

# Pacientes e passageiros\*

Denise Bernuzzi de Sant'Anna<sup>1</sup>

SANT'ANNA, D.B. Patients and passengers, *Interface \_ Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

The essay shows a reflection about the consequences of the use of new technologies in medical practices when applied to hospitalized patients. In order to exemplify this reflection the author compared the patients to passengers of a flight in the boarding lounge of the airports.

KEY WORDS: hospital; passengers; technology.

O ensaio traz uma reflexão sobre as conseqüências do uso de novas tecnologias nas práticas médicas, para os pacientes em hospitais. Utiliza-se de uma analogia com os passageiros de viagens aéreas, nas salas de espera dos aeroportos.

PALAVRAS-CHAVE: hospital; passageiros; tecnologia.

---

\* Parte deste texto foi apresentada na conferência de abertura da I Jornada Mineira de Psicologia, realizada em Belo Horizonte, em 27 de novembro de 1997.

<sup>1</sup> Professora de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

Quando frei Damião se internou pela última vez, circulou em Recife o boletim “Damiâmico”. Talvez pouca gente se lembre deste curioso boletim. Nele foram listadas as gafes cometidas por jornalistas ao informarem sobre o estado de saúde do frei, falecido em 1997. Eis algumas delas: “a situação de frei Damião é muito grave, mas ele passa bem”; “Frei Damião está em morte vegetativa”; “Frei Damião permanece em coma artificial”; “caso piore, frei Damião vai entrar na tubulação”.

Para além do aspecto desastrado destas frases, é espantoso o desconhecimento que expressam sobre o funcionamento da tecnologia empregada nos hospitais para o prolongamento da vida. Longe de ser exclusivo dos profissionais da mídia, este desconhecimento atinge a maior parte da população: fora dos círculos médicos, pouco se conhece sobre a rotina hospitalar e os pacientes em coma, ligados a máquinas.

Toda situação similar ao coma de Frei Damião desafia padrões éticos e questiona o vocabulário cotidiano. Faltam palavras para nomear esses pacientes que parecem vivos num certo sentido e mortos em outro. Falta entendimento e formas de expressão capazes de dar conta disto que se assemelha a um terceiro tipo de vida, garantido pelas tecnologias hospitalares. Falta, enfim, critérios para designar esta existência, na qual o indivíduo (seria ainda um indivíduo?) repousa sobre um não-lugar, entre a vida e a morte.

“Ficar” entre a vida e a morte não é uma possibilidade nova na história da Medicina. Todavia, graças ao desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, esta possibilidade ganhou uma duração outrora inusitada: o espaço entre a vida e a morte se dilatou, a ponto de criar uma situação por vezes constrangedora aos familiares e amigos do paciente, pois eles também passam a viver uma espécie de *terceiro estado*: nem estão totalmente de luto, nem podem comemorar verdadeiramente a volta do paciente à vida.

Talvez, como lembrou Jankélévitch (1977, p.449), “*quem não morre não vive. A eterna vida de uma flor de estufa, por exemplo, é uma eterna morte*”. Mas não é somente nas situações de coma que se busca a vida ao lado da conservação ou da retenção. O constrangimento de não saber como

classificar aqueles pacientes em coma, a dificuldade em lidar com os sentimentos de seus familiares também não são exclusivos às situações de enfermidade grave.

Desde que os hospitais incorporaram tecnologias industriais e a cirurgia se tornou uma prática amplamente hospitalar, inúmeros produtos químicos e diferentes máquinas passaram a nutrir o trabalho científico e o lucro de grandes empresas. Contudo, a decodificação deste trabalho é raramente partilhada com toda a sociedade.



EDVARD MUNCH, Morte no quarto do doente, 1892

Nem mesmo o funcionamento das instituições hospitalares é assunto amplamente explorado e investigado, de modo que a tendência geral é conhecer suas especificidades somente quando se vive a experiência da internação, diretamente ou através de amigos e familiares.

### O paciente e suas esperas

Em várias partes do mundo, a decoração e arquitetura hospitalar tornaram-se semelhantes àquelas de hotéis, aeroportos e *shoppings centers*. Espaços globalizados que incorporaram a presença de jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiro, lanchonete, salas de espera com jornais e revistas etc. A palavra hospital (que do latim vem de “*hospes*”) sugere os termos de hospedaria e hóspede. No entanto, na medida em que a cura deixou de ser aceita como resultado da evolução normal das doenças, o hospital se tornou um espaço destinado a curar e, ao mesmo tempo, “*uma escola de aprendizado para a morte*” (Antunes, 1991, p.165). Aprendizado difícil pois, mesmo naqueles hospitais ou alas hospitalares semelhantes a hotéis cinco estrelas, a transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência de uma série de separações e, por conseguinte, de sofrimento. Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit para com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade. Em diversas alas do hospital, a ausência de rostos, paisagens e objetos familiares acentua a perda de referências e o sentimento de abandono. Nas UTIs, este aspecto ganha contornos mais graves. Nestes locais, os pacientes deitados em seus leitos parecem diminutos diante de toda a aparelhagem a qual seus corpos estão ligados.

A vivência de separações inclui a fragmentação do tempo, do corpo e das atividades. A imagem do conta-gotas é, nesse caso, exemplar. Em alguns casos, os visitantes são admitidos a conta-gotas enquanto toda a rotina do hospital que precede e sucede às cirurgias parece ritmada pelo pinga-pinga: muitas informações sobre o estado do paciente, o potencial dos remédios prescritos, os horários das cirurgias e da “próxima injeção” também são transmitidas aos pacientes e familiares a conta-gotas, aos pedaços. O que implica viver sob a angústia da espera. Espera-se o



FRIDA KHALO, O hospital Henry Ford ou A cama voando, 1932

próximo remédio, o próximo diagnóstico, a próxima visita, a próxima refeição, o próximo banho, o próximo dia e a próxima noite. Por vezes, a rotina de esperas cria para o doente, com seus sofrimentos e solicitações, a constrangedora sensação de que ele é um obstáculo ao bom funcionamento do hospital.

Ao transtorno de viver dependente dos cuidados alheios, pode-se somar aquele provocado pela quebra da conexão entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade: o corpo do hospitalizado transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas; ele é freqüentemente tratado por partes e abstraído através de exames e fichas de cadastramento; a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais - sangue, genes, óvulos, espermatozoides, órgãos, ossos etc - passíveis de mensuração e avaliação científica. O indivíduo se torna divisível na medida em que a intimidade de seu organismo é exposta dia e noite.

Corpos em pedaços, do mesmo modo que o sono do paciente tende a ser cortado em diversas partes, transtornando a alternância entre dia e noite. Mas a imagem da fragmentação também inclui os funcionários que cuidam dos pacientes. Freqüentemente, em hospitais grandes, muitos funcionários, inclusive auxiliares de enfermagem, vivem uma rígida divisão de tarefas que acaba cindindo em muitos “pedaços” o trabalho hospitalar: neste caso, há os encarregados de verificar a pressão arterial, aqueles responsáveis pela retirada do sangue, aqueles que trazem a comida, que carregam as macas, que limpam o paciente etc. O corpo de cada paciente passa por dezenas de mãos, é visto, vasculhado e examinado por inúmeros profissionais, de ambos os sexos e diversas idades. Os funcionários, por sua vez, passam seus dias manipulando inúmeros corpos, vendo e presenciando diferentes tipos de sofrimento.

A ruptura com a vida cotidiana desencadeia uma carência de presença: enfermeiras funcionam, por vezes, como “doadoras” de presença e de atenção, “doadoras de tempo”, figuras fundamentais para reestabelecer os laços entre o paciente e a vida. A imagem de anjos, mensageiros e mediadores entre a vida e a morte, ainda se mantém, apesar da precariedade das mensagens e dos contatos estabelecidos. Em alguns casos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem utilizam o diminutivo para se referir às partes do corpo do paciente, (perninha, bracinho, mãozinha). Talvez porque lhes pareça que, desse modo, seja possível transmitir algum afeto ou confiança, podendo, assim, reduzir o constrangimento do paciente provocado pela exposição constante de seus males e de suas intimidades físicas. Tratar pacientes adultos como crianças pode resultar de uma intenção de reduzir a vergonha daqueles que, possivelmente, sintam-se embaraçados em precisar expor suas dores e sofrimentos a grupos de desconhecidos. Este embaraço possivelmente não existiria se, na vida diária, fora do hospital, não houvesse tantas censuras e aversões à expressão da dor e da doença. Mas, como vivemos numa cultura em que a vergonha de estar doente parece ter sido naturalizada, talvez seja apenas desculpável se queixar da dor quando se é criança, quando não se é totalmente responsável pelo próprio corpo. Além disso, as referências à infância também podem servir como refúgio quando se

busca acalantar a dor de ter sido obrigado a interromper a vida produtiva<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> A este respeito ver Pitta, 1990.

### Do hospital ao aeroporto

Transportar pacientes entre as alas é uma rotina hospitalar. Especialmente o transporte daqueles que partem ou chegam de cirurgias: há qualquer coisa de viagem nessa experiência de ser transportado, admite Pouchelle (1995) em sua pesquisa etnográfica. Viagem, transporte, suspensão da vida mas também a presença de um espaço muito parecido com o das viagens aéreas. A conotação aeronáutica do espaço hospitalar não é apenas subjetiva. No aspecto tecnológico, o ar condicionado e os fluxos laminários horizontais para eliminar a poeira foram primeiramente concebidos pela NASA para as cápsulas espaciais (Pouchelle, 1995). Além disso, um novo conjunto de pesquisas visando criar estações de trabalho em “telepresença” é atualmente sustentado tanto pelos fundos do Advanced Research Project Agency quanto por aqueles da NASA. Entre os objetivos dessas pesquisas está o de realizar a distância e de modo telerobotizado intervenções cirúrgicas complexas.

Viagem no espaço e no tempo: distanciados da rotina e de suas experiências habituais, os pacientes, e também os passageiros de um avião, tendem a transformar o passar das horas numa de suas principais referências. Nos hospitais, a tirania do tempo do relógio mostra-se coberta de razão, afinal, o respeito a ele pode salvar vidas. Mas é interessante observar o quanto a consulta às horas também é bastante freqüente aos passageiros de aviões. Como se durante a passagem para outro lugar, fosse quase impossível deixar despercebido o mover dos ponteiros do relógio. Como se este fosse a única referência capaz de ligar o passageiro à sociedade. Também, no aeroporto a vivência da espera raramente passa despercebida.

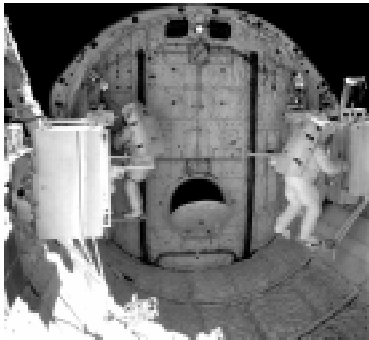
A espera da decolagem e a espera da cirurgia envolvem freqüentemente tensão, dúvida e receio. No aeroporto, antes do passageiro embarcar, ele deve passar pela sala de espera em que se encontram apenas os passageiros, e não mais os familiares e amigos que porventura não vão viajar. No hospital, quando o paciente é conduzido para a cirurgia, é também freqüente a sua passagem por alguma espera, na qual ele está só, ou junto com outros pacientes, que também estão destinados a “embarcar”. E no momento do “embarque”, a semelhança de alguns hospitais com os aeroportos chega a ser flagrada inclusive quando as informações sobre qual vai ser a próxima cirurgia são transmitidas por uma espécie de torre de comando, como se o paciente fosse um avião esperando a decolagem.

Os indivíduos tornados



Centro Regional da Fotografia, Nord Pas-de-Calais, França.

pacientes no hospital e passageiros no aeroporto passam por uma espécie de transporte que inclui uma entrega de suas vidas: entregam seus corpos e seus pertences pessoais a profissionais desconhecidos e a equipamentos



tecnológicos cuja compreensão lhes escapa. Durante cirurgias e viagens, os corpos permanecem sob o comando de especialistas encarregados de pilotá-los. Tanto os passageiros dos aviões quanto os pacientes dos hospitais tendem a ser separados de suas bagagens, convidados, ainda que discretamente, a manterem-se calmos e dóceis. As aeromoças, tais como as enfermeiras, também fornecem informações a contagotas, também cuidam dos corpos dos passageiros, observando se estão presos a cintos de segurança, vigiando suas posturas e auxiliando em eventuais indisposições físicas. E também lembram os anjos,

mediadores e mensageiros aéreos, afinal, “aeromoça é uma moça do ar”<sup>3</sup>.

Como nos hospitais, nos aviões e nos aeroportos, existem divisões de classe e concentração de conforto para uma minoria. Mas todos estão sujeitos a acidentes, à morte, ao sofrimento ocasionado por temores e indisposições. Os passageiros quase não vêem os pilotos nos aviões, assim como os pacientes quase não vêem os médicos nos hospitais. Vê-los é sempre motivo de preocupação e, ao mesmo tempo, de alívio.

Quase suspensos do cotidiano de cada cidade, hospitais e aeroportos funcionam como uma espécie de habitante estrangeiro pouco integrado, como se eles tivessem um pé dentro e outro fora das fronteiras históricas e geográficas dos diversos municípios. Recentemente, muitos hospitais começaram a incluir em seu espaço lojas, postos bancários, restaurantes, entre outros serviços. Ao mesmo tempo, muitos aeroportos foram construídos fora das cidades e passaram a incluir muitos de seus serviços e funções. Assim, diversos aeroportos deixaram de ser apenas um lugar de embarque e desembarque. O aeroporto de Schiphol, por exemplo, próximo de Amsterdam, reúne restaurantes, hotéis, supermercados e escritórios. Há uma população que procura este aeroporto como quem procura a cidade: para realizar as compras de casa, para trabalhar e se divertir. Em várias partes do mundo os aeroportos incluem a presença de lojas, restaurantes, bares, piscina, *business center* etc. De fato, quanto mais o aeroporto se

<sup>3</sup> Segundo a aeromoça Yolanda Esturba in Beiguelman, 1996, p.85.



Ultrassonografia de feto de 9 semanas

afastou da cidade, mais ele passou de ser uma “aero-cidade”.

Desde o primeiro aeroporto criado em Londres, em abril de 1920, até os mega-aeroportos da década de 1990, passando pela criação do aeroporto francês de Roissy e pelo aeroporto de Kansai, construído sobre o mar, numa imensa ilha artificial, os seus frequentadores deixaram de ser somente pessoas ilustres e pertencentes à elite<sup>4</sup>. Atualmente, os passageiros são também pessoas anônimas e da classe média, que viajam em função do lazer e do trabalho.

<sup>4</sup> Bellanger & Marzloff, 1996.

A banalização das viagens não retira delas, contudo, todo o seu aspecto extraordinário. Banalização paralela à transformação dos aeroportos em locais de atendimento de companhias de aviação, passageiros e acompanhantes, contando com inúmeros serviços que incitam o consumo de alimentos, roupas e diversão. Na capital paulista, o aeroporto de Congonhas chegou a ser um espaço de lazer domingueiro das famílias e ponto de encontro da boemia paulistana, uma vez que o “café do aeroporto” ficava aberto 24 horas.

Com a emergência dos aviões a jato, houve uma verdadeira revolução na história da aviação, redefinindo a infra-estrutura aeroportuária e as relações entre o aeroporto e a cidade. Embora os motores dos aviões comerciais fossem de pistão, suas perturbações sonoras eram consideradas de nível aceitável. Mesmo quando os motores quebravam, o barulho ainda possuía alguma similitude com a barulheira de louça quebrada. Mas, a partir da década de sessenta, a natureza do barulho mudou na proporção da evolução dos motores. Uma vibração e um barulho até então desconhecidos fomentaram a necessidade do afastamento dos aeroportos do espaço urbano.

Os hospitais também sofreram inúmeras modificações no decorrer de sua longa história, incluindo a transformação da morte numa missão hospitalar e a tarefa de avaliar tecnologias médicas de ponta. Ribeiro (1993) lembra que o hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que se modificou mas é de fato uma instituição nova, com processos de trabalho, administração, finalidades, instrumentos e características antes inexistentes. O elemento que permaneceu em meio a todas estas mudanças, diz Ribeiro (1993, p.31), é “o homem que sofre e morre”.

Ao contrário dos hospitais, os aeroportos atraem visitas voluntárias. Alguns aeroportos, como o de Kansai, no Japão, tornaram-se templos da modernidade na medida em que expressam o refinamento tecnológico contemporâneo. Neste aspecto, aeroportos e shoppings centers são integrados em majestosos e custosos projetos arquitetônicos que servem, entre outras coisas, para ostentar internacionalmente o poderio econômico de determinadas empresas. Pode-se até mesmo pensar que se o ano 1000 foi para a Europa o tempo das catedrais, o de 2000 dá lugar à transformação de aeroportos e shoppings em novas catedrais da indústria, da publicidade e da técnica. Nestas catedrais contemporâneas há a fruição não mais do sagrado e sim do laico consumo. Se nas antigas catedrais pretendia-se abrir passagem para o tratamento do espírito, nas novas a atenção é para com a passagem dos corpos.

Nos aeroportos, por exemplo, trata-se de embarcar milhares de corpos vivos ao céu. Voando, estes corpos se liberam provisoriamente da geografia

e das temporalidades que regiam sua vida na Terra. Um desligamento tão fascinante quanto aterrador. Para o aviador Saint-Exupéry (1958, p.241), um desligamento desse tipo libera alguns sonhos e sufoca outros: “A prisão não está ali onde se trabalha com a enxada. Não há o horror material. A prisão está ali, onde o trabalho da enxada não tem sentido, não liga quem o faz à comunidade dos homens. E nós queremos fugir da prisão”.

Talvez existam milhões de homens e de lugares carentes de sentido, contribuindo para desconectar populações inteiras, não apenas de suas casas, seus bairros e suas culturas; desconectá-las, também, de seus corpos.

### Dor nobilitante e dor sem sentido

Quando a anestesia foi descoberta, em 1846, a dor física ainda possuía vários sentidos. Podia exercer um papel enobrecedor: resistir bravamente à dor durante a extração de um dente, por exemplo, contribuía para a boa formação do caráter, especialmente quando se tratava do sexo masculino. Muitas narrativas que expunham as penas sofridas em cirurgias e as dores vividas em acidentes e doenças continham uma função pedagógica. Ensinavam a valorizar o ser humano e a dotar cada um de coragem e persistência. No lugar de ser

um limite para a vida, a dor mostrava os limites de cada corpo. No Brasil, os anúncios publicitários para remédios entre 1890 e 1920 ainda expunham sem constrangimentos longas narrativas sobre as dores físicas. Como se naqueles tempos, fosse mais tolerável do que hoje ouvir os discursos sobre a dor. A alusão aos prazeres ainda não era uma regra geral da publicidade e diversos desenhos e fotografias de rostos crispados pela dor, pernas, úteros, ventres, enfraquecidos por feridas e outros males, apareciam sem grandes pudores entre as páginas dos principais jornais e revistas do país. Não que se fizesse a apologia da dor. Apenas ela era acolhida com uma naturalidade que pode parecer estranha em épocas como a nossa, de extrema naturalização da saúde e do prazer infinitos. Existiam, evidentemente, aqueles que faziam da dor o principal sentido da vida. Mas não era inusitado encontrar quem insistisse em dizer: é a vida que fornece sentido à dor e não o contrário.

O esquecimento dos diversos sentidos que a vida atribuiu à dor é sobretudo de natureza histórica. Antes da massificação da anestesia nos hospitais, por exemplo, as cirurgias eram completamente diferentes daquelas que conhecemos na atualidade. Ao abordá-las, Peter (1993) sugere um espetáculo barulhento e pleno de suor, porque povoado de gritos e de muita força física. Pacientes amarrados, amordaçados, que relutavam e hesitavam em operar, ou que fugiam da operação; pacientes que, ficando conscientes durante as cirurgias, gritavam com todas as suas forças. A cena cirúrgica dessa época “repleta de sangue e pontuada por gritos do paciente”<sup>5</sup> ainda sugere o suplício, diferentemente de hoje, quando a cirurgia ganhou o silêncio, mergulhando médicos e pacientes numa íntima relação com a tecnologia.

<sup>5</sup> Expressão de Alain Corbin em entrevista realizada por Sant’Anna, 1999, p.212.

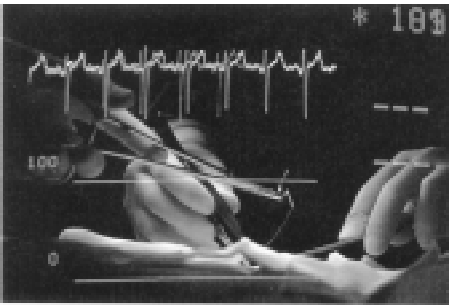




## Tecnologia e novas sensibilidades

Entre o médico e o paciente, estão as máquinas. Desde a década de 1970, os aparelhos endoscópicos, por exemplo, conhecem um franco sucesso e, com a introdução das pequenas câmaras neles fixadas, as cirurgias puderam ser acompanhadas não apenas pelo médico mas por toda a sua equipe através do monitor de vídeo. O interior do corpo do paciente é visto na tela por um coletivo, e é para ela e não para o corpo real que os olhares de toda a equipe se dirigem.

Novamente a cena cirúrgica se transforma. Nela, ganha densidade a presença da participação coletiva em torno do televisual. A partir da década de 1990, as cirurgias assistidas por computador tornam real o antigo sonho de fazer da medicina algo ao mesmo tempo experimental e preditivo. Inúmeras cirurgias deixam de ser verdadeiras provas de heroísmo e valentia do paciente diante do enfrentamento da dor e das incertezas sobre sua cura. Como se as cirurgias, ao serem “micro”, entrassem numa fase minimalista, ganhando uma discricção até então desconhecida. As ablações de vesícula biliar, por exemplo, feitas através da endoscopia, trazem vantagens evidentes ao paciente: pequenas cicatrizes, pouca dor e recuperação rápida.



Cirurgias mini-invasivas que implicam, sem dúvida, o estreitamento dos vínculos entre medicina e engenharia, assim como a criação de novos objetos técnicos exigindo uma coordenação entre a mão e os olhos do cirurgião cada vez mais refinada. Uma nova escala de sensibilidade deve, portanto, ser apreendida pelo cirurgião.

Especialmente aquela referente à sensibilidade táctil. Pois numa cirurgia por computador, o cirurgião percebe forças e resistências durante a incisão de tecidos que seriam imperceptíveis se realizadas com suas mãos diretamente no corpo real (Lenoir, 1999). A familiaridade sempre exigida do cirurgião para com o corpo doente inclui agora uma íntima relação com a máquina e um aprendizado relativo a inusitados usos da força na condução da mão e dos dedos, assim como uma precisão inédita na integração destes com seus olhos. Tal rede de relações sensíveis e perceptivas é exigida, também, quando o cirurgião planeja e simula uma cirurgia por meio das técnicas de modelização por computador do corpo do paciente. E aqui, novamente, a semelhança com o universo aeroviário



Centro Regional da Fotografia, Nord Pas-de-Calais, França.



aparece. Há tecnologias que permitem ao cirurgião repetir sua operação sobre o modelo numérico do paciente “*exatamente como se ele estivesse num simulador de vôo*” (Lenoir, 1999, p.59).

Simulação da cirurgia e do vôo, o que permite aos profissionais dessas áreas a experiência de perspicácias e de percepções novas. Enquanto pacientes e passageiros experimentam novas tecnologias que tendem a reduzir o desconforto durante cirurgias e viagens, prometendo mais rapidez e segurança, médicos e pilotos vivenciam sensibilidades ligadas ao plano da simulação.

Resta saber quais novos receios e expectativas, tanto dos especialistas quanto dos pacientes e passageiros, são inventados e fomentados por essas tecnologias que antecipam, simulam e virtualizam as diferentes situações de cirurgia e de vôo. Resta saber, ainda, e principalmente, se os sonhos e medos criados por elas tem a potência de reconectar os corpos às suas forças, não exatamente para se livrar para sempre da doença e do acidente, mas para retirar deles o perfil obscuro e anti-natural que a contemporaneidade lhes atribuiu.

#### Referências bibliográficas

- ANTUNES, J. L. F. **Hospital, instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- BEIGUELMAN, G. **No ar, 60 anos do aeroporto de Congonhas**. São Paulo: Infraero, 1996.
- BELLANGER, F. ; MARZLOFF, B. **Transit, les lieux et les temps de la mobilité**. Paris: De l'Aube, 1996.
- JANKÉLÉVITCH, V. **La mort**. Paris: Flammarion, 1977.
- LENOIR, T. Les nouveaux chirurgiens. In: LES CAHIERS DE SCIENCE & VIE. Paris: Excelsior, 1999.
- PETER, J. P. **De la douleur**. Paris: Quai Voltaire, 1993.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- POUCHELLE, M.C. Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme. In: LAUTMAN, F. ; MAÎTRE, J. **Gestions religieuses de la santé**. Paris: L'Harmattan, 1995.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- SAINT-EXUPÉRY, A. **Terra dos homens**. Trad. Rubem Braga. Rio de Janeiro: José Olympio, 1958.
- SANT'ANNA, D. B. Uma história quase impossível. **Projeto História**, n.19. São Paulo: Educ, 1999.

SANT'ANNA, D.B. Pacientes y pasajeros, *Interface \_ Comunicação, Saúde, Educação*, v.4 , n.6, 2000.

El ensayo trae una reflexión sobre las consecuencias del uso de nuevas tecnologías en las prácticas médicas para los pacientes en hospitales. Para ello se utiliza de una analogía con los pasajeros de viajes aéreos en las salas de espera de los aeropuertos.

PALABRAS-CLAVE: hospital; pasajero; tecnología.