é muito frouxo”.*

*“O que faz a freira? Fé, obediência, castidade, hierarquia, solidariedade, as cinco demandas da freira. Na casa das freiras usaram como robozinho. Se não fosse o cigarro, preencher o vazio...”*

*“Eu queria voltar para casa dos meus pais, é problemático com idade avançada. Estou num lugar que não é o meu lugar. É um lugar para pessoas que não tem nada. E eu tenho pensão. Sou filha, tenho um irmão. Mãe tem medo de contrariar meu pai, meu irmão por sua vez também, e meu pai nem se fala. Acho que é a mãe que pulsiona tudo. Conteí à distância, por telefone. Falei para o meu irmão e ele contou para minha mãe”.*

*“Só me meti com gente errada”.*

*“Aqui não almoço, nem janto. A comida tem um cheiro horrível”.*

[Perguntou que horas a moça da limpeza ia descer, que ela queria que trouxesse algo para ela - como se fosse rotina - pegou o dinheiro e deu para ela].

*“A medicação é cara, internada toma na veia. Estão tentando ver medicação oral para eu ir pra casa. Não estou vendo a luz no fim do túnel porque não estou sabendo quando vou embora”.*

*“Sobre a internação preferia dois diazepam à noite. Toda noite é zona. Barulho, gritaria”.*

*“É muito difícil melhorar. O ser humano é mutável, e é difícil de manobrar. Difícil de lidar, não dá pra conversar, pra manter o diálogo”.*

*“Aqui funciona bem a hierarquia. Aqui o povo se borra com essa história de hierarquia. Não quer que a reclamação suba. Controle. Há tentativa de qualidade, de produtividade. Em termos de administração vai se indo”.*

*“O hospital é uma instituição que tem direitos, acessos, administração, e o caramba a quatro. Instituição para pessoas se recuperarem ou vierem a padecer”.*

[Enfermeira coloca-a na medicação venosa, na dobra do braço, e ela reclama que vai sair, que não vai ficar, então a enfermeira diz que o pior mal é aquele que sai da própria boca do homem tá na bíblia].

*“O que mais mexe no hospital é o CTI. Ao ouvir essa palavra pega. Quem vai pra lá não volta”.*

*“O melhor momento da internação é a hora da visita. Hora do movimento, de gente entrando e saindo do hospital. Dá um refluxo. Parece que consigo ouvir os passos [silêncio, como pensando]. Pior é quando alguém vem buscar a certidão de óbito”.*

*“O que influencia é o que ela [a enfermeira] disse: a minha boca. Tenho que aprender a tocar saxofone”.*

*“Para equipe trabalhar melhor precisa um clima mais ameno. A equipe tem um riso de nervoso. Rindo como para desabafar, encarnando. Por exemplo, ao invés de jantar prefiro sanduíche, enganando a situação. Você tá ali [no hospital]. porque é uma saída. Vamos sair pra almoçar juntos? Eu não escuto isso. Tá no caminho vai. Tem muita concorrência. A coisa é melindrosa. Faz porque já tá feito um relógio, a maioria das pessoas”.*

*“O mais difícil momento é a relação paciente e enfermeiro. Se não for boa, fica aquela implicação, aquela pinimba, quer levar vantagem porque o outro está do outro lado, de fora. Tem gente que encara como maternidade, mamãe. Paciente que procura na enfermeira a mãe ou no enfermeiro o pai. E isso pode crescer ou decrescer. Crescer no sentido de maternidade, paciente como um anjinho. Aqui não é colônia de férias, isso é um hospital. Decrescer, prefiro não entrar nessa área. É só olhar para o teto que vejo as reformas que precisam ser feitas. Bomba para se reciclar tudo, não é para piorar, é para melhorar. Vai*

*ficando velho e daqui a pouco cai na cabeça de um. Faz reforma no prédio e esquece de botar forro. É uma questão de administração, de diretoria”.*

*“Se não estivesse aqui estaria vendo filme no cinema. Indo ao Mac Donald’s comer besteira. Comer casquinha de siri, uma lula, que tal uma caldeirada, bota um vinho branco. Não sou alcoólatra. Cheguei a dar um pé para alcoólatra. Parei há 6 anos”.*

*“No hospital, chorar não, mas fico meio apreensiva, angustiada muitas vezes. Quando fico assim dá muita dor de cabeça. Por exemplo, quando o médico falou que depende do laboratório. Cabeça começa a rodar, parafuso começa a rodar, enroscar. Me agarro a alguma coisa para ver se a cabeça pára de pensar em besteira... Besteira: descrença, devaneio, suicídio... Suicídio, pular a janela, sou frouxa para isso. No nono andar teve uma pessoa que já se jogou. Quando chego na janela, dá calafrio. Há mais ou menos quatro anos tomei uma medida de remédio para apagar”.*

*“Recebo visita da minha mãe de vez em quando. Meu irmão tem 50 anos, não faço questão que ele venha. Com ele é uma conversa meio doida, não concordo com nada que ele fala. Via o meu irmão como perdedor, queria ser vencedora. Pior ainda ele sendo mais velho. Meu pai não tem tempo, porque faz negócio de rádio, faz dublagem. Amigos são poucos, sou muito reservada. Mais ou menos meia dúzia. Conhecidos devo ter uma dúzia, amigos poucos”.*

*“Disseram que estou com pequenas mazelas no pulmão. Primeira dificuldade foi arrumar vaga. A internação me pegou de surpresa. Depois pensei que não fosse conseguir ficar internada, o tempo demorava tanto a passar. Pensei comigo mesmo: vou passar 15 dias de férias, só que passou 45 e até agora nada”.*

*“Eu gosto de conversar. Faço mais um monólogo. Tem hora que não quero conversar. Aí eu acordo. Faz parte da minha personalidade”.*

[Depois lendo o papel, acrescentou]

*“Aqui fazem uma poça d’água num lago, aliás um lago numa poça d’água. Principalmente na emergência, fazem um escândalo. Na triagem tem sempre paciente reclamando. Até eu tenho que passar pela triagem, eu acho que eu tinha que passar por outro setor, já sou daqui... Informam sempre tudo. Eu corro sempre*



*atrás, mas também tenho paciência curta. Calibre grosso, temperatura curta. É isso! Benefícios reduzir ... [sorriso]*".

**Paulo**, 46 anos, estilista e jornalista há mais de 20 anos.

[Entrevista agendada previamente. Realizada no leito, paciente tomando medicação intravenosa].

*“Estou com fungos no cérebro. Estou internado há uma semana. Esta é a segunda internação, a primeira foi por tuberculose e fiquei internado por menos que um mês”.*

*“Moro sozinho com rapaz. Primeiro ele [rapaz ao seu lado] era meu funcionário, depois virou uma pessoa da família. Tenho muitos amigos. Estou aqui porque tive problemas com o meu plano de saúde. O hospital permite ter acompanhante as pessoas mais debilitadas. Acabei com a minha manha quando consegui com que ele ficasse comigo. Ele fica o dia inteiro e à noite, até dorme aqui. Poxa! Não sei o que seria de mim sem ele aqui”.*

[Possui celular]

*“Aqui não me falta nada. Só gostaria da comida ser degustosa, nunca comi, nem abri. Não como comida do hospital. Multiplica terrível por 21. Sou enjoado para comer e, bem, minha família cozinha muito bem. Com o resto está tudo muito. Tudo a tempo e a hora. É acima das minhas forças conseguir comer”.*

*“Sou uma pessoa feliz, sou uma pessoa religiosa, tenho fé, tenho esperança, objetivos, ideais e certeza de conquistá-los... Sou feliz e faço o necessário para eu ser feliz.. Preciso ir embora para agir minha vida. Preciso dos remédios e os remédios não me fazem mal, parecem calmante. Não sinto nada”.*

*“A internação não é a melhor coisa que pôde me acontecer, mas é a melhor forma das pessoas se cuidarem. O acompanhamento é melhor, remédios para as pessoas a tempo e a hora. Principalmente remédios para a cabeça, que é mais caro ainda. Aumento dos remédios foi de 67%”.*

*“Se não estivesse aqui estaria na praia tomando água de côco. Gosto de receber pessoas em casa, bate papo, tomar um vinho, adoro uma boa bebida e bom bate papo. Já deve ter dado para você perceber. Em casa fico três a quatro horas com amigos”.*

*“Hospital varia de acordo com cada hospital, bom, ruim, excelente. Hospital, principalmente o público, é um bem para a humanidade. Forma alternativa de se cuidar. Principalmente o público porque se não morreriam.*

*Doenças matam e não percebem. Hospital é base na sociedade. Sociedade precisa de hospitais para atender toda a comunidade. Teria que ter em todo lugar. Devia-se ajudar os menos desprovidos. Pessoas que passam o dia com pãozinho. O que ganham daria para dar pão e leite. Eu aqui e as pessoas sofrendo”.*

*“Sempre fui nos relacionamentos uma pessoa amada. Sou homossexual, vivo momentos felizes, história alcançada aos 46 anos - minha plenitude, minha casa. Sou uma pessoa feliz, vencedora, sou muito feliz por isso, sou solidário ao sofrimento alheio. Criança... então... Não tenho filho. Pensei se tivesse e levasse meu filho à escola e dizerem para ele seu pai é viado. Os filhos sofrem com os pais. E também dele se tornar homossexual”.*

*“Sonho com criança. Não sinto falta de companheiro, sim de um filho. Comprar coisa para ele [filho], brincar com ele no chão. Tenho um projeto de ensinar as crianças se valorizarem. Dar escova de dente, pasta, ensinar como escovar os dentes, ter boas maneiras. Ajudar e estar perto. Tenho um espaço de uns mil metros quadrados num bairro humilde, e as crianças todas do bairro dizem que me amam, Tio Jobi, sou eu, me chamam de pai, são crianças carentes. Eles percebem que são importantes para mim. Sou uma pessoa que gosto de refletir. Sou leonino”.*

*“O melhor momento é o da alta. E o pior é quando chego no hospital e a gente procura suas paredes, sua casa. O médico me disse se eu não internasse, eu poderia entrar em coma. Quando a gente entra no hospital, não sabe quando vai sair, nem o que tem. Aqui que se descobriu o que tenho. Dá saudade de casa. Apego às coisas. O banho. Casa é templo. Sem máscaras sociais. Para mim, tem que ser limpa, limpa, limpa”.*

*“Não posso sair dizendo o que penso. Se, por exemplo, você conhece um rapaz e se sente atraída por ele. Usamos defesas”.*

*“Casa é um reino, tudo é feito da maneira que eu quero. Quando interno procuro a minha casa. Primeira noite, eu estranho porque eu não encontro as paredes da minha casa. [Interrupção celular]... A minha casa é uma casa cheirosa, eu cuido. No hospital, tem um cheiro peculiar. No primeiro dia, fico triste, depois melhora, vou conversando com as pessoas. Tanto da primeira vez, quanto da segunda. A primeira foi pior. Nunca tinha ficado. A primeira foi pior porque havia possibilidades ruins. Depois foi melhor, fizeram muitos testes, cautela. Achei*

*que era só comigo. Sempre dão muita explicação. Casa é casa, hospital é hospital!”*

*“Poderia melhorar limpeza e alimentação. A limpeza, tem cheiro de urina, a limpeza é superficial. Tenho medo de sentar no vaso. A alimentação, a comida é nota zero. Perguntaram-me uma vez o que gostaria de comer. Falei que gostava de sopa e de salada, depois não veio outra coisa, até hoje. Em casa, sou tratado como um bebê. Outro dia pedi angu e manteiga. Arroz da minha mãe se come puro. Aqui nada tem gosto de nada. Hospital tem tudo, carne, compra muita carne, legumes. As pessoas não são cachorro. Tem pessoas que não tem um real para comprar um salgadinho. Por que os hospitais tem que ser tão ruins para os pacientes e funcionários? Não é falta de sal porque na minha casa só faz sem sal e não é assim. Comida muito mal feita”.*

[Nesse momento, entra uma pessoa da equipe de enfermagem, para verificar sua medicação, e ele perguntou-lhe “o que você acha da comida?”. E ela responde-lhe: “eu não almoço aqui”. Ele insiste: “mas o que você ouve dizer, o que você acha?” Responde-lhe: “Não tenho nada a dizer”].

*“O médico e o enfermeiro funciona bem. Médico aqui é maravilhoso. O remédio é a tempo e a hora. A falta de comida é relevado por outras coisas. Tem um ditado que diz que não podemos ter tudo”.*

*“O que influencia na minha melhora é o meu bom astral. Porque eu não tenho medo. Quando o doente é revoltado, ele se deprime, contrai músculos, defesas, que vêm do fundo emocional ruim. É grande causador de doença. Tenho defeito de fábrica bem resolvido. Às vezes, falta uma pecinha”.*

*“Quando internei me disseram a verdade, os perigos que corria, das seqüelas, que não ficou nenhuma, estou em período de recuperação”.*

*“Deveria ter concorrência numa empresa de alimentação e escolher a melhor... Palestras dentro de cada enfermaria. Bem leve, de linguagem fácil, para poder apoiar as pessoas, coisas engraçadas sobre a sociedade, coisas úteis, por exemplo, como as pessoas poderiam ver as doenças. A doença que o leva estar ali é consequência da depressão, justamente pela vida que já levam. Palestras são necessárias,mas com muita cautela. Há um elemento criança dentro de cada um e é a melhor coisa que tem. Palestras com teor geral, sobre disciplina um monte de coisa”.*

*“Aqui os doentes mais enfermos têm direito a acompanhamento. Esse rapaz que me acompanha é casado e tem uma filhinha, quando não fica no final de semana, já sinto falta. Acho que só te acompanha quem gosta de você. Eu escolhi ele. Primeira vez que fiquei muito ruim, ele era meu funcionário recente. Ele tem um respeito acima de qualquer coisa. Pessoa honestíssima. A minha insegurança é que não durmo nem fico em casa sozinho, nem que seja uma criança de 5 anos em casa, tem que ter alguém comigo. Seqüela que tive na minha vida e não gosto nem de falar sobre isso”.*

[A enfermeira entra no quarto e ele confere com ela a quantidade já tomada. Conta a medicação para saber quantos dias ainda ficará internado, até completar a dosagem necessária da medicação].

*“Pensei que hoje fosse dia 09... normalmente com as datas é assim”.*

*“Chorei sim, a primeira vez que internei. Choro muito de emoção. Como meus sentimentos são exagerados, radicais... Se não gosto de você, não olho para sua cara. Pelo meu signo, é minha fraqueza. Sou espírita. Sinto quando o ambiente está pesado. Acredito na união de fé. Milagre das religiões é os seus adeptos. Não tenho choque com as religiões. O mal está no caráter de cada um, e não na religião. Vou aonde sou convidado”*

*“Todas as pessoas têm por obrigação de dar seu veredicto, sua opinião, participar, contribuir para sociedade. Eu falaria sobre tudo, sobre sexo... O mundo também não está muito bom porque falta coerência. A reflexão e a coerência são a base da felicidade”.*

*“Viver é lindo e morrer é lindo também, desde quando se nasce. Só o corpo morre, e o espírito sobrevive. Quando nascemos Deus joga semente, depois...dá frutos. Quando morre e é bom, sobe um degrau da vida, se é ruim desce dois degraus dela”.*

*“Este tipo de pesquisa que deveria ser feito, necessário. Pesquisa vai ser pesquisa quando cada pessoa dá um pontinho, poder chegar a um senso comum”.*

*“Gostaria que a atenção às crianças fosse redobrada”.*

*José, 37 anos, cobrador de coletivo (cinco anos), antes foi laminador de fibra de vidro, cabeleireiro, cozinheiro, balconista, acabador de fibra de vidro, meio oficial de bombeiro hidráulico.*

[Entrevista realizada inicialmente fora do quarto, num banco ao sol, depois prossegui em seu quarto].

*“Estou internado para operar, estou com infecção no testículo esquerdo. Estive internado há doze anos atrás no Hospital X. para extrair uma bala que levei quando tentei reagir a um assalto. Lá foi horrível ficar sozinho, não tive visitas. Só uma vez de minha mãe que foi me buscar. Ah! [lembrando] ... E teve de um tio”.*

*“Foi lá que descobri que tive o vírus. Onde tudo é descartável. Descobri a vida dos descartáveis. Não souberam me contar. Não queria comer. Achava que era só comigo. Antes de me falar, já me tratavam reservado, como se fosse pegar no ar, usando máscaras, roupas. Pedi alta porque não agüentava mais esse tratamento. Eu sei que eles não estavam errados, mas não souberam me falar. A gente acha estranho. Eu achava que não era para equipe me tratar assim porque eu não era o primeiro, e já estavam orientados. Eles que pediram o meu exame [de HIV]. Quando internei era travesti, com silicone nos seios, nos quadris, sobancelhas finas feitas. Por isso, eles me pediram o exame. Eu tenho para mim que não foi nessa vida - ‘Vida á - toa’ que peguei isso. Sempre usei preservativo. Com o tiro perdi muito sangue. Fui transfundido. Fiquei em coma”.*

*“Rasgaram minha blusa, a minha calcinha, me cobriram com lençol, colocaram no soro, e na ambulância. Rodei todos os hospitais em Nova Iguaçu, nenhum deles quis me aceitar. Não tinha vaga. Só me vi no hospital com barriga grande, bexiga inchada. Botaram sonda a sangue frio, senti uma dor. O enfermeiro me disse que era para superar a outra dor que eu estava sentindo. Desmaiei e acordei na sala do pré-operatório. Percorri todos os hospitais, nenhum me aceitou, dentro da ambulância só ouvia dizendo que não tinha vaga. Quando chegou no Hospital X., eu mesmo empurrei a porta da ambulância com o pé e falei que só saía dali morto. Ali senti segurança. No Hospital Y., não quiseram ficar comigo porque sabiam que eu era travesti. Não foi pela incapacidade de vaga, foi pelo preconceito”.*

[Solicitei que mudássemos de lugar pelo sol está quente. Comentou ele: “eu não ligo eu gosto pra pegar uma corzinha”. E eu disse-lhe que talvez fosse para

ficarmos mais confortáveis. Ele sugeriu então seu quarto. No caminho para o seu quarto, disse: *“lá realmente era melhor, pois tem água, televisão, não posso oferecer mais porque ali não dava pra ter, e já tinha vindo o almoço”*].

[Chegando em seu quarto]

*“Será que te interessa essa história? Eu estou me sentindo um governador dando entrevista para uma jornalista!”*.

*“Acho que foi mandado por um travesti baixo mesmo. Eu estava em casa vestida com uma camisa comprida e uma calcinha. Falei que estava de saia curta mas não estava. E chegaram dois caras meio estranhos e um deles perguntou se ali morava a Bete Preta, e o outro disse que a conversa estava demorada e disse que era uma assalto. Comecei a me atracar com um deles. Quando vi que o outro foi sacando a arma, comecei a correr. Uma colega já tinha me dito que, quando tentassem atirar em você, sempre correr em zig-zag, que é mais difícil de acertar o tiro, e mesmo assim eles já tinham dados uns tiros, aí pensei: vou fingir de morta, era o único jeito. Tinha uma árvore, segurei no galho e caí como se tivesse morrido, e aí eles param de atirar e falaram: serviço feito! Na hora você não sente nada, porque o sangue tá quente, mas quando o sangue esfria... Mas via o sangue escorrendo, cheio de sangue no corpo inteiro. Voltei para dentro da casa, e as duas amigas, que estavam em casa quando eles começaram a atirar, falaram não faz isso com ela não, eles partiram pro lado delas e elas saíram correndo e se esconderam atrás do armário. Quando voltei disse para elas que eles já tinham ido embora, e que eu precisava de ajuda. Elas responderam que não queriam sair na rua e encontrar com eles e eles saírem atirando de novo. Falei que não podia esperar, que eu estava ferida. Fui saindo pela rua e encontrei um colega, que achavam que ele era maluco, mas foi ele quem me ajudou. Ele perguntou como estava Valeska, uma outra amiga travesti que tinha levado tiro, repondi que ela estava melhor que eu, pois ela estava já se recuperando e eu estava precisando ser socorrida que tinha levado muitos tiros. Próximo dali tinha uma Delegacia de Polícia. Chegando lá esse meu amigo foi pedindo ajuda, e ele disse que tinham atirado na namorada dele. Eu estava com silicone nos seios, sobancelha fina, loira, parecia quem olhasse mulher mesma, só faltava a cirurgia da Roberta Close, cortar mesmo. Quando ele falou isso, um policial falou: “deixa, rapaz, dessa safadeza”. O meu amigo falou que ele só estava pedindo ajuda, e ele não*

*tinha o direito de falar aquelas coisas. Um colega dele policial também, falou que não podia falar assim pro rapaz. Eu estava deitada, e o outro policial me perguntou onde eram os tiros, aí mostrei, foi aqui e aqui [levanta a blusa e aponta]. Disse que ia tirar a bala com o dedo, então o outro policial falou: tá maluco! Não pode fazer isso, depois pega uma infecção, sua mão pode tá suja! Então chamaram a ambulância, e o policial que foi legal disse que se perguntassem como foi que falasse que foi para reagir a um assalto. Assim que a ambulância chegou eles perguntaram e falamos, e perguntaram também ao policial e ele confirmou, se não, eles poderiam não querer levar, e fazer uma série de perguntas. Então me levaram”.*

*“Uma bicha quando perde para outra bicha enciumada é pior. Bete Preta tinha ciúme comigo com o caso dela, porque ele já tinha saído comigo. Achei também que poderia ser queima de arquivo”.*

*“Quando tive alta do hospital, meus pais diziam pra todo mundo que perguntava por mim, que eu havia morrido. Mãe é verdadeira artista. Mesmo meu pai, que não gostava de minha vida, me aceitou em casa. Ele tinha me pedido que virasse homem, que eu ia arrumar homem de saia ou sem saia. Deixei a minha sobrancelha crescer. E fui ficando assim”.*

*“Com minha amiga Valeska, foram quatro tentativas. Ela voltou pra onde ela morava e abriu outro salão. Uma das vezes que tentaram, ela estava andando de bicicleta e atiraram nas pernas. Por fim, pegaram ela, deram vários tiros na cabeça”.*

*“Travesti tem que saber onde e como viver. Me meti com pessoas erradas. Não cheirava. Eram cinco ou seis comprimidos Fioral com Diazepam ou Lexotam e Optalidom com bebida, com cerveja, com limão, pra ficar zureta, era como tomar bolinha, pra tomar disposição com aqueles homens. Não transo, se não for por amor, por isso, careta não dava pra sair e transar com aqueles homens. Eram quatro a cinco homens por dia.*

*[Toca o seu telefone celular. Uma amiga avisa-o que estava perto do hospital para visitá-lo. Fica ansioso pela visita da amiga].*

*“Meus pais e essa amiga estão sempre comigo. Ela já disse que larga o marido em casa só pra me ver. Me considera como irmão, mesmo. Disse que poderia ficar quanto tempo precisasse em sua casa, um mês, um ano. Ela trouxe*



*dinheiro, cigarro, pilha, sabonete. O meu caso trouxe chinelo pra mim e não apareceu mais”.*

*“Já trabalhei muito em casa de família como diarista, faxineiro. Volto nas casas onde já trabalhei, não tenho problemas. Já trabalhei muito tempo na casa dela [dessa amiga] e da mãe. Hoje fico sem graça de cobrar quando faço a faxina lá, pela consideração que elas tem comigo”.*

*“Estou com 37 anos. Foi uma vida mal vivida. Tive oportunidades de todo tipo como ter coisa própria, emprego sem patrão, três salões cabeleireiro abri três vezes e fechei, microempresa, uma loja, sorveteria e um trailer no centro de uma praça que vendi para pagar dívidas, uma carroça de cachorro quente. Tive dinheiro e não soube administrar. Tive cinco a dez mil na minha conta e não soube administrar. Hoje passo o cartão e as contas estão zeradas. No momento, não quero nem saber disto. O caso que estou vivendo está mexendo com minha cabeça. Ele tá na bagunça, pra beber, colega de copo não presta. Depois que internei aqui, ele não pára em casa. Só veio uma vez. Agora me ligou dizendo que vem amanhã... Penso em abrir na minha casa um salão. Quero renovar a minha vida com essa amiga, meu pai e minha mãe, e os clientes novos, que não saibam da minha vida de convívio, amizade, não saibam do meu passado... Ele melhorou a vida dele, antes de ficar de caso dele, , a gente ia progredir. Mudar dali, ali é horrível. E, agora, ele já disse que não vai sair de lá”.*

*“Aqui sabem conversar que dá gosto. Explicou que tinha que fazer nebulização. Em X. [Hospital X.] parecia que eu tinha uma doença infecciosa”.*

*“A internação é um jeito de superar saúde, de tratamento. Os médicos oferecem de dar alta, eu não tenho condições de tomar os remédios fora, eles são caros. Internado, eu tomo, o hospital dá na veia. Devo ficar mais uns cinco dias”.*

*“Algumas enfermeiras são ranzinzas, elas não sabem ser duronas, e passam por ignorantes”.*

*“Domingo é dia de visitas. Minha mãe ia vir ontem. Primeira vez que ela vem, e foi com muito custo ela conseguiu subir. Passei o dia muito agitado. Pensei que conseguiria dormir, foi ao contrário. Bem, pensei vou tentar dormir. Um enfermeiro, bicha preta, louca, estava no plantão. Estava nervoso, e com calor, tomei dois banhos, não de corpo inteiro pra não tirar o sono, só tomei de pescoço*

*pra baixo. Pedi pra chamar a médica pra ver se ela me passava um remédio pra dormir. Demorou até ela chegar. Ela passou umas gotinhas, falou baixo com o enfermeiro, pra me enganar. E disse que só podia me dar quinze gotas num copinho de água. Não consegui dormir. Nunca vi calmante em gota. A médica falou dez minutos para fazer efeito, e já passaram vinte minutos. Falei para eles que os outros pedem remédio para dormir eles dão e para mim eles não davam. Não querem me dar o remédio, também não vai ficar assim, vou criar maior quizumba. E não dei sossego pra eles. Peguei no sono só quatro e vinte da madrugada”.*

*“A visita da minha mãe foi ótima. Falei pra ela que teria alta hoje. Agora vai ficar preocupada porque não vou ter alta hoje. Pois, parou a dor mas não diminuiu o tamanho [infecção no testículo]”.*

*“Estaria trabalhando, agindo, fazendo faxina, passando roupa, lavando, fazendo comida, servindo mesa, gosto de agir, gosto de ter atividade. Eu que arrumo o quarto aqui na enfermaria. Tiro os lixinhos, dobro os cobertores, limpo o banheiro, pode ver que material de limpeza está aqui perto no quarto. Quando o pessoal da limpeza chega, quase não tem mais nada pra fazer. Eu gosto”*

*“Hospital é uma casa de recuperação pra gente. É um jeito econômico de tratar a saúde sem gastar muito, e a capacidade de melhorar é bem maior. Tem horário de remédio, que em casa não se controla, e aqui sim. Depende também do paciente, nós somos bem tratados, por mais mau que seja o médico ou a enfermeira. Bom paciente é aquele que aceita opiniões do médico, sem rejeitar alguém, seguir os regulamentos do hospital e sempre ser positivo e melhorar, até o dia de ter alta e sair daqui. Se for paciente e dizer que está pior, não melhora... Agora já sei, não vou cochilar durante o dia pra dormir mais cedo... Como de tudo. A comida do rapaz do outro leito é de dieta, vem sopa. Se eu estivesse de dieta eu não ia conseguir comer”.*

*“Melhor no hospital é o dia da alta. Pior é o soro, a operação, as injeções, aliás a injeção não é tanto, que até gosto de tomar, prefiro que o comprimido, e troco ele pelo soro. O hospital é horrível principalmente à noite, à noite os enfermeiros são poucos para muitos pacientes”.*

*“Principalmente para os médicos, que precisamos de aparelho que faltam. Mais condições de medicamentos pra gente. Sem ele a gente não melhora. Lá*

*fora tá difícil, deixamos de comer carne para comprar remédio. Carne é necessário, é básico”.*

*“Tenho um bom médico, ele é muito bom comigo. Até os faxineiros são legais comigo. Toda vez tenho uma boa consulta. Todo remédio que ele me passa eu já fico legal. A doutora [fulana] passou remédios tão caros que não pude comprar. Não é legal. Bactrim que é mais barato não tem aqui”.*

*“Influencia a gente ser positivo e não ser negativo. Dizer que estamos sempre bem que vai melhorar, seguir medicação, não abusar bebendo e se alimentar corretamente”.*

*“Quando internei, falaram que era para operar ou drenar o testículo esquerdo. Agora acharam um pequeno problema, um cansaço. Então passaram nebulização e remédio que não posso comprar lá fora”.*

*“Difícil, a morte porque a gente sofre de insônia quando o paciente no mesmo quarto está passando mal, e não se consegue dormir e não vê a noite passar, e com isso os enfermeiros não podem atender a gente melhor. Melhor momento é o das visitas, do lanchinho, a conversa distraí a gente esquece um pouco o hospital, entra em detalhes das coisas que estão acontecendo na nossa vida lá fora. Você trouxe um contato diferente das pessoas daqui do hospital. É uma surpresa, uma novidade. Isso é muito bom, mesmo sendo visita de um desconhecido até o colega do lado com as duas visitas dele filhas de Santo dele”.*

[Pelo celular ele dá dicas como subir para a visita que está lá embaixo na recepção. Tenta falar com enfermeira do andar para liberar a visita dele para subir].

*“Só chorei na primeira internação, por não ter visita, me senti abandonado, sozinho. E por meus parentes saberem da minha doença e não virem me visitar, só minha mãe e meu tio. Minha mãe uma vez e foi pra me levar pra casa. Ela não veio mais vezes por ser inexperiente, medo de se perder, por isso veio com uma irmã grávida, sem condições financeiras”.*

*“Participei por me agradar, por ser um trabalho bom, que busca fazer o melhor, saber que não ia me prejudicar nada, que não ia me complicar e nem a você... Desejo a você boa entrada nos seus trabalhos. Se precisar de mais detalhes pode me procurar que te passarei”.*

*“Viver é bom, morrer não sei. Morrer, como é? Mas deve ser o pior. Num dia achei bonito e ruim ao mesmo tempo. Ruim porque era esquisito, e bonito porque entrava num lugar bonito. Há três ou quatro meses atrás, sentado no sofá, assim como estou aqui, apaguei, eu me vi saindo do meu corpo e deitado num lugar cheio de lâmpadas fluorescentes, e senti alguém me puxando para voltar, era minha mãe e meu pai me sacudindo. Questão de minuto. Não sei o que tive”*

## **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM EQUIPE DE SAÚDE**

*Idade, profissão / ocupação, tempo de serviço, locais de trabalho,*

*casado / filho, com quem mora, tem amigos,*

*doenças desde que começou a trabalhar,  
o que costuma fazer fora do trabalho,  
importante no trabalho, não importante no trabalho,  
essencial no trabalho é,*

- 1) *Como é a internação para você?*
- 2) *O que pensa sobre o hospital? Como é o hospital para você?*
- 3) *Qual é o melhor, e o pior momento da internação?*
- 4) *O que poderíamos melhorar?*
- 5) *O que funciona bem ou não no hospital?*
- 6) *O que influencia na melhora do paciente ?  
O que influencia na melhora do seu trabalho?*
- 7) *Que sofrimentos inúteis poderiam ser evitados no hospital?*
- 8) *Já chorou alguma vez no hospital?*
- 9) *Como é o seu trabalho para você? O que gosta e não gosta nele?*
- 10) *Costuma conversar com sua família, com alguém sobre o seu trabalho?*
- 11) *O que faria se não trabalhasse no hospital?*
- 12) *O que o motivou a participar desta pesquisa?*
- 13) *Gostaria de deixar alguma sugestão, mensagem?*

**ENTREVISTAS COM**  
**EQUIPE DE SAÚDE ENFERMARIA DE DIP/AIDS - HUCFF**

*Enfermeira Cláudia, 36 anos, solteira, no momento mora com os pais, trabalha numa maternidade em Caxias e no HUCFF onde é técnica de enfermagem mas está em desvio de função há 2 anos, sendo que já é enfermeira há 10 anos.*

[Entrevista feita na sala da chefia de enfermagem, que fica no posto da enfermagem, onde ainda tem um pouco recuado um canto sem portas para os pertences dos médicos (mochilas, quadro de aviso), nesta sala da enfermagem tinha porta, quadro de aviso, uma geladeira, pia, espelho, armário com portas sem chaves onde guardam seus pertences de quatro portas com bancada em cima, um outro armário suspenso de quatro portas, uma mesa para a chefia de enfermagem com solicitações, sua cadeira, outra cadeira, e uma pequena mesa com açúcar num copo, manteiga noutro copo, pão torrado a mesa com pano não muito limpos, tudo com condições precárias sem nenhuma manutenção). Durante a entrevista haviam muitas baratinhas circulando pelo chão, pela parede, na mesinha de “lanche”. Enfim, precárias condições para lanche, bolsas acomodações. Poucos momentos antes nesta sala haviam algumas pessoas fazendo lanche. Foram feitas diversas interrupções durante a entrevista, em função da rotina do serviço].

*“Tive lesão na córnea por uso da lente de contato há quatro ou cinco anos atrás, e a última gripe foi em maio deste ano”.*

*“Fora do trabalho costumo ir à academia, corro, escuto música, cinema. Tenho poucos amigos que são mais chegados, mas sempre foi assim”.*

*“Tudo é importante no trabalho. Assistência: porque melhoram mais rápido, e ajudá-los a passar por esse período. O que é importante, mas é maçante, é conferir material, material não tem espaço para eles ou tem e fica meio perdido, talvez depois da obra pode ser que melhore. Tudo é essencial no trabalho”.*

*“Falar do trabalho em casa às vezes, gostam, às vezes não gostam. De modo geral não comento porque não é da área, não tem necessidade. Às vezes, eu sinto necessidade de comentar. Eu tinha um namorado na mesma área, com ele comentava mais. Era bom tinha troca de informações”.*

*“Às vezes chega paciente que já internou e outro que nunca internou. O paciente que já internou é mais fácil, já sabe a rotina. E quando não internou não sabe, tem medo de como é, do soro, da medicação, quantos dias vai ficar. Isso, às vezes, melhora, às vezes não. Teve uma paciente que internou no CTI, quando saiu, perguntava se estava bem, queria ouvir que estava bem. E falava pra ela que sim”.*

*“Eu agora estou estudando Direito. Daqui alguns anos não estarei na enfermagem. A escolha do curso de Direito foi porque desde que um irmão, que é promotor, falava de processos, começou essa intenção. Por enquanto, estou fazendo curso.*

*“O hospital é muito sacrifício, desgasta muito o profissional. No ambulatório, são quarenta, e vinte na internação. É um desgaste no dia a dia. O convívio dá um desgaste emocional. Acompanha o sofrimento dele. Quando não melhora não é bom. Não estão progredindo. Pior coisa é o paciente desenganado, não dá ânimo nem de abrir a porta do quarto”.*

*“Melhor momento não tem. Pior é quando o paciente complica, e o caso se agrava”.*

*“Para melhorar, é preciso ter mais gente para trabalhar, mais aparelho. Tirar aparelho de um ruim para um pior, poder tirar sem danos. Mais vaga no CTI, tem dez leitos. Melhorar equipamentos, camas, material, poucos suportes, quando tem que colar com ataduras e esparadrapos, estão capengas. As camas estão desgastadas, tem diferenças, camas altas, e técnicos de enfermagem são baixos, e sem carrinhos no pé das camas. De um modo geral são poucas pessoas altas, e têm pacientes obesos. Enfermeiros tem problemas de coluna, tendinite, pressão alta tem bastante, talvez pelo estresse do profissional, a maioria trabalha em dois ou três lugares. A remuneração é pequena e trabalha em mais lugares”.*

*“A medicação costuma atrasar um pouco para administrar, não é sempre. A demora, em relação ao ambulatório, é menor para marcação de exames. No ambulatório, marca a retorno para as consultas e os exames ainda não foram feitos, não estão no prontuário. Internado rapidinho é marcado”.*

*“O que influencia depende do caso do paciente. Paciente muito dependente da família, sente sempre seguro com a família por perto. Família ajuda, dando apoio emocional”.*

*“Quanto ao meu trabalho, ajudo o paciente acamado a se virar, dar alimentação pois ele precisa estar alimentado. Quando a família está junto, a resposta é melhor. Para a equipe, é importante um ambiente mais limpo, isso aí tá muito sujo (aponta para a mesinha de lanche). Cama enferrujada. Saio com a roupa suja, tem dia que eu estou horrível. O hospital está um pouco maltratado. Seria bom não deixar ficar assim, ficar sempre fazendo reparo, orientar para manutenção de um modo geral”.*

*“Quando o paciente interna, a assistente social passa para ele a rotina do hospital, o mesmo quando ele passa pelo ambulatório e pela emergência. Talvez número de dias que ele fica internado, um ou dois meses isso cria uma angústia nele. Deixar em aberto os dias que ele fosse ficar, sei lá. Hoje um paciente foi embora, e o do lado arrumou as coisas para ir embora também, e ele disse que o médico falou para ele que ficaria internado uma semana. Não falou nada da prorrogação para ele. Interna com um diagnóstico, às vezes é outro. Esquece de comentar com paciente, quando vê é mais. É boa a relação entre equipe e paciente”.*

*“Acho que não tem momentos mais difíceis. Melhor, não sei se a internação tem momento bom ou ruim, não sei explicar”.*

*“Já chorei algumas vezes no hospital. Aqui e no outro trabalho. Chorei muito quando um paciente se jogou pela janela. Deprimido, com várias histórias de suicídio, chegou pela emergência. Família largou-o na emergência e foi embora. Foi só a enfermeira sair, e se jogou pela janela no quarto mesmo. Aqui, foi a sua primeira internação. Chorei também no outro serviço cirurgia vascular. Quando mandei o paciente com as duas pernas, e ele veio depois sem as duas pernas, retiraram suas duas pernas. Chorei muito”.*

*“Gosto do meu trabalho. Só não gosto quando ele está muito estressante e não dá pra dar assistência. Quando tem muito paciente grave e outros precisando também de atenção”.*

*“Minha família não comenta sobre o meu trabalho”.*

*“É preciso viver o melhor possível a cada dia pra se tornarem melhor. Morrer é um alívio para família, para profissional que está trabalhando com aquele paciente”.*



*“É legal quando vem pessoal de fora, de outras áreas, que não sejam da área de enfermagem, de outros lugares para fazer trabalho”.*

*“O paciente de doença crônica como Aids mobiliza a família como paciente que usa drogas, álcool, dependência”.*

**Médico Residente Pedro**, 27anos, especialização em clínica médica, aluno da UFRJ em 91, formou-se em 97, 98 e 99 fez residência clínica agora em DIP [Doenças Infecciosas], mora sozinho, e só trabalha no HUCFF.

[Entrevista realizada numa sala de aula na própria enfermaria].

“Gripe”.

“Fora do trabalho faço muita coisa, ginástica, análise desde setembro 99, tenho muito convívio familiar, muitos amigos, grupos diferentes faculdade, escola, igreja”.

“Considero importante no trabalho a responsabilidade técnica, doentes que exigem muita responsabilidade, fidelidade com eles, doentes que vão ficar aqui a vida inteira, ponto de apoio. A maior parte acompanha serviço no ambulatório de SIDA [Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida]. Tratamento que diria a vida toda. O hospital é onde recorrem para pegar medicação, apoio questão psicológica, chegam sem saber o que eles tem, eles conversam, médico e a equipe pode esclarecer”.

“A busca da análise esteve mais ligado a situação que envolve fora da instituição, que vivem com este problema. Setembro, quando fui morar sozinho. Aliás, morava no apartamento da minha irmã que estava fora, e ela voltou, então resolvi morar sozinho. Há três anos moro sozinho. Aí comecei do zero a mudança... Questão de relacionamento pesa”.

“Desde formado tenho interesse pela especialidade de DIP [Doenças Infecciosas]. No internato a gente passa um ano e meio rodando em todas enfermidades. Oncologia, eu gostava mas não tinha cadeira de teoria, ficava distribuído nas especialidades. Tive dúvida entre DIP e onco. Fiz residência no INCA, que precisa um ano de clínica. Na clínica médica crônica, é difícil adesão, como diabetes, hipertensão, implica em mudança de hábito, é muito difícil, complicada e frustrante para médico porque paciente geralmente não faz tratamento adequado. Na AIDS, há um compromisso maior por estar vivo. Alguns não aderem por limitação cultural. No Fundão, de um modo geral, o nível social é baixo. Na AIDS, o nível cultural é muito variado. Paciente vincula-se ao serviço público para medicação. Tem um acompanhamento razoável. Na DIP, a faixa é muito heterogênea. Maioria são homens, mais homossexuais, e que tem poder aquisitivo melhor. Eles são pessoas mais atiradas, e tem uma vida mais ou

menos. Aqueles que não aderem porque tem limitação de inteligência, não compreendem a dimensão do problema. No ambulatório não posso ficar uma hora com cada um, tenho de quinze a vinte minutos por paciente. Agendo distribuindo os pacientes mais equilibrados, com os que acho que vou ter mais problema. O que influencia na aderência é a limitação cultural, baixo poder aquisitivo, analfabetização, não entendem a letra. Faço em casa as receitas preocupo-me com as letras. Alguns abandonam pela religião, porque eles tem certeza que vão ser curados um dia. E terceiro pela negação da doença. Não aderem por revolta, entrega os pontos. Cada vida é uma vida. Na Clínica Médica, o paciente já tem história na família. Na SIDA a história é diferente, a pessoa é sadia, nova perspectiva na vida. A gente aprende muito mais com história de cada um. Sabe detalhe de vida de cada um. Melhor fiel aquele com vida promíscua, usuário de drogas, considerar pessoas com determinadas ações não valem nada, todos estão vulneráveis, quando filho adoece e vem a descobrir a doença, e que os pais estão contaminados. Antigamente era doença de gays, hoje tem um homem / para cada mulher contaminada. Orientação sexual, muitos que poderiam escolher, escolheriam não ser, saem cedo, expulsos de casa, vida escondida, retraída no trabalho. Se pudesse escolher, escolheria não ser. Mais atuação por homens. Não pergunto se já teve relação homossexual, pergunto se já teve relação com outro homem. Pela aquela idéia que o passivo era mulherzinha.

A internação passa a ser coisa tão do nosso dia a dia que, claro que a gente percebe. A maioria já foi internado várias vezes. Para eles não tem mais aquele impacto, aquele baque mesmo. Maior baque mesmo é no diagnóstico. Alguns sentem perdidos pelos sintomas. Outros se vem arrasados porque acham que não vão sair dessa.

Prioriza-se mais a internação, os exames são mais rápidos, tomografia, ultrassom, em 24 a 48 horas já fizeram, no ambulatório leva um mês até mais. Tem aqueles que internam por outras doenças, menos estigma que a AIDS”.

“Se eles perguntam, varia muito. A classe menos favorecida é mais passiva. A gente fala que vai ter que fazer isso, eles dizem que tudo bem. Querem saber como é, não pela curiosidade do exame, mas para não sentir dor”.

*“Geralmente colho a história, examino, colhe-se sangue na admissão uma vez ou mais. Eles perguntam: Será que o senhor acha que o que tenho é uma doença grave? Quando suspeito pelo HIV, peço autorização, tento amenizar muitas vezes. Digo que são exames de rotina. Pedir não quer dizer que o senhor ou a senhora tenha isso, apesar de eu ter certeza. História do gato que subiu no telhado. Gato tinha morrido. Tem que ouvir as coisas aos poucos. Preparado, explica, autoriza...”*

*“Sistema de vida como um todo. Já passei por muitos casos cedo na minha vida. Meus pais já morreram. Minha mãe morreu quando tinha 9 anos, ela escorregou e bateu com a cabeça, traumatismo craniano. Minha irmã estava terminando o internato. Fiquei morando na casa da tia enquanto ela estava internada. A minha tia esqueceu e me pediu para perguntar algo a sua irmã e fiquei sabendo que ela havia morrido. Ficaram me cozinhando e fiquei com meu primo, todo mundo saindo. Pensei que o enterro fosse no dia seguinte. Falei que eu queria ir. Quando eu quero uma coisa. Fiquei revoltado, quando cheguei já estavam jogando flores. Senti meio enganado. Falaram para o meu primo como é que ele me trouxe no enterro. Foi subestimada a questão da morte. Tenho essa questão da espiritualidade dentro de mim”.*

*“Eu pedi para fazer a primeira comunhão mais cedo, 7 anos. Muito apego às coisas religiosas até hoje tenho. Meu pai faleceu. Ele internou aqui, operou, foi pro CTI e faleceu. Faço muito trabalho paroquial, orfanato, idoso, clínica de aborto ajudava com chá de bebê”.*

*“O meu caso é soropositivo, ele tem dificuldade de se tratar, sabe que isso me incomoda. Está fora do país, trabalha com fantasias de carnaval para shows fora do Brasil. Lá, como estrangeiro, não domina a língua, longe da família, dos amigos, fica mais sensível, se protege pela distância, fragilizado”.*

*“Na formação médica, temos cadeira obrigatória. Algumas focadas nesse assunto. Mas é muito pouco tempo, e é num período que ainda não está se rodando nas enfermarias. Acho que deveria aproximar mais dos períodos da enfermaria, sugeri isto na época. Eles faziam dividindo os médicos em grupos, eu fiquei com crianças. Entrevista era um pouco parecida com a sua. Essa experiência foi legal, fiquei com grupo de crianças, e quase levei uma garotinha ceguinha para morar comigo. Algumas pessoas não tem muita noção.*

*Gostei, mas muitas aulas eram capengas. Poderiam ser associadas à prática. Entrei em 91, dei esta matéria [psicologia médica] em 93. Já deve ter mudado em alguma coisa”.*

*“Aqui na DIP buscamos fazer tudo que for possível e o impossível pelo paciente. Até coisa que não é a função do médico fazer, como, por exemplo, empurrar a maca. Coisas que não se vê nas outras especialidades, mando telegrama quando vejo exame alterado, com meu dinheiro”.*

*“A maior parte vive daqui, não tem consultório particular, dedicam-se à universidade. Dedicam-se inteiramente ao serviço. Não sei como sobrevivem, as outras especialidades tem consultório. As pessoas estão mais presentes. Me revolto com determinadas coisas. Se deixo de ter feito uma coisa vão me cobrar até o final. Microscópio daqui está quebrado, cobram porque não fui ao décimo andar. Era importante, mas não era fundamental. Isso acontece aqui no serviço. Tudo aqui é prioridade”.*

*“Se não estivesse trabalhando aqui no hospital, eu estaria dedicando-me mais à vida espiritual, quase fui monge. Não está totalmente descartada essa idéia. Vou ser médico dentro de um mosteiro, prestando serviço à comunidade. Apesar de eu adorar a vida de bon vivant. Pensei em ser monge antes de entrar para a medicina. Medicina me realiza, mas não é a única coisa. Preciso de família, de lazer. Posso me dar esse luxo porque tenho uma renda por fora que me permite a isso. Sábado e domingo é sagrado, tempos livres fora daqui. Tenho que ter tempo para estudo, não é só fazer a segunda residência para passar para trabalhar”.*

*“Têm pessoas que se casam com a medicina. Dedicam a vida e a alma à medicina. Quero estar no meio, nem o primeiro, nem o pior, quero ser bom. Para dormir bem. [Entregaram-lhe uma revista]. Meu trabalho aqui é ler esse trabalho na revista [aponta] e aplicar no meu dia - a - dia. Têm os médicos que executam, e aqueles que estudam - topo. Enquanto a cobrança não estiver acima das minhas prioridades, eu vou fazer a medicina do meu jeito. Me matando de trabalhar aqui e não ter ninguém para quem contar não dá. Tenho colegas que se casaram porque já namoravam quando entrou na faculdade. As pessoas não entendem o seu dia a dia. Talvez comigo seja mais fácil porque o meu caso está longe. Tem final de semana que quero ficar dormindo em casa, por estar*

*cansado, por ter dado ou ter que dar um plantão, para estudar, e com isso é complicado manter relacionamento. Para o outro é difícil entender isso. Tem o grupo de solteironas, ninguém nunca se arruma com ninguém, vai se habituando com situação. Mais emprego, mais dinheiro, inscrição em congressos, necessita comprar livros muitos são caros. Desse jeito, quanto mais vai construindo a vida, mais difícil botar alguém dentro de casa mais do que se estivesse em outras condições. Fadado a uma solitária”.*

*“Aqui não é só hospital, é um hospital - escola. Tinha aquela coisa passada de ser só hospital. Vejo-me em determinadas situações do trabalho que tem extensão em minha casa. Levo o meu trabalho para casa. Como que o trabalho faz parte de mim”.*

*“Conversando com uma pessoa, ela disse que jamais faria medicina por verem as pessoas morrerem. Medicina pensam em cadáver, mas as pessoas morrem. Com a questão da morte para mim não fico frustrado, desesperado, crio defesa para não sofrer com isso. Sofro mais com o doente que está vivo, padecendo, do que aquele paciente que só está morrendo. Estar com dor, sofrendo, isso para mim é pior. Isso reflete no meu relacionamento. Relaciono com pessoa HIV positiva, e ela não se trata. Sinto-me completamente impotente. Esse é um tipo de sofrimento na minha vida. Não sofri tanto com a morte do meu pai, do que com a da minha mãe. Depois que a minha mãe morreu fiquei morando com minha tia. Meu pai trabalhava com o comércio e não tinha como ficar comigo”.*

*“O melhor momento da internação depende do dia, tem dia que estou super a fim de sentar com o paciente e conversar com ele, colher sua história. A hora que vão embora, da despedida. Quando o doente chega. Por exemplo, quando estava como residente na clínica médica, o carinho que os pacientes criaram comigo. Despedida é bom, te emociona, oram por você. Tive uma paciente que quando veio se despedir me deu uma xícara que ganhara de um casal estrangeiro com quem trabalhara muitos anos. Outra paciente disse que iria orar por mim, e eu pedi para o meu amigo. E quando a encontro ela pergunta como ele está. Pior momento na internação não sei”.*

*“O que poderia ser feito? Responder na bucha é complicado. Isso é tão individual. Procuro exigir disso, nas minhas atividades. Procuro ajudar, trago as receitas prontas, desde essas coisas pequenas até junto com paciente internado.*

*Deve ser difícil para o paciente chegar na consulta, e o médico nem olhar para ele. Por isso trago as receitas prontas. Olhar, dar atenção. Estão depositando sua vida na mão daquelas pessoas. É vital, a atenção, estar interessado”.*

*“O hospital público com todas as dificuldades que tem, enfraquecem nossa paciência, nossa disponibilidade, e acaba repercutindo no doente. Faz-se trabalho que não é o seu. Passa essa raiva para ele, paciente sentindo-se uma farda”.*

*“Não funciona bem no hospital basicamente a infra-estrutura, capacidade profissional. Trabalha com pessoas não tão qualificadas. Pedir coisas para doente, vem como favor. Coisinhas que vão desanimando, material, pessoal, que não tem. Quem pega o pior pedaço é o doente. Poderia estar fazendo coisas para mim, ao invés de colher sangue, empurrar maca, sem querer diminuir essas tarefas. Pessoas deveriam estar mais comprometidas. Equipe de enfermagem é boa. Aqui ainda é uma das melhores”.*

*“Para melhora do profissional, o entrosamento é fundamental, e a recuperação do doente também é gratificante para equipe. Uma coisa estar integrada com a outra, vai se criando um feedback. Um sempre tem que acrescentar o outro. Própria história de vida do paciente é colhida por cada profissional que chega no seu quarto. Conta umas dez vezes sua história. Cada um tem que ajudar o profissional, o colega”.*

*“Já chorei uma vez por coisa boa. Aquela história da xicarazinha, foi por emoção. Também quando saí da clínica médica, e a paciente me abraçou”.*

*“Como moro sozinho, e a família é restrita, há troca, mas não muito sobre o meu trabalho, já vivo com isso o dia inteiro, às vezes conto um caso ou outro. Com amigos estou sempre falando, tem médicos também, não só”.*

*“Morte, desfecho com qualquer outro. Espiritualidade. As pessoas que pensam que acabou e acabou, são pessoas muito amargas. Acham que vai virar adubo. Se pensar puramente no lado biológico, eu acho muito pequeno pensar dessa forma”.*

*“Sempre fui uma pessoa muito disponível para as coisas. Eu gosto dessas coisas de conhecer novas pessoas, oportunidades, situações. Experimentar tudo e ficar com que é bom. “Tudo posso, mas nem tudo me convém”. (Bíblia Carta São Paulo)”.*

**Auxiliar de enfermagem Vera**, 28 anos, trabalha na enfermaria de AIDS há um ano e oito meses, casada e grávida de sete meses de um menino, mora só com o marido, trabalha no HUCFF há oito anos e na mesma enfermaria e na Casa de Saúde Santa Therezinha.

[Entrevista realizada numa sala ao lado do posto da enfermagem].

*“Só tive dermatite de contato e foi há pouco tempo”.*

*“Fora do trabalho costumo passear, andar, ver vitrine, shopping. Detesto praia, não vejo graça, nunca gostei”.*

*Tenho poucos amigos, mas tenho”.*

*“No meu trabalho é importante saber que está lidando com vida, paciente chega grave quase morrendo e ver o resultado do trabalho da gente, vê o paciente andando. É fundamental, mas eu não gosto de fazer verificar sinais vitais, limpar cocô de paciente, faz parte dos nossos cuidados, mas chato de se fazer. Muita gente reclama de banho no leito, é cansativo mas não me incomoda de fazer. Quanto aos colegas, o que não é importante são os sinais vitais (rotina), temperatura, pulso, pressão e respiração. É a prática, mas chato de fazer. A rotina é de três em três ou de quatro em quatro horas, acho que é o caso quando paciente está grave, ou quando o paciente tem febre, não é necessário quando você olha o paciente e tá bem, poderia ser de oito em oito horas. Seria o caso de um paciente que já está internado há algum tempo, tá bem, sem alteração, não é caso de hipertensão nem de febre”.*

*“Acho essencial assumir o seu plantão, saber que tem responsabilidade, cumprir as suas tarefas, é chato, mas tem que cumprir tarefas. Saber que independente de estar bem ou não assumir o plantão e as tarefas. Já vim trabalhar estando resfriada, é chato trabalhar sentindo alguma, mas o paciente conta com você, precisa da enfermagem pra tudo, a nível de cuidado, até pra conversar, tem muito paciente deprimido, quer alguém pra conversar, paciente chorando, e precisando estar ao lado dela, passar palavras de conforto para o paciente, isso é muito importante. Sou cristã falar de Jesus. Teve um plantão, no horário da visita, que os filhos saíram chorando e a paciente ficou chorando também. Falei para conversar com eles, não adianta ficar em casa e passar mal. E*



a paciente me falou: “sabe como é que é mãe. Eu entrei aqui grave, hoje já como sozinha. Você conversando comigo, já estou me sentindo mais aliviada”. É importante ouvir, quando o paciente quer falar, tem alguns que são fechados, nesse caso ela estava deprimida, chorando. Você cuida do paciente, dá medicação, dá banho, dá comida (quando o paciente depende), ele não quer só essa coisa mecânica. Já imaginou entrar com cara feia? Eles perguntam e querem saber. Perguntam e como perguntam! Até perguntam coisas que deveriam perguntar aos médicos, e quer perguntar pra gente. Por exemplo, sobre medicação, a gente nem sabe são tantas medicações. Tem paciente que é mais observador e quer saber, outros nem querem saber, são mais desligados. Tem paciente que está internado há muito tempo não controla o que está tomando, nem porque não veio naquela hora. Tem outros que são mais atenciosos. Outros não perguntam por quê. As vezes é mais fácil deixar responsabilidade para enfermagem, eles sabem que a gente toma conta. Uns são atenciosos, no sentido de ter medo de não fazer, medo de dar errado, às vezes muda a cor da medicação, porque muda o laboratório, ficam com medo de estar dando a medicação errada. É importante para paciente ter esse zelo, mas não de forma exagerada. Por exemplo, o médico suspendeu o soro que vinha a medicação junto dentro dele, que passou por isso via oral, e um vez ao dia tinha que dar uma medicação injetável, só que o médico não falou que tinha essa medicação injetável. Quando fui para fazer medicação injetável, o paciente falou que não tinha, aos gritos disse para eu ir lá ver! Respondi que não ia porque tinha certeza, porque verifico tudo antes com cuidado. Essa medicação tem que correr, ao menos que recuse, e aos poucos foi tranquilizando. No dia seguinte, ele deve ter conversado com o médico. Se passar a informação direitinho tanto para a equipe quanto para os pacientes não dá confusão”.

“Fiquei oito anos afastada da enfermagem, depois que me formei, só trabalhei na esterilização foi o meu primeiro emprego e gostei. Pensava que, quando saísse da esterilização, não iria mais trabalhar com paciente. Concursei e passei pra cá, queria ir para esterilização, só que quem vai pra lá é quem geralmente já está no final de carreira, quando já estão estressados na enfermagem. Trabalharia não com o paciente, mas para o paciente. Me disseram que não precisam de mim na esterilização, eu era nova, e concordei, não podia

*dizer nada. Vim crua, sem prática, vim pra cá insegura. É considerado fácil pulsionar a veia, e eu tinha dificuldade. Pulsionei em lugares não indicados, e estorei veia. Vinham outras pessoas que sabiam pulsionar. Teve um paciente grosso, ignorante, estressado, e eu não sabia lidar com pessoas gritando, fazendo escândalos. Paciente fez aquele alarde, pra mim aquilo foi horrível”.*

*“Eu achava que não tinha esse dom. Fiz o meu curso, fiz a teoria, quanto à prática eu acho que perdi o dom, a prática, que não ia aprender, que não tinha jeito, em oito anos muita coisa tinha mudado, até a nível de teoria. Fazia disso um bicho sete cabeças, estava crua, mas com vontade de aprender”*

*“Muita gente quando começa a fazer estágio, ou até na teoria mesmo, desiste do curso de enfermagem, não tem nada a ver com eles, se eu vim até aqui, vou até o final. Quando passei no concurso, foi dado primeiro a um grupo de vinte pessoas, teoria e prática com supervisora [enfermeira], a bonequinha sendo paciente para ver como e da pessoa estava preparada. Depois, cada um podia escolher o local no hospital para trabalhar. Como eu estava afastada tanto tempo sem ver nada, não escolhi, tinha vaga pra DIP e fiquei. Nunca tive medo, nenhum receio. Conversei lá fora, muitas colegas falavam que eu era é maluca. Pra usar proteção. Minha irmã trabalha no Hospital B., tem paciente com tuberculose, e circula entre os pacientes, e a equipe. Aqui por ser DIP, às vezes é HIV + e não sabe, há suspeita, usa-se máscara bico de papagaio para isolamento de tuberculose. Minha irmã não conhecia esse tipo de máscara, lá tem só que é essa máscara cirúrgica comum, sem máscara específica, e isso acontece até em clínica particular. Aqui, por ter material para trabalhar, fico mais tranqüila. Toda enfermagem geralmente está exposta, aqui tem suporte. Isso é fundamental. Me adaptei, gostei de trabalhar aqui”.*

*“A nível profissional me realizei em parte, porque pensei que não voltaria para a enfermagem, e voltei, trabalhava na esterilização e vivia insegura, que não me aceitariam como uma profissional mas sem prática. Essa experiência está sendo boa, troca de experiência, antes só trabalhava esterilizando material. Cada dia aparece uma doença nova. Enfermagem é muito ampla, não pode ficar parada se não você se perde”.*

*“É difícil de se ver por esse lado, o lado do paciente, nem sempre a gente faz isso. Tinham uns três plantões, e a paciente chorando. Coisas que paciente*

*podia fazer e pedia pra eu fazer, pensava eu que paciente chata. Fui pra casa pensando nesta paciente, que ela era chata. Pensei me colocar na situação dela, me coloquei no lugar dela, longe de sua vida social, sua família, deve ser muito ruim. Pensa como vai ser tratado, tem medo da morte, se vai ficar internada, e não vai voltar mais, que não vem ninguém para visitá-la, quando será que vai embora, não agüenta mais ficar aqui. Teve um paciente que falou que ia botar a roupa comum e descer, ninguém vai saber que sou paciente. Falei com ele que não adianta que o hospital vai buscar você em casa. Paciente disse: então, não vai adiantar mesmo! Eles têm cuidado mesmo! E ficou falando disso para o outro paciente. E pensei que foi bom falar isso pra ele, fiquei rindo à toa!”*

*“Tem paciente que chega com família na emergência para internação, sobe com ele, chega e fica muito triste. Principalmente paciente que interna e já fica no isolamento respiratório, no caso de suspeita de ter BK ou quando não se tem certeza. Quando a família é presente, participa, família traz rádio, televisão, celular, parece quarto particular, não sente tanto. Quando está com dieta livre, traz comida. Ainda não preenche, sabe que está internado, mas quer que a família esteja presente. Tem paciente que mora sozinho, sem família presente ou sem tanto contato com ela, e, pelo preconceito da doença, deixa ele de lado, por isso até que ele mora sozinho, esse paciente interna e conta muito com a enfermagem, principalmente isolamento respiratório, principalmente sem televisão, eles se deprimem muito. É um paciente que já chega sozinho. Tem que conversar muito com esse tipo de paciente. Eles dizem que: Ah! Não agüento ficar mais aqui, estava mal humorado, é um direito dele. Quando saiu e pôde circular, mudou, ficou mais extrovertido, virou uma outra pessoa”.*

*“A família é um suporte fundamental, que se interessa, se preocupa com o paciente, que está numa fase difícil, faz com que ele sinta que não está sozinho. Visita todo dia aqui é mais liberado, três às quatro horas da tarde, e final de semana de três às cinco horas. Tem hospital que são duas vezes por semana. Não são todos da família que tem tempo, e quando não trabalham fora todo dia. Principalmente final de semana que vem mais gente, os pacientes ficam mais ansiosos. Teve um paciente que entornou urina na cama, e falou: “justamente agora na hora da visita”. Ficou com medo da enfermagem brigar com ele, e a*

*família também. Troquei tudo antes da família subir, e falei com ele que não precisa nem dizer”.*

*“Às vezes, a família não vem. Teve um caso que a mãe do paciente diz que vem e não vem. A família marcava e não vinha. Moravam em Itaguaí. Quando vi a mãe já tinha um mês que ele estava internado”.*

*“Se não estivesse trabalhando no hospital, abriria um restaurante, mesmo que pequenininho. Gosto de inventar pratos ou abriria um salão de beleza”.*

*“Tem a casa da gente, tem a casa de detenção e tem aqui a casa de tratamento físico. Tem pontos comuns e diferentes. Comuns são os cuidados que a enfermagem dá que deveriam ser o mesmo, mas não são. Em clínica particular, o paciente está pagando, exige o melhor, bom médico, boa equipe de enfermagem. Ninguém gosta de hospital, a maioria, diz que é deprimente. Aqui é hospital escola, enfermagem aqui é muito boa. Eu tinha uma visão totalmente diferente em relação ao Serviço Público, cada um fazia o que queria, sem ligar para paciente, mas não, é muito organizado, muito bem dividido. Parece hospital particular, médicos atenciosos, equipe atenciosa e sempre presente. Se o paciente começa a evoluir já estão presentes para atuar. Aqui é diferente é hospital escola. No Fundão é tão diferente, é muito bom, ouvem e estimulam a gente”.*

*“O pior momento da internação é quando o paciente chega muito grave, e família fica presente, acho que a família sofre muito. Família parece que fica fora da realidade. Sabe que pode evoluir para morte, não está aceita, e nos pergunta: ele tá melhorando, né? Vê que está indo pra óbito. Teve um caso de um paciente grave, que era um garoto novo, estava morrendo, tinha uma senhora ao lado dele, segura, introvertida, não coloca emoção para fora, não sabia que ela era a mãe dele, pensávamos que fosse um parente mais distante. Quando ele veio a falecer, ela teve um ataque. Ela sabia que ele estava grave, mas não esperava que ele viesse a falecer. Não se conformava. Cada um tem seu modo de lidar com a morte. A gente lida com o cuidar e com a morte todo dia. Pode não ter muito tempo, mas a gente se apega, a gente sente. Mexe muito. Não que seja parente da gente, só não quer ver sofrendo. Carinho, a enfermagem é isso, carinho. Uma paciente entrou malzinha, não pensamos que viria a óbito. Foi muito difícil, se tiver sentimentos dentro de você, você acaba se envolvendo”.*

*“Sempre comento em casa com marido. Ele comenta que faz parte da vida a morte, basta estar vivo. Ele ouve, ele não convive”.*

*“Não sei se tem melhor momento na internação. A enfermagem tem que fazer para o paciente na internação, não sei se existe esse melhor momento. Sentir que está sendo bem tratado. Vê a atenção, a rotina, que ele está em boas mãos, alivia o paciente. O paciente vem inseguro, pensa será que vão me dar um tratamento adequado? Tendo resposta positiva, de repente, para ele, esse é um bom momento”.*

*“Que sofrimentos poderiam ser evitados? Não tenho uma resposta. Se pudesse evitar tanta coisa a gente não faria. Medo de agulha, medo de ser pulsionado na veia, tanta coisa que o paciente tem medo. Por exemplo, paciente de difícil acesso venoso, mas que se alimenta bem, não tem necessidade de hidratação poderia ser evitado. Já quando o paciente está desidratado, desnutrido, tem que se tentar todo acesso. Precisa avaliar direitinho o paciente, para poder evitar determinadas condutas”.*

*“Não funciona bem no hospital é o paciente estar em jejum, o exame não está confirmado, não entra como rotina, mas como extra, ou seja, ele pode fazer ou não o exame. Às vezes, marca cirurgia, paciente fica ansioso, com medo, passa tudo na cabeça do paciente, fica o dia inteiro de jejum, contando com a cirurgia e não se avisa antes que não vai ter. Pois se entra um outro paciente de emergência, ele é priorizado, e a outra cirurgia de drenagem é considerada pequena, que pode ser feita outro dia. Também o que não funciona bem, eu acho o nosso posto de enfermagem “caidinho”, aliás toda enfermaria precisa de obras. Banheiro mais acessível para paciente, com condições melhores, trocar imobiliário, tudo está com aspecto físico velho na enfermaria, precisa de pintura, de um espaço maior para preparar medicação, na sala de enfermagem onde tem papéis tem geladeira e se faz lanche acho que tinha que separar na copa”.*

*“O paciente também tem que se ajudar, não é? Achando que é uma fase, é claro não estando desorientado. Teve um paciente que desde quando se internou, toma banho no leito, e chegou a ter alta sem andar. Parecia que ele não acreditava que poderia melhorar, não ajudava a ele próprio nem a gente. Foi embora acamado. Sem aceitar. Hoje ele chegou andando para falar com médico”.*

*“Quando entrei, o plantão era muito desfalcado. Não podia dar atenção maior. Não tinha colega para te ajudar. Agora o plantão está mais completo. Sabe que vai iniciar uma tarefa e vai vir uma colega pra te ajudar a terminá-la. Eu mesmo vim para completar plantão. Tinham muitas licenças médicas, muita sobrecarga. Melhorou com o pessoal da cooperativa. Independente de serem funcionários, eles fazem o serviço muito bem. Tem um enfermeiro para cada quarto. Quando tem paciente grave fica um enfermeiro só com ele como é no CTI”.*

*“Tem paciente que não quero que venha a óbito no meu plantão. Quando acontece, dá aquela sensação e meus olhos enchem d’água. Não deixava lágrima escorrer. Vi uma colega chorar três vezes, fazendo o pacote. Ela chorava quando era paciente que tinha bastante tempo com a gente, e acaba se apegando. Os enfermeiros se dividem entre os pacientes, e quando a gente não está com aquele paciente que já atendemos, mesmo assim a gente vai ver como ele está”.*

*“Já fui entrevistada por uma enfermeira da Ana Neri, foi a equipe toda da enfermagem. Acho interessante passar o que a gente acha do nosso trabalho. Estou com o tempo livre, não custa nada. São coisas que a gente costuma conversar, e se vê falando coisas que nem imagina”.*

*“Se está no seu alcance fazer porque não procurar fazer melhor, principalmente a gente que lida com a vida da pessoa. Fazer o melhor e sem mau humor. Um dia, eu não estava mau humorada, entrei séria num quarto porque tinha um paciente difícil de lidar, estressado, e o outro paciente falou para mim uma coisa que não me lembro, o que foi, mas que ri. Ele me disse depois: consegui um sorriso seu. O paciente sente. Não me incomodo com o outro paciente, se ele se estressar, eu é que não vou me estressar com ele. Se eu entrar no mesmo ritmo que ele não dá certo. Teve um dia, um paciente que estava falando alto, e também ele queria falar. Ele tem filho pequeno, a família depende do sustento dele, trabalha por conta própria, autônomo, sem carteira assinada. Se ele vem num certo nível de agressão, tem que dar a resposta para ele de forma diferente e isso quebra ele”.*

**Assistência Social Angela, 52 anos, formada há 20 anos desde então trabalha no HUCFF.**

[A entrevista fora agendada, e realizada na própria sala do Serviço Social].

*“Moro com o marido e tenho todos os filhos casados”.*

*“Não lembro de ter adoecido desde quando comecei a trabalhar”.*

*“fora do trabalho tenho atividade no coral da igreja, sou voluntária para atendimento à idosos, meu marido é do Rotary, e na minha nova atividade gerencio lojas de telefone celular. Gosto de lidar com pessoas, já é da profissão. Para mim é importante no trabalho compromisso, sinceridade, transparência e a competência. Não considero importante no trabalho algumas atividades administrativas, rotineiras como por exemplo rodar censo, o que pessoas menos qualificadas poderiam fazer, assim como ligação telefônica, contatos burocráticos, poderia ganhar mais tempo para outras atividades mais qualificadas. Fiz curso de computação. Eu tenho a coisa de buscar, coisas de ativismo. A minha geração não é da informação. Não são profissionais caros como nós, do nível superior. Há diferença entre o que é técnico e o que é científico. Para entrar, para se trabalhar aqui, não se exigia a computação. No serviço público, o competente é o mais exigido, e isso me incomoda. Eu dou um passo na frente. Era chefe de planejamento, isso teve prioridade. Eram exigentes para fazermos o censo, mas não foi exigido um curso para os profissionais. Não dão condições de capacitação. A instituição tem que se disponibilizar para o profissional se qualificar. Não tem bônus de ter feito o curso, o bônus não tem no serviço público. Empresa particular valoriza pelo que penso, no serviço público nunca mentora de idéias”.*

*“Lá em baixo é dito para paciente que vai ter qualidade de atendimento, abre expectativas que às vezes não são contempladas. Alguns setores, profissionais estão comprometidos e responsáveis com essa idéia. É como se na entrada ele fosse recebido com um tapete vermelho, no final do corredor puxam o tapete dele. É complicado. A maioria está preocupada com atendimento”.*

*“Em DIP, o atendimento é bom, há envolvimento da equipe. Na clínica médica, o médico não tem retorno do paciente, é feito outro tipo de atendimento. A entrada é normal de internação, passa pela assistente social, que o orienta para qualquer coisa acionar a ouvidoria. Há caixas de sugestão do comitê de qualidade,*

*para ouvir. Para os direitos dos pacientes serem preservados, depende da equipe. O paciente tem todo o direito de falar e de se colocar, só que ele é derrubado na primeira pergunta. Aqui você não pergunta, só tem que tomar o remédio. Quando vai utilizar, ele vê que não tem. Assistente social ouve tudo, histórias boas e tristes. Os pacientes querem falar e o médico não dá atenção, isso acontece muito na Clínica médica e na cirurgia. A cirurgia é suspensa, e o paciente não é avisado. Médico viajou para congresso defender tese ou trabalho, e não avisou. Teve um caso que o médico falou para a menina jovem e enfermeira: “você tem uma bomba relógio dentro de você, qualquer momento pode explodir dentro de você.” Marcou a cirurgia e ele não apareceu. Ele foi para congresso, e ela sem perspectiva para esperar. Essa paciente comentou comigo: “como que um médico diz pra mim que eu tenho uma bomba relógio e sai para um Congresso”. Disse-lhe que quem tem que dizer é a senhora que está sofrendo. Ensino a direção, o caminho, mas os passos do caminho é a pessoa que tem que dar. Quem luta, briga, se aborrece, alcança alguma coisa mais ou menos. A guerra só ganha quem luta. São pequenas vitórias que faz vencer a guerra”.*

*“Esse é um hospital três dimensões: ensino, assistência e pesquisa. Por ser universitário, o ensino e a pesquisa são mais importantes que a assistência. O olhar do médico, do estudo, é para a tese. É consenso que esse hospital é um laboratório para teses. Nas teses, não se vê preocupação voltada para serem revertidas para o bem do paciente. Não sinto que irão retornar diretamente para o paciente, pode ser de forma bem sutil. O pesquisador está interessado por causa da tese, não vê o retorno na prática”.*

*“Sabe porque as pessoas são chamadas de paciente? Tecnicamente não fiz pesquisa, mas fui pela prática. Em 1980 quando entrei, quis saber como o hospital funcionava, e era só se engajar no sistema. Na época, não era conhecida pelos funcionários, fui e entrei na fila como paciente, fui mal informada. Paciente realmente tem que ter paciência. Para saber como funciona, é só ser o sujeito do processo. É aquela história do homem caminhando na plantação de amendoim, e ele tinha um pé tamanho quase 50, pisou no formigueiro, e matou muitas formigas. E ele disse que ficou chocado de tê-las matado, e que gostaria de dizer para elas que não fez por querer, mas não poderia fazê-lo porque nunca seria*



*uma formiga. O que falo é que o paciente, na Pesquisa Subjetiva, é sujeito do processo e, na Pesquisa Objetiva, é objeto do processo”.*

*“Minha monografia de residência foi sobre a trajetória do doente na entrada e na saída. Na escuta do doente não se existia qualidade. Na época, aqui, não se existia triagem. As pessoas chegavam para procurar o Dr. Fulano. Vinham quantas vezes fossem necessárias para encontrá-lo. E se fosse interesse dele te receber, muito bem. Hoje tem a triagem, que tem critérios para admissão do paciente, de todas as especialidades. A demanda é estruturada, encaminhamento estruturado, referido de uma instituição para cá, não é uma demanda aberta. Casos de dor intensa e eminência de morte (risco de vida) são atendidos na emergência. Os postos cadastram o paciente com resultado positivo, estão capacitados a receber e acompanhar os casos. O paciente é encaminhado para cá para fazer o exame específico de CD4 ou carga viral, para receber terapia combinada (coquetel), e se precisar de internação pode ser aqui ou quando o posto não tiver mais condições de acompanhá-lo; se não ele retorna para posto de saúde”.*

*“O Serviço Social daqui tem muito respeito, e trabalhamos em equipe”.*

*“As pessoas tem medo de falar. Uma paciente internada, que tem acompanhamento psiquiátrico, fala que a tia ficou com as quatro casas dela, esse senhor, que é vizinho, tremia pra falar, confirmou a história, que essa tia que não é tia, que casou com o pai dela, e ele faleceu, toma conta e fica com todo o dinheiro que entra do aluguel das casas. Vamos chamar essa tia, aqui, se não vamos até lá. E faremos o que for possível”.*

*“O melhor momento é quando descobre que vai ter vaga, quando o paciente consegue ser internado. No sistema é uma coisa difícil. Temos a internação eletiva e de emergência. E o pior é quando o médico descobre o diagnóstico, não tem mais jeito, e ele não dá a mesma atenção para o paciente. Quando a doença crônica, o médico vira para o paciente e diz que o senhor não pode mais se tratar aqui. Não é hospital de doenças crônicas. Dá o diagnóstico, trata, cura e vai embora, ou dá o diagnóstico, trata e não cura e vai embora”.*

*“Poderia-se melhorar não gerando tanta expectativa no atendimento antes da internação, não muita expectativa. Vem com muitas fantasias, como o melhor hospital do mundo. Situações complicadas podem ocorrer. Acho que ele deveria*

*ser informado do que está sendo feito com ele, chegam perto dele, apalpam, investigam, tocam nele, e não retornam nada para ele. Os paciente aqui fizeram até a oração do pai-nosso do hospital. Falam de, sobre você. E não falam para você, isso acontece em todas as clínicas. O paciente chegam cheio de gente em volta, ele é bombardeado de perguntas, apalpado, sente que foi um objeto de pesquisa e conversa. Se ele pergunta sobre, é um paciente rebelde. Como regra, a exceção é quando o médico fala. Principalmente na cirurgia, o paciente fica desesperado. Paciente fica ouvindo tudo e não falam nada para ele. Desde do ambulatório até a internação tem um hiato. Ambulatório é uma equipe, e na internação é outra. Às vezes fazem ponte. Comunicação, se fosse regra, se evitaria muito sofrimento. Todo mundo faz a anamnese do paciente. Fala que se chama Karina para 200 mil pessoas. Importância não é traduzida no atendimento. Quando o profissional se sente impotente, numa situação que foge do controle, ele chama a equipe”.*

*“DIP e dermato têm isso mais vezes. Diz que trabalha em equipe multidisciplinar, mas trabalha na multidisciplinaridade. Com os casos de Aids, há preocupação na autorização para medicação, aí é feito mais esclarecimentos”.*

*“Já chorei várias vezes no hospital. Saio da frente do paciente para chorar na minha sala. Falo muito com meu marido. Conto-lhe muitas coisas, e ele percebe coisas que me ajudam muito”.*

*Enfermeira Luisa , 42 anos, trabalha no HUCFF há 22 anos, sendo que foi auxiliar de enfermagem por 12 anos, formou-se em enfermagem e fez prova e passou de ascensão interna, o que não tem mais, e está como enfermeira há 10 anos. Trabalha há 20 anos na enfermagem, nesta há 15 anos, nunca teve vontade de mudar. Só trabalha só no HUCFF.*

[Entrevista realizada na sala ao lado do posto, sem tantas interrupções. Espontaneamente diz que se a entrevista fosse gravada, só não gostaria que o gravador estivesse perto, depois até esqueceria dele].

*“Sou solteira e moro com irmã”.*

*“Há oito ou nove anos atrás tive uma virose, fiz exames e não descobriram, e foi passageira. Na época achavam que poderia ser tuberculose, tive febre, não cheguei a ter tosse, e tive enfartamento do gânglio [íngua], nem os médicos descobriram o que tive”.*

*“Fora do trabalho, costumo jogar baralho, assistir a filmes, sou preguiçosa para sair, vejo filme mais no vídeo, gosto de leitura, qualquer coisa sem muita gente, sem barulho. Sou espírita e freqüento Centro Espírita, lá assisto a palestras e faço atendimentos médicos à comunidade carente, faço parte de um grupo de profissionais de saúde que atendem à comunidade”.*

*“Tenho poucos amigos”.*

*“Considero importantíssimo o meu trabalho, cuidar das pessoas que estão passando por dor física, moral, espiritual, todo tipo de carência, de confusão, angústia, importante por conta disso, ajudar a recuperar, curar, momento difícil, frágil, momento de morte. Na minha profissão, o momento mais difícil para eu lidar no meu setor é de trabalhar com crianças, muito sazonal. Há época pra tudo. Leptospirose tem características: 90 % são muito pobres, lidam com fossa e esgoto. Por exemplo, tem época do ano que aparece mais, crianças com Aids tendo herpes, interna mais uma média de três a quatro crianças. Quando elas agravam, me pergunto primeiro porque ela pegou Aids, interrogo porque Deus permitiu que essa criança tivesse Aids, porque está sofrendo também, pergunto principalmente na religião que freqüento. Transfiro como se fosse minha, sinto-me impotente, eu não posso fazer nada para curar. Tento dar conforto diante da morte, da dor. Deprime muito. Quando o paciente interna, vou buscando conhecer o que ele gosta e do que não gosta, e, se já conheço alguma coisa dela,*

*buscamos respeitá-la, por exemplo se ela quer ficar calada, ou se ela quer falar. Procuo identificar o que ela gostaria, e se posso fazer, me esforço, mesmo quebrando algumas regras. Recentemente, com uma criança terminal, não estava mal, mas poderia poder morrer a qualquer momento, queria e teve bichinho na parede, lençol vermelho. Tive atrito com a nutricionista porque a criança tinha o hábito de tomar café com leite de manhã e às 10 horas comia miojo, e era o que ela mais gostava de comer, às 11h 30 min ela não almoçava, só comia por volta das 13h 30 min. A nutricionista dizia que não estava sendo alimentada, não aproveitava o almoço da forma que podia aproveitar. Falou que não seria preparado o miojo. A família tinha os pacotinhos, mas ela não permitia. Falei para auxiliar que trabalha comigo: o que custa abrir exceção. Não posso autorizar trazer fogãozinho, pode causar acidente. Falei para a auxiliar fazer no nosso fogãozinho, ela preparou e deu para criança. A nutricionista reclamou comigo, e eu confirmei que tinha autorizado. Não se pode cortar as poucas exceções. Sabemos que as normas existem para serem cumpridas. Quando se lida com gente é diferente. Toda regra tem exceção. A nutricionista falou que ia fazer um encaminhamento para mim, para eu fazer punição para auxiliar, já que ela [a auxiliar] ouviu a nutricionista dizer para família que não seria dado. E que eu respondesse por escrito. E ela [a nutricionista] não fez. Está escrito que não pode trazer comida de fora, a pessoa que está próxima da morte pede para comer alguma coisa, tendo certeza que não vai prejudicar o paciente, o tratamento, eu abro exceções, eu autorizo. Aqui a equipe toda abre. Tem atritos da enfermagem e dos médicos com outros serviços. Temos normas para acompanhamentos, menor que 18 anos e acima de 65 anos, têm critérios também para visita (duas pessoas, e não pode reverter). Aí, o hospital abriu acompanhamento para paciente grave; para paciente muito dependente (entra paciente psiquiátrico); para paciente que é independente, mas está com depressão, ou porque é do interior, não habituado a nada, hospital é estranho, bairro estranho. Nesses casos, o acompanhante é liberado pela enfermagem, se o outro profissional que identifica essa necessidade, chega e conversa com a enfermagem, sempre se chega a um consenso e libera o acompanhante”.*

*“Paciente, mesmo andando, pode ser potencialmente grave, libera-se o horário da visita, um pouco pela manhã e pela tarde, e isso é feito por escrito.*

*Temos mais atritos com a nutricionista para liberar a comida para acompanhante, a família geralmente não tem como arcar. Briga, discute e acaba liberando. Brigase com a vigilância que não quer liberar a subida do acompanhante, da família. Os médicos e outros profissionais sentem incomodadas da família estar presente, estranham muito, acham chato porque eles reclamam e tomam conta de tudo. O médico vê custo e benefício. Custo maior quando a família está presente. Para eles, não tem coisa mais chata que a família não entender, quererem o melhor, acharem sempre que o que está sendo feito não é o melhor. Com a presença da família, a equipe é chamada três vezes mais, e isso é chato, a gente reclama, como uma pessoa que está vigiando, que incomoda. Aqui aprendemos a lidar com isso. Como parceiro seu, que ajuda. E pede desculpa”.*

*“Perguntam o porquê ao Doutor, que é quase Deus, alguns enfermeiros também sentem-se assim, não sabem como responder o que família quer saber. Perguntam sobre o diagnóstico, se o paciente vai ficar bom, se vai melhorar, se vai morrer, se está grave, se vai sair vivo, dá impotência”.*

*“Como uma pessoa, uma família, que não sabe ler nem escrever, tá perguntando coisas que um médico, a equipe não sabe responder? A família pergunta sempre mais. O paciente é mais passivo, se está sentindo dor, quer que passe e acabou, quer se sentir melhor. A família quer saber porque sentiu dor, se for pra casa, se vai sentir de novo, e o que a família vai fazer. Treina como cuidar da pessoa quando ela for para casa, conversa com família, como cuidar antes de ir para casa. No caso de ter que usar luvas, a família vai ter condições de comprar? E o hospital não pode dar. Teve um caso de um paciente com Aids, urinando e evacuando, morava na favela Uga Uga, a família paupérrima, ele tem a mulher e filho de quatro anos, a sua mulher trabalhava, eles vão se mudar para casa da mãe do paciente, que também trabalha fora como doméstica, eles não têm condições de comprar fraldas, jontex, luvas descartáveis, paciente com escaras, precisava de curativo. Para mim este paciente precisava socialmente do hospital, era indicação para assistência domiciliar, ainda não temos. Ele precisaria de uma casa de apoio, a mãe e a mulher não caíram na real como fazer. Ele tem dificuldade de engolir, como fazer para engolir os comprimidos. A mulher dele disse que ele já foi para casa antes. Mas eu acho que não como ele está agora, sem andar. A família e o paciente não caíram na real. Não custa três a*

*quatro semanas para voltar para o hospital e pior. Exceção para votar a andar, que é complicadíssimo. Ainda dá pra improvisar o curativo com paninho, lavar bem, mas luva e jontex, liquidificador, não devem ter em casa para bater a comida para ele comer. Engraçado, é indicação para Casa de Apoio, as públicas não aceitam pacientes com escaras, nem com sonda. As ONGS não aceitam pacientes com dependência total. Aqueles totalmente dependentes não têm para onde ir. O que vai acontecer, vou dar luvas escondidas. Por mais que eu queira vai chegar num ponto que não vai dar mais. Tem uma mulher que há um ano, corre o hospital pedindo gases, jontex. Essa pessoa me incomoda. Não consigo dar solução para ela, me coloco em risco, desviando material. Caixa de luva dá para 2 dias, não vou poder mantê-la. E as outras semanas, sobra pra quem tá na frente”.*

*“Eu acho que o governo tem que tomar vergonha. História do coquetel. Não pode jogar o paciente pela janela, e fingir não estar vendo isso, necessário investir nessa realidade. Temos um programa para assistência domiciliar interdisciplinar. Proposta inicial: atender pacientes que se enquadrassem independente da patologia. O investimento é alto para esse tipo de atendimento. O SUS não financia paciente com qualquer diagnóstico, SUS financia o idoso, paciente oncológico terminal e paciente HIV +. O nosso programa não visa só esses três tipos, ainda não conseguimos financiamento. Estamos remando. Política da direção é que o paciente de HIV é muito caro. Para tentar negociar, começamos com esses grupos, e utilizar 20 % para outros pacientes. A medicação (coquetel) só se consegue para AIDS, outras doenças não se conseguem. Gostaria que o programa arcasse com os medicamentos também, que a instituição arcasse. Aí que o programa não passa da direção. O SUS não cobre medicação”.*

*“Paciente fica internado porque não tem como tomar a medicação oral. Não imagino fazendo outra coisa sem ser trabalhando no hospital. Não consigo me imaginar fazendo outra coisa”.*

*“Eu acho hospital um ambiente muito triste, escola muito grande, há muita oportunidade de crescer, de aprender, escola de aprender, pessoalmente, cada dia aprendo coisa nova, sinto como nova, repenso sobre a minha vida mesmo. Nunca mais vou me esquecer do Jorjão e do Jorginho, do dia que ele morreu,*

*Jorginho morrendo, e eu comigo: acho que de hoje não passa. Chegou o pai. Neste dia, o setor estava calmo, eu estava preparando a parte burocrática. Só vendo a enfermagem estressadíssima, pega a veia profunda, aparelho, não tem mais nada a fazer. Pensei: eu estou nervosa, o Seu Jorge me incomoda, oferecendo balinhas, ele dizia para o filho que o filho ia melhorar, daqui a pouco vem a sua comidinha vai ficar mais forte. Comenta outra pessoa da enfermagem: já viu como está esse pai? Não quero ver Seu Jorge. Os médicos cada um pra um lado. Comenta um médico: já falei! E saiu espalhado. O paciente não está respirando, está ruim. Os médicos sumiram. Entrei no quarto, Seu Jorge (o pai), fazendo carinho no filho, dizendo vai ficar forte, para ir para casa. Pensei: o homem é hipertenso, vai ter um troço. O médico falou: já encerrei com Seu Jorge hoje. Chamei-o e perguntei: o médico conversou com o Senhor? O pai respondeu: disse que ele está com pneumonia e que está grave. Falei para o Seu Jorge que o paciente está agonizando, grave ele já teve outras vezes, ele está muito grave. O olho dele parecia que dizia: não fala o que está pensando. Quando sentei com ele no cantinho, o pessoal todo que estava perto arrumou coisa pra fazer, sei que não ficou ninguém no posto. Falei: hoje ele está cansadinho, e o pai do paciente me olhou. Prossegui dizendo que ele estava agonizando e morrendo, e o pai do paciente me olhou de novo e falou: mais ninguém pode fazer nada? Respondi-lhe que, por Deus, eu não posso responder. Ninguém pode fazer mais nada. Ele pode morrer a qualquer momento. Estou preocupada com o senhor. Se o senhor está sabendo da real situação. Médico falou que está fora de possibilidade, nada que ele pode fazer. Chorando muito, ele disse: já pedi tanto a Deus para trocar comigo, pra eu ficar no lugar dele. Eu [enfermeira] não pude chorar, tinha que ser forte, fiz carinho no cabelo dele, se o abraçasse, eu ia desabar ali com ele, já estava com vontade de chorar. Falei que Deus achou que não podia trocar. Não consigo sentir a sua dor. A médica e professora me viu conversando com ele chegou e perguntou gesticulando se ele havia morrido; e ela foi embora. Pensei: não chegou junto. Fez seis anos de medicina, três de residência, mestre, doutor, mas não pôde fazer nada para curar o seu filho, todo mundo corre, inclusive eu. É difícil para todos. O pai chorou muito, pelo conforto, pelo paciente. Perguntei-lhe o que posso fazer para aliviar a dor física? O que ele [pai] queria fazer? Disse-lhe que o liberaria para que*

*ficasse. Ele disse que estava pensando em ir pra casa. Disse para ele que não queria que ele ficasse sozinho, ele disse que não sabia se a filha poderia vir, pois ela estaria no trabalho. Se o senhor quiser ir e voltar mais tarde. Não foi preciso, porque isso foi umas duas horas da tarde, o paciente morreu às quatro horas, e o pai estava aqui, e não foi preciso”.*

*“Por isso que digo que o hospital é escola de vida”.*

*“O conflito que fico é se estou fazendo o certo. Não se pode sentir pela pessoa. Será que era o melhor pra ele? Acho que ele vai morrer, para ele [o pai] foi bom conversar, porque estava contido, e o filho estava morrendo, e provocou o choro. Depois quando voltou para o quarto, voltou para o paciente, e continuou fazendo carinho no filho, com expressão de estar menos angustiado, mais sereno. Chora, resmunga, senti mais aliviado, continuava sofrendo, não estava se sentindo tão sozinho. Teve uma hora que enquanto conversava com ele engoli o choro, ele percebeu, o olho ficou meio a escorrer lágrima, ele sentiu melhor com isso, senti-me menos fria. Nunca vou esquecer o Seu Jorge. Com o caso, com a doença não aprendi nada, mas com o paciente, o que temos de vivência, comportamento, emoções, nunca vou esquecer. Pode ser que alguma coisa me lembre essa situação do Seu Jorge. Eu nunca chamei um familiar para dizer que estava morrendo. Eu me sentia incapaz de lidar com essa situação direito. Apesar de incômoda, entre isso e uma partida de buraco, claro que optaria pela partida de buraco. Aprendi com o doente”.*

*“O melhor momento da internação mesmo é quando o paciente vai de alta. Teve um paciente muito grave internado conosco e teve alta, e aparece aqui bem na semana do natal e falou que lembrou da gente. Queria trazer um presente pra gente, mas como não podia, veio desejar-nos um Feliz Natal”.*

*“O pior momento é quando faz o melhor, máximo que a gente pode e independente se o paciente vai a óbito ou não, dizer que ninguém faz nada, que ninguém quer nada. Um paciente queixou-se que a equipe de enfermagem era péssima. Ele era diabético, disse-lhe que de forma nenhuma passariam duas caixas de sorvete. Queria que eu autorizasse o empregado dele para acompanhá-lo para fazer a barba, para comprar água mineral com gás, pois estão dando sem gás e se arrumasse não adiantava porque ele queria que viesse naquela hora. E não ficou o acompanhante”.*



*“Não sei se pode evitar, se pode existir sofrimento inútil... [Pensando] Para tendência religiosa, por exemplo, o sofrimento tem sua utilidade, é renovação. Para profissionais não se evita sofrimento, mas pode criar condições para que o sofrimento seja reduzido. Por exemplo, se tivéssemos um preparo, um suporte emocional, eu não teria sofrido tanto, não tanto. Maior exemplo que dou, quando, no início de minha experiência, paciente de Aids tinha o hábito de acabar com a vida se jogando pela janela. Não tínhamos nem preparo, nem suporte. Há 12 anos teve um caso de um paciente que pulou pela janela, e ficou preso numa parte dela, nisso ele se arrependeu, e disse: eu não quero mais morrer, não me deixa morrer, a enfermeira segurou ele pela mão, ele, como tinha o corpo forte, ela não conseguiu, ele morreu. Essa enfermeira não conseguiu mais trabalhar com paciente, não teve suporte depois. Trabalha com material. No dia seguinte foi chegando pessoas, repórter, questionando que horas foi, como chegou, ninguém perguntou se ela precisava de alguma coisa. No dia, ficou no plantão até o final do expediente. No dia seguinte, precisava vir para assinar a ocorrência. Outros suicídios aconteceram depois, em outros andares. Não conversamos sobre isso, a equipe de psicologia dá um suporte, mas não é para isso. Não existe preocupação interna sobre isso. Não é evitado, é amenizado. Eu acho que não pode evitado”.*

*“Para com os pacientes, no dia a dia, eu vejo situações que poderiam ser evitadas. Pessoas não se policiam para não serem tão frias, técnicas, tem paciente que está no leito, e chegam seis pessoas e começam a falar coisas técnicas e ele não entende nada. Às vezes, com isso, os pacientes pensam que tem coisas mais graves, mais sérias. A hora do diagnóstico, paciente tinha que ser melhor preparado para dar o diagnóstico, começando discutir a possibilidades do exame dar positivo. O paciente não é orientado quando vai fazer exames e cirurgias, deveriam explicar como é, e o que é. O paciente sofre pra caramba. Teve um paciente que, quando fui buscá-lo para o exame de tomografia, cheguei em seu quarto e falei: vamos, tá na hora exame. O paciente começou a chorar. E falou: será que eu volto? Perguntei-o: o senhor não sabe o que é? Ele pensou que iam cortá-lo, que iam ver ele por dentro. Outra situação parecida com esta aconteceu quando fui dar uma palestra tema livre sobre saúde mulher num grupo de uma comunidade, escolhi falar sobre osteoporose. No final da palestra uma*

*peessoa disse pra mim: “deixa eu te abraçar, não sabe o peso que você tirou da minha consciência, há noites que choro desde quando o médico falou que tinha osteoporose. Que alívio, pensei que era câncer”. Essa senhora pensou que era câncer, ela não perguntou ao médico porque ficou com vergonha, e ele poderia achar que ela era ignorante. Isso também acontece dentro do hospital, até porque quem está dentro são pessoas lá de fora”.*

*“O que influencia na melhora do paciente é cuidar, com a parte técnica e presença da família cientificamente comprovado. O paciente no CTI com a família próxima a melhora é mais rápida, e quando há envolvimento emocional da equipe, estando mais próxima, há mais humanização, contribui-se absurdamente para a melhora do paciente”.*

*“Na melhora do meu trabalho é ter suporte emocional, enfermagem geralmente é emocionalmente muito mais penosa, enquanto que com outros profissionais o paciente coloca e ele ajuda. O médico entra no quarto o paciente já está limpo, a enfermagem limpou, deu banho”.*

*“Paciente e enfermagem se sentem incomodados, é uma pessoa desconhecida lavando o seu corpo [do paciente], mexe também com o pessoal de enfermagem, de se colocar no lugar, não tem haver com abuso sexual. A paciente pensa um homem desconhecido lavando o meu corpo. Equipe quase toda é mulher, nem sempre tem homem para cuidar daquele paciente homem. Pessoal da enfermagem é portadora do mais chato, do mais doloroso, que vai dar injeção, vai furar, e quando demora é porque foi a enfermagem que demorou. A equipe de enfermagem absorve descarga emocional do paciente, e por isso é necessário um preparo melhor, um suporte melhor. Não tenho onde jogar essa descarga”.*

*“Já chorei muitas vezes no hospital”.*

*“Ainda sou sonhadora, eu sempre acho que quando se faz perguntas sempre contribui para melhorar, sempre para corrigir. Eu falo, que se não for servir para aqui, vai ser para outras pessoas que trabalhem em outros lugares, iria servir para outras pessoas. Pode ser que demore a ter mudanças, mas pode ser positivo, o que se vive hoje, pode ser que algum tempo atrás alguém já viveu. Morreu muita gente com tuberculose, hoje já se trata. Sua pesquisa daqui alguns anos pode estar mudando a atividade da equipe”.*

*“Outra coisa, entrevista desse tipo funciona como terapia. Oportunidade de falar o que pensa e alguém te ouvir”.*

*“Espero que avise com antecedência, uma semana, para avisar todos os plantões. O pessoal gosta, o grupo antes não gostava de falar. Disse para eles: vamos ajudar, alguém se preocupando com a enfermagem. Agora participam melhor”.*

*“Falar é bom. Às vezes dói, mas é uma dor que ajuda”.*

**Médico infectologista - professor assistente universitário João, 39 anos, formado há 16 anos, só trabalha na UFRJ, sem consultório particular.**

[A entrevista fora agendada e realizada em sua sala].

*“Em 1984, me formei e dei de cara com a epidemia de Aids, eram pouquíssimos casos. Fui fazer residência em São Paulo, lá existiam vários casos logo no primeiro mês. Fiquei em São Paulo por 2 anos. Depois vim pro Rio para fazer o mestrado na UFRJ (entrei como mestrando), a epidemia de Aids foi crescendo. Em 87, resolvi prosseguir nos casos de Aids na UFRJ, talvez pela epidemia abriu contratação, através de concurso para infectologista. Fiz processo de seleção, passei no concurso em agosto de 87. Faço ambulatório até hoje”.*

*“Sou separado, tenho dois meninos de 12 e de 10 anos. Casei durante os dois anos de residência. Como não sei ser pai de quinze em quinze dias, foi exigência minha, na separação, e combinamos que, por exemplo, segunda e terça ficariam com ela, quarta e quinta comigo e final de semana com ela, e assim cada um ficaria com eles não só o fim de semana porque é muito curtinho. Tem dois anos que estou separado”.*

*“Fora do trabalho jogo futebol duas vezes por semana, gosto de andar de bicicleta, assistir televisão, cinema, jantar fora, dançar, namorar, passear com os filhos, fazer passeios em cachoeiras, entrar no mato, pico, floresta”.*

*“Tenho muitos amigos, aqueles que estão pro que der e vier, colegas de colégio, tinha amigos que eram amigos do casal e, na separação, eles se afastaram, perde um pouco, e amigos que é a minha família também”.*

*“Adoro o meu trabalho, considero importante e adoro ensinar, o aluno fica comigo no ambulatório, supervisiono, gosto muito de ver doente, de dar atenção, de decidir com eles, particularmente os casos com Aids, gosto muito de explicar para os pacientes, acho que a linguagem tem que ser universal, de forma que eles entendam e não de forma leiga demais - explica o que é vírus HIV, o que minimiza a expectativa do paciente por menor nível de entendimento, acho que eles têm capacidade de entender, eles sabem tudo da história deles, trocam nomes ‘tochoplasmose’... Não tem nada que os pacientes escondam de mim, quando não tomam eles falam. Tem um trabalho feito com entrevista com médico e*

*paciente separados, eles tem comportamentos diferentes, há falha na comunicação, os médicos acham que são o máximo, que os pacientes tomam tudo e os pacientes dizem que não tomam todos os remédios. Posso estar enganado, mas sinto sinceridade neles, mas não posso afirmar isso. A farmácia diz que os meus pacientes sabem direitinho como tomar os remédios, para mim, isso não diz que ele é um grande médico”.*

*“Não sou um cara distante, eu beijo, abraço meus pacientes, estou absolutamente disponível, sempre pronto a recebê-los. Entendem quando não posso atendê-los, quando tem reunião, ou se posso atendo-os imediatamente”.*

*“A presença constante no ambulatório, por eu conhecer os pacientes pelo nome, reconhecê-los, pedem a mim. Um dia, no ambulatório, a médica estava atolada, o paciente me perguntou porque eu não ia atender também? Para o paciente, eu não era identificado como o supervisor, sim como mais um médico, ainda mais porque eu já tinha o atendido no ambulatório. Deixei até quando ela agüentava, depois fiz o que o paciente tinha sugerido”.*

*“O Clínico tem uma relação com o paciente diabético na consulta, fala que a glicose está alta, toma a receita e toma esse remédio. Acho que teria outros resultados ao fazer com que o paciente entenda, saiba, e participe da doença, o que a gente faz com paciente de ambulatório. Quando se tem esse tipo de postura diante de um aluno, um residente, vê que o seu aprendiz absorve o seu jeito de falar com paciente”.*

*“Na minha formação de médico, tive formas adversas, maneiras como eu não queria ser. Tento mostrar o que gosto, como deve ser. Não de cima para baixo. Percebo que ele pegou certas coisas do ponto de vista ético. É mais difícil com os colegas, a coisa está mais sedimentada, é mais fácil de mudar quando a coisa vai se construindo”.*

*“Aqui na DIP, em maior ou menor grau, somos elogiadíssimos, os pacientes falam o senhor e Dra. Fulana na terra e Deus no céu. Quando viajei não quis destruir o meu ambulatório, e chamei uma colega para me substituir. Os pacientes se dividiram em três grupos, primeiro, morriam de saudade dela, outros ficaram indiferentes e tiveram aqueles que não voltaram, ficaram dois anos sem tratamento, só voltaram quando souberam que eu havia voltado. Tenho boa adesão de paciente. Tenho paciente de treze anos de acompanhamento. Tenho*

*um paciente que no início do tratamento foi dizendo que queria ver a netinha fazer primeira comunhão, e a neta já debutou. Agora ele diz que vai me aposentar. Em 96 foi começando a mudar o conceito de medicamento. Antes de viajar, senti que ia dar problema então conversei com todos pacientes, esquecem tudo que falei ela vai oferecer remédios, aceitem. Para o paciente ficaria difícil de entender que antes atrasava-se o tratamento, e depois uma pessoa nova antecipava-o. Quando voltei encontrei-os tomando remédio”.*

*“Tive um paciente usuário de droga, com confiança em mim, acompanhava-o há oito anos, paciente difícil, padeiro em Teresópolis. Num final de semana, estava passando mal, perguntou se eu estava, e eu não estava, ele não veio. Ficou o sábado passando mal, e nesta semana tinha um feriado, quando resolveu vir no domingo pegou três horas no engarrafamento, morreu no caminho. Com este caso, repensei essa história da minha relação com o paciente, será que tem que confiar só em mim? A esposa desse paciente também era soropositiva passei para um médico que eu gostava, quando fui para os Estados Unidos, fiquei lá por dois anos, foi quando me separei, liguei para esta paciente e ela disse que não tinha feito acompanhamento com ninguém. Eu não consigo mudar essa maneira de ser, tento detectar quando essa exclusividade está acontecendo. Como minimizar isso? Tratar mal para não continuar? Distanciar do paciente? Eu não consigo fazer isso”.*

*“Atualmente eu estou talvez destreinado de ver pacientes muito graves. Há muitos anos não faço terapia intensiva, os residentes estão mais atualizados que eu, acho que tenho que estar lá quando tiver que passar um tubo, uma veia profunda, não esqueci, é como andar de bicicleta. Quando me formei, médico recém-formado, todo mundo era viável, no sentido recuperável. Sair daquele estado crítico, fiz isso muitas vezes, pegar paciente terminal, fazer tudo que estivesse no meu alcance. Quando vim para cá, comecei a conhecer os pacientes, na primeira, na segunda, na terceira, na quarta, na quinta internação. Paciente ficava caquético, as coisas iam indicando isso. Tentei seguir a risca a “boa morte” - frase do Betinho. Carinho, mão na cabeça, de segurar na mão, sempre presente, algumas vezes fiz paciente morrer em casa. Quando, para o paciente, não tem mais o que oferecer, acho que deve estar com as coisas dele. Era difícil para família, e é até hoje. Tenho famílias que me ligam até hoje, no dia do médico, traz*

*chocolate na páscoa, liga pra ver se eu estou aqui. Teve uma época que só podia entrar com consulta marcada, a mãe de um paciente que já atendi, mas que tinha falecido, pediu-me para marcar no cartão do filho uma consulta para vir ver-me, foi um paciente que morreu em casa. Já vi paciente em casa sem cobrar nada. Foi um caso que a família estava querendo levá-lo para o hospital, só que ele estava morrendo. Falei para eles: calma acabou, não tem volta. Família inteira descansou”.*

*“A irmã de um paciente que eu atendia me ligou dizendo que ele estava sem urinar, e morava em Nova Iguaçu. Eu estava de plantão, falei com a colega. Então a irmã dele veio me apanhar, depois me trouxe de volta para o hospital. Cheguei lá passei a sonda, saiu dois ou três litros de urina, paciente aliviado naquele momento. Hoje em dia, é completamente diferente. Pra ver, ano passado tive meu nome em dois óbitos. Um deles foi o caso de um paciente que internou, nunca tomou nada, caquético, sentamos o grupo para decidir o que íamos fazer. Senti o grupo querendo investir, vários esquemas. Falei para o grupo vamos lá examinar o paciente de novo juntos, antes tínhamos ido separados. Paciente estava realmente naquela fase terminal e coloquei em discussão. Resolvemos deixar e o paciente morreu horas depois”.*

*“Um dia, Alice Navarro, que é da Psicologia Médica, me puxou no canto, e contou que um dos internos a encontrou e falou que pensava que meados de junho e se formava em julho, que não ia aprender mais nada, e aprendeu, como lidar com paciente terminal. Estávamos discutindo sem ver o paciente, longe do leito, e falei vamos ver o paciente, redirecionaram a discussão, reviu. Rediscutiu e resolvemos a não fazer nada”.*

*“Naquela época em 87/88, o pessoal que trabalhava com Aids, o médico nem tanto, mas enfermeiro, quando entrava no elevador tinha um pessoal que já estava dentro saía do elevador. O atendimento aos casos de Aids eram feitos no posto quinto F, por exemplo, o cara do eletro chegava e falava, o senhor faz e limpa tudo que eu estou esperando, discriminando. Os ascensorista falavam, faziam comentários, que o quinto andar, era andar da AIDS, dos gays. Atualmente o quinto F é ala particular”.*

*“Tem limite a fase terminal, o difícil é saber”.*

*“Hoje em dia, tem como melhorar, pode se recuperar”.*

*“Será que ele vai agüentar tudo isso, será que é viável, será que não é viável. Tem situações que tem que dizer sinto muito perdi, não vou ser super-homem, fiz o que pude, a doença foi mais forte que a gente. Não só a Aids, mas também outras doenças infecciosas não se cura, se controla. Quando era interno, grande parte das doenças infecciosas não tinham cura. O estudante, o cirurgião tem aquela idéia de cura. Nenhuma especialidade tem cura, não tem solução pra tudo, nem na infectologia”.*

*“No início, quando via paciente de Aids, tinha uma sensação maravilhosa, eu sabia mais que os meus professores antigos, eles não queriam saber de atender Aids, doença de homossexual, um monte de barreira, isso fazia com que os médicos mais jovens tivessem mais conhecimentos que os mais antigos. Sempre gostei de doenças infecciosas, queria fazer isso. No momento que se forma em doenças que não tem cura, anos e anos onde a vitória ainda é dela, da doença, e chega um paciente e diz que ainda vai me aposentar”.*

*“Antigamente fumantes, maconheiros, alcóolatras, relaxavam com relação à perspectiva de vida. Hoje eu sou mais agressivo, digo pra eles que não tem graça, portador de Aids morrendo de câncer do pulmão, ou enfarte de miocárdio. Hoje o tempo inteiro, falo para os pacientes de fazer exercício, de cuidar da obesidade, do colesterol alto”.*

*“Eu faço tudo para os pacientes não internarem, se posso fazer antibiótico por boca, ou se precisar tomar na veia e ir embora, coloco-me a disposição para os exames complementares e ir embora. Pois uma tomografia que é marcada daqui a três meses no ambulatório, e tinha que fazer para próxima semana, então interno. Atualmente, no meu ambulatório, pouquíssimos pacientes vivenciam a internação. Vejo na internação, o paciente afastado de tudo dele, cama, roupas, família, televisão, ambiente, comida da casa dele, coisas pessoais, aqui ele fica sujeito às coisas do hospital, comida, roupa, a televisão que pega mal, acho que não pode ser mal, a hotelaria não é boa, ele não está indo para um SPA, visualmente o hospital é feio. Afasta ele de uma coisa que ele está acostumado, cercado por auxiliares de enfermagem que ganham mal, trazem para o hospital o mau humor, os médicos assistentes que têm que se dividir pois tem muitos pacientes para atenderem e não podem dar maior atenção a todos. Este é um lado da balança, outro lado é quanto à doença e o benefício da internação, se*



*está grave, tá claro que não tem jeito. Se o benefício pode ser pequeno, pesa-se o risco da internação (o trauma) e o risco de tratá-lo em casa. Têm vezes que as internações são relativamente curtas, tento amenizar o sofrimento, não interno na sexta-feira, mas na segunda-feira, porque ficar o final de semana internado? Já nos casos do paciente ter uma doença por infecção, é necessário começar o antibiótico via venal por quinze dias e depois continua a tomar em casa. Nesse caso, se for o caso interno na sexta-feira, na segunda-feira já avalio e às vezes já tem alta. Essa internação, por exemplo, não foi traumatizante. Acho que a internação tem que estar diretamente relacionada ao paciente que você está avaliando”.*

*“Tem paciente que não tem onde morar, ou mora de favor, ou com pessoas que não gostam dele, não tem o que comer em casa, a internação para ele é sempre benéfica, ele vai ser bem tratado”.*

*“Teve um paciente com Saúde Bradesco, com quadro de malária, foi avaliado 24 horas por especialista, veio pra cá porque é o melhor lugar para tratar malária no Rio. Ele não agüenta, ambiente feio, profissionais são poucos e ganham mal, quer no segundo dia ir transferido, ele quer hotelaria, quer ir para o Samaritano. Esse paciente com nível social econômico melhor, recebe o mesmo cuidado que os demais. Têm pacientes extremamente agradecidos, elogiam na ouvidoria. Não tem discussão, todo mundo tratam medianamente pela maneira de ver. Tem gente que olha e acha uma porcaria, outro acha maravilhoso, depende do background do paciente, quem é ele. Aquele cara que é humilde, acha maravilhoso, ainda mais que já ficou na emergência do Carlos Chagas, lá fora é o caos, agora aquele que experimentou a Clínica São Vicente, é diferente”.*

*“Não sei em que estaria trabalhando. Uma vez encontrei um amigo médico e ficamos conversando se não fôssemos médicos o que seríamos, acho que talvez pelo lugar, estávamos na praia, biólogo, oceanógrafo, coisas ligadas a marketing, eu acho que eu seria um bom advogado, tinha vontade de fazer propaganda inteligente, gosto de ver o programa TVE genial, ganham prêmios, curto anúncio interessante. Às vezes, colocavam-me em técnicas de dinâmicas de grupo com prós e contras, consigo convencer as pessoas. Lidar com pacientes, e decidir junto com eles, na verdade estaria advogando. Não é enganar, mentir, dando medicamento aviso que cinco por cento vão ter pesadelos, visões, sonhos*

*malucos, sete por cento não vão tolerar esses sintomas, isso durante quatorze dias, depois não vão ter mais. Pode dar essas informações, dependendo da entoação de voz, pode usar a favor ou contra”.*

*“Tenho visão de hospital não como um lugar de morte, de fim de linha, tenho uma visão da minha profissão, lugar onde recupera gente. Pra ter idéia, o quinto F nunca foi um ambiente carregado, foi sempre lugar superalegre, lugar que não tinha cunho de portal, mas de buscar tratamento, até brinco com meus paciente. Paciente não vem na consulta porque estava passando muito mal. Em São Paulo, fazia DIP, morava no hospital no nono andar, na residência. Era freqüente ver pessoas que atravessavam a rua para não passarem em frente do hospital. E um pouco mais pra frente era cemitério e atravessavam também. Sinto-me superbem aqui. Às vezes, acho que me dedico muito, poderia ganhar mais dinheiro com consultório, no momento não consigo porque tem uma tese de doutorado”.*

*“O melhor momento da internação é o da alta. Quando você diz para o paciente, ele fica feliz, até porque ele já está melhor, via de regra, aliviado do sintoma. O pior deve ser quando as atitudes dos médicos não levam em consideração os desejos do paciente. É quando não tem que perguntar se ele quer ser entubado, quando está nas mãos do médico a decisão de vida, quando o paciente não pode opinar na vida dele. É importante lidar de forma humana, conversar. Faz o que pode para minimizar. Momento que está em insuficiência respiratória, gasometria, e o médico faz comentários reclamando que está faltando tudo na frente do paciente, e tem médico que diz ainda que está trabalhando em condições ótimas. Pessoa do paciente está ali superligada em tudo, assimilando tudo que está acontecendo. Esquecer o que aprendeu e sair falando essas coisas. O discurso muda. O médico fala abre a boca que vamos passar o tubo para respirar melhor, o tom da voz aumenta, paciente fica completamente nas mãos dos profissionais de saúde. Ele depende das atitudes dos profissionais de saúde”.*

*“Acho que poderíamos melhorar a estrutura física do hospital, cama direitinha, imagina ele de noite olhando para o teto, com buraco, enfermaria com a pia pingando o dia inteiro, parede não pintada, luzes queimadas, deveria ter o mínimo de ambiente aconchegante, e também os profissionais de saúde que lidam com ambiente de internação, é muito difícil julgá-los, entende todas as dificuldades*

*do cara, as condições, as duplas / triplas jornadas de trabalho, consegue entender o que influencia, mas não justifica tratar mal o paciente”.*

*“Profissionais acham que não teriam que ser treinados. É necessário por parte deles maior conscientização de quem está lá do outro lado da cama, onde tem um cara que foi tirado de sua casa e está internado. E os profissionais esperam que o paciente entenda que estão com problemas de saúde e que ele tem que aceitar isso. Não consigo ver dessa forma. Tem que se oferecer o melhor. Têm profissionais aqui que são maravilhosos, que se colocasse em clínica particular iam ser chefe de andar, e outros, que se fossem para particular, seriam demitidos no dia seguinte”.*

*“Tem um outro lado do paciente de ser ser humano fragilizado, qualquer coisa que o profissional faça pode quebrar esse cara, primeira vez que vai dar comprimido fala mal com ele, aquilo para ele pode ser vista de maneira multiplicada”.*

*“Algumas coisas já são feitas, por exemplo, aqui tem uma enfermeira que busca colocar pacientes que podem se dar bem juntos, não bota paciente entubado com a mesma doença, pode pensar que seja o próximo. Bota num quarto sozinho”.*

*“Paciente vem visitar os amigos que conheceram na internação. Paciente veio para me dizer que está trabalhando e visitar outro paciente que tornou seu amigo”.*

*“Tenho na minha memória da minha Residência Médica quarto semelhante daqui, de três leitos, três casos, os três eram amigos, eram legais, clima bom naquela enfermaria, que podem amenizar a internação, grupo de pessoas que se formavam grupos fortes, tornavam legal”.*

*“Juntar pacientes com HIV, e sem HIV, aproximados pela faixa etária, pelos interesses, por exemplo, colocar o garoto de 16 anos na enfermaria com televisão, reconhecer pequenas coisas, que ele gosta de assistir televisão, futebol, colocar ele numa enfermaria que tenha televisão. Pequenas coisas modificadas e podem ser feitas. Às vezes, a gente dá um toque, essa enfermeira é mestre nisso”.*

*“A comida do hospital é uma droga. Morava no hospital em São Paulo, a comida era a mesma do paciente. Não havia variação, gosto sempre era o*

*mesmo. Quando recebia o salário da residência, ia comer fora. Odiava a comida do hospital, sem sal, bom para o paciente para ajustá-lo melhor que com ele em casa, compensá-lo na bagunça dele”.*

*“O que funciona bem é o desfecho final, internou com insuficiência cardíaca e sai compensado. Internou e teve um desfecho final bom. O caminho que é o problema, que pode ter sido um caminho tranqüilo ou superalterado. Internado com permanência, o caminho que é problema, complicações. O que ainda é bom são os resultados, intermediados por ações do hospital que podem ser minimizadas. Sabe que podem acontecer e se esforçar para que essas complicações sejam infreqüentes”.*

*“Paciente com gânglios na barriga, ela foi aberta e não levou o gânglio para biopsia, alguém errou no caminho. O paciente com tuberculose disseminada fica dez dias a mais internado, o meio do caminho é da maior responsabilidade, quem tá evoluindo no processo é quem se responsabiliza. Aqui ainda é um dos hospitais melhores do Rio de Janeiro. Poderia de alguma forma minimizar isso. Se as pessoas ficassem mais atentas, com mais garra, de maneira mais regrada. Sabe que todo material tem que ser encaminhado, ninguém foi delegado, são delegadas funções. Papéis não ficam claros”.*

*“Pela equipe que assume o plantão, eu tenho como saber se o plantão seria tranqüilo, sem surpresas, e não pelo paciente tranqüilo. Eu assumia o plantão, e me apresentava a todos os pacientes. Paciente pensa: eu sei quem está zelando por mim aquela noite, minimizava-o aquela noite. E quando a enfermeira me chamava e falava do paciente passando mal, eu já sabia quem era, porque já conhecia os pacientes”.*

*“Mesmo que os pacientes não guardassem o meu nome, importante era a visualização de alguém (do doutor). Quando já conhecia os pacientes levava mais cinco minutos de papo, quando assumia o plantão, minimizava é ótimo”.*

*“Eu sou chorão. Só com o anúncio do gelol, não basta ser pai, já choro. Na morte de paciente queridos. Teve uma situação interessante três semanas diretas com pacientes gravíssimos, seis pacientes, toda hora morria um, não chorei uma vez, encarava como uma pedra. Vindo aqui para o hospital para dar plantão, no aterro do Flamengo, pessoa fazendo sinal, um carro havia acabado de capotar, descí, pensei vou ajudar esse cara, cinco caras viraram o carro. O motorista*

*estava respirando, falei para botá-lo no canteiro central, o que fiz foi desobstruir as vias respiratórias, mantive ele longe dos curiosos, parei me lavei, e fui para o plantão, contei para todo mundo, dei o plantão. Fui para o apartamento novo, e disse para minha ex-mulher, você nem imagina o que aconteceu, ao falar chorei uns 40 minutos, estava tendo contato direto com a morte nesse período no hospital, e aquele acidente me marcou. Chorei tanto, tanto. Estou quase chorando aqui”.*

*“Outro dia, tive um choro feliz, paciente que ficou com outro médico, e pedi para ficar comigo. Com a terapia viral, fui o primeiro a dar resultado para ela, com carga viral indetectável (janeiro / 99). Paciente com vários anos tomando remédio e foi a primeira vez. Ela chorando de um lado e eu do outro. Ela vendia churrasquinho na esquina em Niterói, já fui lá experimentar, e com essa perspectiva de vida ela abriu uma loja e está fazendo maior sucesso, agora já está fazendo até almoço”.*

*“Não costumo falar sobre o meu trabalho, as pessoas vêem o que eu faço. Defendo fervorosamente a instituição, brigo com minha namorada. Falo com meus pais, com amigos, não do jeito como estou conversando com você, conto história, ainda vou escrever um livro. Teve um paciente que falou para mim, não fica chateado, tive um sonho erótico com o senhor, a mãe desse paciente perguntou se já escreveu o livro e um dos protagonistas do livro é o filho dela, tantas histórias dele”.*

*“Estou fazendo doutorado, e minha Tese é quantitativa, não qualitativa. Tentei fazer sobre o Centro de Testagem Anônima, na época eu era chefe lá, provar se funcionava ou não, era trabalho de prevenção. Mas como não tenho base filosófica, isso não ia pegar. Trabalharia com o resultado negativo, como mudança, estratégia de prevenção. Eles não sentiam-se seguros”.*

*“Participei porque gosto de colaborar, participo sempre de tudo, não faltava no grupo da Alice, fazia no início que a equipe começou a atender Aids, grupo de reflexão”.*

*“Gosto da Pesquisa que encaixe o paciente”.*

*“Estou no grupo Bioética, sou da COREME (Residência Médica), em que posso ajudar, eu ajudo”.*

*“Quando você me procurou eu tinha acabado de passar por uma situação com um paciente que era atendido pela minha namorada em consultório particular, e ela o encaminhou para cá. E internou aqui, quando melhorou começou a reclamar de tudo. GATO na enfermaria, ele estava internado em Curicica, ganhava 8 mil, classe média, clínica particular, como não era mais da Manchete teve problemas com o convênio, e a Manchete não lhe pagou. Ele estava incomodado, e estava malíssimo. Ele disse que a internação não tinha preço e falei para ele que realmente a internação não tinha preço. E você surgiu uma semana depois. Já um Professor da UFRJ (engenharia técnica) ficou agradecidíssimo pela internação, era contrastante”.*

## **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES**

*Idade*

- 1) *O que gostaria de falar sobre este momento que você está vivendo com familiar internado?*
- 2) *Como você e as pessoas da família em casa tem passado desde quando soube que ele internou? O que mudou?*
- 3) *Como é a internação para você?*
- 4) *Qual é o melhor momento da internação?  
E Quais os momentos mais difíceis?*
- 5) *O que influencia na melhora do paciente?*
- 6) *O que você faz que acha que o ajuda?*
- 7) *E o que faz ele piorar?*
- 8) *Como é o hospital para você?*
- 9) *O que funciona bem ou não no hospital?*
- 10) *O que poderíamos melhorar?*
- 11) *O que estaria fazendo se ele não estivesse no hospital?*
- 12) *O que a motivou a participar desta pesquisa?*
- 13) *Gostaria de deixar alguma sugestão, mensagem?*

**ENTREVISTAS COM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS**  
**NA ENFERMARIA DE DIP/AIDS - HUCFF**

***Esposa de um paciente internado, Cátia***

[A entrevista fora realizada no espaço perto dos elevadores, inicialmente ele estava do seu lado e com o decorrer da entrevista ele foi para o quarto].

*“Esse momento para mim está sendo péssimo. Momento de tensão e sofrimento. Momento que eu acho que ninguém gostaria de estar passando. As pessoas ficam tensas parece que o dia não passa, que a hora pára, fica tudo tenso. Quando olha para o relógio e pensa que a hora não passa. É difícil falar sobre isso”.*

*“No momento, só eu é que sei que ele está internado, mãe dele ainda não sabe. Devo ir amanhã, sábado, na casa dela pra contar pra ela. Tento ficar mais perto dos meus filhos, me divido mais, a semana inteira tenho vindo. Difícil de falar que o pai está internado, falo que ele está descansando. A mãe dele é senhora de idade e pode levar um susto, é duro ele estar bem e, de repente, fica internado. Ela pode pensar se ele está internado é porque está mal. Vivia falando pra ele vim se tratar e ele não veio, deu nisso. Pé machucado e está causando sérios problemas. Não deu confiança e o resultado está aí”.*

*“Vou tentar ligar pra minha sogra. Achei melhor não falar com as crianças pelo telefone podem chorar, e como ele falou que queria ir embora, ele pode querer fugir, principalmente se ouvir a voz do mais novo, que está com o vírus também...”*

*“Já fiquei internada, ouvi as vozes dos meus filhos, senti saudades. Falei para o médico que ia embora, ele falou que eu não ia embora, e eu fui. E meu marido pode fazer a mesma coisa e atrapalhar o tratamento, os remédios que ele toma aqui ele, não vai ter em casa. Quando fui embora, assinei sem culpa, estava consciente que era responsabilidade minha e sabia o que estava fazendo. Quando saí do hospital, senti-me livre, mesmo doente. Quando senti o ar lá fora me senti livre, voando que nem um passarinho. Quando estava internada me sentia presa,*



doente, pessoa amarga. Passei por muitos sofrimentos, muita injeção, 14 ampicilinas”.

“Hoje ele mesmo falou “estou me sentindo péssimo com esse pé. Meu pé está cheirando mal. Eu não vou conseguir nem almoçar assim”. A enfermeira falou pra ele que ele estava se sentindo podre, mas que ele não estava podre. Foi aí que ele se sentiu mais aliviado. É simplesmente um machucado, que não só ele estava passando por isso”.

“Fico de manhã até de tarde, vir para cá já gasta quase que meio dia, moro em Japeri. E agora vou embora. Amanhã não venho porque é muito cansativo. Domingo, venho. Os filhos ficam com uma amiga. Não posso contar com minha mãe, ela é diferente de mim, ela é diferente das outras pessoas”.

“A melhor hora é a hora que a pessoa entra aqui dentro e é acompanhada por um médico que dê atenção e que tenha educação. É a hora que a gente sente um alívio. Ele saiu de casa passando mal e foi muito bem recebido pelo médico, que é nosso. Têm muitos, mas semelhante à ele é difícil de achar”.

“Eu já estive em vários momentos aqui dentro. Vi pessoas idosas, crianças esperando alguém pra ajudar e, graças a Deus, essa não foi a nossa situação”.

“O momento mais difícil foi esperando ele de um exame e um médico fica empurrando para o outro. Ele saiu às 8 horas da manhã pra fazer um exame, e eram 14 horas, eu não sabia onde ele tinha ido. Ninguém sabia explicar onde ele estava. Uns diziam que ele foi fazer exame, e esperasse que ele ia voltar. Disso eu sabia, só não sabia a hora e nem o dia. Não sabia como ele ia voltar, se ia voltar andando, ou em cadeira de rodas”.

“O que influencia na melhora dele [o marido] é a amizade que ele tem e eu tenho que é muito forte, faz a gente melhorar só traz alegria por mais que o que a gente passe aqui dentro seja difícil. Isso ajuda muito”.

“O que faz piorar, percebo no olhar dele. Quando chega alguém pior que o estado dele, ele não agüenta de tanta mágoa, fica muito triste. E a tristeza dele é tanta que ele diz que deseja tudo pro inimigo, menos isso, nem a doença, nem a morte”.

“Pra mim, o hospital é um lugar de repouso, não é um lugar de descanso. O melhor lugar para descansar é a casa da gente, e para repousar é o hospital por

*isso que a amizade é importante. Repousar é uma necessidade que todos nós temos quando passamos por essa situação. É difícil explicar”.*

*“Se for aqui, acho que tudo funciona bem. Mas para funcionar bem depende das pessoas. Eu acho que o hospital aqui é o máximo. Têm certas pessoas que trabalham pelo dinheiro e aqui. Para trabalhar no hospital tem que gostar e se dedicar. Não vou arrumar um serviço de cozinha, se eu não gosto. Não vou tratar as pessoas mal por isso”.*

*“Chega na recepção, não é bem atendido, a pessoa é grossa. Passei por essa situação. Pessoa imprestável. Ela está ali para atender as pessoas bem. Para ser respeitada, tem que respeitar as pessoas, para amanhã pode ser um parente dela. Outra coisa que não funciona bem, é prometer cesta básica e não cumprir. Meu marido perguntou se tem problemas em casa. Tem, mas não quero trazer energia negativa. Lá em casa não tá legal. Será porque vê a gente com blusa, shorte, sandália que se ganha dos outros, acha que tá bem? Quando chega na casa da pessoa vê que não tem. Se não tem cesta básica pra mim, não tem que ter pra ninguém. Acho que deveria ser assim. A gente vai na assistente social pedir e elas reclamam dizendo que elas não têm obrigação”.*

### ***Mãe de um paciente internado, Glória***

[A entrevista foi realizada no quarto ao lado do leito do filho].

*“ Sempre é bom vir alguém pra conversar”.*

*“Estou achando que ele está bem, melhor que na casa dele. Aqui tem remédio na hora certa, em casa ele não toma, não tem quem obrigue ele a tomar, fica na rua , fica abatido. Aqui ele está bem mesmo. Pergunta pra ele: você já viu? Ele responde: Aqui não tem espelho, tem banheiro que tem. A mãe pega de dentro da bolsa um espelho e diz pra ele: Olha aqui como você está. Em casa parecia um velho de 50 anos, pensei em encontrá-lo pior”.*

[Olhando no espelho o paciente comenta: *“O que tem de médica que pergunta sobre a cor do meu cabelo, desde criança que ele é assim meio cinza”*].

*“Em casa, ele estava se relaxando. Tem pessoa que acha que está doente e acha que tem que relaxar, aí é que tem que se cuidar mais ainda. Depois que ele soube que está com essa doença foi decaindo, depressão. A tia falou para as pessoas na rua ele ficou mais em agonia, se deixou decair por causa disso. Tudo é o apoio da família”.*

*“Ele soube, quando ele estava com gripe, a médica pediu vários exames e essa médica que deu o resultado. Ela conhecia o pai dele, e cuidava da neta [pediatra]. Falou na frente do pai e do irmão por parte do pai. De lá pra cá ele piorou, ficou magrinho. Pai ficou internado por três meses com problema do coração, ficou muito abatido e morreu há dois meses de derrame. Estourou como uma bomba. Quando lhe deu o resultado, foi sem preparo. [Diz o filho, que, quando se descobre que está doente, perde-se 50 % da vida]”.*

*“A gente dá apoio a ele, ele tem que fazer por onde. Seguir normal, estava gordo bonito, sem saber”.*

*“No começo sentimos, que aparentemente não tem cura, foi um choque para nós. Ele acha que piorou, tá ruim. A gente fica apreensiva, tenho um irmão que morreu de Aids. Não separa nada quando ele vai lá em casa. Os irmãos comentaram, ele vai internar, será que piorou? Eu achei ele bem melhor. Tá mais tranqüilo devido ao ambiente. Melhor que em casa. Aqui é mais limpo que em casa. Modo das pessoas tratarem. Em casa só discutindo. Ambiente influencia, tem que tratar normalmente. Ele não morava comigo, mora desde pequeno com o pai, a madrasta e os irmãos por parte de pai. Mesmo longe somos muito unidos.*

*Os irmãos, meus filhos, falaram pra mim, vai lá vê-lo, que, de repente, ele piorou. Os irmãos mandaram perguntar se eu poderia ficar com ele. Somos muito unidos. No caso dele, eu achei melhor com a internação. Não é bom, mas se é preciso, em casa não tem tratamento exato como no hospital. Tem apoio, médico na hora certa, medicação”.*

*“Melhor momento da internação é o início, se tem como melhorar internado é melhor que deixar a doença avançar em casa. O pior momento é quando tem que deixar ele e ir embora na visita se pudesse eu ficaria [segura a mão do filho]. É importante ter uma pessoa do lado apoio familiar, conversar com ele não se sente sozinho”.*

*“O que influencia na melhora dele é a compreensão de todos, irmão, mãe, tia, da família, apoio moral, incentivando ele. Piora se ninguém viesse vim vê-lo, se ele ficasse abandonado, pessoa se sente só, fica pensando besteiras, se entrega à doença, conversando vai modificando. Sente-se mais protegido”.*

*“O hospital é uma coisa horrorosa, ruim de tudo. Só em falar em hospital sente-se deprimida. Eu estou com ele e meu neto no hospital, deixa todo mundo abalado nos nervos”.*

*“O que funciona bem é o modo de tratar, medicamentos, como as enfermeiras tratam os pacientes. Se o paciente sente-se mal, quer ir embora, e não faz o tratamento. Se têm pessoas tratando o paciente melhor, ele se trata direito. Quando ficam dois ou três dias trabalhando direto de plantão, desconta em cima do paciente. Já é difícil o tratamento e se não tiver uma pessoa que os trate bem fica mais arrasado por isso o apoio familiar é bom. Se tiver o apoio moral do hospital e do pessoal da família, ele fica cada vez melhor, sente-se mais confiante”.*

*“Se não estivesse aqui no hospital, estaria tomando uma cervejinha no botequim, não é, filho?”*

**Companheiro de um paciente internado em isolamento de contato,  
Mário**

[A entrevista fora realizada num banco a parte (canto) da enfermaria de pouco acesso].

*“A internação é uma situação que não gostaria que ele nunca passasse. Ele é uma pessoa muito boa. Já estive internado com esse mesmo problema, tuberculose, e ele também esteve sempre comigo. Irmã mesmo minha veio duas vezes quando fiquei internado, quem estava constantemente comigo era ele. Vê uma pessoa que gosta se acabando é muito triste. Deve ter gente pior que ele. Vejo ponto positivo, não está no soro, as pintinhas de alergia dos mosquitos estão sumindo, que ele consegue ainda se movimentar, está falando, está lúcido, funções mentais normais, pior quando não reconhece ninguém é mais triste para mim”.*

*“Para mim, seria pior se ele estivesse em casa e eu não poderia fazer nada. Estando aqui consigo dormir melhor, mais tranqüilo, se acontece o pior eu fiz alguma coisa por ele. Em casa não tem recurso que tem no hospital”.*

*“O que mudou? A casa está triste, está vazia, tenho evitado ficar em casa. Não posso entrar em depressão porque tem que tá bem para ele ficar bem. Ele piora mais ainda, se eu não estiver bem, com certeza. Ele conta muito comigo, e eu com ele. Nossa relação já passou de casal, tem um elo tão forte entre nós dois, mesmo que separássemos, eu nunca ia deixar de falar, de me preocupar com ele. A doença nos uniu mais, quando descobri que era soropositivo não estava com ele, passei mal no trabalho, febre sem explicação, a médica do trabalho pediu o exame e deu positivo. Sou consciente da minha situação, não boto culpa em ninguém. Marquei o segundo exame no Gafré, já tinha conhecido ele nessa época, e eu pedi e ele foi comigo pegar o resultado. Deu positivo novamente, ele conversou comigo, pediu que tivesse calma, fiquei triste, fomos para Floresta da Tijuca, que era perto dali, ficamos conversando. E falou que era portador há 7 anos, fiquei espantado. Comecei a procurar como me cuidar. No Gafré a assistente social explicou que lá não havia tratamento, e me encaminhou para cá, ele já se tratava aqui. Ele tinha abandonado o tratamento, pois o ex- companheiro tinha morrido aqui e ele entrou em depressão, e tinha as greves. Convenci ele a voltar para o tratamento”.*

*“Sou mais ligado a ele do que a minha própria família, a minha mãe já é falecida há 13 anos, com ela seria diferente. Sou de Minas, depois que ela faleceu vim pra cá porque minha irmã mora aqui, acabei ficando”.*

*“Ele e a mãe moravam juntos, nunca se separaram para nada. Começou a ficar doente perto de abril, mãe dele falecera ano passado. Ele, que é emotivo, tem febre emocional”.*

*“Não sinto falta da minha família. Se eu perdesse ele, eu ficaria muito desolado. Adoro minhas irmãs. Por ter optado pela vida homossexual, para meu pai é uma coisa muito forte, é melhor ficar mais distante. Meu pai é muito conservador, há 7 anos que não o vejo, vim pro Rio me libertar de muitas coisas. Opção que eu gostava de ser, me sentia bem. Se tivesse ficado lá, teria casado e teria vida dupla, não seria feliz. Aprendi a ser gente, a me defender, corre corre, me sinto produtivo, ser gente. Única pessoa que me poderia, não transtorná-la, era minha mãe, ela já sabia... [Lembrado] Teve um lance, quando era mais jovem. Ela disse, vá sozinho, mas não leve ninguém contigo. Sempre preparado para perder meu pai, não minha mãe, não imaginava ficar sem minha mãe, ela era tudo naquela casa, até meu pai perdeu o rumo, ele era caminhoneiro. Ele nunca amou ela. Ele poderia comer na casa da amante, mas chegava em casa tinha que comer. Nunca vi minha mãe falar um palavrão, será que ela era santa? Pessoa boníssima. Hoje em dia agradeço muito a criação que ela nos deu com o pouco que a gente tinha, força, trabalho, reconhecer o que ele [companheiro] fez por mim e fazer por ele”.*

*“A internação por um lado é bom, por outro é ruim. Ruim é que você está doente bom é poder se curar e ficar bom e voltar a vida normalmente”.*

*“Melhor momento da internação é quando chega e procura o médico e tem o prazer de ouvir ele dizer que conseguiu um leito. É tão difícil deixar ele sentado a noite inteira na emergência, enquanto não tinha leito, é deprimente, não podia ficar e não deixavam ficar. Depois que ele internou, voltei pra internar, estava com tuberculose óssea e pulmonar”.*

*“Na emergência, as pessoas ficam aguardando sem saber se vai conseguir internar. Eu saio daqui e tem uma mulher há quase uma semana tentando internar uma pessoa. Um prédio desse tamanho não está totalmente funcionando é uma robalheira, tem dinheiro para isso. Revolta”.*

*“O que influencia na melhora dele é a minha presença, até quando a enfermagem vai lá e bate um papo com ele, ajuda. A presença humana, carinho, atenção, cuidado. Têm enfermeiras que sempre foram muito cuidadosas, prontamente quando precisava falava com os médicos”.*

*“O simples fato de estar vindo aqui, a minha presença, é muito importante para ele. Ele fisicamente está bem, se eu estivesse aqui com ele, ele se recuperaria mais rápido”.*

*“O que faz piorar é a solidão. Graças a Deus conseguiram um TV, sem barulho, sem nada. Agora senti ele mais animado. Todos os quartos de isolamento deveriam ter TV. Se pede verba pra tanta coisa e isso não é de mais”.*

*“Quando fui fazer a abertura de prontuário, pela primeira vez, o funcionário que me atendeu foi muito arrogante, deveria ser muito mais educado. A coisa mais difícil é lidar com ser humano. Eu posso te agradar com pé de galinha e a outro não. Não gosto no serviço público é o conhecimento. A pessoa chega cinco horas da manhã, e chega alguém que tem conhecido passa a frente. Deveria tratar igualmente. Da mesma forma que um acorda cinco horas da manhã o outro também. Nepotismo, né? É nepotismo sim!. A vaga que poderia ser minha, aquela pessoa pode ter pego”.*

*“Hospital é uma coisa boa em certos termos, quando acontece alguma coisa com você, com algum conhecido seu. Se pudesse evitar. Só lembro dessa doença quando tenho que vir aqui. Eu não vivo essa doença 24 horas por dia se não eu não consigo fazer mais nada. Eu tiro proveito dessa doença, benefícios. Preferia não ter essa doença e não ter que recorrer a nada disso. Ter uma vida normal”.*

*“Apesar de estar acontecendo essas coisas com ele, estou numa fase muito boa, só não estou melhor por causa dele. Quando ele sair, ele vai nadar, dar volta, o que ele gosta de fazer”.*

*“Não tenho nada a reclamar. Trabalham em cima do que eles têm. Utilizam o máximo o recurso deles, que eles têm”.*

*“Entro no quarto que ele está agora, é deprimente partes sem piso coisas sem nenhuma manutenção”.*

*“A parte que já teve reforma ficou muito bom, muito mais humano. Parece coisa de primeiro mundo, parece aquele que mostra nos Estados Unidos”.*

*“É importante também a presença humana, a atenção, enfermagem 24 horas por dia, quem dera!”.*

*“Quando fora para pegar a jugular dele, ele pediu para a enfermeira ficar ao lado dele e ela ficou segurando a mão dele, depois chegou a hora do almoço dela e a outra a rendeu e ficou com ele até o final. Ela se sensibilizou, e ele fez sem se chatear”.*

*“Quando estive internado, eu vi um doutor residente entubar um paciente e parecia que já fazia isso há muitos anos. Ele pediu para que me tirasse do quarto com ele, às vezes, eu até ajudava a cuidar dele”.*

*“A irmã dele falou que eu poderia ligar para ela. E conseguia comunicar com ele, por exemplo, se ele quisesse água, que ele piscasse duas vezes. Ele veio a falecer. Pessoas que fazem tratamento falecem. Por algum motivo, eu estou aqui sobre a terra e agradeço”.*

*“Sofrimentos inúteis... A saúde no Brasil, chega no hospital e não sabe se vai encontrar. Não é um hospital de emergência. Hospital Y., é perto da minha casa, não tem os recursos que tem aqui. Amigos me indagam de me tratar aqui tão longe. Poderia ter esse atendimento perto da minha casa, mais cômodo, mas lá não há possibilidade mesmo. Qualquer problema de emergência não procuro ele mesmo, lá é morte na certa. Deveria ser assim hospital grande”.*



### **Contato com um Pai de um paciente internado Carlos**

*“A minha mulher já é falecida tem mais ou menos 5 anos”.*

*“O irmão e o primo não têm coragem de vê-lo assim”.*

*“Eles não são guerreiros. Guerreiro tem que se preparar para lutar, não só para a vitória”.*

*“A união (amor) é diferente de reunião (convite). A união é pelo amor. O Amor é a base do homem, enquanto o homem não perceber, ele só vai se destruindo”.*

*“Violência não é só assaltar e levar o que é seu, é também não ter onde morar, não ter o que comer, segurança. Violência é ver as pessoas morando no barraco de caixote. Isso é violência!”*

*“Ele ficou pior assim porque ficou uma semana sem conseguir onde internar”.*

*“A gente fala essas coisas porque a gente está revoltado. Aqui, nessas situações a senhora só vai ver gente assim. Não tem muita cabeça de dar opinião que a senhora quer porque tá revoltado”.*

*“Com a idade que tenho, 73 anos, não tenho mais nada a temer”.*

*“Um país onde o que o aposentado vai receber é medido por cesta básica, onde fica os anos todos de trabalho?”.*