

SINGULARIDADE DOS SUJEITOS NA VIVÊNCIA DOS PAPÉIS SOCIAIS ENVOLVIDOS NA HOSPITALIZAÇÃO

*Eliane Corrêa Chaves**
*Cilene Aparecida Costardi Ide**

CHAVES, E. C.; IDE, C. A. C. Singularidade dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 29, n. 2, p. 173-79, ago. 1995.

O estudo apresenta uma análise das emoções, dos sentimentos e dos comportamentos que resultaram da relação enfermeira-paciente-familiar durante um processo de hospitalização e de suas conseqüências para cada um dos grupos envolvidos.

UNITERMOS: Hospitalização. Papéis sociais.

Muito do que tem sido estudado a respeito da vivência da hospitalização tem convergido para a análise do sofrimento do doente decorrente da crise orgânica, das ameaças, dos medos, da sensação de vulnerabilidade diante da impossibilidade de controle sobre seu corpo, sua vontade e seu destino. Outra vertente de análise tem apontado para as conseqüências do processo de hospitalização propriamente dito, ou seja, do modo como os rituais, as imposições, as regras, o controle sobre o comportamento dos doentes submetidos à rígida estrutura hospitalar agride o seu psiquismo, intensificando o sofrimento inerente ao desequilíbrio orgânico inicial.

A convergência dessas duas vertentes associadas ao fato de que a internação implica em ruptura brusca e radical com seu cotidiano, resulta em mais uma possibilidade de análise da questão, agora relacionada especificamente com a desestruturação, ou até mesmo supressão dos antigos papéis sociais desempenhados pelo doente e a assunção de novos processos. Esse processo pode ser visto, em última instância, como uma descaracterização dos vínculos sociais e afetivos vigentes, o que implicará na melhor das hipóteses em sofrimento psíquico e em crise de identidade.

*Professores-Doutores do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Os desdobramentos que ocorrem a partir de então permeiam, com maior ou menor intensidade, as concepções e as emoções do doente, modificando suas relações interpessoais no interior dos diferentes grupos sociais a que pertence além de alterar suas relações consigo mesmo, resultando em abalo da auto-estima e da auto-concepção de uma forma geral.

De qualquer modo quando se analisa o processo de hospitalização, mesmo que o enfoque seja o doente, corre-se o risco de distorcer a análise caso não se considere o interjogo que se configura no decorrer da hospitalização a partir da confluência dos papéis que aí estão envolvidos.

Em outras palavras, mesmo que, em tese, a meta central de uma internação seja o atendimento ao doente, sob a ótica dos papéis sociais, os objetivos dos sujeitos nem sempre são completamente coincidentes. É possível afirmar, inclusive, que o processo de hospitalização constitui-se numa vivência de significados diferentes, em alguns aspectos, inclusive opostos, para os sujeitos que dele participam. Essas diferenças de significados possibilitam o surgimento de concepções e atitudes distintas diante da mesma situação, o que poderá implicar em equívocos de julgamento em relação ao outro, gerando impossibilidade de empatia, insatisfações, inseguranças, isolamento e até mesmo tendências paranóides.

Centrando nossa análise unicamente no "papel do paciente" e no "papel do enfermeiro" temos que, para o primeiro, a hospitalização constitui-se num momento peculiar de descontinuidade no trajeto dos diferentes papéis que desempenha na vida e dos projetos que estabeleceu para si. É um estado de ruptura com a essência singular do sujeito, onde a imposição e a coerção estão presentes desde a opção pela internação, até o momento da alta.

No que se refere ao enfermeiro, o significado da hospitalização é exatamente oposto, isto é, não há ruptura e sim continuidade do seu projeto de vida profissional. Não altera os papéis sociais que desempenha, ao contrário, os reforça na medida em que afirma sua identidade profissional e seus desdobramentos.

Para o paciente a internação frequentemente é vista e sentida como algo transitório; um mal necessário que permitirá seu retorno a um estado de saúde compatível com sua vida cotidiana. Na busca desse objetivo submete-se a sofrimentos de diversas naturezas, e para suportá-los, lança mão de mecanismos de defesa característicos de pessoas ameaçadas mas ao mesmo tempo subjulgadas e impotentes diante do agente ameaçador.

Para a enfermeira, o processo de internação pode ser sentido como um momento de ameaça ao seu cotidiano já conhecido e, de certa forma, controlado. A cada nova internação a enfermeira se vê diante de novas demandas trazidas pelas características de personalidade do doente, dos familiares e pela exigência técnica da própria doença as quais, muitas vezes, não se sente

apta a atender. Diante dessa situação, a enfermeira também utilizará mecanismos de defesa os quais, no entanto, serão distintos daqueles utilizados pelos pacientes pois, embora em ambos os casos os sujeitos percebem o perigo, no caso específico da enfermeira ela identifica possibilidades de neutralizá-lo.

Surge, portanto, mais um objetivo a ser alcançado no decorrer da hospitalização, ou seja: mobilizar recursos internos para enfrentar as ameaças identificadas. Este segundo objetivo, a princípio, não caracteriza-se como obstáculo para a consecução do primeiro, no entanto, pode dificultá-lo consideravelmente na medida em que o substrato psíquico dos sujeitos envolvidos não constitui-se em um suporte eficaz para a avaliação e para o enfrentamento de situações ameaçadoras. Nesse caso, o sujeito pode inverter as prioridades dos objetivos e agir, mesmo que inconscientemente, muito mais no sentido de neutralizar os riscos identificados e diminuir sua própria ansiedade do que atender as necessidades do doente.

No decorrer de três anos consecutivos, alunas da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP desenvolveram três trabalhos diferentes que tiveram o objetivo de investigar consecutivamente a vivência da hospitalização sob a ótica do paciente⁴ da família² e da enfermeira³. Embora os dados tenham sido colhidos em épocas distintas, os grupos pesquisados pertenciam ao mesmo universo organizacional. A metodologia utilizada também foi semelhante em todos eles e baseou-se na análise do conteúdo dos discursos dos componentes dos grupos em questão, buscando possibilitar a expressão da livre associação de idéias. Por meio dos conteúdos obtidos nos três trabalhos foi possível identificar categorias de análise que representavam o produto da relação simbólico-cognitivo-afetiva que as pessoas entrevistadas estabeleciam entre si e seus papéis.

O trabalho aqui apresentado constitui-se na confluência do conteúdo obtido a partir dos três grupos estudados anteriormente e tem por objetivo analisar o interjogo que se configura a partir da convivência de grupos com papéis sociais diferentes diante de uma situação basicamente comum, além de reconhecer o movimento cognitivo e afetivo que apresentam para superar ou conviver com situações adversas.

Os discursos obtidos permitiram o delineamento de concepções, percepções e reações apresentadas pelos sujeitos analisados. Entre os pacientes foi significativa a atitude passiva e aparentemente resignada em relação ao poder, no que diz respeito ao erro, a negligência, a desinformação, a impessoalidade, a desatenção e ao desafeto nas relações. Os pacientes demonstraram tendência a estabelecer uma relação até certo ponto paradoxal com o poder, na qual se evidencia o reconhecimento da perda de autonomia sobre si e sobre a situação vivenciada. O comportamento submisso foi o mais freqüente, manifestou-se explicitamente e foi reforçado pela tendência à

fragilização e à infantilização que a própria doença desencadeia. Subjacente a ele foi possível perceber, embora de forma velada, comportamentos relacionados à rejeição, antipatia e até mesmo desprezo pela autoridade, manifestas por meio de mecanismos elementares de burla das regras, seja por atitudes pessoais travestidas de ingenuidade ou desinformação, seja pela utilização de argumentos de persuasão a terceiros.

O sofrimento físico decorrente da doença, (vivido concretamente ou por meio de pensamentos fantasiosos), somado ao sofrimento psíquico resultante de doença e do próprio processo de hospitalização conduziram alguns pacientes a pensamentos persecutórios e manifestações paranóides que intensificaram seu sofrimento. Constituiu-se, a partir de então, um círculo vicioso que os pacientes demonstraram grande dificuldade de romper sem ajuda.

O papel da família, neste cenário pareceu apresentar características variáveis que, ora demonstraram maior aderência à realidade do doente, ora aproximaram-se dos representantes do poder institucional. Os familiares, na maioria das vezes, compartilharam do sofrimento do doente e em muitas situações sofreram com ele, no entanto, por não estarem submetidos à internação, por não vivenciarem a coerção, a infantilização e a agressão psicológica inerentes ao fato de estar submetido a uma instituição total, não identificaram como tal os mecanismos de defesa que o doente utilizou. Não reconheceram a necessidade do paciente defender-se, até porque, segundo suas crenças, "aqui, tudo é feito para seu bem, é necessário para sua recuperação". Diante disso, os comportamentos defensivos dos pacientes foram, muitas vezes, interpretados como "manha", medo, teimosia e a partir dessa interpretação, os familiares tenderam a agir segundo os padrões ditados pelos sujeitos da instituição, ou seja, omitiram informações aos doentes, minimizaram os riscos a que foram expostos, usaram os mais variados métodos de persuasão para que o paciente não colocasse obstáculos ao tratamento.

Em outros momentos, em nome do vínculo afetivo que os unia aos doentes tentaram minimizar o seu sofrimento através da atenção aos seus apelos. Nesse momento, geralmente, lançaram mão da sedução, do suborno e da burla para atenuar a força do poder institucional e satisfazer algumas demandas do paciente.

Este jogo de forças de interesses a que o familiar foi submetido, mostrou-se penoso e bastante perverso, uma vez que, na grande maioria das vezes, o familiar agiu de acordo com o critério e com os interesses de outros, o que resultou em dúvidas, conflitos, incertezas e culpas.

As enfermeiras, por outro lado, vivenciaram a hospitalização sobre uma ótica bastante peculiar e distinta da que vimos até agora, pois estavam expostas a ameaças específicas, inerentes à estrutura organizacional e ao processo de trabalho a que estão submetidas.

A ansiedade que daí resultou demandou portanto meios específicos de controle.

Segundo BORZOI (1992), a repercussão do trabalho da enfermeira sobre sua saúde mental, pode determinar comportamentos que considerou indicativos de sofrimento psíquico. Ainda segundo a autora, um dos principais motivos para esse sofrimento seria o sentimento persecutório gerado pela imprevisibilidade das conseqüências do seu trabalho, para si e para o doente, em virtude de estarem à mercê da administração do hospital; pela impossibilidade de assegurar a recuperação do paciente e pela subordinação do seu trabalho ao poder médico. O comportamento defensivo diante disto manifesta-se pelo uso demasiado da vigilância dirigida aos fatos, aos sujeitos e as coisas que compõem seu cotidiano de trabalho, com o objetivo de evitar a perda de controle, a culpa e a punição. Diante deste cenário, situações novas podem significar ameaças, na medida em que envolve sujeitos e fatos desconhecidos a princípio, e portanto fora de controle.

A análise do processo de hospitalização deste estudo desvendou dois significados básicos para as enfermeiras. Um deles vinculado ao início da internação, ou seja, ao momento de introdução do doente na instituição. O outro relacionou-se a fases posteriores a essa, na qual deu-se o desvendamento do doente como pessoa e a aceitação, por parte deste, das regras, normas e rotinas do hospital. Esta fase corresponderia à transformação do doente em paciente.

Na primeira fase do processo de internação foi possível perceber um grande interesse da enfermeira em aproximar-se do doente, em colher informações relativas a seus hábitos, suas dificuldades, etc... Muitas vezes, para obter essas informações solicitaram inclusive a ajuda da família. A partir de então seguiu-se a fase de orientações relativas à clínica, na qual o doentes tomaram conhecimento do modo como deveriam agir para se manterem consonantes com a dinâmica institucional. Até esse momento, por ter havido a presença física marcante da enfermeira diante de uma situação que o doente não qualificara como muito importante, pois não existiam demanda relacionada ao agravamento de seu estado de saúde, eles foram induzidos a supor que no momento "realmente necessário" para ele, a disponibilidade e interesse da enfermeira seriam ainda maiores. Nessa fase sentiram-se seguros e agradecidos e, geralmente, demonstraram enfaticamente seus sentimentos. As enfermeiras, por sua vez, demonstraram acreditar sinceramente, que os dados que colheram dos doentes seriam necessários para qualificar a assistência a ser prestada. Demonstraram ainda, satisfação com a amabilidade do doente, uma vez que perceberam, nessa atitude, a possibilidade de reconhecimento de seu trabalho. Pudemos perceber portanto, que, nessa fase estabeleceu-se um contrato velado, no qual a enfermeira comprometeu-se

com o doente a manter a dedicação e o interesse demonstrados até esse momento e o doente comprometeu-se com a enfermeira em demonstrar seu reconhecimento.

Na segunda fase do processo de internação, no entanto, foi possível perceber, de uma forma abrupta e quase absoluta, a quebra desse "contrato inicial". A enfermeira, por ter controlado a ansiedade gerada pela ameaça do "novo" passou a atender o doente com base nas demandas físicas que ela ou a equipe médica julgaram prioritárias, o que em vários casos significou a um afastamento físico ou pelo menos afetivo do doente. Os pacientes por sua vez, por sentirem-se inseguros e abandonados e, muitas vezes, por não se sentirem dispostos fisicamente não conseguiram manter a gentileza que demonstram inicialmente. Em alguns momentos inclusive, relacionaram-se friamente com a enfermeira e muitas vezes, mesmo que de maneira velada, esboçaram comentários que denotaram insatisfação com a assistência que estavam recebendo e seu descrédito em relação à competência profissional da enfermeira.

Portanto, por motivos diversos e distintos, tanto o paciente idealizou a assistência que iria receber, como a enfermeira idealizou a assistência que poderia prestar. O contrato simbólico que se estabeleceu nos primeiros contatos induziu o paciente a acreditar que seria único e especial para a enfermeira e que todas as suas necessidades seriam atendidas. Ao mesmo tempo, induziu a enfermeira a agir como se tivesse possibilidade de corresponder aos anseios do doente. Ambos basearam suas atitudes na absoluta impotência do doente e na onipotência da enfermeira.

No decorrer da internação a realidade se sobrepôs a essa idealização: no entanto, como este contrato simbólico teve em sua base demandas afetivas e subjetivas, a reação à sua quebra não poderia ser produto da esfera da razão e por isso, tende a ser vivida, como foi, por ambos os sujeitos, como cisão, traição. Por resultarem da mobilização de afetos e moções, as respostas comportamentais tendem a ser muito mais defensivas do que resolutivas.

Ambos os sujeitos sentir-se-ão traídos, injustiçados e abandonados, o que provavelmente implicará em maior sofrimento e exacerbação dos comportamentos defensivos. Para o doente, isso implicará numa dolorosa experiência mas que, após a internação, tende a perder-se na sua memória à medida que ele recupera seu cotidiano e seus papéis sociais. Para a enfermeira, as implicações serão muito mais sérias à medida que esses comportamentos defensivos caracterizam seu cotidiano de trabalho e por tenderem à tergiversação de um círculo vicioso hostil, e conseqüente sofrimento psíquico que pode, inclusive, culminar em somatizações.

CHAVES, E.C.; IDE, C.A.C. Social roles and hospitalization. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.29, n.2, p.173-79, aug. 1995.

The research brings a emotions, behaviors and feelings analysis of the nurses, patients and parents relationship that occurs during the hospitalization, and shows the consequence of this for all involved persons.

UNITERMOS: Hospitalization. Social role.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORZOI, I.C.F. Saúde mental e trabalho: um estudo de caso da enfermagem. São Paulo, 1992. 97 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica.
2. CAMARGO, R.B. et al. A resposta dos familiares frente ao processo de hospitalização. São Paulo, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1991. /mimeografado/.
3. ELIAS, N. et al. A vivência do processo de hospitalização sob o prisma do enfermeiro, São Paulo, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1992. /mimeografado/.
4. MAZZOTTI, M.R. et al. O processo de hospitalização sob a ótica do docente, São Paulo, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1993. /mimeografado/.