

É UMA DOENÇA? SINTO DOR! REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO¹

IS IT A DISEASE? I FEEL PAIN! REFLECTIONS ON THE EXPERIENCE OF HOSPITALIZATION

Ricardo Antônio Fitz Pereira², Cristina Saling Kruel³ e Fernanda Real Dotto⁴

RESUMO

Este ensaio trata-se de uma revisão de literatura, que teve como objetivo refletir sobre a ideia de hospitalização, doença e dor, reconhecendo a importância de uma visão integral da pessoa hospitalizada. Para discutir tais conceitos, aproximando-os da experiência de uma pessoa, apresentamos a história de Franz, um caso fictício, que acompanha o desenvolvimento teórico do ensaio. Nas reflexões alcançadas, encontra-se a ideia de que, ao passar pela hospitalização, a pessoa se vê em um lugar que apresenta um funcionamento alheio àquilo que é a sua vida. A doença, por sua vez, interrompe a continuidade da vida do indivíduo e coloca em questão sua percepção sobre si mesma e seu corpo. Sobre a dor, pode repercutir intensamente no sistema psíquico, desordenando aquilo de mais importante para a vida: sua integridade física, identidade e autonomia.

Palavras-chave: hospital, adoecimento, saúde.

ABSTRACT

This essay is a literature review, which aims to reflect on the idea of hospitalization, disease and pain, recognizing the importance of a whole vision of the hospitalized person. To discuss these concepts and to bring them close to the person's experience, it is presented the story of Franz, a fictitious case, which follows the theoretical development of the essay. In the reflections reached, it is the idea that, upon hospitalization, the person finds himself in a place with a function that is unrelated to his life. The disease disrupts the continuity of one's life and questions the perception of his life and body. Pain can affect strongly the psychic system, disordering what is more important to a person's life: his physical integrity, identity and autonomy.

Keywords: hospital, getting sick, health.

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmico do Curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: psi.fitz87@gmail.com

³ Orientadora - Centro Universitário Franciscano. E-mail: cristinaskruel@gmail.com

⁴ Colaboradora - Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

A recuperação da pessoa hospitalizada tende a estar pautada somente na cura ou melhora do quadro de saúde relacionado a uma enfermidade ou ferimento, estabelecidos por diagnóstico médico. Portanto, aspectos emocionais ligados ao sentimento de dor podem ser negligenciados pelos profissionais da saúde.

Tendo em vista tais aspectos, pensamos em propor este ensaio, que apresenta como tema os sentimentos relativos a dor, ao adoecimento e a hospitalização que podem acometer a pessoa hospitalizada. A proposta para esse estudo surgiu a partir da experiência dos pesquisadores no atendimento psicológico a pessoas hospitalizadas, a partir da qual foi possível perceber que o hospital assume o compromisso de cuidado com o corpo das pessoas hospitalizadas, contrato que, em grande parte dos casos, não se estende ao cuidado das emoções.

A recuperação focada na cura de um diagnóstico estabelecido sobre uma enfermidade ou ferimento representa a tríade doença-cura-saúde, base para a hospitalização, em que se pressupõe que a pessoa, livrando-se da doença, estará livre do sofrimento. Porém, essa é uma promessa difícil de ser cumprida frente a uma única possibilidade de cura do corpo orgânico, e não de escuta.

Nesse sentido, Foguel (2007) aponta que, em muitos casos, como no tratamento medicamentoso das dores crônicas, o diagnóstico aproxima-se de um fanatismo. A autora refere-se ao tratamento de dores crônicas em ambulatórios e em perícias do INSS, mas podemos pensar na transposição de tal ideia para o contexto hospitalar, no qual também observamos tal fanatismo, bem como a constante identificação imaginária do paciente com o seu lugar de doente. Ao falar sobre hospitais, ambulatórios e pronto atendimento, a autora entende que a possibilidade de escuta da dor, de a pessoa expressar esse sentimento, fica excluída frente ao diagnóstico e a tratamentos focados na cura da doença ou de um ferimento. Então, a palavra do sujeito, sob a forma freudiana de associação livre, está ausente no período de hospitalização.

Dessa maneira, o objetivo nesse trabalho consiste em refletir teoricamente sobre a ideia de hospitalização, doença e dor, reconhecendo sua importância em uma visão mais integral da pessoa hospitalizada. As fronteiras entre o interno e o externo estão bem claras em uma perspectiva de doença, ferimento e procedimentos médicos, que tem como objetivo restabelecer um estado de saúde do corpo, o que é correto. Todavia, quando se trata de fronteiras entre o externo e o interno frente a sentimentos, pensamentos e sensações, a compreensão pode não ficar clara. Freud entende que a “dor pode permanecer inconsciente” (FREUD 1923/2011, p. 27), e esse processo transcorre em um fenômeno intermediário, no qual, em um momento, uma percepção externa pode se comportar como uma percepção interna, por mais que algo se origine no mundo exterior.

METODOLOGIA

O método escolhido para a elaboração desse artigo foi a revisão bibliográfica assistemática, portanto, foram incluídos artigos científicos publicados em revistas de circulação nacional e também livros sobre a temática. Além disso, a fim de discutirmos os temas propostos, apresentaremos a história de Franz. Trata-se de um caso fictício que representa algumas histórias das pessoas hospitalizadas escutadas pelos pesquisadores, caso que contém elementos importantes para discutirmos os conceitos propostos nesse estudo. Segundo Hoppe (2000), Freud fez uso de diferentes modalidades de narrativas, de histórias, ficção e teoria em seus escritos, considerando a ficção como uma produção singular e reveladora. O caso apresentado se aproxima da proposta psicanalítica de construção de caso, na medida que parte da experiência clínica dos pesquisadores, mas não retrata um único caso atendido. A respeito da investigação em psicanálise, Nogueira (2004) sugere que a objetividade não faz parte do campo da psicanálise e que, portanto, todo caso relatado é ficcional.

Dentre os modelos de narrativas utilizados em pesquisas psicanalíticas, o modelo literário foi o escolhido. Segundo Hoppe (2000), esse tipo de narrativa preserva o lugar dos investigadores que investem sobre o caso que está sendo investigado, desenvolvendo assim um impacto da linguagem sobre a realidade que ocasionará em uma nova história. Optamos por pensar na história de Franz com o intuito também de tornar esse ensaio tão pessoal quanto possível, de modo que o texto esteja coerente com a proposta teórica nele exposta que enfatiza o valor da pessoalidade. Portanto, a adoção desse modelo narrativo demonstra a construção do caso do psicanalista, e a transmissão respeitará seu estilo que marca o lugar, pessoal e teórico do investigador (HOPPE, 2000). Poderíamos mencionar todos os conceitos teóricos e reflexões aqui expostos sem pensarmos na experiência de uma pessoa, porém incorreríamos em equívoco semelhante ao cometido por aqueles profissionais da saúde que não tratam da saúde integral, justamente por não vislumbrarem a pessoa que carrega o diagnóstico, a dor e a experiência. Tendo apresentado nossos argumentos para a inclusão dessa pessoa no presente ensaio, iniciaremos o relato de sua história.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

EVIDÊNCIAS DA DOR NO HOSPITAL: PERCEPÇÕES SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO

Franz é um homem com cerca de quarenta e cinco anos de idade, alto, cabelos escuros, pele morena. É um pai de família, como se costuma dizer, casado já há alguns anos com Lúcia, com quem tem três filhos. Apesar das dificuldades financeiras, consegue sustentar sua família, mas, algumas vezes, foi necessário pedir ajuda aos parentes de sua esposa. Ele trabalha como mecânico de motores de carro em uma oficina da cidade, onde nasceu e sempre viveu. Em seu trabalho, seus colegas sempre o considera-

ram como um excelente profissional, apesar de, algumas vezes, ficar irritado com eles, por motivos de trabalho. Nas horas em que não está na oficina, gosta de jogar bocha em um clube local com amigos da oficina e de outros lugares. Quando não está no clube, está em casa, com sua esposa e filhos. É isto que Franz gosta de fazer: consertar motores, estar com a família e jogar bocha com os amigos.

No último verão, Franz começou a sentir-se estranho, após uma visita com sua família a seu irmão em uma cidade vizinha, que marcava um ano do falecimento de seu pai. Na viagem de volta, uma sensação de cansaço tomou conta de Franz, sua visão ficou turva. Ele teve que parar seu carro em um posto, queria dormir um pouco. Só depois de algum tempo, pôde retornar para a estrada com a sua família. Nesse dia, não conseguiu chegar a tempo para uma partida de bocha, e isso o deixou muito irritado. Na semana seguinte, quando estava consertando o motor de um carro, Franz sentiu algo que o fez parar, suas mãos foram logo para a barriga, em um gesto que fez com que largasse imediatamente as ferramentas que segurava, elas caíram no chão, e tilintaram em um ruído metálico, o qual preencheu toda a oficina. Todos olharam para Franz, sem saber o que havia acontecido com ele. O conserto do motor daquele carro não foi terminado naquele dia.

Após algumas semanas, buscando atendimento no posto de saúde e alguns exames, Franz foi internado em um hospital geral, o diagnóstico logo chegaria. A rotina já não era mais a mesma, o hospital apresentava novos sons, cheiros e olhares. O cheiro de graxa não estava mais em seu corpo, e o barulho de motor não se ouvia mais, ele não estava na oficina. A história de Franz, suas dores, sua doença e a hospitalização nos acompanharão ao longo deste texto.

Partimos da concepção do hospital como um lugar onde as percepções internas e externas da pessoa se produzem a cada momento, em que a queixa de dor não aparece em exames, mas na fala das pessoas, que sinalizam esse fenômeno psicológico. Portanto, a importância desse tema está em problematizar o sentimento de dor, uma discussão sobre aspectos da sensação e elementos da palavra. Entendemos que o peso do diagnóstico é a marca da hospitalização e, para pensarmos sobre essas questões, vamos lembrar da história de Franz que começa a habitar esse lugar chamado hospital.

Franz! - Chamou sua esposa ao chegar à casa deles e foi logo vê-lo no quarto. Imobilizado, em silêncio, qualquer movimento faria com que aquela dor retornasse e, por alguns segundos, a dor parecia sumir. - Franz, repetiu Lúcia, “vamos para o hospital? Conseguimos uma vaga, precisamos ir, vou arrumar as coisas para levar”. - Hospital? Pergunta Franz: - “Hospital? Que hospital? Por que eu não fico aqui mesmo? Por que querem me levar para lá? E o médico, por que ele não vem aqui primeiro?” Foi mesmo inevitável a sensação de medo, foi impossível dizer não para o corpo que foi levado ao encontro desse lugar para onde todos vão algum dia.

Há um texto de Foucault (1998) chamado de *A lição dos hospitais*, em que o autor traça uma pesquisa acerca do aspecto de doença, a implicação dos médicos em busca da cura e a relação de saberes provenientes dessa busca, que une o médico ao paciente. Entendemos que hoje o paciente não está ligado somente à figura do médico, mas sim a um grande grupo de pessoas que trabalha no hos-

pital. Se a doença é o foco nos hospitais, a relação de saber do médico frente à doença exprime a ideia de autoridade que ele tem sobre o corpo da pessoa hospitalizada. Foucault (1998) questiona a esse respeito quando propõe uma reflexão sobre esse olhar com o objetivo do saber médico que é exposto para ensinar sobre uma determinada doença. O autor questiona se esse processo não seria violência muda, abusiva, que calaria a pessoa hospitalizada, diminuindo-a e não a deixando se manifestar de uma forma para além da doença.

Nesse sentido, alertamos que o conhecimento, estudo e possibilidade de curar a doença exigem observação sobre a pessoa hospitalizada que pode-se traduzir, em muitos casos, como uma frieza da equipe de saúde. Era essa a impressão que Franz tinha sobre as pessoas que encontraria no hospital: profissionais competentes, entretanto, pessoas estranhas.

Ao chegar ao hospital, Franz encolheu-se de dor, apesar de a maca servir como uma prancha para manter a sua postura. Ele sabia o que era um hospital, já tinha ido antes, quando criança, ou mesmo quando suas crianças nasceram e nos últimos dias de vida do seu pai. Contudo, estar em um hospital é diferente, a entrada em uma maca, ironicamente, é espetacular, a atenção está voltada para ele. “- Pronto, é aqui que você vai ficar!”, falou a enfermeira. Um quarto, outras pessoas, até que não parecia tão ruim assim, porque em casa não dava mais para ficar, não daquele jeito, com aquela dor. Foi o que deu para ele pensar naquele instante.

No mesmo sentido que Foucault questionou sobre a relação médico-paciente, encontramos em Guirado (2004) alguns apontamentos que discorrem sobre a análise das instituições concretas proposta por Guillhon Albuquerque. Nessa obra, ao abordar as Relações de Serviço Pessoal, a autora está se referindo, definitivamente, a relações entre as pessoas, mesmo que a doença ou o ferimento, dado concreto e definido, seja o pivô da relação médico-paciente. Guirado (2004) entende que há relações pessoais em uma instituição, nesse caso, o hospital. Na análise da autora supracitada sobre a obra de Guillhon, evidenciam-se os limites da atenção médica. Guirado (2004) busca elucidar a relação sujeito do saber *versus* objeto de estudo, ou objeto a ser curado, consertado. A autora apresenta as seguintes situações: (1) a situação cliente/objeto; (2) a apropriação perito/objeto; (3) a relação perito/cliente.

Primeiramente, sobre a situação cliente/objeto, a autora acredita que a pessoa confia seu objeto, nesse caso a doença, por mais que não esteja definida ainda ao perito. A pessoa também confia no conhecimento especializado do perito em relação ao objeto, mas não em seu próprio conhecimento. Nesse sentido, entendemos que é importante destacar que esse conhecimento do perito é o que há de científico, ao passo que o conhecimento da própria pessoa hospitalizada é intuitivo e subjetivo, e isso precisa ser levado em consideração. Voltemos, então, à experiência da pessoa hospitalizada.

Franz estava no quarto e logo algumas pessoas se aproximaram. Um enfermeiro começou a falar: “- Vamos ter que trocar as suas roupas!”. Por quê? - Essa foi a pergunta que Franz quis fazer, mas não pôde, o que ele disse foi outra coisa: “- Está doendo, está doendo muito, e isso não passa, eu preciso de alguém que faça algo, alguém tem que fazer algo, senão eu não vou aguentar”. Um misto de vergonha

e ressentimento o dominou: “- até quando eu posso aguentar isso”? “Eu acho que deve ser por causa [...]”. Podemos pensar na situação de Franz, em que essa relação de serviço pessoal acontece no núcleo da instituição hospitalar. Ele pode pensar: eu tenho algo, e isso deve interessar a alguém, alguém deve saber sobre isso que eu tenho, sobre doença, dor, em função de já ter tratado a doença de outros. É justamente nesta questão que a pessoa, cliente, tem algo, um objeto, uma doença de interesse para outros.

A outra situação é a apropriação perito/objeto, que refere-se à ocasião em que o médico encontra o paciente no hospital, auxiliado por algumas tecnologias. Podemos entender que há uma apropriação desse objeto, no caso uma doença, que está provocando uma dor. Guirado (2004) afirma que o perito detém um conhecimento em relação ao objeto. Assim, esse profissional pode definir um melhor funcionamento desse objeto. Podemos lembrar da prescrição médica em diversos casos, em que a alta hospitalar, sem dúvida, estará em questão. O perito passa a conhecer muito o objeto, ou seja, o corpo da pessoa hospitalizada. No entanto, não pode definir o melhor uso desse corpo, a maneira como essa pessoa cuidará de si própria a partir do momento em que o seu corpo estiver curado, quando sair do hospital, por exemplo. Aqui identificamos um ponto fundamental, que é o reconhecimento da possibilidade de autonomia da pessoa hospitalizada, ou seja, quem faz uso desse corpo adoecido ou ferido é a própria pessoa, por mais que esteja cercada de máquinas e procedimentos necessários frente ao limiar da vida e da morte.

Em seu leito, Franz olhava para o soro que pingava lentamente até se misturar ao seu corpo. Lúcia debruçou-se sobre ele e, com a voz diferente daquela com que ele estava acostumado, pronunciou: “- Já deram o remédio, a dor vai passar”. Franz percebia a movimentação a sua volta: exames de sangue, urina, temperatura do corpo, e diversos outros. Perguntaram até sobre o que ele está sentindo. Ele questionava sua mulher: “- Isso tudo foi o médico que pediu?”.

Em relação à terceira situação, a relação perito/cliente, Guirado (2004) afirma que o perito assume um interesse por aquilo que o cliente está oferecendo, isto é, aquilo que o paciente está demandando desse hospital. Podemos relacionar isso à realidade das instituições hospitalares e colocar em xeque questões como o interesse, perspectivas e confiança da equipe de profissionais da saúde no tratamento das necessidades da pessoa hospitalizada. A autora aponta que o cliente, por sua vez, acredita na perícia do especialista, em sua boa vontade em assumir um compromisso. Pela dinâmica da maioria de nossos hospitais, as relações de serviço pessoal, entre a pessoa hospitalizada e o médico, ou qualquer outro profissional da equipe de saúde, poderão ficar comprometidas. A reflexão sobre a relação entre aquele que tem algo, uma doença ou ferimento, e oferece isso a alguém, no sentido de pedir ajuda, e daquele que recebe esse pedido, ou seja, o hospital como representação social de doença-cura-saúde e, conseqüentemente, os profissionais que cuidarão dessa pessoa, é de fundamental importância para uma melhor compreensão da possibilidade de recuperação.

Retomando novamente Foucault, uma pergunta fundamental pode ser feita: - Pode a dor ser um espetáculo? Uma vez que o saber do hospital não consegue dar conta das expressões de dor, como gritos e gemidos e do próprio silêncio. Entendemos a dor como sentimento inseparável e queixoso na fala da

pessoa hospitalizada. A doença só é curada, e encontra essa possibilidade, quando outros intervêm com saberes, recursos, dedicação ou talvez piedade. Nesse sentido, faz-se necessário o hospital, essa instituição, e o processo de hospitalização, ou seja, “só existe doente curado em sociedade” (FOUCAULT, 1998, p. 96).

QUAL É A DOENÇA? O CRITÉRIO PARA ESTAR NO HOSPITAL

Ao mencionarmos a hospitalização de Franz, é evidente que questões sobre o seu corpo, doença, assim como a sua dor, estejam presentes, tanto teoricamente quanto na sua fala. Conceitos sobre o corpo e doença implicam uma força no campo da saúde. O diagnóstico de uma doença leva a uma condição estabelecida para o tratamento que deve conduzir a um prognóstico. Já de início, o diagnóstico representa uma grande fronteira entre o paciente e o técnico da saúde. Esse profissional transmite ao paciente a informação sobre algum ferimento em seu corpo, ou sobre alguma doença. Nesse sentido, Medeiros (2002) sinaliza que dar informações de modo adequado, evitando termos difíceis ou técnicos em demasia, facilita a compreensão do paciente sobre o seu estado de saúde.

Franz, em sua espera, questionava-se sobre quem iria atendê-lo naquele lugar. “- Será que o doutor é bom mesmo? Deve ser, por isso que ele está nesse hospital. - Onde está o médico? Cadê ele? perguntava Franz para o seu filho”. Mas logo esqueceu a resposta que escutou, aliás, perguntou isso diversas vezes. “- O médico chegou ao hospital”, foi o que ele ouviu. O médico chegou ao quarto, foi o que ele viu, porém Franz não foi o primeiro a ser atendido, tinha outro paciente no quarto. O olhar em silêncio para o médico, a espera dele vir, o medo dele ir embora. “- Olá! Você que é Franz, eu sou o médico que vai cuidar de você, eu já fiz os pedidos de exames que eu preciso para saber o que você tem, eles não devem demorar e logo vamos saber o que é isso tudo. Vamos cuidar bem de você!”

É importante destacar, neste momento, que a doença ou mesmo um ferimento mobiliza a pessoa a um lugar de desconhecimento sobre ela mesma, um estado de adoecimento que vai ao encontro de um lugar cercado de aparelhos e procedimentos técnicos. Nesse local, a queixa e expressão de dor aparecem como sinais de que alguma coisa está acontecendo.

Tal fragilidade é representativa da experiência de Franz, o qual estava deitado no leito de um quarto com mais pacientes de uma unidade geral. Sua mulher, Lúcia, estava ao seu lado, os filhos, no corredor. Ele podia ver, através de uma janela, que o dia estava ensolarado, um dia bom para trabalhar ou, quem sabe, estar com os amigos, ou com a família, fazer algo que deixou de fazer. Talvez até pensasse nisso, contudo, o que ocupava mais seu pensamento era outra coisa. O dia em que haviam dito que o exame chegaria era hoje, quando finalmente ele e todos, à sua volta, saberiam por que ele estava ali. O médico aproximou-se rapidamente, não deixou de ser educado, mas as formalidades não interessam à Franz tanto quanto: “- o que eu tenho doutor?”. Pancreatite é a resposta. Não, não é simplesmente só pancreatite, mas sim pancreatite crônica, diagnóstico carregado de informações, explicações. Importantes sim, porém, em que sentido exatamente para Franz?

Encontramos em Queiroz, Almeida e Dias (2010), alguns apontamentos teóricos que podem nos auxiliar no entendimento sobre a pancreatite. Segundo as autoras, essa doença é um processo patológico, em que a inflamação do pâncreas é o principal aspecto. Mas as causas que provocariam essa patologia ainda não são totalmente conhecidas. As autoras afirmam que a pancreatite crônica se desenvolve progressivamente, de forma leve à moderada. Essa última forma, por sua vez, é considerada como a mais debilitante pelo motivo de afetar a função pancreática. Desse modo, ocorre a perda de um órgão ou de uma parte dele.

Sobre o tratamento para a pancreatite crônica, conforme Queiroz, Almeida e Dias (2010), baseia-se no controle da dor. As crises dolorosas devem ser tratadas evitando-se bebidas alcoólicas, consumo de gorduras, fazendo-se uma restrição alimentar. Nesse sentido, observamos que a pancreatite da qual Franz sofre tem como sintoma a dor. Segundo as autoras, é contraindicada a utilização de morfina, que pode ser substituída por sedativos e anticolinérgicos. Todos esses dados começam a fazer parte da vida de Franz.

Tratando-se de uma doença ou ferimento, há conhecimentos (sobre o corpo, diagnósticos, interpretações médicas, exames) dos profissionais da saúde que inferem sobre essa condição de paciente no hospital. No caso de Franz, sua história sofre influência desses conhecimentos. Sobre esse aspecto, Czeresnia (2007) aponta que o conhecimento científico sobre o corpo é fragmentado em algumas redutoras teorias, que dizem sobre o psíquico, o social e o biológico. Ainda assim, a compreensão biológica reflete uma supremacia que a ordem médica exerce na busca pela saúde.

Em seus estudos sobre a doença, a autora aponta que, através dos anos, a ideia do adoecer foi compreendida, *a priori*, como algo externo, produzido mediante a invasão de agentes nocivos ou riscos potenciais. Outra perspectiva, a da biologia molecular, sugere a representação da doença como algo que é interno ao corpo, algo pertencente ao código genético. Seja oriunda de agressões externas ou pelo destino genético, conforme a autora, a doença marca a experiência da pessoa. Se a doença vem de fora, é algo que não faz parte da pessoa, se a doença vem do código genético, continua não sendo dessa pessoa, apenas foi repassada para ela.

A preocupação dos profissionais da saúde que estão no hospital é saber como curar a pessoa para que volte a sua vida normal, quando isso é possível. No entanto, como Czeresnia (2007) afirma, há um hiato epistemológico sobre as explicações em diferentes ordens da realidade, diferentes verdades teóricas, ou seja, temos o meio-ambiente, os aspectos sociais e um processo psíquico, que discorrem sobre a origem das doenças. A autora ainda destaca que faltariam recursos para a compreensão de um espaço intermediário e dinâmico, no qual as interações de aspectos internos e externos configurariam a doença.

A busca pela cura de uma doença ou ferimento, visando transformar o diagnóstico em um prognóstico positivo, é o principal objetivo dos profissionais da saúde do hospital. Sobre isso, encontramos, em Canguilhem (1995), a ideia de que a doença não é somente um desequilíbrio ou uma desarmonia, porém uma possibilidade do ser humano buscar um equilíbrio frente a uma experiência que afeta o corpo e a própria psique. Entendemos ser importante que, para além da cura de uma doen-

ça ou ferimento, uma produção de subjetividade esteja aliada a esse processo de hospitalização, que a experiência no hospital não seja somente a reversão de um quadro patológico.

Independentemente da variedade de doenças ou ferimentos, Mattos (2003) acredita que por mais que a pessoa seja acometida por uma doença grave ou não do ponto de vista orgânico, um processo cirúrgico de alto risco ou simples e de fácil procedimento, esses acontecimentos podem levar a um trauma devido às sensações da doença ou do ferimento e a materialização do diagnóstico. E, com isso, a pessoa é levada às bordas de um vazio em relação ao que ela própria tem como referência que a constitui como tal.

Segundo já mencionado, Foguel (2007) descreve o quanto pessoas que sofrem as dores de cefaleia crônica têm o hábito de passar dias em emergências de hospitais em busca de um pouco de morfina. O paciente é identificado, tratado e recebe alta hospitalar pela sua doença, mas podemos entender que a possibilidade de escuta dessa pessoa ficou excluída. Nesse caso, foi tratada a doença, e não a pessoa.

A respeito disso, Czeresnia (2007) acredita que podemos estar mais próximos de uma compreensão epistemológica entre psique e soma, porque uma investigação, ou até mesmo a escuta da pessoa hospitalizada, revelam que o corpo biológico se constitui ou é individualizado nas relações com os seres vivos. Assim, a doença ou ferimento poderão ganhar outros contornos, frente à possibilidade de atenção sobre a queixa daquele que sofre.

DOR E PSICANÁLISE: O DESCONHECIDO ATRAVÉS DA FALA

A temática da dor, como afirmam Dockhorn, Macedo e Werlang (2007), tem importância inquestionável para a psicanálise e surge juntamente com as descobertas de Freud (1923), nas quais o autor valoriza a capacidade de escutar não só aquilo que o paciente fala ou expressa no corpo, mas também, paradoxalmente, a ausência de um saber sobre si mesmo. E nesse ponto, em que há a ausência de um saber sobre si frente à escuta do sentimento de dor, surge a pertinência de um significar sobre a experiência de hospitalização.

Os autores compreendem a dor como um excesso, um montante de energia que está presente em uma situação traumática. Esse montante não consegue ser simbolizado, uma vez que a pessoa fica totalmente tomada por algo que lhe ataca. Mesmo que seja algo dentro de si, o aspecto da incapacidade de dominar esse montante de energia imediatamente se revela e invade a pessoa, o que pode levá-la a ficar presa em uma repetição da dor psíquica.

Podemos entender a situação traumática apontada pelos autores quando o corpo é atravessado por um acontecimento real, e isso tem uma implicação fundamental na subjetividade da pessoa, a qual busca elementos para significar essa experiência. Destacaremos, aqui, as questões relativas à dor que se revelam em uma situação traumática e também podem ser compreendidas com um excesso não passível de simbolização. Essas concepções apresentam-se como importantes pontos desse trabalho,

isso porque apontam a importância de uma escuta dessa dor. Dockhorn, Macedo e Werlang (2007) acreditam que a tarefa daquele que escuta de forma psicanalítica não se resume a recuperar uma história, mas também abrir “vias colaterais” para a possibilidade de uma “metabolização” desse excesso de energia por meio de possíveis “simbolizações estruturantes”. Quando nomeada em palavras, a dor pode encontrar efeitos de uma história singular, de corpo, momento e processo diante da força do real.

Voltemos à experiência de Franz: repentinamente, ele acorda e logo se vê tomado de pensamentos de morte, solidão e medo. O susto toma conta dele, apesar do silêncio e dos ruídos da madrugada no hospital. Ele não sabe muito bem por que acordou ou por que não consegue dormir novamente, pensa que talvez seja a dor que está sentindo, que faz alterar a temperatura do seu corpo ou pode ser o desconforto do lugar ou alguma outra coisa.

Em um sentido psicanalítico, poderíamos fazer uma aproximação entre a angústia e o sentimento de dor, da maneira como Moretto acredita ser a angústia: “É aquilo que, de acordo com a teoria lacaniana, ocorre quando não se tem significantes que simbolizem o buraco no real, ou seja, acabar com a angústia é fazer com que o angustiado fale, signifique o seu buraco” (MORETTO, 2001, p. 206). Evidente que a fala da pessoa é o aspecto que vai ao encontro desse real, em uma tentativa de dar conta, amenizar os efeitos do sentimento de dor, como é o caso da queixa frente a uma doença, ferimento, ou perda de alguém. Podemos compreender a fala em um sentido mais amplo do que a questão de vocalização, no sentido de toda a produção subjetiva que a pessoa possa realizar. Por isso, Moretto (2001) afirma que se interessa pelo que as pessoas fazem, sentem, falam, como elas se comportam, inclusive quando estão doentes.

Dessa forma, é importante ressaltarmos que olhar para essa pessoa para além da doença é muito importante, uma vez que a doença é uma coisa que se quer descartar, acabar, ver reduzida. A possibilidade de isso ocorrer passa pela ideia que Figueiredo nos apresenta quando afirma que:

Quem adoece e sofre é, antes de tudo, um sujeito e não um corpo. Logo, a fala deve ser privilegiada não como manifestações patológicas que exigem correção ou resposta imediata, mas como possibilidade de fazer aparecer uma outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda (FIGUEIREDO, 1997, p. 43).

Ao priorizar a fala, o autor destaca uma nova dimensão, que surge e vai modificando as relações da pessoa hospitalizada com a instituição hospital, desde paredes, leitos, portas, exames, sejam eles positivos ou não, procedimentos em que o contato corporal com o outro é tão presente e constante, como também a relação com a figura dos enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

Na história de Franz, há outra dimensão, para além da doença, o processo patológico denominado de pancreatite passa a ocupar sua subjetividade, mesmo não sendo um médico que entende o sentido científico dessa doença. Essa dimensão mostra-se na dor que ele sente, dessa morada que agora é o hospital. É na produção de fala, de expressão, que se pode chegar a essa dimensão que Figueiredo (1997) acredita ser possível.

Dentre os autores da psicanálise, Nasio destaca-se ao buscar uma compreensão sobre a dor, pois afirma que, seja uma dor física ou a dor de amor, ambas são sentidas pelo “eu da pessoa”, entretanto, a dor de amar refere-se à ruptura na relação com a pessoa amada, já na dor física, há uma agressão nos tecidos do corpo. Como acredita Nasio: “De fato, a ruptura de um laço amoroso provoca um estado de choque semelhante àquele desencadeado por uma violenta agressão física: a homeostase do sistema psíquico é rompida” (NASIO, 2007, p. 32). Não se trata de um ponto de equilíbrio específico que é abalado, mas sim de um estado de confusão em que a pessoa é jogada violentamente para um desconhecimento de suas reações, sentimentos, vontades e perspectivas. A confusão pode ser traduzida no sentido de como eu vou me relacionar com o outro ou com o meu próprio corpo. Reencontrar uma homeostase do sistema psíquico leva algum tempo, talvez dias ou anos.

No entanto, que tipo de dor provocaria tal confusão no sistema psíquico da pessoa? Esse é outro questionamento na obra desse autor, que apresenta três aspectos causadores do desequilíbrio no psiquismo, a saber: (1) a ruptura de um laço com o outro, como uma decepção amorosa ou a morte de alguém muito amado; (2) a imagem de si ferida, em que as fronteiras imaginárias - o que conhecemos do nosso corpo - são alteradas de forma abrupta; (3) a agressão à integridade do corpo, que é de importância vital. Independente da causa que atinge o psiquismo, Nasio (2007) acredita que a dor se forma no espaço de um instante.

Além disso, Nasio (2007) aponta que, no instante da formação da dor, há processos psíquicos que se constituem através de três tempos da dor, são eles: a ruptura ou lesão, comoção e reação. É importante destacar que o sentimento de dor refere-se a uma única dor, mesmo havendo características diferentes em cada um desses momentos no processo psíquico.

A dor da ruptura ou da lesão mostra-se no momento em que se percebe, ao mesmo tempo, uma dor localizada no nível da lesão, externa ou interna, e um estado de comoção interna, ou seja, psíquica, que invade o “eu” da pessoa. Nasio compreende que: “a dor da lesão é o afeto sentido pelo eu quando sofre uma lesão dos tecidos, que se traduz, do ponto de vista energético, por uma excitação brutal percebida imaginariamente na periferia” (NASIO, 2007, p. 15).

O espaço de um instante, que esses três tempos da dor permeiam, pode ser problematizado no processo de hospitalização de Franz. Ao receber o diagnóstico de pancreatite, ele está em contato com esse dado da realidade, informação baseada em tecnologias biológicas e médicas que apontam um órgão, interno do seu corpo, que é, ao mesmo tempo, estranho e tão próximo dele. A dor que Franz sente pode ser entendida como a dor da pancreatite, mas, antes disso, é uma excitação desse real do corpo e elementos do que há de mais íntimo em Franz. É uma dor que invade quarto, corredor, unidade, hospital, a queixa que está na sua voz.

O segundo tempo, a dor de comoção está, em outra perspectiva, ao tempo da lesão na qual a dor se mostra na fronteira desse corpo. No tempo da comoção, a dor parte do interior. Nasio (2007) considera que essa comoção é algo que absorve a pessoa, tomando-a de uma forma que o autor acredita que a dor possui a pessoa, e essa acaba por se tornar a própria dor. Esse aspecto nós não podemos

deixar passar despercebido e, é necessário transpormos para a realidade da hospitalização, com a finalidade de problematizarmos essa experiência.

Lembremos, neste momento, novamente Franz que, após o diagnóstico, torna-se o paciente com pancreatite da unidade tal, que faz parte de um hospital. Ele é tomado por uma realidade que pode ser traduzida da seguinte forma: agora estou aqui, por causa dessa tal pancreatite, e isso é necessário para eu estar nesse lugar e somente isso é o que eu sou.

O importante, nesse ponto da teoria de Nasio (2008), é que o tempo da comoção é um tempo em que a violência da comoção deixa suas marcas, não simplesmente na memória comum, mas nas lembranças sobre a dor na instância do inconsciente.

O terceiro tempo de dor, na teoria de Nasio (2008), é o tempo da dor de reagir. No caso da dor física, o autor é bem claro quando sugere que a dor corporal não se trata mais somente de uma lesão e do transtorno que a acompanha, mas também do intenso esforço que a pessoa faz para se livrar dessa lesão. No tempo da reação, o que toma forma é a expressão de um esforço de defesa em uma tentativa, muitas vezes, desesperada, do indivíduo hospitalizado pela resolução, pela cura do seu estado de doente ou ferido.

Com o intuito de refletir a respeito do terceiro tempo, podemos permitir, mais uma vez, que Franz nos conte sua história. A essa altura, esse paciente pensava constantemente nas recomendações médicas, nas visitas dos diferentes profissionais, os quais sugeriam, perguntavam, pontuavam, explicavam os termos difíceis. Todavia, por fim, ele foi tomado por um sentimento de solidão. “- Quero a minha vida de volta, os motores precisam ser consertados, as partidas precisam continuar, todos precisam voltar para casa, logo”. Porém, seu corpo parecia não corresponder às tentativas de dar conta desse sentimento de confusão, de excitações energéticas. Tudo para Franz parecia ser aumentado naquele lugar cheio de pessoas e questões que antes eram banais em sua vida, entretanto, agora se tornaram irritantemente importantes.

A dor psíquica e física são indissociáveis, uma vez que Franz precisa de elementos de sua subjetividade para tentar uma reação frente a essa lesão e comoção. Nesse sentido, a ideia de dor, para Nasio (2007) é de que: “O eu cicatriza a representação do ferimento, por não poder cicatrizar o ferimento real” (NASIO, 2007, p. 38). Franz não conseguia acelerar a cura da pancreatite, a não ser em seu pensamento, em seu eu que se mostrava diferente, alterado, já que o corpo, o real, demonstrava outra coisa, outras intensidades energéticas. Mas, por que essa diferença entre o corpo e o eu de Franz? Por que esse corpo não responde ao que ele pensa e quer e só o que ele sente é dor? Nesse sentido, “a dor é gerada pela valorização excessivamente forte da representação em nós da coisa a qual estamos ligados e da qual estamos agora privados, seja ela uma parte de nosso corpo, seja ela o ser que amamos” (NASIO, 2008, p. 39). Ou seja, nós valorizamos de forma intensa uma representação psíquica, a qual aparece em forma de ideias, imagens, lembranças, comportamentos antes inimagináveis frente a alguma coisa que antes era nossa e agora a perdemos. Consequentemente, isso causa dor, uma sensação de desamparo frente à força da realidade. A saúde, conceito científico, pode dizer de um estado de bem gozar dos nossos atributos físicos, intelectuais ou um estado social do direito de ir e vir. Mas, a sensação de viver está atrelada a aspectos mais subjetivos, inconstantes e desconhecidos.

Se a dor é gerada por uma valorização de algo, entendemos que a relação com algo que perdemos e a experiência, seja na consciência ou no inconsciente, seja o centro dessa dor. A perda de saúde plena de Franz, em determinado momento de sua vida, não diz respeito somente ao diagnóstico, à doença, ao ferimento ou à cura médica, mas também a Franz. Sim, isso mesmo, interessa-lhe, afinal de contas, é ele quem vai se relacionar conosco, profissionais da saúde ou qualquer outra pessoa. A história de Franz continua, não termina com a alta hospitalar, talvez termine para a instituição hospital e todo o seu funcionamento naquele momento, contudo, a passagem pelo hospital não precisa significar um vazio em sua história.

CONCLUSÃO

Tendo em vista que este ensaio objetivou refletir teoricamente sobre a hospitalização, a doença e a dor, reconhecendo sua importância em uma visão integral da pessoa, podemos concluir que a hospitalização causa um impacto na vida da pessoa hospitalizada, levando-a a um lugar que tem um funcionamento que é alheio àquilo que é a sua vida, podendo levar à perda da sua identidade, e assunção da identidade produzida na instituição hospitalar. Portanto, a hospitalização pode ser entendida como uma força que impõe sua marca. Isso pode ser considerado comum às mais diversas instituições, pois em muitos casos o rigor é necessário, porém, destacamos as marcas intensas da hospitalização, tendo em vista a fragilidade da pessoa que encontra-se doente. A representação social do que é hospital está fundamentada em seu objetivo de receber os doentes e curá-los, para que, assim, possam retornar para suas vidas, e o que enfatizamos neste ensaio é a experiência que o indivíduo carrega consigo, quando está hospitalizado e que permanece quando recebe alta.

Em relação à doença, notamos que o adoecimento é uma experiência muito intensa na vida do indivíduo e que é composta de aspectos concretos, que dizem respeito à fragilidade do corpo e a aspectos não tangíveis à pessoa adoentada, que se relacionam ao saber técnico sobre o diagnóstico, a doença e o corpo. A doença interrompe a continuidade da vida e coloca em questão a percepção que o indivíduo tem de si mesmo e de seu corpo.

Quanto à dor, concluímos que essa é uma sensação para qual devemos dar vazão discursiva, a fim de possibilitar que o indivíduo busque sentidos para a sua experiência. A dor pode repercutir intensamente no sistema psíquico, desordenando aquilo de mais importante para a vida da pessoa: sua integridade física, identidade, autonomia, seu prazer, conforto e todos os elementos subjetivos que a constituem. Cabe destacarmos que, quando nos referirmos à dor, expandimos esse conceito para as perdas do indivíduo, as quais estão além da sensação atrelada ao ferimento ou à doença. Portanto, a cura do ferimento ou doença não garante a superação da dor, e é neste ponto que a atenção integral à pessoa ganha importância.

Sabemos que diferentes apontamentos teóricos foram utilizados em nossa pesquisa, não com o intuito de validar uma teoria como verdade frente às outras, e sim com o objetivo de encontrarmos,

nesses autores, a inspiração e o desafio para pensarmos na complexidade que constitui o processo de hospitalização, um aspecto marcante e intenso que a doença apresenta ao ser humano, e o desconhecido que habita na expressão de dor.

De forma alguma, o tema proposto encontra-se encerrado, pelo contrário, entendemos que a reflexão sobre hospitalização, doença e dor está aberta a novos questionamentos, descobertas e, principalmente, necessita ser um constante exercício dos profissionais da saúde que buscam uma visão mais integral da pessoa hospitalizada. Acreditamos que nossa pesquisa pode contribuir não só para a prática de profissionais da psicologia, mas também da enfermagem, biologia, nutrição, fisioterapia, medicina, terapia ocupacional, assistência social, também como para os gestores de hospitais, em uma interface de trabalho interdisciplinar e atenção sobre aquilo que o indivíduo é quando está no hospital, algo para além de doença ou paciente curado, mas sim a pessoa que teve a sua vida afetada pela força do real.

REFERÊNCIAS

CANGUILHEM, G. Introdução ao problema. In: CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 19-27, 1995.

CZERESNIA, D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. **Revista Brasileira Epidemiol**, v. 10, n. 1, p. 19-29, 2007.

DOCKHORN, C. N. de B. F; MACEDO, M. M. K; WERLANG, B. S. G. Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. **Barbarói**, n. 27, p. 25-41, jul./dez., 2007.

FIGUEIREDO, A. Interrogando o ambulatório. In: FIGUEIREDO, A. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 35-122, 1997.

FOGUEL, E. Algumas considerações sobre psicanálise e dor. In: SILVA, J. et al. **Modalidades do gozo**. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, p. 117-121, 2007.

FOUCAULT, M. A lição dos hospitais. In: FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 71-99, 1998.

FREUD, S. O eu e o id. In: FREUD, S. **O eu e o id, “autobiografia” e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, v. 16, p. 9-329, 2011.

GUIRADO, M. Psicologia institucional In: GUIRADO, M. Cap. 3. **A análise das instituições concretas de Guilhon Albuquerque**. São Paulo: EPU, p. 83-103, 2004.

HOPPE, M. W. Do modelo narrativo à escritura: o drama do paciente e o caso do analista. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 140/141, p. 56-62, 2000.

MATTOS, P. Sob o olhar psicanalítico um espaço mal-assombrado ou Considerações sobre a psicopatologia da instituição hospitalar. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 3, p. 110-119, 2003.

MEDEIROS, G. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. **Psicologia. Ciência e Profissão**. Brasília, v. 22, n. 1, p. 30-37, 2002.

MORETTO, M. Considerações finais - o que pode um analista no hospital? In: MORETTO, M. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 206-210, 2001.

NASIO, J. **A dor de amar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

NASIO, J. **A dor física: uma teórica psicanalítica da dor corporal**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2008.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. **Psicol. USP**, v. 15, n. 1-2, p. 83-106, 2004.

QUEIROZ, C. A.; ALMEIDA, M. C. O; DIAS, F. C. P. A importância do conhecimento sobre pancreatite para os profissionais de saúde. In: 10º CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (CIC), 2010, Barreiras. **Anais...** Barreiras: FASB, 2010. On-line. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF15.10.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

