

## **A RELAÇÃO DE LUGAR COM O HOSPITAL: a significação do espaço do tratamento médico**

**Clarissa de Souza Marafigo**

Universidade Federal do Amazonas

[claramarafigo@bol.com.br](mailto:claramarafigo@bol.com.br)

---

### **RESUMO**

A pesquisa busca compreender as relações das pessoas enfermas com o meio hospitalar, envolto do comportamento, sentimentos e idéias a respeito do seu lugar em sociedade. Também procura identificar as modificações socioculturais que o ambiente hospitalar, no caso as unidades de saúde que tratam pacientes crônicos com doenças do sangue, interfere no espaço vivido pelos doentes em suas casas. Como procedimentos metodológicos utilizamos: definição dos conceitos referentes à saúde, cotidiano e lugar, através do levantamento bibliográfico; o desenvolvimento de pesquisa qualitativa com entrevistas abertas, a partir de um roteiro preestabelecido, e o uso de princípios etnográficos. Através dos relatos dos pacientes percebemos que as relações com o hospital esta além de tomar medicação, mas as atividades desenvolvidas neste local os levam a gerar vínculos, por meio da humanização do atendimento clínico de toda equipe multiprofissional, garantindo aos pacientes, segurança no diagnóstico, qualidade no tratamento e acima de tudo a valorização dos aspectos sociais e psicológicos. Nos momentos de internação hospitalar, com media de quinze dias, paciente e acompanhante adentram a um novo mundo, com rotinas pouco familiares e hábitos até então desconhecidos, onde a hospitalização provoca profundas alterações na vida destes, gerando novos o modo de viver. Os pacientes veem a vida cotidiana no hospital como um amparo de um futuro incerto, o medo de não responder ao tratamento, a aparência física debilitada, faz muitos pacientes preferirem estar na instituição do que em suas casas, pois se sentem protegidos, já que se algo vier a acontecer, há alguém presente que irá ajudar, É nesta ultima corrente que ressalta-se a relação entre o espaço e o tempo na construção do lugar em uma área que foi apropriada afetivamente, o que por sua vez implica na relação do tempo de significação deste espaço em lugar.

**Palavras-chave – cotidiano; lugar; saúde.**

### **ABSTRACT**

The research seeks to understand the relationships of people sick with the hospital environment, wrapped in behavior, feelings and ideas about their place in society. It also seeks to identify the sociocultural changes that the hospital environment, where health facilities that treat patients with chronic blood disorders, interferes in space experienced by patients in their homes. The methodological procedures used: definition of concepts relating to health, daily life and place, through bibliographic research; the development of qualitative research interviews with open, from a predetermined script, and the use of ethnographic principles. Through the reports of patients realized that relations with this hospital besides taking medication, but the activities on this site lead them to generate linkages through the humanization of clinical care across multidisciplinary team, ensuring patients safety in the diagnosis, quality of care and above all to promote the social and psychological aspects. In times of hospitalization, with an average of fifteen days, the patient and companion step into a new world with unfamiliar routines and habits hitherto unknown where hospitalization causes profound changes in their life, creating new ways to live. Patients see everyday life in hospital as a shelter of an uncertain future, fear of not responding to treatment, poor physical appearance, makes many patients prefer to be in the institution than in their homes, because they feel protected, since it something were to happen, there's one gift that will help, is this last stream that emphasizes the relationship between space and time in the construction of place in an area that was appropriate affectively, which in turn implies the relation of time significance of this space instead.

**Keywords – everyday; place; health.**

## UM CAMINHO DE ABERTURA DE IDEIA

A partir da descoberta do diagnóstico começa-se a percorrer o caminho de um tratamento doloroso, prolongado, que deixa marcas no paciente e em sua família, que em muitos casos são levados a se afastar do convívio social, ocasionando a quebra das relações sociais, e gerando uma relação cultural de lugar com a instituição de saúde.

O enfoque deste estudo é a construção do indivíduo cultural e social ligados aos distúrbios da saúde. O interesse pelo estudo brotou da experiência de trabalho numa unidade de referência para tratamento de doenças hematológicas, vivenciada no Departamento de Atendimento a Paciente, que possui uma demanda de doentes crônicos. Foi observado com o decorrer das atividades, que muitos usuários desta instituição começaram a passar por rompimentos e reconstruções de modos de vida, mediante a vivência no hospital.

O estudo tem como propósito conhecer a realidade cultural e social dos pacientes, fazendo-se necessária uma pesquisa em torno da compreensão de sua vida antes do início do tratamento, em relação ao seu cotidiano atualmente, de modo a possibilitar uma análise dos rebatimentos do tratamento prolongado sobre a vida destes e de seus familiares, em que as maiores preocupações são as mudanças e rupturas no cotidiano com relação de lugar entre hospital e casa, visto que o tratamento varia conforme a doença, mas por serem crônicas, ressalta-se que o usuário deva comparecer periodicamente para avaliação clínica, ou semanalmente em casos de complicações biológicas.

O que se pretende destacar neste trabalho é que no tratamento de doenças crônicas, os pacientes que vivem diariamente nas unidades de saúde, acabam por transferir suas realidades culturais e sociais de sua casa para dentro do hospital, ou inversamente, de forma que estas condições não se tornem empecilhos no decorrer do tratamento, mas sim, se tornem fatores de qualidade de vida, acreditando na existência de uma cultura hospitalar, com valores, costumes e saberes de uma coletividade específica.

Para realização deste projeto a de se usar como método de investigação o materialismo histórico e dialético de Marx e Friedrich Engels “pode ser entendido como um método de interpretação da realidade” (GIL, 1999 apud MARX E ENGELS, p. 47). A dialética busca fornecer bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc.

Foi realizada a pesquisa exploratória para a contextualização dos objetivos propostos, através do levantamento bibliográfico a respeito do material já publicado, constituído principalmente por livros, artigos de periódicos e Legislações acerca do tema, que abrangerá as seguintes categorias elencadas para realização deste estudo: saúde, cotidiano e lugar.

A modalidade da pesquisa é a quantitativa e qualitativa. Na primeira foi realizado um mapeamento do número de pacientes em tratamento para doenças crônicas, classificando em grupos conforme seus diagnósticos.

Em seguida, foi realizado um levantamento do número de pacientes de acordo com a demanda de seus atendimentos clínicos, seja a frequência nos setores de fisioterapia, odontologia, psicologia dentre outros, no qual é pertinente este conhecimento, pois o local de maior atendimento indica quais são as maiores limitações encontradas pelos pacientes.

Tendo como instrumento para a coleta dos dados, as entrevistas abertas, a partir de um roteiro preestabelecido, aplicado a uma amostra de 06 pacientes crônicos, com doenças no sangue.

Expliquei que as questões que orientavam a pesquisa diziam respeito à discussão das relações de Saúde, Cotidiano e Lugar; adiantei também que muito provavelmente eu faria uma pesquisa etnográfica, na qual participaria da rotina do hospital, conversando com pacientes, profissionais e acompanhantes. Salientei que a instituição não seria identificada na pesquisa, uma vez que a mesma é um órgão público e segue determinadas normatizações para pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nos setores da própria instituição de saúde, no período de janeiro a março de 2013, bem como visitas em domicílios, considerando suas experiências oriundas da convivência hospitalar.

Para se entender o trabalho etnográfico, a fonte oral foi utilizada como método capaz de abranger o sentido do ser doente ou saudável, reconstruindo a lógica das representações produzidas e socializadas durante a construção do campo.

Com base na análise dos dados coletados, foi possível contextualizar as definições de doenças, cotidiano e lugar, enfatizando o entendimento dos entrevistados sobre o título do trabalho. Também é abordada a relação que as experiências vividas no hospital, trazem para o seu modo de viver, além de perceber se há uma relação de lugar com o hospital.

Na sociedade moderna, o papel da cultura popular, seus significantes e significados, somatizam-se os elementos de crenças e costumes de vários grupos, acompanhados da mídia e de uma variedade de informações responsáveis por interpretações discursivas dos médicos dedicados à causa. Uma vez que cada sociedade assimila as encenações do corpo e da doença de maneira peculiar, considerando os aspectos sócio- culturais da população atendida, monitorada por saberes multidisciplinares.

## **A RELAÇÃO SAÚDE E DOENÇA**

Hoje em dia, é adotada a ampliação do conceito de saúde que vai além da determinação formada pela medicina tradicional de enfermidade física ou emocional. Para tanto, a saúde defendida pela Organização Mundial de Saúde – OMS abrange vários elementos que orientam o pleno bem-estar do corpo e da mente até as questões sociais, visto os determinantes e condicionantes que compõem o bem-estar, tais como: alimentação, nutrição, habitação, saneamento, justiça social, trabalho, ecossistema, renda e educação.

Envolvendo todos estes determinantes da saúde, podemos dizer que a experiência que o ser humano tem com a doença é uma das que mais mobiliza seu ser, principalmente quando a doença é considerada grave ou incurável. Uma vez que, tornar-se paciente implica na não aceitação do diagnóstico e, conseqüentemente do tratamento, seja ele de curta ou longa permanência.

Aliás, de acordo com Gauderer (1995), o termo paciente é originário de um indivíduo enfermo que esperava pacientemente pela sua recuperação. O paciente com seu mal estar: físico, psicológico, social ou espiritual era atendido pelo curandeiro, pajé, sacerdote e, posteriormente, pelo profissional de saúde que lhe recomendava paciência. Como decorrer dos tempos, os ritos culturais deram lugar à medicina, e a paciência cedeu lugar à participação ativa do paciente no conhecimento de sua doença.

Conforme o relato de SFS, 44 anos:

“somos conhecedores da doença, mas o mal estar que se sente não se limita à má condição clínica, mas também quando vamos à procura de médico, os postos de saúde sofrem com a falta de materiais e remédios, e ainda tem que enfrentar o sistema para conseguir uma vaga de encaminhamento para médico especialista... daí a doença vai piorando”. ( SFS, 44 anos)

Desta maneira, conforme explica a Constituição Federal de 88, todo cidadão desde o seu nascimento tem o direito aos serviços de saúde pública gratuitamente, o que é confirmado pela Lei 8.080/90, que diz dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, que devem ser entendidos como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, apesar de ainda faltar recursos e ações para que possa atender com qualidade toda a sociedade.

De acordo com a Cartilha do SUS (2006), o SUS deve oferecer serviços de acordo com as patologias de cada doente. O início do tratamento deve ser nas Unidades básicas de Saúde

para investigação da queixa do mal estar, posteriormente para as unidades de urgência em casos graves que precisem de atendimentos rápidos, até atingir às instituições de referências que dispõem de uma equipe multiprofissional para atender aos casos mais complicados relacionados às áreas de cardiologia, neurologia, hematologia, dentre outras especialidades.

A lei 8.080/90 ilustra que o sujeito portador de uma enfermidade tem o direito de ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo combinados e voltados para o funcionamento do atendimento integral do ser humano.

## **A CONSTRUÇÃO DE VIDAS NO HOSPITAL**

Para tanto compreender a vida dos pacientes de doenças crônicas demanda uma relação direta com os pacientes, acompanhantes e familiares. Para Lakatos e Marconi (1999), o conhecimento do quadro social e econômico dos sujeitos de uma pesquisa envolve questões de divisões gerais, como: sexo, idade, estado civil, naturalidade, situação ocupacional, moradia, podendo-se obter informações mais detalhadas de qual o tipo de moradia, quantas pessoas moram na residência, destes moradores quantos que trabalham, quanto é a remuneração familiar, neste salário está incluso algum benefício, etc.

No caso, buscamos entender quem são esses pacientes, como trabalham, de que forma o tratamento modifica o dia-a-dia na família, quem são as pessoas que dão suporte no tratamento, haja vista que são fatores que podem influenciar a qualidade do tratamento. Assim reside nessa questão a importância de se conhecer as possíveis mudanças que o tratamento prolongado acarreta nas relações sociais e culturais do paciente e sua família.

Do ponto de vista de Netto e Carvalho (1996), o cotidiano é a vida das mesmas atitudes, dos mesmos afazeres, é uma rotina que se segue todos os dias, consistindo em gestos mecânicos, sendo raro os sujeitos que conseguem viver fora desses costumes, mas ressaltam que o cotidiano se insere em todas as esferas da vida dos sujeitos e que não há vida humana sem cotidiano.

Martins (2000) salienta que a vida cotidiana é um refúgio para um futuro improvável e que todo homem que tem necessidades extremas pode ser capaz de fazer a transformação da vida, portanto estes sujeitos não a fazem como querem, mas do jeito que as circunstâncias se apresentam no dia-a-dia, impondo deveres, costumes e tarefas a serem seguidos.

A transformação da vida afeta a estrutura e modifica o curso da história, sendo que diversos fatores podem originar as mudanças. No caso das doenças crônicas do sangue é um fator biológico que pode ocasionar o desequilíbrio da família na sociedade, alterando a organização do trabalho e, conseqüentemente, a estrutura econômica e o modo de viver.

Os rompimentos, e o medo do novo, são os primeiros conflitos que o paciente e seus familiares vão enfrentar em que perderão a vida normal e serão obrigados a viver o cotidiano do tratamento, o dia-a-dia de exames, consultas, medicações, procedimentos cirúrgicos e intervenções da equipe multidisciplinar, dentre outros.

De acordo com Vasconcelos (2006), conviver com a doença e o tratamento implica, necessariamente, a vivência com os profissionais de saúde da instituição de tratamento envolvidos nesta tarefa. Para os pacientes, é fundamental e necessário um bom vínculo com esses profissionais. E este vínculo é experienciado positivamente quando as necessidades de acolhimento, de comunicação e de confiança são satisfeitas.

Por meio dos relatos dos pacientes percebemos que as relações com a unidade de saúde esta além de somente tomar medicação, mas as atividades desenvolvidas neste local os levam a gerar vínculos, quando percebemos que: “as enfermeiras conhecem agente, sabem da nossa história, quando chegamos aqui conversamos muito, eu tenho o telefone dela, tô no facebook dela, acho que somos amigas” (CPS., 38).

A melhoria do relacionamento entre instituição de tratamento e paciente não depende apenas de métodos específicos, mas da humanização do trabalho de toda equipe

multiprofissional, garantindo aos pacientes, segurança no diagnóstico, qualidade no tratamento e acima de tudo a valorização dos aspectos sociais e psicológicos.

Chegando ao mais próximo do cotidiano do paciente antes do diagnóstico da doença, ou para algumas doenças que são hereditárias, e que com o decorrer de suas vidas começam a apresentar complicações biológicas, podemos relatar que uma importante alteração que a convivência com a doença impõe é aquela que atinge as formas de ocupação, incidindo na descontinuidade dos afazeres domésticos de rotina e interrupção da vida profissional. Em muitos casos, estas atividades não poderão ser realizadas da maneira e frequência a que estava acontecendo, e isto repercute na autonomia da pessoa.

As modificações no cotidiano podem ocorrer tanto no sentido de afastamento do convívio do lar, da família, dos amigos, do lazer, da escola e das diversas atividades realizadas no dia a dia, quanto em relação aos sentimentos do paciente.

Percebemos que nos momentos de internação hospitalar, em que o paciente chega a ficar em torno de quinze a trinta dias sob medicação, o paciente e acompanhante adentram a um novo mundo, cheio de máquinas estranhas, rotinas pouco familiares e hábitos até então desconhecidos, a hospitalização provoca profundas alterações na vida do paciente, haja vista que inicia-se um novo ciclo de cuidados, gerando novos costumes no modo de viver.

“Da última vez que me internei, e fiquei por um bom tempo aqui, acho que era uns vinte dias, parei de tomar alguns coisas, a minha família, desde a muito tempo, nós tomamos chá para ficar bom, mas desta vez não ajudou muito, piorei muito, foi quando cheguei aqui e descobri que estava fazendo mal, então parei... Em casa, digo para minhas irmãs que podem tomar o chá se for algum pequeno mal estar, mas se continuar a sentir dores, devem logo ir ao médico para fazer exames, ... temos muitos costumes herdados de nossos avós, como ir na benzedeira, tomar chá, passar o sumo da folha na ferida, amarrar um saquinho verde na cintura ... Fazemos muitas coisas, que hoje não faço mais... O que tenho de vivência do hospital para casa, é mais na limpeza, tiramos os tapetes e cortinas dos quartos e sala, no banheiro usamos uma solução caseira com bicarbonato, para matar as bactérias, estou com uma mania de que qualquer descuido posso pegar uma infecção e voltar a internar, também não saio mais muito, várias pessoas podem levar a minha imunidade a cair... (IJL, 58 anos).

Há de se ressaltar que esse conjunto de alterações não se restringe só ao paciente, mas se estende aos seus familiares, principalmente àquele que se responsabiliza pelo acompanhamento do tratamento, sendo que o familiar também necessita se adequar a esta nova rotina, com a introdução de horários e esquemas de novos hábitos de viver, quase sempre muito diferentes dos habituais, em que as normas de condutas do início do tratamento são impostas independentemente da vontade dos pacientes.

Para os sujeitos da pesquisa, uma das principais mudanças diz respeito a questões do trabalho, já que as exigências impostas ao tratamento, como os exames, consultas, acompanhamento ambulatorial sistemático, fisioterapia e medicação, tomam grande parte do tempo, além das próprias limitações orgânicas que se apresentam como dificultadoras da atividade laborativa, em que muitos destes adquirem seqüelas físicas motoras.

Conforme o relato dos sujeitos é de se observar que outro ponto de destaque está relacionado à transferência de responsabilidades ou de papéis, a mãe, no âmbito familiar, sendo que, em alguns casos, responsável por acompanhar o tratamento do paciente, acaba por repassar ao pai o dever de gerenciar a casa. Quanto a isso a responsável por um dos pacientes afirma que: “o pai dele é que cuida dos outros filhos, agora tem que trabalhar, arrumar a casa e fazer comida e eu acompanho o tratamento, só são nós dois, cada um faz o que pode temos que dividir as obrigações” (NSR, 25 anos).

Outro aspecto que se faz relevante é o fato do paciente permanecer demasiadamente na instituição, em função das várias requisições do próprio processo de tratamento. Apesar do longo

período, os pacientes vêm a vida cotidiana dentro da instituição como um amparo de um futuro incerto, o medo de não responder ao tratamento, a aparência física debilitada e a proximidade da morte, faz com que muitos pacientes prefiram estar internados ou diariamente na instituição do que estar em suas casas, pois se sentem protegidos, já que se algo vier a acontecer, há alguém presente que irá ajudar, e ainda podem contar com o apoio de pessoas que estão na mesma situação, como se explicita na fala de um responsável de paciente, menor de idade: “aqui somos família, compartilhamos as mesmas angústias e dores, mas podemos contar com os funcionários que estão a postos e isso nos faz confiar e querer estar em tratamento” (RCS, 27).

## **A AFETIVIDADE COM O LUGAR DO HOSPITAL**

A formação do hospital esta envolto de uma analogia de exterioridade e proximidades e distâncias, de afastamento e integração, que podem ser identificados em um estudo geográfico abordando a divisão de espaços no interior do hospital.

Antunes (1989) esclarece o desenvolvimento do hospital, por meio da:

A lógica médica que ordena o ambiente hospitalar impõe uma série de barreiras e acessos diferenciais, dirigindo o fluxo de todos que ali adentram. Alguns preceitos da divisão funcional dos blocos e andares que compõem um hospital são transparentes e, pode-se mesmo dizer, louváveis. Tentam, por exemplo, afastar ao máximo os locais como as salas cirúrgicas e os berçários, onde a susceptibilidade a infecções é mais acentuada, das seções que assistem aos portadores de moléstias contagiosas. Em outros casos, no entanto, o mesmo não poderia ser dito. Os subterfúgios empregados para ocultar a trajetória que precisam fazer os mortos percorrer, e a preocupação em dispor as salas de velório em locais de acesso separado, são exemplos de como as razões médicas podem reforçar os estigmas sociais.

Enfatiza ainda o autor acima citado, que o hospital é então, uma das bordas da cidade, onde a vida social entra em regime de suspensão. Lugar da dor, das ausências, lugar da restrição de possibilidades, em que tais lugares se evidenciam os limites físicos da existência humana. A fronteira da intimidade recua para dentro da própria pele, deixando-a desprotegida, onde já não se é senhor de seu próprio corpo. A existência de hospitais é duplamente triste. Por um lado eles presenciam condições desprivilegiadas de vida e a morte, e por outro, atestam a insensibilidade de uma forma de vida em comum que para manter-se necessitou erradicar os desafortunados.

De tal modo, as diversas formas de viver as experiências nas unidades de saúde permitem tecer hipóteses sobre o atendimento hospitalar, tratando-se da questão de lugar e cultura em uma reflexão sobre as relações de construção de novas redes multiculturais de relacionamentos e também na discussão das linhas mestras abordados sob o olhar da Geografia Humanista-Cultural.

O conjunto espacial de lugar na Geografia cultural/humanista passa a ser empregado como o fundamento essencial das interpretações geográficas a partir da década de 1970, por meio dos trabalhos de Y-Fu Tuan e Edward Relph. Episódio que materializou uma identidade própria da Geografia Humanista que tanto se buscou em décadas passadas, onde esta discussão só foi possível graças ao aporte filosófico de embasamento da fenomenologia.

Como conceito de lugar, Tuan afirma (1980 apud Holzer (1992):

O espaço, diz Tuan, é orientado e estruturado a partir do corpo humano. Como os fenomenologistas e os antropólogos observaram, estas relações primitivas têm o corpo como um sistema de funções que podem servir de

instrumento para a escolha consciente e o direcionamento de intenções  
para um determinado campo

Se acrescenta ainda que os cinco campos elencados por Tuan em Topofilia, foram: estudar os sentidos e os traços comuns da percepção; abordar os mundos individuais a partir das diferenças e preferências de cada um; investigar as percepções comuns a partir da cultura e das atitudes ambientais; e estudar a cidade como síntese desses campos, pois o espaço humanizado é a materialização das atitudes presentes e passadas (Holzer, 1992).

Também sobre as observações de Tuan, em que cada lugar tem um significado especial para quem o experiencia, menciona-se que os lugares podem ser apreciados como pequenos mundos se avaliar o grau de particularidade vivida em cada e por cada um dos indivíduos arraigado de emoções e sentimentos.

Ainda a respeito do conceito de lugar (Tuan, 1980) apud Nogueira (2001) conclui:

Lugar é uma unidade entre outras unidades ligadas pela rede de circulação...O Lugar, no entanto, tem mais substância do que nos sugere a palavra localização: ele é uma entidade única, um conjunto “especial” que tem história e significado. O Lugar encarna as experiências e as aspirações das pessoas. O Lugar não é um fato a ser explicado na ampla estrutura do espaço, ele é a realidade a ser esclarecida e compreendida sob a perspectiva das pessoas que lhe dão significado

.Desta forma compreender as modificações que as pessoas enfermas sofreram ao longo do tempo, nos admite falar dos pilares da geografia moderna: espaço, território e lugar. Assim, a Geografia enquanto ciência social busca compreender o resultado da ação humana modelando a superfície da Terra, conforme aponta Corrêa (2003).

Para tanto iremos nos deter a abordagem realizada por Yi Fu Tuan (1983), que trata da afetividade produzida pela humanidade e sua relação com o conceito de lugar, destacando que o Materialismo histórico entende o lugar como uma expressão geográfica da singularidade; já a corrente Humanística percebe o lugar como uma porção do espaço em relação ao qual se desenvolvem afetos a partir da experiência individual ou de grupos sociais.

No que tange a este ponto a senhora SBB, nos diz que:

“já tenho para mais de sete anos de tratamento aqui, meus médicos me falaram que não tem cura, mas posso viver confortavelmente com a doença, e assim gosto de estar aqui, meus amigos estão quase todos aqui, antes da doença, eu tinha uma vida normal, trabalhava eu e meu marido, os filhos ficavam na creche, mas com o tratamento parei de trabalhar, meu marido me deixou e o Mateus, o menorzinho, sempre fica comigo, não tenho com quem deixá-lo, o que me sustenta é um benefício que consegui, então não dá para pagar a creche para as crianças, minha mãe ficou com a Carla, é o que me ajuda, e aqui eu vou vivendo, tem outros colegas que tem os mesmos problemas que eu, então nós nos ajudamos... tenho uma relação de carinho com este lugar, quando estou mal, é para cá que venho, seja para conversar, tomar remédio, ou pedir uma ajuda assistencial, tenho uma segunda casa aqui, sem contar que passo muito tempo do dia aqui, e como faço fisioterapia de reabilitação, venho no mínimo três dias na semana... Quando é aniversário de alguém sempre fazemos uma festinha, até do Mateus eles fazem, dizem que é o nosso mascote, mas se passou tanto tempo que não sei mais como é se ocupar com outras coisas, minha rotina é vir de manhã para cá, fazer meus exames, conversar com o médico, enfermeiro e a dona assistente, depois volto para casa, arrumo tudo lá e vivo tomando cuidado com a medicação, no outro dia volto para cá, para fazer fisioterapia, converso com meus colegas, marcamos o que iremos trazer para o café do outro dia, ... e assim vamos vivendo...” ( SBB, 32 anos)

É nesta última corrente que Tuan (1983) ressalta ainda a relação que deve haver entre o espaço e o tempo na construção do lugar. Para este autor, o lugar é uma área que foi apropriada afetivamente, transformando um espaço indiferente em lugar, o que por sua vez implica na relação do tempo de significação deste espaço em lugar. "O lugar é um mundo de significado organizado." (1983, p. 198).

Ou seja, na experiência, o sentido de espaço repetidamente se estabelece com o de lugar. "A sensação de tempo afeta a sensação de lugar. Na medida em que o tempo de uma criança pequena não é igual ao de um adulto, tampouco é igual sua experiência de lugar." (TUAN, 1983, p. 206).

Desta forma, podemos dizer que o início de um tratamento para doença crônica começa como sendo um espaço indiferenciado, mas com o decorrer dos meses num cotidiano hospitalar, esta unidade de saúde se transforma em lugar, à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor.

"Lugar é uma mistura singular de vistas, sons e cheiros, uma harmonia ímpar de ritmos naturais e artificiais (...). Sentir um lugar é registrar pelos nossos músculos e ossos" (TUAN, 1983, p. 203).

Para pessoas enfermas, que encontram nos hospitais, um espaço de conforto, um ambiente diferente, mas familiar após algum tempo, podemos dizer que se criou uma relação de lugar com o hospital. Que por sua vez podemos definir este Lugar, a partir de apropriações afetivas que decorrem com os anos de vivência e as experiências atribuídas às relações humanas.

Na pesquisa foi observado que grande parte dos pacientes teve uma restrição do convívio em sociedade. Muitos disseram que tal restrição se devia ao fato da prevenção de infecções, pois assim não ficariam expostos; outros argumentaram que o tratamento é estressante e cansativo, além do que não se sentiam bem em falar da doença com pessoas que não conheciam, achando que muitos se aproximavam por curiosidade.

Mas é um fato que, os doentes que estão em terapêutica há mais de um ano, não é mais apreendido a revolta ou o medo dos efeitos colaterais da doença, mas a aceitação do diagnóstico, a certeza na equipe médica e a esperança da cura. Para estes pacientes estar num centro de tratamento é mais do que uma certeza de apenas um tratamento, de um espaço clínico, mas um local de troca de experiências, em que há o convívio social.

Tuan (1980) em sua obra *Topofilia* abordou pontos que dão suporte aos geógrafos humanistas avaliadas de grande importância no exercício de explicar os lugares como palco da existência humana, no que tange a experiência imediata do homem, o lugar de vida e de representações que lhe dão sentido e identidade, percebida também pela subjetividade, sentimentos, emoções e valores, resultado da relação homem x ambiente que o indivíduo apreende com o corpo e/ou sentidos olfato, visão, tato entre outras coisas.

Além disso para Tuan, como foi citado acima, em que cada lugar tem um sentido particular para quem o vive, já que os lugares podem ser apreciados como sendo pequenos mundos se estimado o grau de característica vivida em cada mundo, e por cada um dos sujeitos, cheios de emoções e sentimentos. Pois o espaço humanizado é a materialização das atitudes presentes e passadas.

"A convivência com os outros colegas de tratamento é enorme, quando se torna um momento de socialização, gerando a troca de valores e sonhos, em busca de apoio na continuidade do tratamento, sendo este hospital composto de várias pessoas diferentes, mas que estão unidas pela luta de sobreviver. (C.P.S., 38).

Portanto, entendemos que o Lugar do hospital na perspectiva destes pacientes crônicos, se dá como uma relação de entidade única, com um conjunto especial de história e significado de

vidas. Este Lugar acaba por encarnar as experiências e as aspirações das pessoas, é a realidade esclarecida e compreendida sobre as pessoas que lhe dão significado

Interpretar os Lugares não é um trabalho fácil, pois cada um é estabelecido de acordo com o cotidiano individual do mundo vivido dos pacientes. Dessa forma sua explicação vai exigir do geógrafo humanista/cultural uma desconstrução primeira das suas pré-noções de mundo, para posteriormente comentar o mundo vivido de outras pessoas.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Por uma geografia hospitalar. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 1(1): 227-234, 1.sem. 1989

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde na Constituição Federal de 1988*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 30 de agosto de 2007.

CARTILHA DO SUS. Disponível em <[http://www.saude.gov.br/cidadaocartilha\\_sus](http://www.saude.gov.br/cidadaocartilha_sus)>. Acesso em 19 de outubro de 2007.

CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. (org's). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 15-47; 77-116.

CANTON, Giselle Alice Martins. *Saúde suplementar no Brasil: entre o direito a saúde e o fetichismo da mercadoria*. Serviço social & Sociedade, Cortez, n°86, julho de 2006.

COHN, Amélia e ELIAS Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. 3. ed. Revista e ampliada. São PAULO: cedec, 1999.

CORRÊA, Roberto Lobato e ROSENDHAL, Zeny. *Introdução à Geografia Cultural*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

GAUDERER, Christian. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. 5ª ed. Ed. Record. RJ, 1995.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, Raul Borges. *Políticas de salud y escala geográfica*. IN PICHENHAYN, Jorge. *Salud y enfermedad en geografía*. Buenos Ayres: Lugar Editorial, pp. 1001-110, 2009.

HOLZER, Werther. *A geografia humanista sua trajetória de 1950 a 1990*. 1992. 550f. Dissertação de Mestrado apresentada ao instituto de Geociências da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Sociologia geral*. 7.ed.rev. e ampl. São Paulo: Atlas. 1999.

MARTINS, José de Souza. *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e historia da modernidade anômala*. São Paulo: Hucitec, 2000.

MARE, G.W.S. *A Saúde pública no Brasil como direito social*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

NETTO, José Paulo, CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

OLIVEIRA, L. F. TEIXEIRA, P. *O cotidiano da saúde pública: novas abordagens, novos significados*. São Paulo: Loyola, 1989.

SALLES, P. *Desenvolvimento econômico e as políticas de saúde pública*. Petrópolis: Vozes, 1991.

TUAN, Yi-Fu. *Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. Tradução de: Livia de Oliveira. São Paulo/ Rio de Janeiro: DIFEL, 1980.

TUAN, Yi-Fu. *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência*. 1930. Tradução de Livia de Oliveira, São Paulo: Difel, 1983.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.