

## A EXPERIÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

THE EXPERIENCE OF HOSPITALIZATION  
AN PHENOMENOLOGICAL APPROACH

LA EXPERIENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN  
UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO

ELIZABETH MENDES DAS GRAÇAS\*

### Resumo

O fenômeno da hospitalização é o assunto abordado por este estudo onde busquei identificar o significado de "viver no hospital" para as pessoas nele internadas. Para compreender tais experiências optei pela pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica e, seguindo a modalidade do fenômeno situado, analisei discursos de pessoas que foram vítimas de acidentes e internadas há mais de um mês em unidades de clínica-cirúrgicas de um hospital geral. A hospitalização é desvelada como uma situação não escolhida, difícil de ser experienciada, onde se vive a facticidade de um corpo doente que precisa ser tratado, por vezes, até com procedimentos invasivos. O hospital é descrito como espaço onde a coexistência e a comunicação têm novos significados e como um mundo circundante estranho às experiências antes vividas.

**Palavras-chave:** *existencialismo, Hospitalização.*

### O interesse pelo tema

**D**entre as ambigüidades da existência, a doença é um dos acontecimentos, próprios da condição humana, ao qual todos estamos sujeitos. Porém, tanto a facticidade da doença como o tratamento hospitalar parecem estar longe de nossa realidade e nunca são inseridos em nossos planos.

O meu interesse, especialmente no que concerne à hospitalização, que culminou no desenvolvimento deste trabalho, surgiu a partir de minha atuação como enfermeira assistencial e docente junto a pessoas hospitalizadas em clínica médico-cirúrgica, onde, por longos anos, tive oportunidade de acompanhá-las nas situações que enfrentam desde o momento da internação até quando obtêm alta, um período que pode durar dias, meses e até mesmo, anos.

Este estar com o paciente durante a hospitalização, às vezes, prolongada, e presenciar as inúmeras situações difíceis e traumáticas pelas quais passam sempre me inquietavam e faziam interrogar sobre o real significado dessa vivência para ele. Nessas ocasiões, procurava ajudá-lo, permanecendo ao seu lado e conversando sobre os seus problemas. No entanto, nunca tive a sensação de ter chegado à compreensão de seu mundo vivido, enquanto "ser-hospitalizado".

O modelo assistencial reducionista, direcionado somente para a parte doente do corpo, a rotina com que são feitas as atividades no ambiente hospitalar e, possivelmente, a própria incapacidade de se lidar com a dor parecem colaborar, em parte, para que nós, os profissionais que assistimos esses pacientes, aceitemos e relacionemos com este mundo-vida de forma aparente e superficial, ficando apenas no que nos é imediatamente dado. Assim é que a "repetição de casos", modo como, por vezes, tendemos a ver a pessoa doente hospitalizada, e a ritualização de "tarefas" em tempo controlado, processo organizacional comum nas instituições de saúde, levam a nos acomodar a uma única compreensão dessa cotidianidade.

Todavia, para quem experiencia essa situação, tudo o que está acontecendo pode ser algo novo. A constatação da doença, a decisão de internar-se e a própria hospitalização são vivenciadas, em sua maioria, como uma primeira experiência, e sentidas de maneira ímpar.

A ausência de uma educação preventiva voltada para a saúde, a assistência extra-hospitalar precária, quando existente, bem como a dependência cada vez maior de sofisticados recursos tecnológicos para detectar e intervir nas "doenças" fazem com que sejam diagnosticadas, quase sempre, tardiamente e, com isso, não é dada às pessoas outra opção senão

\* Enfermeira; Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Básica da UFMG.

\*\* Resumo extraído da Tese de Doutorado da autora.

internar-se para tentar a obtenção da "cura". Isto sem mencionar as vítimas de acidentes com lesões graves cujo tratamento se restringe basicamente à assistência hospitalar.

Ao hospitalizar-se, a pessoa é obrigada a romper com todas as atividades sociais, a ficar longe da família e daqueles que lhe são queridos, deixando de ser um indivíduo socialmente ativo para tornar-se um "paciente", dependente fisicamente de ajuda e de cuidados especiais. Muitos são mantidos em unidades hospitalares onde, inicialmente, tudo e todos lhes são estranhos e onde as situações de sofrimento e morte de companheiros de quarto são quase uma rotina.

Além das alterações fisiológicas limitantes normalmente desencadeadas pelo comprometimento físico, as pessoas, durante a internação, sofrem mudanças nos seus padrões de comportamento e de hábitos impostos pela equipe de saúde, pelas normas institucionais ou por outras circunstâncias ambientais. No novo estilo de vida inclui-se ainda a restrição aos contatos com os parentes e conhecidos, somente permitidos nos dias de visitas, em períodos predeterminados pelo hospital.

Nesse contexto de ruptura com o mundo físico fora da instituição o interno passa a ser um entre muitos outros doentes, que deve se comportar conforme as normas e regras estabelecidas. Ali permanece, às vezes, por longo período, em alguns casos, sem perspectiva de quando terá alta, submetendo-se a exames, a tratamentos e, mesmo, cirurgias que, até então, lhe eram desconhecidos.

A realidade à qual são submetidos os pacientes há muito foi constatada e, com isso, vários trabalhos vêm sendo desenvolvidos para verificar, medir e analisar as reações e sentimentos que a internação poderia provocar. Entretanto, quase nada se fez no sentido de ouvi-los com a intenção de compreender o seu mundo real-vivido, principalmente em se tratando da permanência hospitalar prolongada.

Nesse sentido, presumo que os conceitos teóricos adquiridos ao longo de minha formação profissional e o conteúdo pré-reflexivo advindos da minha convivência com a pessoa hospitalizada, no exercício da enfermagem, não foram suficientes para o desvelamento de seu mundo e de seu jeito de experienciar a internação. É desse conhecimento não explorado da dimensão humana que emergiram minhas indagações, impulsionando-me na busca de respostas que permitissem outra compreensão daqueles que assistia.

Ouvir o paciente sobre o "estar-hospitalizado", enquanto momento existencial vivido, era encontrá-lo na multiplicidade aberta de seu mundo e nele apreender perspectivas de sua realidade agora, ainda não revelada. Era afastar-me do senso comum e do pensamento objetivo formado pelas referências da ciência clássica e entrar em contato com seu mundo múltiplo e ambíguo, para entender a sua experiência perceptiva. A partir daí poderia conhecê-lo e assisti-lo como um ser-doente, levando em consideração o significado que atribuí à internação.

#### O encaminhamento metodológico

Visando acrescentar novos significados ao fenômeno da hospitalização busquei caminhos que me aproximassem do sen-

tir e do pensar de quem vivencia esta situação, optando, então pela pesquisa qualitativa numa abordagem fenomenológica, dentro de uma proposta metodológica que se funda na compreensão daquilo que se quer estudar como uma questão da existência humana, e para tal procura "ir-à-coisa-mesma". Como afirma Giles,<sup>(1)</sup> trata de estudar "a aparição do ser na consciência ao invés de supor sua possibilidade dada antecipadamente."

#### A opção pela análise qualitativa do fenômeno situado

A modalidade de pesquisa fenomenológica que utilizo neste trabalho é a análise qualitativa do fenômeno situado, segundo Martins e Bicudo.<sup>(2)</sup>

Ao se escolher essa trajetória, não se parte de um "problema", mas de uma interrogação sobre dúvidas advindas da região de inquérito onde se situa o fenômeno. Deve-se, por conseguinte, de início, situar o fenômeno, isto é, deve haver um sujeito que descreva sua vivência em uma determinada situação. É através do discurso deste sujeito sobre sua experiência vivencial, que se busca uma aproximação à essência ou estrutura do fenômeno. Em experiência do sujeito, portanto, que o fenômeno se mostra enquanto essência vinculada à existência.

Assim, a região de inquérito a ser delimitada para realizar a investigação é o próprio contexto onde o fenômeno se realiza, através da experiência de alguém, do "lebenswelt". Esta situacionalidade faz com que a região vá além do espaço físico, geográfico, e se caracterize, também, por um contexto existencial, ontológico, onde se encontra o que se quer inquirir.

No caso do estudo em questão, a minha região de inquérito abarca o meu próprio mundo-vida, ou seja, as unidades de internação de clínica médico-cirúrgica dos hospitais gerais onde se encontra a clientela atendida por mim, como enfermeira e docente que acompanha os alunos de enfermagem durante os estágios curriculares. Nas pessoas que ali permanecem e vivem a condição de estar hospitalizadas, situa-se o fenômeno que propus investigar.

Através das descrições destes sujeitos, é que busquei elucidar a indagação sobre aquilo que queria apreender, extraindo delas os significados que me levariam à estrutura e à compreensão do fenômeno da hospitalização.

Para aí chegar percorri três momentos fundamentais propostos ao pesquisador: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica.

#### Constituição da pesquisa

Guiada pela pergunta "O que é para o senhor(a) viver no Hospital?", coletei depoimentos de pacientes com mais de um mês de internação em clínicas cirúrgicas de um hospital geral da rede pública. Determinei, a priori, um tempo cronológico, pois queria encontrar o significado dessa vivência, principalmente para aqueles cuja permanência no contexto hospitalar poderia ser definida como prolongada.

\* "Lebenswelt" refere-se ao mundo-vida de cada um de nós, pré-reflexivo, pré-objetivo.

Ouvi pessoas acidentadas que, embora internadas há mais de um mês, eram apontadas pelos profissionais de saúde como tendo perspectivas de melhora ou cura.

Todos os discursos foram gravados, com exceção de dois depoentes que, não concordando com a gravação, tiveram as suas falas transcritas logo após o encerramento do encontro.

Tentei manter-me atenta para que não houvesse condução e nem interrupção dos relatos, e a entrevista só se encerrava quando os pacientes deixavam claro que nada mais tinham a dizer sobre o assunto. Foram analisados 17 depoimentos de pessoas que sofreram lesões deformantes em seus corpos em conseqüência de acidentes diversos. Todas já haviam sido submetidas a uma ou mais cirurgias plásticas reparadoras, e algumas, também, a cirurgias ortopédicas.

Após o primeiro momento da coleta de dados, a trajetória metodológica se formalizou, começando por selecionar e enumerar, no próprio discurso, trechos que pareciam conduzir ao essencial da experiência relatada. Para isso, realizei leituras sucessivas de cada depoimento até inteirar-me de todo o seu contexto, mantendo o olhar sensível para aquilo que poderia conter significações existenciais do fenômeno. Conservando a linguagem coloquial, foram listadas e ordenadas as unidades de significado selecionadas, e, posteriormente, transformadas em um conteúdo mais compreensivo, mostrando estruturas que, à primeira vista, pareciam ocultas.

Em seguida, as unidades de significado foram agrupadas e denominadas de acordo com a convergência de seus temas e, por fim, interpretadas e sintetizadas. Nesta última fase de interpretação das unidades, procurei apreender os significados expressos nas falas e traduzi-los conforme a minha percepção, mantendo-me, porém, fiel às idéias do depoimento como um todo. Formei, em cada discurso, grupos de proposições que tratavam dos mais variados aspectos da experiência com a hospitalização, sem, no entanto, desconsiderar as unidades tidas como unitárias. Com os procedimentos mencionados, foi possível ter uma concepção da estrutura individual do fenômeno, o que permitiu a complementação da análise ideográfica ou análise psicológica individual.

Optei, ainda, para a elaboração da análise nomotética, com a finalidade de compreender o conjunto de proposições extraídas de todos os discursos e poder construir os resultados, tendo a visão geral do fenômeno.

### Horizontes de um pensar

Encerrando o movimento de olhar o fenômeno da hospitalização, percebi que as convergências, divergências e idiosincrasias que emergiram dos relatos estudados me possibilitaram compreender melhor como as pessoas vivenciam a internação.

No caso das pessoas acidentadas ouvidas, as mudanças no fluxo de suas vidas se instalam de maneira abrupta, inesperada e sem nenhuma explicação natural. De repente, devido à facticidade de suas existências, vêem-se sendo um corpo que já não é o mesmo, em um mundo não familiar, coexistindo e sendo tratados por pessoas estranhas. O início dessa trajetória mostra-se como a fase de maior dificuldade da hospitalização,

que, em seguida, vai sendo assimilada num processo de conformação. Mas, para algumas, parece impossível acostumar-se com o mundo hospitalar. A experiência ali vivida é "ruim e difícil".

A sincronia e a relação que têm com a situação existencial fazem com que o tempo opere na ordem do vivido e, como tal, é sentido de forma lenta e penosa. Por isso, as pessoas internadas estão sempre na expectativa de que ele passe depressa para poderem se recuperar e obter alta.

Há, porém, quem não considere a hospitalização um evento tão ruim, afirmando experimentar, na instituição, momentos de alegria e tranqüilidade.

A preocupação com o corpo e a sua valorização aumentam ao se perceber as transformações nele sofridas. Interferências marcantes na sua aceitação são encontradas entre os que sofrem dores, que estão imobilizados e que têm a auto-imagem afetada. Inconformados, alguns são incapazes de elaborar as perdas e, então, o corpo perde o seu sentido e fecha-se na relação com o mundo. Às vezes, as perdas são experimentadas de forma tal que se tornam incompatíveis com a própria vida, e a morte chega a ser pensada como solução nos momentos de desespero. Além das seqüelas, as condutas terapêuticas são bastante invasivas, seja pelo sofrimento ou pelas cirurgias a que estão sujeitos. Intervenções estas que podem ocorrer num insucesso, podem ser uma ameaça maior ao organismo, à aparência ou à própria vida, constituindo, assim, motivo de apreensão e medo. No entanto, para determinadas pessoas, o procedimento cirúrgico é esperado até com alívio porque, com a sua realização, a esperança de uma alta mais breve pode se tornar realidade.

A desinformação e dúvidas que costumam ter em relação às condutas terapêuticas revelam-se como agravantes do medo e da insegurança vividas por elas, ao mesmo tempo que as mantêm alienadas do tratamento e das decisões que dizem respeito a seus corpos. Ainda em relação ao tratamento recebido na instituição, existem aqueles que o avaliam como bom, mas outros mostram-se céticos quanto a sua eficácia.

O vazio deixado pela separação dos parentes e amigos e a preocupação de não poder cumprir com as responsabilidades perante a família são problemas vivenciados com acentuada ansiedade durante a hospitalização. Contar com a presença dos parentes, neste período, é muito importante, pois ajuda a minimizar a angústia, a solidão e a insegurança. Caso contrário, se a presença não é constante, os internos sentem-se abandonados, carentes de apoio e, por vezes, rejeitados.

As visitas, entretanto, são capazes de provocar nos internos sentimentos ambíguos. Ao mesmo tempo que lhes proporcionam bem-estar, ao se retirarem, deixam tristezas e lhes estimulam o desejo de ir embora. Podem ainda causar, em alguns, constrangimentos e transtornos emocionais, ao demonstrarem surpresa e indignação ao vê-los nas condições em que se encontram.

Entre os pacientes, a coexistência é marcada pela compreensão e solidariedade, mas há quem afirme que, de certos companheiros, não se pode esperar qualquer tipo de ajuda. Na convivência próxima, o corpo do outro é sempre uma referên-

cia para o próprio corpo, comparação que ora traz ansiedade, ora alívio, enquanto revela às pessoas a realidade que vivem ou poderão viver.

Quanto à assistência de enfermagem, as restrições feitas pelos pacientes estão quase sempre voltadas para o relacionamento e atenção a eles dispensados. Alguns chegam a reconhecer o esforço de certos funcionários para ajudá-los nos momentos mais difíceis; já outros queixam-se da impaciência, do não envolvimento e da ausência de diálogo com a equipe, a qual acreditam estar preocupada apenas com a rotina do fazer.

A falta de liberdade, no que tange às limitações do espaço geográfico, e o direito de ação e decisão, são cerceamentos que lhes impedem de viver como seres de possibilidades e autodeterminação. Reportando-se ainda à espacialidade vivida, queixam-se da falta de privacidade para tratar de questões de ordem íntima e para conversar com as pessoas, além da intrusão perturbadora do toque ou olhar daqueles que os examinam ou prestam-lhes cuidados, submetendo-os a uma exposição corporal sem a devida atenção ou sem escrúpulos. A ociosidade vem piorar a situação, trazendo-lhes o sentimento de vazio e dando lugar a pensamentos tristes e pessimistas.

Mesmo incapazes de compreender e incorporar alguns dos novos hábitos do hospital, que para eles são desprovidos de qualquer significação, cumprem-os por mera obrigação.

No conjunto significativo da experiência que vivem, a cor branca, que predomina no mundo circundante, é mencionada como algo que incomoda e aumenta a melancolia do cotidiano na instituição.

Ao chegar a essas proposições, após investigar o fenômeno da hospitalização, enquanto situação presente no mundo-vida da pessoa doente, pude compreender com clareza a diversidade com que a experiência é vivida. Se de um ângulo a internação é concebida como necessária para o "atendimento da doença", de outro, revela-se como deflagradora de uma "doença existencial" para quem a experiencia.

Além do sofrimento advindo das ameaças ao corpo físico, que lhes despertam a consciência para os limites humanos frente à dor e à doença, as pessoas hospitalizadas sofrem por sentirem-se condenadas ao exílio, por terem os seus desejos coibidos, e por estarem subordinadas às normas burocráticas que regem o espaço hospitalar. Apartadas de seu círculo de relações, invadidas em sua intimidade, com restrições no seu direito de ir e vir e nas decisões sobre o seu tratamento, parecem ver-se destituídas de sua individualidade e transformadas em mais um caso a ser tratado pela objetividade da prática que ali se exerce. Agravado pelo convívio com a dor alheia e a impessoalidade que normalmente prevalece no relacionamento com a equipe que as assiste, a hospitalização se desvela como uma experiência difícil de ser suportada, e o hospital, como um lugar que fica a dever como "espaço terapêutico".

Sentem-se impedidas, em sua função ontológica, de "tornar-se", de habitar o espaço que estão vivendo, na medida que não vêem neste nenhuma condição para possibilidades. Não apenas sofrem os reveses inesperados de um comprometimento físico, como não se reconhecem em sua subjetividade ao

relacionarem com os outros e com as coisas do mundo que os rodeia. Assim, o tempo, imbricado no espaço vivido, transcorre lento diante da existência sem motivação e sem significados que a gratifiquem.

As revelações das pessoas hospitalizadas apontam para a necessidade de a instituição ser reestruturada no seu modelo organizacional e, sobretudo, no seu modelo assistencial. Em algumas questões levantadas que estão direta ou indiretamente relacionadas às normas e rotinas de enfermagem e a atuação desta equipe, é que considero necessário ater-me a estes momentos finais de reflexão.

No que concerne às normas e rotinas, as pessoas deixam transparecer a sensação de obrigatoriedade, de pressão e a falta de liberdade que estas lhes causam, não lhes dando o menor poder decisório, nem mesmo sobre as atividades rotineiras do seu dia-a-dia. Insatisfeitas, submetem-se a elas, obedecem, mas nem sempre as compreendem. O que leva a pensar que muitos desses regulamentos criados e mantidos por nós, enfermeiros, não vêm coadunar com a assistência centrada no ser humano, fulcro filosófico que envolve a nossa formação ética e deveria sustentar a nossa prática profissional. Como responsáveis, em parte, pela organização e planejamento do espaço hospitalar, precisamos refletir sobre a real validade dessas normas em se considerando os benefícios que possam trazer àqueles a quem assistimos. É preciso, também, refletir sobre em que vêm elas satisfazendo as necessidades das pessoas hospitalizadas, contribuindo para o bem-estar individual e coletivo das mesmas, e o que é mantido em favor apenas do funcionamento da instituição e da atuação de seus profissionais. Embora não desconhecendo a coerção externa pela manutenção da política de saúde ora vigente nas instituições hospitalares, não podemos nos manter numa postura acrítica e de adesão irrestrita a essa situação, como se nada pudéssemos fazer. Mudanças devem ser pensadas com ênfase na busca de maior comodidade dos internos, e os demais objetivos ligados à funcionalidade das ações profissionais, à disciplina do espaço hospitalar ou quaisquer outros que possam existir, precisam ser revistos, tendo como prioridade resgatar a qualidade da assistência oferecida.

No que se trata da assistência de enfermagem, como se observou, a insatisfação se pauta, essencialmente, nos aspectos afetivos durante o atendimento e a comunicação com a equipe. A competência técnica, quando mencionada, parece associar-se mais à displicência e descaso ao prestar os cuidados do que à própria capacidade para executá-los.

A falta de informações sobre condutas terapêuticas e de oportunidade para conversar sobre coisas de seus interesses com a equipe de enfermagem é dificuldade vivida no cotidiano das pessoas hospitalizadas, que retrata a deficiência de comunicação durante a assistência que lhes é prestada. Deficiência que se mostra, até mesmo, quando algum componente da equipe se dispõe ajudá-las por meio do diálogo.

Pelo que foi verbalizado, as expectativas das pessoas doentes vão além dos cuidados para a cura do corpo orgânico e a manutenção da vida, ampliam-se no desejo de que sejam

tratadas e acolhidas como corpo vivido, que tem uma significação imanente. Procuram, na relação com a equipe de enfermagem, alguém que, pela presentidade, possa ouvi-las, participar de suas vivências e ajudar em suas dúvidas, inseguranças, medos e angústias.

Neste hiato entre o oferecido e o esperado, e onde a comunicação apresenta-se como a principal responsável é que a enfermagem, a meu ver, carece rever a sua assistência. A comunicação deve ser reconhecida como meio de acesso ao paciente como pessoa para planejar-lhe uma assistência individualizada, centrada em suas reais necessidades.

Antes de tudo, é necessário considerar que, para cuidar, é preciso compreender e compartilhar da experiência do outro, o que só se torna possível quando se entra em contato com a sua subjetividade e se decide fazer uso terapêutico de si mesmo, utilizando a própria habilidade, o conhecimento e disponibilidade para comunicar-se e relacionar-se afetivamente com aquele que se vai assistir. Disponibilidade, aqui entendida como querer ouvir, aceitar e dedicar atenção, numa abertura sensível aos interesses do assistido. Intenção expressa por meio da palavra ou da linguagem corporal que, no olhar, no gesto, e na atitude anuncia a decisão de querer estar com o outro, e, no encontro, poder ajudá-lo.

É neste inter-relacionamento humano e na comunicação terapêutica que podemos compreender e convergir as nossas ações na pessoa assistida, assegurando-lhe parte de suas expectativas quanto aos cuidados a serem oferecidos. Adotando uma forma de coexistência que, como acrescenta Stefanelli (3), permite à enfermeira ajudar o paciente a mover-se de sua dependência à independência, de maneira mais saudável possível, tornando-o participante ativo na sua assistência.

Quanto ao direito da pessoa doente de obter informações e esclarecimentos sobre o seu estado geral e a natureza de seu tratamento, é preciso lembrar que, ao deixar de se preocupar com este aspecto, a equipe de saúde expropria do assistido o domínio do próprio corpo. Isso porque, estando ele a par de sua situação, tem possibilidades de avaliar e tomar decisões que lhe dizem respeito, assumindo, assim, a responsabilidade sobre sua enfermidade e seu tratamento. Há de se supor, também, que pode lhe trazer um certo alívio e segurança quando o que espera não lhe é algo totalmente desconhecido.

Querer curar e ajudar a pessoa hospitalizada a refazer-se neste momento de seu existir, é, portanto, adotar uma prática profissional que não leve em conta somente o estado mórbido do corpo, mas a sua dimensão humana. Numa relação que procure ouvir e compreender a sua linguagem, que vise o compartilhar e que preserve, tanto quanto possível, o poder de decisão de cada um, de escolha e de responsabilidade sobre si mesmo, enfim, de poder ser, apesar da doença e da hospitalização. Dessa maneira, para tornar pessoal e solidário, o cuidado não pode tomar como referencial somente as prioridades da doença, nem tampouco ser executado como tarefas cujo cerne é a organização hospitalar. Ele deve se estender à dimensão existencial de cada paciente a ser assistido.

Sob essa perspectiva, vejo a necessidade de se repensar a nossa atuação, envolvimento e compromisso com as pessoas de quem cuidamos. Devemos, como enfermeiros, avaliar as habilidades e as condições de trabalho de nossa equipe para intervir a favor de uma assistência mais humanizada, encontrando e superando os impeditivos que vêm dificultando atendê-las em suas prioridades.

Sabe-se, contudo, que o hospital é uma estrutura complexa e não serão apenas as decisões isoladas de autonomia da enfermeira que irão transformar, como necessário, o tratamento nele oferecido. Mesmo com todo o avanço tecnológico para diagnóstico e terapia, a instituição hospitalar ainda é sustentada por uma política de saúde cujo objetivo visa consertar a "máquina humana". É organizada e materializada para tratar tecnicamente a doença, não vendo como prioritário a habilidade para se relacionar e interpretar o ser humano em sua totalidade, que se define existencialmente.

Pode-se dizer que, ao hospitalizar-se, a pessoa transforma-se verdadeiramente no "doente", o qual a ciência da saúde toma como objeto de seu fazer, e deixa evidente na prática, segundo Ribeiro,<sup>(4)</sup> a sua exacerbada concepção positivista. Papel incorporado e pactuado silenciosamente pela maioria dos internos, talvez pelo medo da dor, da doença e da morte, pois, como se viu nos relatos, sabem que o hospital é o único recurso para obter a cura. Se ainda não podem ser vistos como aliados nas mudanças mais amplas deste contexto, compete a nós, profissionais de saúde conscientes do atual sistema de prestação de serviços e também construtores da instituição hospitalar, encontrar soluções capazes de reverter as tendências contrárias à sua reforma.

Embora não se possa negar a necessidade do tratamento hospitalar para certas pessoas, é preciso pensar e atuar em prol da abertura gradual das casas de saúde, prática quase que inexistente em nosso meio. Uma abertura que procure torná-las menos arbitrárias, que estimule a participação dos internos nas decisões e na organização deste espaço e lhes dêem, entre outros, o direito a licenças temporárias e até mesmo acompanhamento familiar durante o tratamento. Sem querer achar, porém, que uma proposta com tal amplitude poderá ser alcançada a curto prazo, uma vez que, em se tratando deste assunto, são muitos os conflitos e interesses envolvidos. Mas, não se pode desacreditar em sua viabilidade, ela deve estar contida em toda reforma que se busque para melhor qualidade de vida e de assistência à pessoa hospitalizada.

Por outro lado, parece consensual a crença de que a concretização de qualquer projeto está sempre atrelada à descentralização do hospital por meio da expansão dos serviços de diagnósticos e tratamento, para fora de sua estrutura física, e à assistência domiciliar, principalmente para as pessoas com doenças crônicas, que hoje ocupam a maior parte dos leitos. Juntando-se a isto um programa efetivo de prevenção das doenças e dos acidentes dirigido à população, certamente reduziria-se a demanda hospitalar, criando condições favoráveis às reformas pretendidas.

Pelo visto, não são obstáculos intransponíveis, mas de difícil superação, à medida que se aliam ideologias, crise econômica, política pública perversa e cidadãos atônitos. Porém, como as demais, a história do hospital não é uma história acabada. "Ela está sendo feita, como a de tantas outras instituições contemporâneas em crise que precisam andar com a vida".<sup>(4)</sup>

Ao finalizar este estudo, penso ter respondido a minha indagação inicial, mas tenho em conta ser ele apenas uma perspectiva particular, uma versão parcial do vasto mundo simbólico das pessoas que vivem a experiência da hospitalização.

Espero, contudo, em especial para nós enfermeiros, atuantes na assistência e no ensino, que as considerações aqui contidas sirvam de oportunidade para refletirmos sobre a instituição hospitalar, a nossa experiência profissional, a ênfase do nosso fazer, e, principalmente, sobre o significado que estamos atribuindo ao "cuidado em enfermagem". Ainda esperando ainda que continue a perplexidade diante do fenômeno da hospitalização, pois há sempre uma verdade velada se oferecendo todo momento à descoberta, dando chances para que novas perspectivas das realidades vividas pelas pessoas hospitalizadas sejam aclaradas.

#### Summary

*The phenomenon of hospitalization is the subject of this study, in which I undertake the identification of the significance of living in a hospital for the interned persons. In order to understand such experiences, I opted for a qualitative research, in a phenomenological approach, and, according to a modality of this phenomenon, I have analysed the discourse of accident victims interned for over a month in clinical-surgical units of a general hospital. Hospitalization is revealed to be an unchosen situation, difficult to experience, which makes one to live the facticity of a diseased body which has to be treated, sometimes, by invasive procedures. The hospital is described as a space in which*

*coexistence and communication are imbued with new meanings and as a new world devoid of previous, accustomed experiences.*

**Key-words:** Existentialism, Hospitalization

#### Resumen

*El fenómeno de la hospitalización es el tema abordado por este estudio donde busqué identificar el significado de vivir en el hospital para las personas en él internadas. Para comprender tales experiencias opté por la pesquisa cualitativa con abordaje fenomenológico y, siguiendo la modalidad del fenómeno situado, analisé discursos de personas que fueron víctimas de accidentes e internadas hace más de un mes en unidades de clínica-quirúrgica de un hospital general. La hospitalización se revela como una situación no escogida, difícil de ser experienciada, donde se vive la facticidad de un cuerpo enfermo que necesita ser tratado, a veces hasta con procedimientos invasivos. El hospital se describe como un espacio donde la coexistencia y la comunicación tienen nuevos significados y como un mundo circundante ajeno a las experiencias antes vividas.*

**Unitermos:** Existencialismo, Hospitalización.

#### Referências Bibliográficas

- 1 - Giles RT. *Crítica fenomenológica da psicologia experimental em Marleau-Ponty*. Rio de Janeiro: Vozes, 1979:198.
- 2 - Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989: 110
- 3 - Stefanelli MC. *Comunicação com paciente: teoria e ensino*. 2ª ed. São Paulo: Robe, 1993: 200.
- 4 - Ribeiro HP. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993: 135.