



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS  
CURSO DE PSICOLOGIA

**OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NO ESPAÇO  
HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO SOBRE A NECESSIDADE  
DE HUMANIZAÇÃO**

Brasília  
Novembro, 2003.

**Marcela Louly Albernaz**

**OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NO ESPAÇO  
HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO SOBRE A  
NECESSIDADE DE HUMANIZAÇÃO**

Monografia de conclusão do curso de  
Psicologia do Centro Universitário de  
Brasília – UniCEUB, na Faculdade de  
Ciências da Saúde – FACS, sob orientação  
do professor Fernando Luiz González Rey.

Brasília, novembro de 2003.

*Á Dona Teresa, onde quer que ela esteja, pela  
inspiração e confirmação da minha escolha...*

*Agradeço ao meu querido mestre e orientador pelo exemplo e ajuda,  
às alunas de Psicologia Ana Carol, Paula, Karla e Carol  
pela ajuda na pesquisa. Aos meus pais pelo apoio e compreensão,  
à minha irmã pelas revisões, ao Túlio pelo socorro de última hora,  
aos amigos pela aceitação de minha temporária ausência,  
às minhas eternas amigas e companheiras de  
caminhada pela psicologia, à Marta pela ajuda incondicional,  
enfim, à todos que amo e que, de alguma forma, contribuíram  
para a realização deste trabalho.*

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	6
2. Fundamentação Teórica.....	8
3. Metodologia.....	22
3.1.A pesquisa qualitativa.....	22
3.2.Componentes Metodológicos.....	28
4. Produção e Análise de Informações.....	31
5. Conclusão.....	41
6. Anexos.....	43
6.1.Questionário a ser preenchido pelo médico.....	44
6.2.Questionário a ser preenchido pelo paciente.....	45
6.3.Transcrição das entrevistas do sujeitos A e C .....	46
7. Referências Bibliográficas.....	51

## RESUMO

A presente monografia tem como objetivo central estudar a relação entre o médico e seu paciente, dentro do espaço hospitalar, visando uma relação mais humanizada e acolhedora. A primeira parte consiste em uma fundamentação teórica descrevendo a evolução histórica dessa relação, desde os primórdios da medicina. Contém, ainda, a exposição de autores contemporâneos, tanto médicos que vêm sentindo a necessidade de discutir esse assunto, quanto psicólogos das áreas da saúde e hospitalar, sobre os aspectos relevantes que caracterizam a instituição hospitalar, a doença, os processos de subjetivação, sempre num enfoque humanista sobre o paciente. A segunda parte do trabalho é a descrição e a justificativa da utilização da metodologia qualitativa, que foi de extrema importância para se abordar o tema num enfoque subjetivo. A produção e análise das informações obtidas na pesquisa, realizada num hospital público de Brasília, formam a terceira parte. Nessa pesquisa foram utilizados instrumentos como a entrevista não-estruturada, questionários de frases de completar e a observação direta das interações entre a equipe profissional do hospital e os pacientes. A partir dessas informações, chegou-se a algumas conclusões e algumas surpresas também. Nos pacientes estudados, observou-se uma grande admiração pelos médicos e um carinho muito grande na relação entre eles, principalmente no caso específico de uma médica, que não participou da pesquisa respondendo ao questionário, nem a entrevista, mas entrou como complementação das observações feitas. Outras questões foram discutidas, como a importância da qualidade dessa relação na construção subjetiva do paciente de si próprio e do seu processo de internação, com forma saudável de lidar com a situação. Finalmente, na conclusão, enfatizou-se a necessidade de discutir a questão da humanização no espaço hospitalar, confirmando e acolhendo o paciente em toda sua existência e sua dor.

## INTRODUÇÃO

O tema da presente monografia consiste numa reflexão sobre o ambiente hospitalar e os espaços de subjetividade que entrecortam as relações interpessoais dentro dele, principalmente a relação entre os médicos e seus pacientes. Serão apresentados alguns dos marcos teóricos clássicos a respeito do assunto, assim como visões mais recentes, a fim de dar indícios e subsídios para as discussões que serão feitas com a análise das informações obtidas com a pesquisa.

As dificuldades por que passa o sistema de saúde pública no Brasil, tem ajudado a criar uma realidade de abandono e esquecimento dos usuários desse sistema. Essa crise, juntamente com o avanço tecnológico na área da saúde, agrava um problema que vem acometendo os pacientes que recorrem aos hospitais. A doença está sendo tratada, e não o doente. O paciente é visto como um objeto que possui ou habita uma doença, ao invés de ser tratado como um ser humano que precisa de ajuda.

O médico tem uma rotina desumana, tendo, muitas vezes, que passar mais de 36 horas acordado, trabalhando por uma remuneração inadequada, além de ser obrigado a ter mais de um emprego para poder ter uma vida com o mínimo de conforto. Essa é, também, uma realidade que não se pode ignorar. A falta de estrutura oferecida aos médicos e aos pacientes pela instituição hospitalar pública, agrava a situação de despersonalização dos pacientes e dificulta uma relação mais humanizada para com eles.

Essas questões englobam a problemática estudada nesta monografia, enfatizando que as soluções para ela estejam cada vez mais próximas da individualidade e compaixão de cada médico ao lidar com seus pacientes. As relações interpessoais que se desenvolvem no ambiente hospitalar, geram um espaço subjetivo, onde os pacientes ficam imersos numa constante reconstrução. A importância e a qualidade desse espaço subjetivo é o que se pretende estudar aqui.

A partir do tema proposto, alguns questionamentos foram feitos, a fim de investigar como se dá essa relação entre o médico e o paciente, num contexto tão adverso como o hospital público. Qual seria a importância de se estabelecer um bom relacionamento, uma relação humana entre o médico e seus pacientes, para a construção subjetiva dos pacientes internados numa instituição hospitalar? Foi visando uma investigação maior deste problema, que a pesquisa, realizada no maior hospital público de Brasília, ajuda a elucidar alguns pontos e até algumas contradições a respeito dos resultados esperados.

O objetivo deste trabalho consiste, então, em discutir a realidade hospitalar a partir do estudo e da observação de relações entre médicos e pacientes de um hospital público, dando ênfase na possibilidade de construção de um espaço subjetivo mais humano. A dinâmica do paciente e das novas produções de sentido subjetivo a partir de sua relação com o médico, levam à discussões produtivas, que o pesquisador, inserido no ambiente hospitalar, pôde levantar.

Como objetivos específicos, podemos ressaltar o estudo teórico sobre o tema, dispondo de uma literatura que possibilite o levantamento histórico da relação médico-paciente, assim como as atualizações feitas por autores contemporâneos. Através da abordagem dos diferentes autores, pôde-se ter uma idéia de como evoluiu a questão da relação médico-paciente, desde que esta começou a ser discutida, ou seja, desde o nascimento da medicina. O capítulo de fundamentação teórica aborda, ainda, o surgimento da instituição hospitalar no Brasil, além da visão de alguns autores sobre o humanismo no espaço hospitalar e sobre a subjetividade.

A segunda parte do trabalho tem o objetivo de verificar como se dá, na prática, essa relação, estando-se inserido em uma instituição hospitalar pública. Esta etapa não tem o intuito de levantar estatísticas ou fazer generalizações a respeito desse tipo de relação, tampouco pretende elaborar um modelo fixo e ideal de relação entre um médico e seu paciente. O que se busca é a reflexão sobre os padrões existentes desse tipo de relação, tomando por base casos específicos de médicos e pacientes do Hospital de Base de Brasília. A partir das informações obtidas com essa pesquisa, objetivou-se discutir alguns tópicos, como a autoridade e a superioridade dos médicos, a admiração destes por parte de seus pacientes, a predominância da linguagem médica no espaço hospitalar, a construção de sentido subjetivo do paciente em relação à comunicação existente entre ele e a equipe médica e as variadas reações frente à esses diferentes tipos de comunicação.

A escolha desse tema deve-se a uma necessidade, cada vez mais freqüente, de discussão sobre o papel da humanização no espaço hospitalar. Para a autora da presente monografia, este é um tema muito caro, ao qual deve ser dada a merecida importância. O paradigma da medicina não visa uma correlação linear corpo-doença-morte, e sim a confirmação da existência da pessoa atrás da enfermidade, o acolhimento, a compaixão, ou seja, o enaltecimento da vida por trás da doença. A experiência de um ser doente, única e singular, toca tanto ou mais a alma do que o corpo enfermo.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A necessidade de humanização no espaço hospitalar leva a uma reflexão sobre a relação médico-paciente e os caminhos que esta vem trilhando desde o surgimento da medicina. Uma revisão histórica desta relação é proposta por autores como Ismael (2002), cujas idéias, tão pouco difundidas e de importância subestimada, vêm basear este trabalho, principalmente no que diz respeito aos antecedentes dessa “relação delicada”, a qual trata com tanto humanismo. Este autor realizou extensa pesquisa bibliográfica para propiciar aos seus leitores uma sucinta e completa análise histórica e contemporânea do tratamento despendido ao paciente pelos médicos, em todas as suas manifestações.

Segundo Ismael (2002), os primeiros escritos encontrados sobre as práticas médicas foram guardados no palácio de Nínive, na Assíria, no reinado de Assurbanipal. Os textos foram escritos em tabletas de argila úmida que depois eram secos e guardados. Em alguns desses tabletas, que datam, imprecisamente, do quarto milênio a.C., foram traduzidos textos sobre práticas médicas e cirúrgicas. Já nesses primórdios da civilização e da medicina, fica evidente a delicadeza com que os feiticeiros e especialistas da época tratavam as pessoas acometidas por “forças do mal”, como consideravam as doenças, destacando os rituais religiosos, que representavam o conforto espiritual que procuravam dar aos doentes.

O mito grego de Asclépios relata a história de um jovem que teria recebido de Quíron, por quem fora criado, os ensinamentos de práticas curativas. A base do tratamento estava na consolação do doente, que julgavam ser de fundamental importância para a cura. O seu posicionamento seria de equilíbrio e sensatez, confortando e diminuindo a solidão dos doentes e visando a sua reintegração ao ambiente social. Desse mito nasce, inclusive, o caduceu do médico – o cajado envolto de uma serpente entalhada – que acreditam ser a imagem de um objeto que Asclépios sempre carregava consigo.

Após essa influência mitológica, o autor destaca a vinda da época da razão, em cerca de 400 a.C., com Hipócrates, que, além da filosofia, dedicou-se à prática e ensino da medicina. A sua influência se deu pela sua posição firme ao negar a atribuição de causas religiosas e sobrenaturais às doenças, demonstrando notável preocupação em estudar os impactos ambientais na apresentação da doença pelo indivíduo. Sua ênfase era em observar e escutar atentamente os seus pacientes, pois só assim se chegaria a um diagnóstico e prognóstico mais precisos. Hipócrates foi um marco na história da medicina e, conseqüentemente, na história da relação médico-paciente. Sustentava que o médico, por

ser o “possuidor” do conhecimento seria também detentor da autoridade sobre o paciente. Apesar disso, o modelo deixado por ele privilegia o paciente, que deve ser o foco de toda atenção do médico e a quem ele deve respeito.

Ismael (2002) observa ainda a volta ao determinismo divino com Galeno, por volta do segundo século d.C., para quem o corpo humano seria uma máquina perfeita criada e controlada por Deus. “Essa visão mecanicista do homem, completada por um paradoxal viés espiritual, seria incorporada por muitas escolas de medicina da Idade Média” (p.32). Para Galeno o paciente tinha importância somente enquanto um corpo e não como pessoa. O cristianismo ajudou a manter essa “espiritualização” da doença, trazendo-a cada vez mais para o plano do “sagrado *versus* profano”, tendo como consequência a desvalorização do doente em si.

O começo do tratamento humanitário ao doente se dá a partir da Renascença e encontra em Paracelso um grande defensor. Para ele, que baseava seus estudos na alquimia e no ocultismo, o paciente deve ser tratado com compaixão e humanismo e o médico deve abdicar de anseios por poder e autoridade. Vesálio, assim como Paracelso, viveu no século XVI e dedicou-se ao estudo sistemático e científico do corpo humano. Considerava que esse conhecimento “precisava servir o homem de forma a jamais desviar a natureza humana da sua vocação humanista” (Ismael, 2002, p.43).

A busca do cientificismo e experimentalismo praticada a partir do século XVI vai transformando lentamente o cliente em paciente, “do latim, *pator*= aquele que *sofre*, e não que é *passivo*” (Ismael, 2002, p.45). Não há dúvidas quanto à grande evolução das ciências médicas terem proporcionado melhores condições de controle, tratamento, diagnóstico e prognóstico. Entretanto, nessa busca pela racionalidade, houve uma depreciação do paciente como ser humano, pois o que deveria ser considerado de maior valor, o objeto a que se destina tamanha obstinação, foi um pouco perdido no caminho. E essa postura clichê, para o autor, ainda perdura até os dias de hoje.

Com a teoria de Descartes, as ciências ganham, ainda, um novo elemento. A separação entre mente e corpo alimentou ainda mais a visão mecanicista e dicotômica da medicina. Ismael (2002) complementa, a respeito dessa separação:

*(...) só que a divisão biologicamente correta não é entre mente e corpo, e sim entre corpo e organismo, porque quando dizemos temos um organismo, precisamos nos lembrar que somos um corpo ao qual a mente está inexoravelmente integrada, e não*

*separada. À luz dessa dicotomia, fica mais fácil entender porque o médico, ao deter-se apenas no (mau) funcionamento do organismo, esquece-se de que o paciente é mais que um conjunto de órgãos que precisam de tratamento: ele tem um corpo que não apenas se opõe, mas transcende o organismo, individualizado que é pela personalidade. (p.47)*

Nesse ponto, a cultura oriental está mais próxima do ideal humanista do que a ocidental, pois, diferentemente desta, naquela o homem é considerado como um todo integrado e holístico. Não há a dualidade mente-corpo, portanto o enfoque não é patológico e sim antropológico.

Por essa “viagem” através do olhar pesquisador de Ismael, percebe-se como a racionalização do conhecimento parece contribuir significativamente para o afastamento do ideal humanista de tratamento ao doente, que passa, cada vez mais, a ser considerado apenas como corpo que padece e menos como pessoa que sofre.

Dentro do espaço hospitalar é que essa relação entre os profissionais de saúde e o paciente mostra-se mais evidentemente. Campos (1995), ao comentar a obra de Gonçalves (1983), enfatiza que “o hospital representa a própria força do homem na batalha contra a morte, recuperando, reabilitando, promovendo a saúde (...)” (p.22). Campos (1995), ao fazer uma retrospectiva histórica da instituição hospitalar, divide-a, de forma geral, em dois momentos. No primeiro momento, as instituições visavam o exercício da caridade, porém o faziam isolando os pacientes e dando a assistência possível para os recursos da época, pois “o conhecimento que os profissionais tinham era mais sobre os doentes do que sobre as doenças” (p.19). A primeira entidade assistencial na figura de um hospital surge em 360 d.C., na Itália. A partir de então outras instituições foram fundadas, porém ainda com uma função social maior do que a terapêutica.

No segundo momento, a referida autora descreve o surgimento de entidades que passam a se preocupar não apenas com o aspecto curativo das enfermidades, mas também com o aspecto preventivo: as unidades de saúde públicas. Defende ainda a idéia de que o terceiro momento se dará quando for superada, efetivamente, a divisão entre os tratamentos de natureza curativa e os de natureza preventiva, e o hospital for reconhecido como sistema integrado entre esses dois pólos.

Segundo Angerami (1994/2003), o hospital é uma instituição como outra qualquer que exista em nossa sociedade, e como tal, reflete os conflitos sociais, o modelo médico, o modelo

econômico e de produção vigentes em cada cultura. O conceito de hospital oferecido pela Organização Mundial de Saúde e citado por Campos (1995) diz o seguinte:

*O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva ou curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais. (p.20).*

Ou seja, a instituição hospitalar abrange - ou ao menos deveria - as áreas de saúde, educação, formação de profissionais, pesquisa e também a social.

Campos (1995) comenta, citando Lima Gonçalves (1983) e Bolonhez e Pimentel (1986), que as necessidades da comunidade devem ser atendidas integralmente pelo hospital que, por ser um sistema aberto, sofre as influências de todo tipo de mudança ocorrida nela, como a evolução tecnológica, as demandas dos sistemas educacional, político, econômico e social. Portanto, a instituição hospitalar deve refletir e, na medida do possível, resgatar com legitimidade as dificuldades e anseios da cultura e da comunidade nas quais está inserida.

Ainda de acordo com Angerami (1994/2003), em nossa sociedade mercantilista, o processo de hospitalização é visto entre outras coisas, como uma interrupção da produtividade do indivíduo. Esse processo é vivido como vergonhoso e limitante na medida em que o adoecer representa uma paralisação da sua vida normal e da sua família. O indivíduo doente deve ser isolado para que sua família também não seja limitada e impedida de produzir. O hospital perfaz, de acordo com Pitta (1990) citado por Angerami (1994/2003), o papel da família e amigos, restabelecendo a condição de saúde anterior e devolvendo o indivíduo ao mundo exterior ao hospital.

Nessa condição, o hospital é munido de um poder sobre os que dele precisam e, muitas vezes, esse poder prevalece sobre a prestação de atendimento adequado aos indivíduos. Campos (1995) fala da questão do autoritarismo na instituição hospitalar. Para ela, a autoridade exercida, normalmente pelos médicos e pela alta direção do hospital que geralmente são médicos também, pode virar um autoritarismo que deixa de lado o bem estar geral do paciente.

Como qualquer organização, o hospital é dotado de um sistema hierárquico, o que deveria fazer com que o serviço prestado fosse de melhor qualidade. Entretanto, a realidade que a maioria dos hospitais, principalmente os públicos, impõem aos pacientes, é uma situação de autoritarismo e submissão, que vai desde o enfrentamento de filas, aceitação de rotinas,

até exigências de aceitação de tratamentos, ou seja, o total enquadramento do paciente dentro do sistema e o total desrespeito aos seus direitos, embora a garantia dos direitos do paciente seja envolta de muita controvérsia.

A instituição toma conta da vida do paciente e, naquele momento, tudo decide por ele. As imposições feitas pelo hospital, como roupas, normas e tratamento, são importantes e fundamentais para o (bom) funcionamento deste, porém o que Campos (1995) questiona é a forma desumana e despersonalizante com que o faz. A onipotência exercida, principalmente na figura dos médicos, faz da relação com os pacientes uma relação técnica, autoritária e desumana.

Balint (1956/1998) expõe a idéia de que o “remédio” mais utilizado e que tem importância e eficácia fundamentais para a melhora do paciente é o próprio médico. A obra desse autor traz a perspectiva de um médico psiquiátrico sobre a relação médico-paciente e como os padrões de reação do médico e a atmosfera em que é conduzido o tratamento, podem interferir significativamente no processo de cura do paciente. Apesar disso, ele coloca a responsabilidade dos “diagnósticos mais profundos”, como ele chama os distúrbios de origem psicológica, e do processo de psicoterapia, nas mãos de clínicos gerais e médicos psiquiátricos, desvalorizando a profissão do psicólogo.

De acordo com o referido autor, uma das armas mais poderosas que o médico tem em suas mãos é a escuta do seu paciente e a sua reação ao escutado. “Como deve o médico responder às ofertas do paciente de forma a evitar um desenrolar indesejável (...). Esta questão implica que as respostas do médico podem – e com frequência o fazem – contribuir consideravelmente para a forma definitiva da doença que o paciente assumirá” (Balint, 1956/1998, p.37). Para esse autor, o médico deve ouvir a “proposta” de seu paciente para a sua doença, ou seja, o paciente chega ao consultório ou hospital com suas dores, angústias e com uma representação, fantasiosa ou não, do que estaria acontecendo com ele. O médico deve respeitar essas representações e ouvir o paciente em todas as suas queixas, o que irá, inclusive, servir de dado para um diagnóstico mais preciso. Era de se esperar que o autor deixasse a conclusão desta discussão apenas no nível médico, enfatizando o aspecto psicodinâmico do paciente apenas como ferramenta para o diagnóstico de sua doença “biológica”.

A metáfora utilizada, com tanta propriedade, por Balint (1956/1998), a da “substância médico”, nos faz pensar até que ponto os médicos procuram corresponder ou ao menos dar ouvidos às expectativas de seus pacientes e, de fato, “se receitarem” a eles, doando um

pouco de sua atenção e tempo. Nas apresentações do livro de Ismael (2002), onde vários médicos discursam sobre o relacionamento médico-paciente, um deles, Basbaum, faz alusão à uma metáfora parecida com a de Balint: “além dos remédios, o médico tem ‘de se receitar’, isto é, fazer parte integrante do tratamento, como se ele próprio fosse, quem sabe, o mais poderoso remédio que prescreve” (p.XIII). Creio que usar com responsabilidade esse “medicamento” é uma tarefa difícil, porém que necessita ser exercitada.

Apesar de suas considerações sobre a escuta do paciente, me parece que Balint (1956/1998), em sua demonstração de pouco conhecimento sobre a psicologia e muito sobre psicodiagnósticos, coloca o paciente numa posição de passividade em relação ao médico e põe a psicologia dos “aconselhamentos e tranquilizações” a serviço da medicina tradicional, sem levar em conta os processos de subjetivação do paciente.

Tähkä (1986/1988), um psiquiatra e psicanalista, ao escrever sobre o relacionamento médico-paciente se mostra também preocupado com os comportamentos do médico de escuta ao paciente. Porém, ele acaba por reforçar o caráter dualista mente-corpo, quando comenta que em algumas situações o médico deve se ater ao exame do corpo, e em outras situações, ao comportamento. Assim como Balint, Tähkä propõe uma finalidade médica ao exercitar a escuta e o relacionamento com seus pacientes.

Este autor deu significativa importância às manifestações psicossomáticas, defendendo que pessoas mais frágeis psicologicamente, como as que sofreram grandes perdas e traumas em suas histórias de vida, são as que mais desenvolvem esse tipo de doença. Entretanto, Tähkä (1986/1988) lança luz à questão da subjetividade do paciente, ainda que num enfoque sobre a colaboração deste com o médico. Ele coloca que a doença depende da subjetividade de cada paciente e é manifestada através de sua individualidade. Citando Robinson (1939), o autor diz: “A doença corresponde à experiência subjetiva do paciente, que ele tenta descrever ao médico, enquanto a enfermidade é um rótulo ‘objetivo’, baseado naquilo que o médico encontra em seus exames” (p.21). O fato de ter dado atenção ao processo de subjetivação que o paciente desenvolve sobre a doença, mostra o quanto a medicina acaba por descobrir que, por si só, não consegue dar conta de todos os pacientes e de todas as doenças. Começa a descobrir que há mais do que uma doença: há um doente.

Tähkä (1986/1988), apesar de propor um modelo de atendimento médico onde a subjetividade (ou o que ele chama de subjetividade) tem importância sobre o diagnóstico e diferença fundamental na colaboração do sujeito com o tratamento, as suas colocações têm ainda um enfoque principal sobre o médico. A subjetividade do paciente só é levada em

conta porque pode ajudar no diagnóstico e no tratamento do paciente, e não porque ele pode estar sofrendo com tudo isso, não só com dores físicas. Como se alguma doença, em algum momento deixasse de ter caráter psicológico ou somático, ao mesmo tempo. Ou ainda, como se essas duas “partes”, o psicológico e o somático se dissociassem de alguma forma, gerando aspectos específicos, dependendo da pessoa e da doença.

Os pontos de vista desses autores médicos, muito têm a acrescentar ao estudo do relacionamento médico-paciente. Entretanto, a maioria das referências em relacionamento médico-paciente encontradas, inclusive as contidas nesse trabalho, são de médicos psiquiátricos, o que poderia ser uma coincidência ou uma boa justificativa do interesse desses profissionais nas implicações desse complicado relacionamento. As discussões ficam num nível interessante para os médicos, ou seja, visando uma maior precisão dos procedimentos de diagnóstico e podendo “decifrar” o paciente que está a sua frente. Os autores descrevem técnicas para um modelo de médico ideal que conseguem colher todo tipo de informação do seu paciente, captar suas emoções através de expressões e episódios de vida relatados, tudo isso visando uma melhor cooperação do paciente com o médico e com o seu próprio tratamento.

Entretanto, ainda não se saiu do tecnicismo, apesar da grande contribuição. O que escreveram esses médicos, há anos atrás, ainda não ultrapassa o limite da autoridade do médico, do autoritarismo citado anteriormente. E não só da autoridade sobre o sujeito paciente, mas também sobre os outros profissionais da área de saúde. Será que os médicos, ainda hoje, conseguem assumir e obter sucesso diante desta responsabilidade? Principalmente diante de uma medicina que, segundo Roth (2002), vê no homem um corpo com uma expectativa previsível de funcionamento.

Também psiquiatra e psicanalista, Miziara (em Ismael, 2002) coloca que recebeu, ao longo de toda sua vida profissional, queixas de pacientes que se deparavam com médicos frios e insensíveis. “É indiscutível a importância de o profissional da saúde empenhar-se em ‘transcender’ a doença e buscar, por trás das suas manifestações, o indivíduo que sofre e que precisa ser confortado com o mesmo empenho que o dedicado ao combate da doença com o uso de armas corretas” (p.XXVII). Para ele, o médico deve olhar o paciente como um igual e cita o preceito humanista que deveria ser incorporado na prática médica: “a sua dor é a minha dor; a sua morte é a minha morte” (p.XXVI).

O “olhar o outro como um igual”, tanto exercitado nas psicoterapias humanistas, tem aqui um caráter especial. Nada mais é do que a verdade pura e simples: a relação entre

médico é paciente, como qualquer relação, pressupõe a existência de dois indivíduos, e como tal, estão em iguais condições. Cada um possui sua própria individualidade, porém, nesse encontro, um não pode exercer relação de poder sobre o outro.

Ramadan (em Ismael, 2002), faz uma relação entre médicos clínicos, psiquiatras e psicólogos:

*Nunca é demais lembrar que a percepção do médico, sua capacidade de captar os 'estados da alma', precede a sua formação acadêmica e transcende seu conhecimento científico. Isso distingue o grande médico dos técnicos em medicina: muitos cirurgiões, habituados a lidar com a concretude do corpo, podem ser mais sensíveis aos sofrimentos da alma do que psicólogos ou psiquiatras. (p.XXV)*

Embora pareça desmerecer as profissões do psiquiatra e do psicólogo, o citado autor defende que a boa formação do profissional de qualquer dessas áreas e uma certa atitude humanista que não se aprende na faculdade, são os principais fatores para se criar grandes profissionais.

Outro dos apresentadores do livro de Ismael (2002) dá lugar à subjetividade no espaço clínico médico. Schiller (em Ismael, 2002) afirma que os médicos são formados para se aproximarem da doença e se distanciarem do sujeito. A cada passo a frente no desenvolvimento da medicina, um passo atrás é dado em relação ao espaço da subjetividade. Hossne, também no livro de Ismael (2002), diz, a respeito do avanço tecnológico na medicina: “O problema é que quanto mais se ‘tecniciza’ a medicina, quanto mais máquinas se interpõem entre o médico e o paciente, maior é a necessidade que essa relação seja humanizada.” (p.XV).

Schiller (em Ismael, 2002) propõe ainda que o ensino e prática da medicina fossem totalmente reformulados, no sentido de ampliar a ciência que pretende ser uma ciência exata, calcada nos moldes da matemática, em uma ciência humana, como deveria ser, já que seu objeto de estudo é o próprio homem. O grande desafio desses médicos é saber como integrar a doença ao sujeito que a “carrega”, sem perder a grande colaboração que os avanços tecnológicos proporcionam.

Existem os profissionais – e não são poucos - que defendem a adoção de uma postura para com o paciente onde não haja espaço para envolvimento emocional. Klug (em Ismael, 2002) compartilha essa idéia e diz ainda, em sua apresentação, que o paciente vem ao consultório com expectativas de que o médico resolva o seu problema e que, na maioria

das vezes, entrega-se nas mãos do médico, confiando-lhe as decisões sobre o tratamento, sua doença, sua vida, sem querer tomar para si a parte de responsabilidade que lhe cabe no processo. Esta expectativa, junto com outras, inclusive as do médico, tornam o relacionamento entre eles conturbado e produtivo, porém difícil.

Já Freire (em Ismael, 2002), coloca o paciente na condição de “herói” dessa relação, pois é o paciente que move e anima o médico, com sua confiança, entrega e gratidão, fazendo com que a relação entre eles se torne mais humana. O autor afirma que os médicos são levados a acreditar, mergulhados no orgulho, que são os heróis da história por salvarem vidas, vencendo doenças. Ele assim se expressa:

*È aí que o médico entra em cena. Como o paciente o vê? Sua potencial capacidade de curar, por se revestir de poderes quase mágicos, faz com que a relação entre os dois se complique, pois ele é visto como um semideus, quando nada mais é que uma pessoa comum, apenas dotada de um saber que o torna apto a cuidar do próximo justamente quando este está vulnerável e desamparado. Por isso, temos que nos vacinar contra o vírus do orgulho, vendo nas reverências do paciente nada mais do que um pedido de ajuda. (p.XIX)*

Em relação a esse “poder mágico” que o médico possui, Basbaum (em Ismael, 2002) se pronuncia: “Penso que o médico possui um extraordinário poder de cura apenas com a sua presença. Não que se trate de um mágico ou um feiticeiro, é que emana dele um poder indefinido, capaz de transmitir a sensação de que as vicissitudes do paciente serão amenizadas” (p.XIII). A própria presença do médico, para alguns pacientes, representa o conforto de ter em quem confiar, mas esse poder não pode ser imposto pelo médico. A condição de se colocar no lugar do paciente para entender um pouco de suas dores e angústias deve ser a postura adotada pelo médico. Esse posicionamento tão baseado em preceitos humanistas tem encontrado difíceis barreiras à sua proliferação na prática clínica.

Seria uma falha deixar de citar um agravante do problema, que, no Brasil, consiste em uma preocupação ainda maior: o sistema de saúde. Os médicos se deparam com condições precárias, baixa remuneração, pouco tempo disponível para cada paciente, e outras mazelas da profissão. Muitas vezes obrigando os médicos a terem vários empregos, as empresas responsáveis, como operadoras de plano e seguro de saúde, clínicas e instituições, fazem desses profissionais verdadeiros agentes comerciais. As jornadas de trabalho são desumanas, fazendo-os ficarem acordados, trabalhando até por dois dias consecutivos. Diante de condições tão adversas o trabalho desses profissionais fica visivelmente

prejudicado, porém “ninguém é obrigado a escolher a profissão de médico. Se o faz, deve ter consciência da enorme responsabilidade e sacrifícios que ela, por sua natureza especial, exige: não só uma óbvia competência, mas a vocação nata de transmitir ao paciente a sensação da sua importância como pessoa.” (Ismael, 2002, p.57).

Essa natureza especial de que fala, diz respeito ao fato de o médico, assim como o psicólogo, lidar com “uma mercadoria que não tem preço sequer estimativo: o ser humano” (p. 57). A responsabilidade gerada por esse fato é muito grande e exige desses profissionais, além de uma cautela dobrada, um amor pela “mercadoria” com a qual trabalha, que não pode ser ensinado em nenhuma universidade. Esta é uma questão que está cada vez mais sendo discutida, e esse “pequeno” detalhe faz a grande diferença entre bons e maus profissionais.

O psicólogo Sebastiani (1994/2003) defende que a interação saudável e produtiva entre a equipe de saúde e o paciente hospitalizado, depende de dois fatores: confiança e autorização. A autorização seria o direito que o paciente outorga ao médico de intervir no seu corpo. Este autor pensa que essa autorização, implícita ou explícita, diminui as chances de problemas no curso do tratamento. De certa forma, ao deixar-se manipular, o paciente se prepara para o que lhe espera além de ter um pouco da sua individualidade respeitada. A questão da confiança diz respeito à segurança que o médico inspira ao paciente. O vínculo estabelecido entre o paciente e o médico é fundamental para que o tratamento transcorra da melhor forma possível e para que ambos possam participar de forma colaborativa.

Já que trabalham com o mesmo objeto de estudo, a medicina e a psicologia deveriam ser próximas e complementares, porém, ainda há uma grande resistência na prática de ambas as partes no sentido de se integrarem para otimizar o trabalho. A psicologia nasce um pouco da medicina e filosofia, portanto tem mais facilidade de aceitar essa complementaridade, mesmo porque, na psicologia clínica, o médico psiquiatra tem papel fundamental em alguns casos, trabalhando junto com o psicólogo, para a melhora do paciente.

Os médicos ainda têm um pouco de resistência, pois foram treinados a lidar com o “corpo soberano”, em detrimento da mente ou alma, como alguns chamam. Têm dificuldade de encarar que esse corpo funciona integrado com a mente e que não existe um sem o outro, além do que, eles se julgam capazes de lidar tanto com um quanto com o outro. Até poderiam ser capazes se comesçassem seus estudos pelo fato de que são um só, constituintes de uma pessoa, assim como o ambiente social e cultural, e como unidade

devem ser focalizados. Somente dessa forma a completa integração e complementação entre medicina e psicologia seria exequível.

Esse distanciamento do médico em relação aos fatores emocionais de seus pacientes é um dos fatores que dificulta a comunicação e o relacionamento entre eles. A troca de informações nessa relação deve ser baseada numa condição igualitária, sem exercício de poder, na medida em que a autoridade do médico se dá apenas pelo fato de ser o detentor de certos conhecimentos a respeito de um corpo em geral, ou seja, ele conhece o funcionamento do organismo humano, e deve conhecê-lo muito bem. Porém, a humildade de reconhecer-se ignorante a respeito daquele organismo único e singular que se apresenta em sua frente é a atitude mais coerente. E cada nova consulta, cada novo paciente, será o descobrimento de um outro funcionamento humano, de uma outra realidade, da qual precisa obter informações completas para lhe ser útil.

O encontro entre médico e paciente, como dito anteriormente, é, antes de tudo, o encontro de dois indivíduos. Ismael (2002) defende a idéia de que ambos, médico e paciente, precisam ser capazes de demonstrar suas inseguranças para que a comunicação seja clara e franca desde o início. A insegurança do médico não deve ser interpretada pelo paciente como incompetência profissional. Pelo contrário, este seria um sinal de que o médico estaria considerando o seu caso como único e, portanto, pode ter dúvidas e não fazer generalizações. Essa postura de ambos os lados tende a ser responsável pelo sucesso do tratamento, já que a colaboração e participação ativa do paciente, acabam por representar uma consequência natural dessa relação.

Balint (1956/1998) e Tähkä (1986/1988) já destacavam a importância de uma formação psicológica do profissional de saúde. O curso de medicina deveria ser acrescido de matérias de psicologia que permitissem um maior conhecimento dos estados subjetivos e emocionais do paciente. Assim como, para a formação de sua personalidade, seria recomendável que os profissionais de saúde fizessem terapia. Esses profissionais lidam com sentimentos de dor e angústia muito profundos, por esse motivo, alguns defendem o não envolvimento emocional com o paciente. O medo da identificação e da confluência de sentimentos é tão grande que gera esse afastamento defensivo. Os médicos são ensinados a lidar com a doença e não com o sujeito doente. A suposição de uma posição empática em relação ao doente gera uma tensão decorrente da não elaboração de questões da própria subjetividade do médico, que, freqüentemente, não consegue lidar com a questão da dor e

da finitude humana. Têm medo de, ao se colocar na posição do paciente para entender seu sofrimento, possam se identificar ou não conseguir voltar a sua própria realidade.

É válido salientar que os médicos não devem tomar para si as dores de seu paciente ou levar o sofrimento de todos eles consigo. Seria desejável que conseguissem, num primeiro momento, interagir com o paciente numa postura empática, de forma a entender o máximo possível o seu sofrimento para, então, retornar ao seu espaço próprio e poder ajudá-lo aliando-se aos aspectos técnicos. Esses dois momentos não são delimitações fixas e separadas de tempo e de ação, pelo contrário, elas se intercalam e se sobrepõem durante todo o contato.

No caso do indivíduo hospitalizado, esse contato é ainda mais envolto de sofrimento e ansiedade. A vinda dele ao hospital já traz, em si, um componente aversivo, que uma dor, uma enfermidade ou uma suspeita podem gerar. A primeira consequência é a descontinuidade do ritmo de vida, no caso de essa estadia ter de se prolongar. O indivíduo é afastado de seus familiares, amigos e trabalho, tendo de passar muitas horas sozinho dentro de um ambiente desconhecido, sendo manipulado por pessoas desconhecidas, sem produzir e muitas vezes sem interagir. O indivíduo é levado a acatar o ritmo do hospital, mudando seus hábitos de vida anteriores e passando a fazer parte de uma nova existência. Angerami (1994/2003) trata da despersonalização do paciente como fator determinante na situação de hospitalização. Ele afirma que essa característica, presente em quase todos os hospitais, põe o paciente na condição de passivo, pois ele perde sua liberdade de escolha e fica a disposição de médicos e enfermeiros, inserido num tempo institucional, e não mais o seu tempo.

A despersonalização é completa: perde-se a identidade, o nome, para ser um órgão doente, um número de leito ou o nome de uma doença; perde-se o direito de usar suas roupas, de tomar sol; perde-se o domínio sobre o próprio corpo, ficando a mercê de quem vier lhe examinar, olhar e tocar; perde-se a liberdade de ir e vir, ou seja, todo o espaço existencial do indivíduo é perdido e trocado, à força, por outro completamente angustiante. O diagnóstico cada vez mais preciso e específico, despersonaliza os pacientes e “fazem com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida.” (Angerami, 1994/2003, p.17). A falta de humanidade com que são tratados os pacientes internados certamente contribui para o abandono, por parte desses, do seu projeto de cura subjetivo, ou seja, o espaço vital dos pacientes é invadido e profundamente modificado, gerando um sentido subjetivo de desqualificação que o faz abandonar a si próprio.

Ismael (2002), a respeito da despersonalização do doente, assim se manifesta: “perder a inocência em acreditar que nossa individualidade só pode ser mantida enquanto formos saudáveis é experiência terrível. A doença é a materialização de um destino que nos desindividualiza: nossa vida começa a girar em torno de mera combinação de frios diagnósticos com imponderáveis prognósticos” (p. 49). Assim ele ressalta o abalo emocional dos pacientes quando se descobrem “desindividualizados” e tratados de maneira generalizada, percepção trazida pela doença e também pela internação hospitalar.

Evidentemente, cada paciente reage à sua maneira ao processo de hospitalização, dependendo de que fatores familiares, culturais e emocionais ele possua e esteja “disponível” naquele momento. Da mesma maneira que a doença é única para cada doente; ela é sentida, vivenciada, e superada ou não de forma a respeitar a individualidade e singularidade de cada um. O sentido subjetivo que adquire o processo de adoecimento é uma forma única, em cada indivíduo, de simbolizar esse processo, de acordo com suas crenças, valores, e com o espaço subjetivo que se constrói no contexto desse indivíduo.

Cabe esclarecer aqui, sem a pretensão de aprofundar essa questão, o que se está considerando como doença. Como já foi citado, nas palavras de Robinson (1939) citado por Tähkä (1986/1988), a doença pressupõe o processo de subjetivação do sujeito em relação à enfermidade que possui, independente de causas, e da existência comprovada dessa enfermidade. Roth (2002) diz que, do ponto de vista médico, a doença é uma disfunção de algum órgão do corpo, e “do ponto de vista psicológico o adoecimento é uma situação inesperada para a qual não estamos preparados, pois ninguém escolhe adoecer” (p.130).

Para Rey (2000), o indivíduo não pode ser considerado doente por se apropriar de um conjunto sintomático; ele é doente se perde a capacidade de intervir em seu processo patológico e atuar no âmbito social, familiar e subjetivo. O autor propõe a ruptura do modelo biomédico de compreensão das doenças afirmando que os processos de saúde-enfermidade acontecem de forma diferenciada e individual, portanto pressupõe um “sujeito da enfermidade”.

*Na configuração dos processos de enfermidade aparecem como momentos constituintes do mesmo, os aspectos genéticos, subjetivos, fisiológicos, culturais, ambientais, etc., que em determinados momentos de integração ou ruptura definem o começo de um processo de enfermidade. Estas configurações desenvolvem-se com*

*conteúdos e formas diferentes em cada sujeito concreto, portanto, as conclusões universais tornam-se difíceis...* (Rey, 2000, p.28)

O processo de enfermidade existe em cada sujeito e, portanto, existe em constante variação e movimento, na medida em que é constituído por fatores múltiplos, chamando a atenção, assim, para um novo olhar sobre o pensar a saúde. Elementos que constituíram um processo específico de enfermidade não necessariamente terão seu valor integrante no processo em outro momento, em outro sujeito, ou em outra cultura.

Portanto o conceito de subjetividade cabível neste momento, diz de um processo dinâmico de configurações de sentido, que se inscreve simultaneamente no espaço social e no individual. Segundo Rey (2003), a subjetividade individual "representa os processos e formas de organização subjetiva dos sujeitos concretos. Nela aparece constituída a história de cada um dos indivíduos, a qual, dentro de uma cultura, se constitui em suas relações pessoais" (p.241). Os espaços social e individual se mesclam num processo onde novos sentidos são produzidos a cada momento e constituem tanto a subjetividade individual, do sujeito concreto, como a subjetividade social. Ambas estão em processo de mútua influência a constituição e tem sentido dentro de uma determinada cultura. "A subjetividade representa o sistema de significados e sentidos subjetivos que caracteriza a existência social do homem, sistema produzido constantemente tanto no nível individual quanto social" (Rey, 2000, p.31). Portanto, se esses significados caracterizam o sujeito em suas relações sociais, ao mesmo tempo em que ele próprio atua e dá novo sentido a esse espaço, a condição da presença de uma enfermidade é extremamente significativa na construção de um novo espaço subjetivo.

Nesse sentido é conveniente dizer que, não só a doença é vivida de maneira única para cada pessoa, como ela própria tem o direito de ser considerada como pessoa única para seu médico. O que dizer dos processos de saúde-doença como novo elemento constituinte dessa subjetividade? E ainda, que espaço tem a relação médico-paciente nessa constituição subjetiva? Essas são questões que se pretende discutir nesse trabalho, sem o intuito de se chegar a uma resposta rígida, o que não poderia acontecer, dada a complexidade desses conceitos e da natureza delicada dessa relação.

O objetivo deste trabalho, como já explicitado anteriormente, é investigar e observar a relação entre o médico e seu paciente, identificando neste as mudanças ocorridas diante da nova realidade que se apresenta pra ele: o espaço hospitalar. A dinâmica, do paciente, de novas produções de sentido subjetivo a partir de sua relação com

o médico, pode nos levar a discussão da necessidade de uma maior humanização no ambiente hospitalar e na relação médico-paciente em geral.

## METODOLOGIA

O tipo de amostra utilizada, assim como o enfoque subjetivo e os meios de construção do conhecimento, são características da pesquisa qualitativa que basearam a escolha por esse tipo de metodologia no presente trabalho. A pesquisa qualitativa deu subsídios significativos para que o estudo da relação entre o médico e seu paciente e o espaço subjetivo que se constrói entre eles, fosse mais uma reflexão sobre a humanização no ambiente hospitalar.

A complexidade das relações que se desenvolvem nesse espaço hospitalar pôde ser melhor elucidada utilizando-se a metodologia qualitativa, que enfoca a subjetividade dos sujeitos e a do próprio pesquisador. Ao pretender investigar uma realidade como essa, a utilização de uma metodologia objetiva poderia levar à “lapidação” de informações, que perderiam seu valor em uma análise subjetiva das expressões dos pacientes e médicos.

A presente pesquisa de monografia não tem a finalidade de comprovar ou refutar hipóteses, e sim abrir novos espaços para uma reflexão sobre a subjetividade no espaço hospitalar. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa tem muito a contribuir, pois coloca o momento de interpretação e construção teórica como sendo legítimos meios de produção de conhecimento. A partir da convivência com médicos e pacientes, o pesquisador se coloca nesse espaço, onde há a possibilidade de uma reformulação de idéias e a sua interpretação tem espaço legítimo de produtora de conhecimentos e revisão de teorias.

A presença do pesquisador no hospital, por si só, influencia e é influenciada pelas subjetividades social e a individual de cada paciente e médico que ali estão. O envolvimento é uma etapa importante para que se construa uma relação onde os sujeitos possam se expressar e que, de forma alguma pode existir sem a presença e o envolvimento do pesquisador nesse ambiente e, porque não dizer, na vida dessas pessoas. Esse suporte é dado pela pesquisa qualitativa de forma que a relação médico-paciente seja enriquecida por novas reflexões diante do precário sistema de saúde em que vivemos.

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi baseada na pesquisa qualitativa, nos moldes de pesquisa propostos por Rey (2002). Esse modelo será brevemente exposto para, então, descrever todos os componentes metodológicos utilizados no presente trabalho.

## **A pesquisa qualitativa**

Apesar de já haver indícios de estudos qualitativos desde o século XIX, a pesquisa qualitativa se sistematizou no século XX, com trabalhos feitos por Malinowski, Bateson, Mead, Benedict e outros, de onde se desenvolveu o modelo etnográfico de pesquisa dos processos sociais. Esse modelo, apesar de propor a presença do pesquisador como parte integrante da pesquisa, ainda manteve-se preocupado com a fidelidade dos dados, com a objetividade e neutralidade, requisitos da pesquisa quantitativa. A pesquisa qualitativa pode ter encontrado forças, justamente por pretender estudar processos mais complexos e dinâmicos, característica de todas as ciências sociais e humanas, inclusive a psicologia. A estaticidade e matematicidade do modelo quantitativo, não dão vazão à expressão da subjetividade, de significações profundas e complexas, como as que surgem quando se trata de estudar o ser humano.

Rey (2002) propõe que a pesquisa qualitativa se distingue da quantitativa, não apenas metodologicamente, mas, fundamentalmente epistemológica e teoricamente. Alguns pesquisadores qualitativos vêm discutindo e demarcando a diferença entre esses dois tipos de pesquisa visando a diferenciação metodológica, das técnicas e práticas de trabalho, porém a produção do conhecimento, como um todo, tem bases diferentes. Olivieri (1985) se posiciona a respeito da ciência enfatizando que a objetividade é um “falso ideal”. Ao tentar colocar uma vivência, rica em sentidos e significações, à luz da objetividade, perde-se uma boa parte do conteúdo dessa experiência, justamente o subjetivo, o que já diminuiria o seu valor como produtora de um conhecimento, pois a vivência experimentada não se esgota em nenhum conhecimento objetivo.

*A compreensão das explicações científicas é modificada pela compreensão de que o observador sempre está presente. Nas ciências humanas o sujeito que observa modifica a natureza do fenômeno observado, e é modificado por fenômenos da mesma ordem que os que observa. O observador é consciência e objeto que faz parte do campo que observa e que é modificado pela sua presença. (Olivieri, 1985, p.34)*

Na pesquisa quantitativa, a presença do observador é encarada com neutralidade, tentando considerá-lo como uma variável inexistente. Na pesquisa qualitativa, esse fator é encarado com realidade, pois o pesquisador também é dotado de uma subjetividade e isso pode ser usado a favor da pesquisa e da produção do conhecimento. O pesquisador, em si, já é um fator de modificação mútua nesse campo em que pretende estudar, além do que, todas as informações obtidas com a pesquisa, passam pela subjetividade do pesquisador. É

o próprio homem o produtor do conhecimento sobre o homem. Portanto, a sua construção implica em uma subjetividade, da qual não pode se ausentar quando assim convier.

Portanto, faz-se necessário a elaboração de teorias que sustentem um paradigma qualitativo que pretende desenvolver novos conhecimentos no campo das ciências sociais e humanas. Teorias e conhecimentos que acompanhem o caráter dinâmico, singular, histórico e ilimitado desse tipo de estudo e que considerem a comunicação como peça chave entre sujeitos intencionais em interação. Teorias essas que embasem os pesquisadores e tenham sentido real, dentro da subjetividade pretendida.

Ao colocar a subjetividade como centro da pesquisa qualitativa Rey (2002) enfatiza que, por ser objeto da pesquisa psicológica, a subjetividade é constituída de complexos sentidos que não pretendem ser descritos, medidos, e sujeitos ao controle e à predição, por isso são melhor estudados pelo modelo qualitativo de ciência. O autor faz uma diferenciação e, ao mesmo tempo uma aproximação, entre subjetividade individual e social: “A flexibilidade, versatilidade e complexidade da subjetividade permitem que o homem seja capaz de gerar permanentemente processos culturais que, bruscamente, modificam seu modo de vida, o que, por sua vez, leva à reconstituição da subjetividade, tanto social quanto individual”. (Rey, 2002, p.37)

Por estar inserido num sistema social (ou vários), o indivíduo forma a sua subjetividade dentro e a partir da subjetividade social ao mesmo tempo em que reforma a própria subjetividade social. São dois momentos diferentes da constituição da subjetividade que se integram e são mutuamente constituintes. Na definição de Rey (2002) a subjetividade é um sistema complexo de sentidos subjetivos e significações que são determinados por diversos fatores e estão em constante desenvolvimento e expressão singularizada.

O desenvolvimento da pesquisa qualitativa está baseado em alguns pressupostos, elucidados por Rey (2002). O primeiro seria o importante lugar da comunicação entre pesquisador e pesquisado para a produção do conhecimento. O diálogo teria um papel fundamental, pois favorece o pensamento e a produção do sujeito pesquisado, que pode ir elaborando sua resposta e produzindo informações de qualidade e riqueza diferentes das respostas que são dadas objetivamente, sem o tom pessoal e emocional do sujeito, além disso, o pesquisado se sentirá mais confortável dentro de uma conversa do que num interrogatório. A questão característica desse pressuposto é que o pesquisado é responsável pela sua própria expressão e ela só terá sentido dentro daquele contexto, que inclui seu vínculo com o pesquisador.

O segundo pressuposto é o lugar central do momento teórico na pesquisa qualitativa. A teoria não é tomada como ponto de partida, com a qual os dados serão confrontados, analisados ou validados, mesmo porque ela própria é uma construção humana, portanto subjetiva. O teórico seria um aporte em constante desenvolvimento a partir de qualquer momento da pesquisa e até da vida do pesquisador. O momento empírico é também um momento de reformulação e construção de idéias, mais do que uma simples coleta de dados. Esta observação de Rey (2002) deixa claro o caráter construtivo que tem a teoria associada ao momento empírico.

*No momento empírico se produzem categorias e se elaboram questões que mantêm independência relativa com o marco teórico geral, questões essas que só gradualmente aparecem nos termos da teoria geral, com frequência, como extensão daquela; mas que podem converter-se em elementos que entrem em contradição com alguns de seus pressupostos gerais. (p.66).*

Outro pressuposto levantado diz respeito às características gerais da produção do conhecimento. Algumas já foram citadas, como a presença do pesquisador e a elaboração de suas idéias simultaneamente em todos os processos que envolvem a pesquisa. Na pesquisa qualitativa, acredita Rey (2002), o pesquisador não segue uma ordem rígida de procedimentos e técnicas; suas descobertas vão se integrando de forma não linear a dando sentido à realidade estudada, sem formular hipóteses fechadas e fazer correlações a partir de uma teoria que seja tomada como verdade apriorística e universal. Da mesma forma, a definição inicial do problema na pesquisa qualitativa, nos modos como foi apresentada aqui, não tem uma concepção fechada de onde se iniciem os procedimentos para comprovar hipóteses lançadas. O problema a ser estudado pode, inicialmente ter um caráter mais amplo e ir se definindo de acordo com os progressos feitos pelo pesquisador, porém sem perder sua complexidade que, ao contrário, pode ir aumentando ao avanço da pesquisa. A revisão bibliográfica também tem seu lugar de destaque como um momento de produção de opiniões e idéias sobre o tema estudado.

A metodologia qualitativa, em si mesma, tem pouco significado se desatrelada das outras etapas como a revisão bibliográfica e a produção teórica. Rey (2002) resume bem a condição de utilização dos instrumentos na pesquisa qualitativa quando afirma:

*em lugar de trabalhar com técnicas, em que os elementos indutores são acompanhados de um conjunto de regras e categorias bem definidas para dar sentido às mais diversas expressões do sujeito, os instrumentos, conceito com o qual*

*designamos todos os procedimentos encaminhados a estimular a expressão do sujeito estudado, são simplesmente indutores de informação que não definem o sentido final dela. (p.79)*

A expressão singular do sujeito através dos instrumentos é utilizada como informação e tem sentido dentro de todo o contexto da pesquisa, para depois ser referencial dentro das construções teóricas não generalizáveis.

Por se tratar de uma investigação da subjetividade, os instrumentos utilizados devem ser abertos para facilitar a expressão do sujeito em toda a sua complexidade e singularidade, levando em conta as necessidades, o estado atual e a interatividade desse sujeito. No caso de entrevista, o clima de uma conversa natural propicia a interação e uma crescente intimidade entre pesquisador e sujeito, facilitando a sua expressão. Instrumentos escritos, como desenhos e frases de completar, são complementos para os instrumentos de expressão oral e devem ser utilizados de forma combinada com estes e sempre associados ao diálogo, para propiciar ao pesquisador, através de fontes diferentes, a expressão dos sujeitos de forma mais natural e completa possível.

A utilização do diálogo, em todos os momentos nos quais há o encontro entre pesquisador e sujeito pesquisado, é fundamental, pois as informações obtidas com os instrumentos só têm sentido dentro dessa relação, além do que, o próprio instrumento pode não ter fundamento para quem o responde, se não houver uma interação que possibilite uma construção de sentidos e uma expressão genuinamente subjetiva. Até mesmo uma conversa entre eles tem uma conotação diferente na pesquisa qualitativa, pois tudo faz parte da construção de sentidos ao significar e interpretar as expressões do sujeito ao longo de todo o processo.

Ao introduzir o conceito de “indicador”, Rey (2002) dá novo sentido aos dados adquiridos no trabalho de campo sob a ótica da pesquisa qualitativa. Sobre isso, assim se expressa:

*Ainda que aceitemos o conceito de dado para aqueles elementos que adquirem significação teórica, e que são identificáveis como elementos concretos no campo de pesquisa, introduzimos o conceito de ‘indicador’ (1997) para designar aqueles elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador, ou seja, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação. (p.111).*

O momento interpretativo realça a diferença entre dado e indicador. As significações que adquirem o indicador resultam de uma nova construção em cima do sentido que aquele elemento tem ao se relacionar com indicadores antecedentes, na interpretação do pesquisador. Os elementos não são estudados separadamente pelo seu conteúdo explícito, mas dentro de um sistema de relações interpretativas, gerando hipóteses que levam à produção de informação pelo pesquisador. Já o dado, tem sentido pelo seu conteúdo explícito, ainda que dentro da fundamentação teórica da pesquisa. Além disso, a objetividade que marca o tratamento do dado, não está presente no indicador, pois este tem uma finalidade explicativa e não descritiva.

Uma outra questão que muito se discute é a legitimidade do conhecimento produzido. Para Rey (2002), esta se define pela preservação da congruência e da continuidade do conhecimento produzido, resultando em avanços sobre a realidade estudada. A congruência reside no fato de manter a integridade da teoria estudada mesmo acrescentando novas construções; e a capacidade de integrar essas novas construções é ao que se refere como continuidade. A possibilidade de novas construções serem feitas sobre a realidade estudada é o que agrega valor à legitimidade de um constructo teórico. Todo o conhecimento gerado e integrado deve ter valor se permitir novas possibilidades de questionamento, estudo e ampliação subjetiva desta realidade. Portanto, a legitimidade não poderia consolidar-se nos dados obtidos, no momento empírico, ou na validação dos instrumentos utilizados, pois isso não define, ao longo da pesquisa, a complexidade exigida pela subjetivação do objeto de estudo das pesquisas em psicologia.

Já para analisar as informações obtidas na pesquisa, algumas formas possíveis devem ser explicitadas. A análise de conteúdo, da forma que foi proposta por Rey (2002), é uma forma de produzir indicadores sobre o material, sem que se pretenda descrever e reduzir as informações em categorias objetivas. O conteúdo pode ser analisado utilizando um enfoque construtivo-interpretativo, onde o pesquisador interpreta as informações de forma aberta, tomando todos os elementos que julgar interessantes para a integração de conhecimento. Há, ainda a análise de discurso e a análise da narrativa, que são formas consideradas demasiadamente restritivas no que se refere a dar conta de explicitar as subjetividades individual e social do sujeito estudado. O discurso ou a narrativa são categorias universais que, em si mesmas, não têm significado para a produção qualitativa de novas formas de estudar processos subjetivos, sempre singulares e mutáveis dentro de qualquer estudo que considere o “sujeito homem” como centro.

O estudo de caso é uma das formas mais defendidas por Rey (2002), por seu caráter totalmente único e particular. Através do estudo de caso pode-se ter acesso aos processos de subjetividade individual e social, na sua forma mais peculiarmente complexa: pela expressão de um indivíduo. Diferente do seu valor na pesquisa quantitativa, onde, por ser a expressão de apenas um sujeito, é quantitativamente insignificante para o processo de generalização, o estudo de caso tem valor único na pesquisa qualitativa, justamente por ser a expressão de uma realidade singular, não repetível, onde se integram individual e socialmente, os processos de subjetivação vividos e produzidos por esse indivíduo.

A expressão de um caso específico, como no estudo de caso, impõe mais uma diferenciação entre pesquisa quantitativa e qualitativa. A amostra considerada na pesquisa qualitativa tem de ser representativa de uma realidade de expressão subjetiva, a qual a estatística, a categorização universal de elementos e a repetição de situações experimentais não dão conta de apresentar. A utilização de grandes amostras é recomendável apenas quando as pessoas são consideradas em um grupo, onde há uma representatividade social significativa e uma exploração das diversas formas de subjetividade apresentadas nesse grupo. O número de pessoas a serem estudadas deve ser uma consequência do curso da pesquisa e das elaborações do pesquisador, sem que isso precise ser determinado e seguido de forma incorruptível. Portanto a eleição dos sujeitos da pesquisa não é um momento fixo na pesquisa, mas sim um processo que flui, juntamente com as produções teóricas, pelas necessidades surgidas ao longo de toda ela.

Todos os momentos da pesquisa qualitativa são, então, voltados para a produção de novos conhecimentos sobre o que se pretende estudar. A subjetividade, colocada em foco, não é evitada, pelo contrário, é o elemento necessário para o avanço das pesquisas em psicologia e nas ciências sociais e humanas em geral. Só assim pode-se gerar conhecimento legítimo, pois propõe, entre outras coisas, que o indivíduo, como unidade, tem valor para a produção de novas reflexões sobre qualquer estudo que envolva o ser humano.

### **Componentes Metodológicos**

⇒ Local: A pesquisa foi realizada na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base do Distrito Federal em Brasília. Esta unidade localiza-se no segundo andar do prédio, tomando todo ele, e é dividida em quartos (enfermarias), cada uma com um banheiro e três a seis leitos,

quase todos ocupados, onde ficam os pacientes internados que já passaram pelas consultas no Ambulatório e/ou pelo Pronto Socorro.

⇒ Sujeitos:

- A) Paciente O.J.C., homem, 47 anos, casado, três filhos, reside numa chácara em Padre Bernardo - GO, tem a doença de Chagas e veio pra ser internado no hospital no dia anterior à primeira entrevista, reincidente no hospital.
- B) Paciente V.I.E.C., homem, 45 anos, casado, dois filhos, reside em Taguatinga – DF, é operado do coração, estava internado há 32 dias, reincidente no hospital.
- C) Médico residente V., homem, 28 anos, solteiro, residente há pouco tempo no hospital.
- D) Médico residente R., homem, 30 anos.

⇒ Instrumentos: Foram utilizados três tipos de instrumentos para a coleta de informações.

- 1) O primeiro foi a observação direta da interação entre o médico e os pacientes, no momento da visita matinal, onde os médicos checam as condições dos pacientes, fazem exames de rotina (como tirar a pressão, auscultar os batimentos cardíacos e a respiração, verificação da retenção de líquidos e outros) e conversam, fazendo perguntas e respondendo às questões dos pacientes.
- 2) O segundo instrumento foi uma entrevista gravada com cada um dos sujeitos em particular. Nessa entrevista, que sempre iniciava com uma conversa informal, os pesquisadores tinham alguns tópicos, em cima dos quais progrediam nessa conversação e deixavam que os sujeitos falassem livremente. Na entrevista com o médico os tópicos eram os seguintes: 1- Como os pacientes expressam as suas queixas ao médico; 2- Como o médico vê a representação da doença; 3- Como ele vê a participação do paciente na construção da doença; 4- Quais as percepções dele a respeito do processo de doença e cura; 5- Como ele vê a sua participação e a do paciente no tratamento e na cura da doença. Já na entrevista com os pacientes, os tópicos pertinentes eram: 1- O motivo de sua internação no hospital; 2- Como o médico recebe e escuta as informações dadas pelo paciente e sua queixa; 3- Como os pacientes se sentem na relação com o médico e nas atitudes e formas de tratamento do médico para com ele.

OBS: Pela qualidade do som das fitas, só puderam ser transcritas as entrevistas dos sujeitos A e C. Vide anexos.

- 3) O último instrumento foi um questionário de frases para completar (vide anexos) que deveria ser deixado com os sujeitos para que esses respondessem e devolvessem. Porém, os pacientes pediram que as respostas fossem escritas pelos pesquisadores, pois não gostariam de escrever. Então o princípio de cada frase era lido e eles respondiam oralmente.

⇒ Procedimento: A autora da presente monografia teve o auxílio de quatro alunas de Psicologia do Centro Universitário de Brasília, para a realização da pesquisa. Foi feito o contato com um médico cardiologista dessa unidade do Hospital de Base, com quem se acertou a autorização para a entrada no hospital e para a realização da pesquisa. Ao chegar ao hospital, os pesquisadores conversaram com alguns médicos e dois deles se dispuseram a colaborar para a pesquisa. Dividiu-se o grupo de pesquisadores em dois, ficando dois pesquisadores acompanhando um médico e seus pacientes e os outros três com o segundo médico e seus respectivos pacientes. Foram feitas cinco visitas ao hospital, sempre pela manhã, para acompanhar as visitas dos médicos aos seus pacientes, que só ocorriam neste período. Os médicos iam passando de enfermaria em enfermaria, examinando seus pacientes. Os pesquisadores acompanhavam os médicos, observavam a interação com os pacientes de forma geral, e depois que o médico deixava a enfermaria, era realizada a entrevista gravada com os pacientes que se dispuseram a participar. A entrevista era feita depois com o médico, no momento apropriado, sem atrapalhar sua rotina. Numa outra visita, foram feitas a segunda observação geral e a interação com os pacientes e médicos já entrevistados. O questionário de frases de completar foi entregue ao médico e aos pacientes, sendo que para estes últimos utilizou-se a expressão verbal do sujeito diante da leitura de cada início de frase. Os pesquisadores escutavam as respostas dos pacientes e escreviam no papel, sempre interagindo com eles. Esse procedimento foi repetido com os dois pacientes de cada um dos dois médicos.

## PRODUÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

A partir da transcrição das fitas gravadas (vide anexos), dos questionários de frases de completar (vide anexos), da observação direta, da interação com os sujeitos e dos marcos teóricos já descritos, podemos analisar as informações, de forma a produzir novos conhecimentos a respeito do tema estudado. Todas essas etapas, que não ocorreram, necessariamente, de forma seqüenciada e distinta, formam o conjunto de subsídios para a reflexão e a elaboração de novas informações.

O trabalho de campo lançou nova luz às idéias que se tinha ao pensar no problema dessa monografia e ao rever o conteúdo estudado nos marcos teóricos. A pesquisa foi surpreendente no sentido de que se esperava encontrar uma realidade diferente da constatada. Nos hospitais públicos, como é o caso do hospital utilizado para essa pesquisa, os médicos que ali trabalham, tanto os residentes como os que fazem parte do quadro funcional, têm uma rotina de trabalho bastante atribulada. A estrutura hospitalar é precária e não possibilita aos médicos um relacionamento mais aprofundado com cada um de seus pacientes, por motivos como, por exemplo, o excesso de pacientes para se examinar num curto período de tempo, ou a falta de medicação nos postos de saúde.

Essas foram as justificativas de alguns médicos entrevistados:

*“E eu também não tenho tempo disponível, a gente tem uma gama de pacientes enorme, eu não posso ficar perdendo tempo, perdendo tempo entre aspas, né, sendo que eu tenho uma manhã e tem que atender dez pacientes e resolver o problema de dez. Aí tem que fazer exame, pegar exame, colher exame, então... Ainda tem esse problema”.*(sujeito C)

*“E como a gente tem também uma pequena disponibilidade de medicação, que a gente pode passar no posto, a gente tem que adaptar às medicações que a gente tem também, pra usar fora daqui.”*(sujeito C)

*“As condições em que trabalho muitas vezes são inapropriadas”* (sujeito D)

*“Perco a paciência quando não faço o necessário por falta de condições.”* (sujeito D)

As palavras dos médicos explicitam bem as condições nas quais têm de trabalhar e as prioridades que têm que estabelecer para poder realizar seu trabalho. Em muitas de suas respostas nas frases de completar, os médicos deixam claro que essas péssimas condições

atrapalham o trabalho e os deixam sem paciência. A rotina de trabalho, a baixa remuneração, os vários empregos que são forçados a ter, são fatores que influenciam muito na falta de tempo para dar uma assistência mais especializada e produtiva aos pacientes, e na condição emocional para realizar seu trabalho diante de tanta adversidade. O que se esperava era que essa realidade contribuísse para que o tratamento despendido aos indivíduos internados fosse desumano, frio e trouxesse bastante sofrimento para eles, porém, o que se observou foi uma diferenciação nesse quadro.

O sujeito A, primeiro paciente a ser entrevistado, relata com bastante ênfase a sua admiração pelos médicos que cuidam dele. Ele está sendo tratado por uma médica, que o acompanha há quatro anos, desde que ficou doente, e na data da entrevista ele tinha tido a primeira consulta com o médico sujeito desta pesquisa.

*“... cheguei aqui aí Dra. Emir já tava me esperando, que é uma médica que, graças a Deus, que eu tenho pra mim mais que uma mãe, né, que ela me pegou no período desses quatro anos pra cá que eu tava falando com vocês que eu tava mal, né. Então ela tomou conta de mim, não esquece de mim”.*

*“Tenho ela assim pra mim, igual... se por a minha mãe e ela junto, quer dizer, que eu dedico mais ela do que minha mãe hoje, cê acredita isso? Verdade, gosto demais, demais dela, certo. O que você imaginar que eu gosto dela, tá imaginando pouco aí”*

*“... eu venho pra cá ruim, ela faz tudo pra mim, sabe, tem o maior carinho, maior dedicação com a gente, então eu vou falar pra você, eu tiro o chapéu pra ela! Entendeu? Eu gosto demais. Desde o primeiro dia que ela veio pra cá, por exemplo, ela tem a clínica dela pra lá, né, me levou pra clínica dela, me tratou com o mesmo carinho que trata aqui, certo. Então eu dedico demais ela! O médico também, o moço, eu vi ele hoje pela primeira vez, que não tinha visto ainda, né, então muito bom...”*

*“Gosto demais, fico muito satisfeito, que eu tenho certeza que a minha vida desses quatro anos pra cá, tá na mão da Dra. Emir, certo!”*

*“Pra mim assim, é a minha mamãe!”*

Nesses trechos percebe-se a presença de um indicador muito forte, que seria o afeto e a gratidão que o paciente sente por quem cuida dele. Esse paciente é bastante humilde, trabalha e vive numa propriedade rural, tem vida simples e baixo nível de escolaridade. Em sua vida, passou por muitas mudanças que lhe acarretaram certo sofrimento, principalmente depois da doença, que o impossibilitou de trabalhar, modificou a sua dieta

alimentar e toda a sua rotina. O seu modo de falar, a ênfase que deu a respeito desse carinho por sua médica, leva a pensar sobre como essas pessoas valorizam a atenção que lhes é dada. O nível de crítica diminui por não se julgarem merecedores de tamanha atenção. O julgamento de como os médicos realmente lhe tratam, pode ficar deturpado e sua percepção é de que os médicos estariam lhe fazendo uma gentileza, ao oferecer-lhe tratamento e cuidados.

O segundo paciente (sujeito B), cuja entrevista não pôde ser transcrita devido ao excesso de barulho na fita, também se expressa de maneira muito positiva em relação aos seus médicos. Ele afirma, inclusive nas respostas ao questionário, que seus médicos são “fabulosos” e o atendimento que recebe deles e de toda a equipe do hospital é muito bom. Ele mora numa cidade satélite de Brasília e tem vida bastante simples também. Fez uma cirurgia no coração (não especificou qual) há um ano e estava internado porque havia passado mal, com dores e palpitações. Ele nos informa que os médicos acham que ele está sofrendo com ataques de ansiedade, pois sua condição clínica é normal. Este paciente demonstrou, durante o tempo em que se esteve no hospital, uma certa carência de atenção. A intensidade de seus sintomas aumentava sensivelmente quando o médico vinha examiná-lo. Nas frases de completar respondeu que se sente bem se o médico o atende quando está passando mal, além de ter contado a sua fobia de injeções. Ele passa mal quando tem de tomar alguma injeção e precisa de atenção especial da equipe de enfermagem. Ele conversou com uma psicóloga do hospital e diz ter gostado muito. No caso desse paciente, a internação de 32 dias, deve ter contribuído para o seu estado de ansiedade. Seria válida uma tentativa de diminuir o contingente estressor desse paciente, mantendo-o em casa, por exemplo, já que sua condição clínica se mostrou normal.

O médico (sujeito C) demonstra que não concorda com a internação prolongada dos pacientes. Ele diz que isso influencia o fator psicológico dos pacientes, dando como exemplo o fato de muitos deles ficarem mais sensíveis, somatizando muitas queixas que, às vezes, são de outros pacientes com quem trocam experiências.

*“...o paciente, aqui no hospital, como a estrutura é ruim, hospitalar ruim, o paciente fica internado tempo demais, isso prejudica porque ele fica em contato com outros pacientes, aprendendo uma medicina que ele não tinha que saber, então isso é muito ruim. Devia ser internado dois, três dias e ir embora.”*

*“O paciente fica ocioso dois, três meses, o dia todo! Então, tudo pra ele passa um valor a mais do que seria.”*

Em situação de internação, o indivíduo tem o curso normal de sua vida interrompido. O tempo que lhe é imposto agora é o tempo institucional e não o seu próprio. No caso da enfermagem do hospital estudado, há uma tentativa de preservar a identidade dos pacientes, colocando papéis com os seus nomes escritos em cima das camas. Ao contrário de muitas outras instituições hospitalares, os indivíduos são chamados e tratados pelos seus nomes, diminuindo assim, pelo menos ao que pudemos observar, o processo de despersonalização inerente à situação de internação por um longo período de tempo. Os pacientes não são tratados como um órgão, número do leito ou o nome de sua doença.

Esse fato, que parece simples e sem propósito, pode fazer grande diferença para as pessoas que se encontram numa situação onde, além da enfermidade que vivenciam e todo o sofrimento físico que esta lhe causa, a sua individualidade e identidade são deixadas em segundo plano. A subjetividade desses pacientes é comprometida devido a essa nova realidade que se impõe. O ambiente hospitalar é um novo espaço social, e como tal exige uma nova construção subjetiva do indivíduo que nele se insere. Há uma mútua influência entre o ambiente hospitalar e o paciente, surgindo uma nova realidade subjetiva. A dor física, o sofrimento psíquico e a carência de afeto desempenham importante papel para essa nova construção, dando novo sentido a toda a imagem que tem de si próprio, do outro, de sua vida. A vivência dessa situação é muito importante e ela deve ser acompanhada de uma confirmação desse paciente como pessoa, tendo sua subjetividade reconhecida e respeitada pelo meio.

O afeto e admiração com que falam de seus médicos, pode estar demonstrando a imensa gratidão que têm às pessoas que, além de estarem lhe curando de um mal físico, ainda se dão o trabalho de tratá-los como seres humanos únicos e, por isso, especiais. Essa seria a posição mais humana a ser assumida pelos médicos, independente da classe econômica a que eles sirvam. O paciente A expressa várias vezes a sua percepção de que o carinho que recebe dos médicos é uma espécie de bonificação. Por exemplo:

*“Desde o primeiro dia que ela veio pra cá, por exemplo, ela tem a clínica dela pra lá, né, me levou pra clínica dela, me tratou com o mesmo carinho que trata aqui! Certo? Então eu dedico demais ela!”*

Ele relatou isso como se não merecesse ser levado à clínica particular da médica e ainda ser tratado com o “mesmo carinho”. Diante de alguma atenção, pacientes muito humildes e com a vida bastante sofrida, tendem a se sentir lisonjeados e especiais. O carinho é um indicador constante na expressão dos sujeitos A e B. Nas frases de completar,

encontramos respostas como: “*É dever do meu médico cuidar com carinho, fazer o que pode, e eles estão fazendo.*” (sujeito A); “*(os médicos) são excelentes, maravilhosos e carinhosos.*” (sujeito A); “*Sou tratado muito bem.*” (sujeito A); “*Meu médico é fabuloso.*” (sujeito B); “*(os médicos) são maravilhosos. É muito bom o atendimento.*” (sujeito B).

Pela observação feita da relação entre eles, a maioria dos médicos trata seus pacientes muito bem, com carinho, sendo atenciosos e escutando o que eles têm a dizer. Um deles, o sujeito C, demonstrou um pouco mais de frieza no contato com seus pacientes. Ele raramente olhava nos olhos dos pacientes enquanto os examinava e só tinha um contato mais próximo, até mesmo contato físico, na hora de examiná-lo. Apesar de sua seriedade e distância, o médico era atencioso, tentava usar a linguagem dos pacientes para que entendessem as orientações e tentava tranquilizá-los em relação às queixas secundárias, dizendo: “*quanto a isso, o senhor pode ficar despreocupado, porque é normal*”. Essas tranquilizações nem sempre surtiam efeito, pois, para alguns pacientes, o médico estaria desqualificando a sua percepção de que aquela queixa lhe trazia um sofrimento.

Nas frases de completar, o médico (sujeito C) respondeu da seguinte maneira: “*Eu vejo meus pacientes como instrumento de trabalho.*”; “*A cura é uma satisfação pessoal*”; “*Para mim a doença é meio de trabalho*”. Essas afirmações, diante da observação desse médico interagindo com seus pacientes, deixam claro que a sua posição profissional diante dos pacientes tem como foco de conduta ele mesmo e não o paciente. A prioridade dele é o seu trabalho e não o bem estar do paciente. Essa posição é passada para os pacientes na hora do contato, podendo levar a uma percepção de inferioridade por parte do paciente, como foi o caso do paciente A, que logo após o contato com esse médico, nos relatou:

*“O médico também, o moço, eu vi ele hoje pela primeira vez, que não tinha visto ainda, né, então, muito bom, só quero que vocês fale pra ele mais uma coisa: que a gente não entende, assim, que nós a vez fala, a gente não entende, num sabe direito, pr’ele perdoar, que... tanto, eles fala uma coisa ali, (eu vou) falá a verdade: eu num sei o que que é de jeito nenhum, mesmo que responda, né. Mas respeito o médico...”*

Ele se referia a uma situação onde o médico pediu que ele descrevesse exatamente como começou a sua doença e os remédios que estava tomando. O paciente não entendia o que o médico perguntava e por várias vezes o médico demonstrou impaciência, falando alto, respirando fundo. Isso prejudicou o exame, pois o paciente se sentiu mal por não está entendendo o médico e acabou respondendo qualquer coisa, mesmo sem entender o que foi perguntado, sendo que o médico é quem deveria se sentir mal, por não se fazer entender

como o paciente precisava. O próprio médico diz, tanto na entrevista como no questionário, que ele não gosta quando o paciente não consegue entendê-lo, e tem dificuldade em lidar com essa situação.

Diferentemente do sujeito C, o segundo médico (sujeito D), mostrou-se bem afetivo e compreensivo com seus pacientes. Ele relata, em suas respostas ao questionário, frases como: *“Eu vejo meus pacientes como amigos que buscam ajuda”*; *“Eu poderia ser melhor a cada dia, para sempre fazer o melhor para as pessoas”*; *“Meu trabalho gratifica, mas também pode ser doloroso”*.

Na observação e na entrevista, percebe-se elementos que confirmam uma postura mais humana desse médico com os seus pacientes e até na visão de seu trabalho. Ao contrário do médico C, ele tem uma postura voltada para as pessoas que atende, e isso é o que mais lhe agrada no seu trabalho. Nota-se uma sensível diferença entre as expressões dos pacientes do médico C e os do médico D, no momento do exame de rotina. Os primeiros ficavam mais tensos e expunham suas queixas de forma contida e cautelosa, procurando não chatear o médico. Os pacientes do médico D expunham mais livremente suas queixas, contavam suas histórias pessoais e eram incentivados a fazê-lo com os sorrisos e gestos carinhosos do médico. Questões como essas podem dizer respeito às características de personalidade do médico ou a sua postura frente ao paciente. O que cabe ressaltar é que essas características influenciam no estado e na expressão do paciente e, por isso, devem ser observadas, sem a pretensão de propor uma lista de características desejáveis em todos os médicos. Apenas que, no caso desses médicos e pacientes, a gentileza, os sorrisos e o contato mais humano, foram mais eficientes e resultaram em uma relação mais produtiva, no sentido de o médico ter acesso mais fácil ao paciente e no sentido de que os pacientes se sentem num ambiente menos hostil e mais positivo.

A comunicação é uma das questões mais importantes na relação médico-paciente. O contato entre eles pressupõe uma boa comunicação para o alcance dos objetivos da consulta ou exame. Existem fatores que influenciam o processo de comunicação e devem ser levados em conta, como o nível sócio-econômico, a cultura, e o nível de escolaridade. O médico (sujeito C) ressalta essas dificuldades que, as vezes, o impedem de executar bem o seu trabalho.

*“Os pacientes aqui são de nível social muito baixo, né. A maioria tem nível de escolaridade também muito baixo. E a queixa deles, é também, por causa disso, muito simplificada e eles vêem muita coisa com os olhos de, dos vizinhos, de outras pessoas*

*que tiveram coisas semelhantes. (...) Acho que a maior dificuldade nossa é mais na parte de interpretação de como usar a medicação. Isso aí realmente é um bloqueio que eles não conseguem fazer, é... chegar, não. Porque não sabem ler, porque, é... é muita medicação. Eles saem daqui tomando cinco, seis tipos de remédios diferentes. (...) então isso dificulta tremendamente o nosso trabalho. Isso realmente é um bloqueio que a gente, muitas vezes, não consegue superar isso aí de jeito nenhum. Outra coisa é o seguinte: o paciente nosso é um paciente que... ce vê, o paciente de hoje tomava pelo menos um litro de aguardente por semana e pra ele aquilo era pouco. Então, também, a parte cultural, né. Que que isso? O cara acha que aquilo é pouco pra ele! Ele tem uma doença grave e provavelmente um dos fatores precipitantes foi isso daí. Agora, se alguns pacientes, pra gente entender é fácil, vamos colocar que 10% dos pacientes não consiga estabelecer e não consiga tirar nada, nada, nada do que eles falam. Não consegue, não tem jeito! Esse paciente hoje: muito humilde e a gente conseguiu estabelecer, eu consegui tirar tudo que eu precisava pra tirar dele. Agora, e as dúvidas que ele tem, a gente também simplifica o máximo possível pra ele sair daqui entendendo, da forma mais simplificada e mais didática possível, pode não ser a verdade absoluta, aquilo que eu sei como médico, mas pra ele, ele não precisa saber mais do que aquilo. Porque se eu for complicar demais ele não vai entender. Mas aí a gente vai lá, desenha o coração, como é que é, qual o problema que ele tem... Então isso aí a gente vai tentando simplificar pra chegar num entendimento, pra alguma coisa que ele consiga entender, e seja o mais próximo da verdade possível.”*

Ele deixa claro os problemas que enfrenta em relação à comunicação com seus pacientes. Além de ter que entender e se fazer entender, o médico deve escutar o paciente e dar valor às suas queixas e suas crenças. Quando existe uma diferença cultural, a tendência é de desvalorizar as crenças do outro. No caso de uma relação médico-paciente, essas questões não devem impedir a boa comunicação entre eles. O médico deve tentar compreender que não poderá mudar os valores de seu paciente, e sim, conversar sobre o que fará bem a sua saúde, respeitando a suas crenças.

Uma cena que chamou a atenção durante a pesquisa foi uma consulta do médico C, com um paciente bastante idoso, humilde e parcialmente surdo. O médico tinha que gritar em seu ouvido para que lhe escutasse e, com isso, foi perdendo a paciência com o senhor. O paciente conseguia entender poucas coisas que o médico falava e respondia com a fala

confusa e enrolada. A comunicação entre os dois foi muito ruim e improdutiva, provocando uma tensão em ambos. O médico, já sem paciência, examinou-o rapidamente e tentava tirar mais algumas informações dele, em vão. Em um outro momento, quando o médico não estava mais presente, uma enfermeira veio lhe trazer o café da manhã e, com delicadeza, conseguiu conversar e até fazer esse paciente sorrir. Ela falava alto com ele, mas olhava em seus olhos, sorria, e ele respondia, com mais calma e mais clareza que na primeira situação.

Os médicos encontram as mais diversas situações e, em cada uma delas, um paciente diferente, com sua subjetividade única, seus valores e seus medos. No caso desse paciente, a comunicação foi um processo difícil pelas suas próprias impossibilidades e, talvez, pela inabilidade do médico em entrar em seu espaço e encontrar uma zona de sentido para a comunicação. Um outro paciente, cuja entrevista e questionário fazem parte dessa pesquisa apenas como complemento, relata a falta de comunicação em relação a sua própria doença. Ele diz que o seu médico não dá informações suficientes sobre a sua doença a pensa que deveria haver mais diálogo sobre o quadro dos pacientes. Os médicos, muitas vezes, se colocam em uma posição de superioridade, como os detentores do conhecimento, e supõem que o paciente não vai entender por não ter os conhecimentos, ou, ainda, que se entender pode atrapalhar o seu trabalho. Esquecem-se que quem “possui” a doença é uma pessoa, e como tal, tem suas representações sobre ela. O indivíduo que não tem noção de seu quadro clínico tem suas angústias aumentadas e suas fantasias podem atrapalhar a sua adesão ao tratamento, mais do que se soubesse a verdade sobre a enfermidade. Além do que, a consciência da situação que lhe é imposta traz um novo campo de atuação para o paciente, aumentando sua capacidade se apropriar de seu corpo, podendo assim, integrar a nova realidade e agir nela com propriedade, construindo, realmente, um espaço subjetivo mais ajustado e, porque não dizer, saudável.

Ao ser perguntado sobre qual seria seu papel na relação com o paciente, o médico (sujeito C), responde:

*“Eu acho que o papel nosso aqui é essencial, porque a gente não tem acompanhamento psicológico pro paciente, então a gente dá uma de psicólogo, de nutricionista. Então, assim, como a estrutura hospitalar é muito deficiente, a estrutura médica, não só a hospitalar, mas toda a médica é deficiente, a gente tem que tá atacando em várias frentes. A gente sabe que não adianta eu só mexer com essa medicação e mandar o paciente embora que isso não vai resolver. Então, assim, é*

*essencial, agora a gente é deficiente porque eu não tenho formação... formal sobre isso, entendeu? E eu também não tenho tempo disponível...*”

A falta de estrutura hospitalar traz uma deficiência que os médicos têm que suprir “atacando em várias frentes”, como diz o médico (sujeito C). É válida a tentativa de conciliar o seu trabalho com a falta de outros profissionais de saúde, afinal, o maior beneficiado deve ser o paciente, mas toda essa falta de estrutura dificulta bastante o envolvimento do médico com seus pacientes.

A prioridade dentro do espaço hospitalar é dada ao serviço médico e, conseqüentemente, toda a estrutura hospitalar, a linguagem utilizada, o nível de hierarquização e autoridade é focalizado na figura do médico. Existem duas conseqüências ao se fazer essa afirmativa. A primeira seria uma crescente responsabilidade por parte dos médicos de suprir essa falta de estrutura, conciliando com o seu trabalho, como observamos no discurso acima transcrito. O médico deve estar ciente de que é responsável pelo bem estar geral de seus pacientes e fazer com que essa relação seja um espaço de expressão subjetiva mútua.

A segunda seria que a própria linguagem institucional existente no hospital está dominada pela linguagem médica. O espaço para outros tipos de profissionais, como os enfermeiros e psicólogos, fica prejudicado e perde-se uma nova construção subjetiva a ser desenvolvida a partir da relação dos pacientes com esses profissionais. Pôde-se observar que alguns desses outros profissionais, além dos médicos, têm uma linguagem mais humana e conseguem estabelecer uma relação mais aberta e carinhosa com os pacientes. A partir de relatos dos próprios pacientes, observa-se uma tendência a superestimar a capacidade e o conhecimento dos médicos. Esse paciente (sujeito A) faz esses comentários a respeito de sua médica:

*“Muita coisa, a falha, eu sei que é minha, certo, que dela não tem falha nenhuma, nenhuma, que eu tenho absoluta certeza, até, certo?”*

*“...a minha vida praticamente tá na mão dela, certo, desses tempo pra cá, porque se eu fosse um, um, porque se a gente não tem estudo, cê sabe que a gente é meio atrasado, da roça...”*

*Tenho toda confiança em cima dela, entendeu? Toda, toda, toda que vocês pensarem que tenho, de falar pra ela, que se eu falar pra ela, ela me resolve meu problema, se*

*ela não der conta de resolver, ela vai atrás de outras pessoas pra me resolver, eu tenho certeza.”*

*“Ela tá cuidando da minha vida, eu vou na orientação dela, né.”*

O sujeito B também relata a sua confiança na capacidade dos médicos, subestimando a própria capacidade, em frases como: *“É meu dever fazer tudo o que o médico disser, até comer pedra!”*; *“A cura depende mais do médico, já que ele estudou para isso.”* Essas afirmações, juntamente com o comportamento desses pacientes diante de seus médicos, demonstra uma profunda confiança no trabalho deles, talvez por serem pessoas que estudaram e tiveram mais oportunidades na vida. Esses pacientes se julgam menos inteligentes que os médicos e devem obedecê-los, não importando o que lhes seja mandado.

A passividade na relação médico-paciente é uma questão muito discutida. O paciente, na condição de leigo, super valoriza a capacidade e o direito do médico de cuidar da sua vida, subestimando sua própria inteligência. O seu corpo, a sua vida é entregue nas mãos desse desconhecido, que agora tem o poder e o dever da cura e a autorização para intervir em seu corpo. Esse comportamento, além de confirmar os médicos em sua posição de superioridade, cria uma situação em que os pacientes não se responsabilizam pelo processo de cura, e se alienam do próprio corpo, colocando a autoridade e a identidade fora dele mesmo. O enfoque dado ao corpo no ambiente hospitalar, se dá em função de valorizar e atender às demandas subjetivas que são dirigidas ao outro. Um corpo que não me pertence e que eu, sozinho, não sou capaz de curar, deve ser útil e subjugado à um saber médico além da minha própria demanda. O afastamento da autenticidade torna-se cômodo, assim como “habitar” uma doença torna o indivíduo especial diante da comunidade. Acredita-se que esses tipos de mecanismos influenciam no espaço subjetivo que é formado entre o paciente e o médico, criando condições ao paciente para uma não responsabilização sobre o próprio processo, além de não favorecer a sua expressão subjetiva.

O que deve ser entendido é o fato de o indivíduo doente estar diante de uma situação incomum que o torna diferente dos outros. A sua susceptibilidade ao que lhe é externo se torna maior, e por isso pode ficar mais passivo e submisso. Por outro lado, ele espera muito do profissional que o atende, depositando nele a sua confiança e esperança. Esta fase especial da existência de um ser humano leva à um crescimento quando da superação da doença ou da convivência com uma doença crônica. A delicadeza com que deve ser observada, faz dessa fase um momento de fragilidade, porém de crescimento. Ao se

deparar com um ser doente, toda a sua existência está presente ali, porém fragilizada e pedindo ajuda. A compreensão e a interpretação dessa existência se faz necessária, com toda a dor e sofrimento que lhe é inerente e por toda pessoa que, de alguma forma, terá uma relação terapêutica com esse indivíduo.

A subjetividade, assim como a humanização no espaço hospitalar, está sendo discutida para que novos caminhos e novos conhecimentos sejam gerados nesse campo. A relação médico-paciente é entrecortada por vários vieses e acredita-se que um dos mais importantes deles é o da subjetividade. O espaço constituído pelas relações dentro do ambiente hospitalar tem repercussões significativas nas subjetividades tanto individual, como social. Por esse motivo, esse espaço deve ser estudado e novas questões devem ser levantadas.

## CONCLUSÃO

Algumas questões foram levantadas aqui, tendo em vista o marco teórico estudado, a pesquisa feita e os relatos obtidos, visando uma reflexão sobre o espaço subjetivo que surge dentro do ambiente hospitalar, enfatizando-se a relação entre o médico e seus pacientes. As reflexões que surgiram a partir desse trabalho não pretendem ser tomadas dentro de um padrão generalizado. O que se tem buscado é um levantamento de questões que são pouco discutidas e que têm tanta importância, pois começa-se a pensar sobre o papel da subjetividade dentro de um espaço predominantemente médico.

O resgate do ser humano implica em uma relação dialógica e compreensiva com o paciente. O indivíduo doente, que se encontra em uma situação não escolhida por ele – pelo menos não conscientemente - tem sua liberdade e sua identidade ameaçadas, enquanto o médico, como profissional, tem em suas mãos o destino e a esperança desse paciente. A postura empática significa um *envolver-se* que não pode ser alcançado se o profissional de saúde não considera aquele que está diante de si um *ser humano*, com toda a sua existência

e sua peculiar realidade. Amparar, apoiar e consolar não tem o significado de piedade. Ao olhar, escutar, tocar, confortar, o médico está exercendo a tarefa mais primariamente restauradora de saúde: está confirmando o paciente em sua existência que, para ele, é a mais original e sofrida de todas as que o médico já viu. Ele precisa existir por inteiro para esse profissional em quem deposita sua confiança, para que possa, também por inteiro, retomar a sensação de construir um espaço seu, que é, muitas vezes, perdida quando se encontra numa situação de internação hospitalar.

O envolvimento entre o médico e o paciente é uma questão onde a linha de separação entre o desejável e o prejudicial é muito tênue. Muitos autores, como Balint (1956/1998) e Tähkä (1986/1988), defendem que o envolvimento é necessário, porém não deve haver uma fusão afetiva, que seria tão ou mais prejudicial ao tratamento do paciente quanto a falta completa de empatia. Um dos problemas maiores é que a formação dos profissionais de saúde ainda está muito focada no aspecto orgânico e muito pouco no aspecto humano. Uma formação onde o médico tivesse condições, para poder compreender o paciente, seria tão desejável quanto o seu conhecimento sobre diagnósticos. O despreparo dos médicos em lidar mais com o ser humano e menos com o corpo humano, assim como a incapacidade de lidar com sua falibilidade, leva a prejuízos na sua conduta, podendo, ao contrário do que muitos médicos pensam, provocar danos muito maiores ao paciente. Faz parte da própria existência do médico, que, como ser humano, pode se envolver, admitir sua incapacidade diante de certos quadros, a sua falibilidade, e ainda assim, prestar o melhor serviço médico de que é capaz. Aliás, até melhor, porque estará tendo a colaboração do paciente que participa ativamente no processo, e havendo esse envolvimento, o médico estará conhecendo e compreendendo melhor o seu paciente, o que só poderá auxiliar no alcance de sua melhora.

Além dessas questões envolvendo a relação médico- paciente, a humanização no espaço hospitalar pode contar com outros importantes elementos. A presença de um psicólogo hospitalar, por exemplo, poderia abrir uma nova possibilidade de expressão dos pacientes, fazendo com que a própria percepção deles de todo o processo que vivem, como a internação, a sua doença, seu tratamento e sua possibilidade de se relacionar dentro do hospital, pudesse ser mais genuína e, dessa forma, propiciar uma maior reunião de elementos subjetivos para se estabelecer um espaço saudável, no sentido físico, social e emocional.

O psicólogo tem função ativa no processo de humanização do hospital, na medida em que pode trabalhar indo muito além da condição física do paciente. São analisadas as suas relações interpessoais, sua família, sua percepção da doença e do próprio corpo. O psicólogo tem elementos para uma compreensão total do paciente e tem alguns privilégios sobre o médico nesse aspecto, seja pela sua formação integral no estudo do funcionamento psíquico, ou pelo fato de não constituir ameaça física ao paciente. O psicólogo teria, ainda, uma função mediadora entre o paciente e a equipe médica, entre o paciente e a instituição hospitalar, entre o paciente e seus próprios medos e angústias, abrangendo toda a representação do espaço subjetivo que se constrói na sua relação com essa realidade.

Em meio a toda essa discussão, é válido enfatizar que o paciente que se encontra inserido na realidade hospitalar, não merece atenção especial e piedade pelo fato de apresentar uma enfermidade. A condição de *ser um humano*, ameaçada nessa ocasião, não pode prescindir de uma compreensão daqueles que têm o dever de cuidar. A doença não pode ser mais importante que o doente, nem o *corpo* mais importante que a *alma*. Ao se tratar de uma pessoa enferma, os profissionais que tenham a percepção de que há uma pessoa antes da enfermidade, dão conforto e confirmam a pessoa do paciente, compreendendo, aceitando e acolhendo sua existência e sua dor. Esta é a condição básica para permitir que a humanização no ambiente hospitalar se transforme em uma realidade, e o sofrimento das pessoas que dele precisam, seja minimizado.

## **ANEXOS**

**QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:**

**1- O que você mais gosta no seu trabalho?**

**2- O que você menos gosta no seu trabalho?**

**3- Complete as seguintes frases com a primeira idéia que lhe surgir:**

a) Meu trabalho -----  
-----  
-----

b) Para mim a doença é-----  
-----  
-----

c) Eu vejo meus pacientes como-----  
-----  
-----

d) As condições em que trabalho-----  
-----  
-----

e) Perco a paciência quando-----  
-----  
-----

f) É dever do paciente-----  
-----  
-----

g) Eu poderia ser melhor-----  
-----  
-----

h) Sinto-me feliz quando-----  
-----  
-----

i) Sinto-me frustrado quando-----  
-----  
-----

j) Não gosto quando o paciente-----  
-----  
-----

k) É meu dever-----  
-----  
-----

l) A cura-----  
-----  
-----

**QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:**

**1- Do que você mais sente falta estando neste ambiente?**

**2- O que ou quem tornam mais agradável a sua estadia nesse ambiente?**

**3- Complete as seguintes frases com a primeira idéia que lhe surgir, em relação à sua doença, hospitalização e seu médico:**

a)Minha doença-----  
-----  
-----

b)Meu médico-----  
-----  
-----

c) Não gosto quando-----  
-----  
-----

d)Me sinto bem quando -----  
-----  
-----

e)É meu dever-----  
-----  
-----

f)É dever do meu médico-----  
-----  
-----

g)Sou tratado-----  
-----  
-----

h)Poderia ser melhor se-----  
-----  
-----

i)O médico diz que minha doença-----  
-----  
-----

j)As informações sobre a minha doença são passadas-----  
-----  
-----

k)Penso que-----  
-----  
-----

l)A cura-----  
-----  
-----

## TRANSCRICÃO DAS ENTREVISTAS DOS SUJEITOS A e C

### **1 Depoimento 1: Paciente ( sujeito A)**

“Cheguei aqui umas... mais ou menos umas sete horas, umas sete e meia, mais ou menos, né, cheguei aqui aí Dra. Emir já tava me esperando, que é uma paciente\* que, graças a Deus, que eu tenho pra mim mais que uma mãe, né, que ela me pegou no período desses 4 anos pra cá que eu tava falando com vocês que eu tava ?, né. Então ela tomou conta de mim, não esquece de mim. Muita coisa, a falha, eu sei que é minha, certo, que dela não tem falha nenhuma, nenhuma, que eu tenho bsoluta certeza, até, certo? Tenho ela assim pra mim, igual... se por a minha mãe e ela junto,quer dizer, que eu dedico mais ela do que minha mãe hoje, cê acredita isso? Verdade, gosto demais, demais dela, certo. O que você imaginar que eu gosto dela, tá imaginando pouco aí. Porque, o que acontece: a minha vida praticamente tá na mão dela, certo, desses tempo pra cá, porque se eu fosse um, um, porque se a gente não tem estudo, cê sabe que a gente é meio atrasado, da roça, num..., né. Veiz... uma pessoa explica uma coisa pra gente, a gente entende diferente, cê sabe que a pessoa da roça é mais atrasada, ele num entende o que vocês entende, né? Então ela ? eu venho pra cá ruim, ela faz tudo pra mim, sabe, tem o maior carinho, maior dedicadeza com a gente, então eu vou falar pra você, eu tiro o chapéu pra ela! Entendeu? Eu gosto demais. Desde o primeiro dia que ela veio pra cá, por exemplo ela tem a clínica dela pra lá, né, me levou pra clínica dela, me tratou com o mesmo carinho que trata aqui, certo. Então eu dedico demais ela! O médico também, o moço, eu vi ele hoje pela primeira vez, que não tinha visto ainda, né, então muito bom, só quero que vocês fale pra ele mais uma coisa que a gente não entende, assim, que nós a veiz fala, a gente não entende, num sabe direito, pr'ele perdoar, que... tanto, eles fala uma coisa ali, (eu vou)

falá a verdade: eu num sei o que que é de jeito nenhum, mesmo que responda, né. Mas respeito o médico, a Dra. Emir, inclusive tem a Dra. Rosimar, que é uma médica aí, que o pai dela foi meu patrão uns trinta e tantos anos mais ou menos, ou quinze anos mais ou menos, né, que é outra excelente pessoa pra mim, qualquer coisa que acontece comigo, eu ligo pra ela, ela liga pra Dra. Emir, então ela resolve na hora, na hora, tudo pra mim, entendeu. Então, dedico muito as duas, tanto faz uma quanto a outra, né. Gosto demais, fico muito sastifeito, que eu tenho certeza que a minha vida desses quatro anos pra cá, ta na mão da Dra. Emir, certo. Porque eu chego, ela, eu conto pra ela que eu fiz o medicamento, o medicamento as veiz não sai certo. Eu num dô conta de fazer esse trem certinho! Tem hora, na verdade... tem hora que eu num sei fazer, né. Veiz eu ? uma coisinha, tem meus filhos que ? , mais, a gente, igual eu tava falando procês, que é mais velho mais atrasado, tem hora que eu esqueço até de tomar o remédio! Se não tiver no pé, ‘papai bebe’ ou aquilo, aquilo outro, tem hora que eu vacilo, né”.

**- Você fica apreensivo na hora de falar isso pro médico, fica com medo, alguma coisa assim?**

- “Não, não! Nada não, normal. O que eu tô respondendo pra você aqui é o que eu respondo pro médico também, porque eu sei que se eu não contar pra ele, ele não vai saber minha reação, o que tá acontecendo com a gente, não é isso, né? Então eu falo as coisas com a maior ? , ainda mais com ela. Tenho toda confiança em cima dela, entendeu? Toda, toda, toda que vocês pensarem que tenho, de falar pra ela, que se eu falar pra ela, ela me resolve meu problema, se ela não der conta de resolver, ela vai atrás de outras pessoas pra me resolver, eu tenho certeza.”

**- O senhor veio pra cá sentindo o quê?**

- “Eu vim pra cá sentindo falta de ar, né. Eu tava em casa lá aí me deu aquela falta de ar tão grande, que eu não tava agüentando, né. Aí eu liguei pra Dr. Florismar\*, que é a minha patroa, né, a filha do meu patrão. E aí, inchando as perna demais, inchado isso aqui, tinha ficado aquela pitosona, sabe? Pra dormir, aquela canseira, aquela fadiga, cês ouviram o que eu falei mais ou menos pro médico, né? Isso foi uma semana, uns dez dias pra cá, né, que eu fui ficando... Toda vida, cê sabe, quando a gente adoece, começa a perder a saúde, aí já num é o que era mais. Mas aí, dessa semana pra cá, uns dez dias pra cá, eu senti bem mais abatido, sabe? Senti que não era aquele mais não. Se eu for daqui no corredor lá fora, eu paro umas quatro, cinco, seis veiz ali, aí vem aquela falta de ar, sabe? Aquele desanimo das perna. Vou dizer um negócio procês, se for pra eu pegar aquilo ali, eu não tenho coragem, de tão

desanimado, sabe? Mas o restante é aquilo que eu tô falando pra vocês, vê se Deus me ajuda, pedir a Deus, né, vê se eu consigo o medicamento, vê se Deus me ajuda pra eu dar conta de fazer, o medicamento que eles passam, direitinho pra gente. Caso contrário, não tem nada contra o médico, só tem de falar de bom. Muito mesmo... Não precisa, assim, ficar preocupada, nem nada. Pra mim assim, é a minha mamãe”.

**- E o que o senhor acha da sua doença, é uma coisa difícil pro senhor lidar ou já ta acostumando, já ta convivendo direitinho?**

- “Não, já to acostumado, já... Porque eu sei, realmente que essa doença, eu sei que, é a do barbeiro, ela nunca sara, pra falar assim “você não tem mais nada”. Eu sei, por exemplo, eu tô bom, na mesma hora vem a crise, na mesma hora que eu tô com a crise e já fico bom, né. Então isso aí eu já, dediquei muito, eu sei que num, não me apavoro com isso, não tenho medo, certo, assim, de acontecer nada comigo.”

**- E o senhor acha, assim, que do jeito que a doutora tava te tratando, ajudou o senhor a melhorar?**

-“ Nossa senhora, muito, muito! Uai, cê tá doido! Igual eu cabeí de falar pra você, né. Ela tá cuidando da minha vida ?, eu vou na orientação dela, né. Mas só uma coisa que eu falei pra vocês, pra ficar bem claro, eu não dô conta de seguir direitinho, a norma que é de seguir. Até eu esqueço, já tá ruim da cabeça, sabe, e aquilo passa. Mas do contrário, tudo bem. Eu sei que eu tenho que conviver com essa doença até o final. Eu sei que pode ser uma vida longa e pode ser rápida também. Porque problema no coração todo mundo sabe como é. Então, mas muito obrigado, viu, e... eu tô muito tranqüilo, tranqüilo, tranqüilo mesmo, não tem nada a reclamar...”

## **Depoimento 2: Médico (sujeito C)**

Os pacientes aqui são de nível social muito baixo, né. A maioria tem nível de escolaridade também muito baixo. E a queixa deles, é também, por causa disso, muito simplificada e eles vêem muita coisa com os olhos de, dos vizinhos, de outras pessoas que tiveram coisas semelhantes. Então... mas como a gente lida com esse público, a muito tempo, desde a faculdade, nosso linguajar também, a gente consegue chegar..., na maioria das vezes a gente consegue tanto ser entendido, quanto eles nos entenderem. Acho que a maior

dificuldade nossa é mais na parte de interpretação de como usar a medicação. Isso aí realmente é um bloqueio que eles não conseguem fazer, é... chegar, não. Porque não sabem ler, porque, é... é muita medicação. Eles saem daqui tomando cinco, seis tipos de remédios diferentes. E como a gente tem também uma pequena disponibilidade de medicação, que a gente pode passar no posto, a gente tem que adaptar às medicações que a gente tem também, pra usar fora daqui. Então tem medicação que não pode comer com a alimentação, tem medicação que tem que ser depois do almoço, tem medicação que tem que ser antes do almoço, então isso dificulta tremendamente o nosso trabalho. Isso realmente é um bloqueio que a gente, muitas vezes não consegue superar isso aí de jeito nenhum. Outra coisa é o seguinte: o paciente nosso é um paciente que... ce vê, o paciente de hoje tomava pelo menos um litro de aguardente por semana e pra ele aquilo era pouco. Então, também, a parte cultural, né. Que que isso? O cara acha que aquilo é pouco pra ele! Ele tem uma doença grave e provavelmente um dos fatores precipitantes foi isso daí. Agora, se alguns pacientes, pra gente entender é fácil, vamos colocar que 10% dos pacientes não consiga estabelecer e não consiga tirar nada, nada, nada do que eles falam. Não consegue, não tem jeito! Esse paciente hoje: muito humilde e a gente conseguiu estabelecer, eu consegui tirar tudo que eu precisava pra tirar dele. Agora, e as dúvidas que ele tem, a gente também simplifica o máximo possível pra ele sair daqui entendendo, da forma mais simplificada e mais didática possível, pode não ser a verdade absoluta, aquilo que eu sei como médico, mas pra ele, ele não precisa saber mais do que aquilo. Porque se eu for complicar demais ele não vai entender. Mas aí a gente vai lá, desenha o coração, como é que é, qual o problema que ele tem... Então isso aí a gente vai tentando simplificar pra chegar num entendimento, pra alguma coisa que ele consiga entender, e seja o mais próximo da verdade possível.

**- Pra você, como se dá esse processo de cura? O que o paciente teria que fazer, o que seria mais papel do paciente?**

“Aqui na cardiologia: seguir uma dieta, parar de fumar... só que isso é muito complicado. A nossa dieta, da nossa população, é óleo puro! Dois litros de óleo não dão pro mês, por pessoa. Então como é que você vai ensinar a ela? Só que tem toda uma parte de base que não é feita, entendeu? Porque... seria a parte de educação alimentar, que não é feito, nada disso. Então a gente fala ‘tirar a gordura’, tirar a gordura é muito relativo! A minha gordura é muito menor que a dele, na dieta, com certeza, entendeu. Então esse tipo de coisa é o tipo de coisa que?.. eu não vou conseguir ajeitar nunca, entendeu... Não adianta. Não vai mudar mais

profundamente...? a gente trata só de dá uma podada, mas.... na raiz mexe muito pouco, quase nada. Que essa seria a parte do posto de saúde, da família em casa, da saúde da casa...”

**- A parte mais preventiva, né?**

“Exatamente!”

**- E em termos psicológicos, você acha que o que de psicológico tem no paciente que contribui ou atrapalha? Na queixa, no processo de cura...**

“Eu acho que 60, 70% das queixas, principalmente dos pacientes crônicos, são queixas psicossomáticas, pelo menos, 60% com certeza. Então(...), o paciente, aqui no hospital, como a estrutura é ruim, hospitalar ruim, o paciente fica internado tempo demais, isso prejudica porque ele fica em contato com outros pacientes, aprendendo uma medicina que ele não tinha que saber, então isso é muito ruim. Devia ser internado dois, três dias e ir embora.”

**- Você acha que o paciente pode colocar a queixa de algum outro paciente, que fica ali...**

“O paciente fica ocioso dois, três meses, o dia todo! Então, tudo pra ele passa um valor a mais do que seria. Então uma dor, que seria muscular, no caso, que você não iria procurar o médico, é o que: uma queixa! Então a gente não consegue lidar com esse tipo de coisa, entendeu? Então tudo isso atrapalha demais. A parte psicológica é... seria o principal. Aqui em cardiologia (?) a doença, agora, se vocês forem em outras áreas, oncologia, outras abordagens (?)então uma estrutura hospitalar deficiente, né.”

**- A gente queria saber também, como você vê o seu papel? Além de mexer com a medicina, como você o seu papel estando na relação com esse paciente? O que você acha que contribui e que atrapalha, das atitudes dos médicos e da sua em particular?**

“Eu acho que o papel nosso aqui é essencial, porque a gente não tem acompanhamento psicológico pro paciente, então a gente dá uma de psicólogo, de nutricionista. Então, assim, como a estrutura hospitalar é muito deficiente, a estrutura médica, não só a hospitalar, mas toda a médica é deficiente, a gente tem que tá atacando em várias frentes. A gente sabe que não adianta eu só mexer com essa medicação e mandar o paciente embora que isso não vai resolver. Então, assim, é essencial, agora a gente é deficiente porque eu não tenho formação (...) formal sobre isso, entendeu? E eu também não tenho tempo disponível, a gente tem uma gama de pacientes enorme, eu não posso ficar perdendo tempo, perdendo tempo entre aspas, né, sendo que eu tenho uma manhã e tem que atender dez pacientes e resolver o problema de

dez. Aí tem que fazer exame, pegar exame, colher exame, então... Ainda tem esse problema...  
Tá bom?"

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V.A. (2003). O psicólogo no hospital. Em Angerami-Camon, V.A. (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Original publicado em 1994).
- Balint, M. (1998). *O médico, o seu doente e a doença*. (Almeida, J.N., Trad.) Lisboa: Climepsi Editores. (Original publicado em 1956).
- Campos, T.C.P. (1995). *Psicologia hospitalar. A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Ismael, J.C. (2002). *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. São Paulo: T.A. Queiroz.
- Olivieri, D.P. (1985). *O “ser doente”. Dimensão humana na formação do profissional de saúde*. São Paulo: Editora Moraes.
- Rey, F.L.G. (2000). Saúde e subjetividade: desafios para a investigação em psicologia da saúde. *Universitas Psicologia. Revista de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília*. Vol. 1, nº1. (pp. 25-44).
- Rey, F.L.G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. (Silva, M.A.F., Trad.) São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Original publicado em 2000).
- Rey, F.L.G. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. (Guzzo, R.S.L., Trad.) São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Roth, M.C. (2002). Atendimento psicológico domiciliar. Em Angerami-Camon, V.A. (Org.). *Novos rumos na psicologia da saúde*. (pp. 125-171). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Sebastiani, R.W. (2003). Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. Em Angerami-Camon, V.A. (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. (pp. 29-71). São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Original publicado em 1994).
- Tähkä, V. (1988). *O relacionamento médico-paciente*. (Abreu, J.O.A., Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1986).

