

**Glícia Rodrigues Pinheiro**

**AFETIVIDADE E AMBIENTE HOSPITALAR:  
CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS PELO PACIENTE ONCOLÓGICO COM DOR**

Dissertação submetida à banca examinadora da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

FORTALEZA  
2009

**Glícia Rodrigues Pinheiro**

**AFETIVIDADE E AMBIENTE HOSPITALAR:  
CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS PELO PACIENTE ONCOLÓGICO COM DOR**

Fortaleza, 27 de março de 2009.

---

Profª. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profª. Dra. Sylvia Cavalcante  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

---

Profª. Dra. Ana Maria Vieira Lage  
Universidade Federal do Ceará - UFC

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento de conquista e aprendizagem, agradeço a minha família:

A painho, Cícero, por seu apoio, torcida, ensinamentos e valores; a mainha, Gracinha, pela sua preocupação e amor constantes; aos meus irmãos, pelo amor, companheirismo e amizade, especialmente ao Giácomo por ser meu tesouro mais valioso.

Ao Daniel, pelo seu amor, companheirismo e tranquilidade em todos os momentos.

À Profa. Ana Lage, por tudo o que ela me ensinou durante a graduação e o mestrado. Sou grata pelas orientações e pelos atos de carinho despendidos.

À velha guarda nutraniana, pela importância de cada um na minha formação pessoal e profissional: Profa. Fátima, Prof. Cássio, Raquelzinha, Aécio, Mabel, Juliana, Manu, Leozinho, Carol, Andressa, Tessa e Monalisa; e as agregadas: Livia Lora e Thais. Em particular, ao Prof. Cássio, pelo apoio, pela disponibilidade e por suas sempre valiosas contribuições teóricas.

À Professora Zulmira Bomfim, minha orientadora, por me apresentar à Psicologia Ambiental, pelo suporte e paciência diante de todos os momentos estressantes desse processo. Agradeço também à equipe do Locus – Laboratório de Psicologia Ambiental – coordenado por ela.

Ao ICC e à sua equipe de profissionais, que tornaram viável o desenvolvimento da pesquisa de campo, especialmente à equipe das enfermarias do 3º e 4º andares e à Psicóloga Juliana Bulamarqui, que colaborou imensamente com muita disponibilidade. Também aos pacientes e familiares com quem tive contato durante todo esse processo.

À Professora Dra. Ana Lage, mais uma vez, e à Profa. Dra. Sylvia Cavalcante, pelas contribuições durante a pesquisa e especificamente na qualificação.

A todos os meus amigos do Mestrado, mas em especial à Livinha, por dividir comigo, desde a seleção até a defesa, todas as angústias, alegrias e conquistas inerentes a esse projeto.

Ao Helder – Secretário do Mestrado – por todas as dúvidas tiradas e pela sua atenção.

À FUNCAP – Fundação Cearense de Pesquisa, pelo financiamento deste estudo.

## RESUMO

A categoria dor vem sendo objeto de estudo de diferentes profissionais da saúde. No contexto hospitalar, os corpos parecem se expressar por meio da dor, que anuncia que algo não está bem e altera diretamente a qualidade de vida do paciente. No caso dos pacientes oncológicos, a dor se configura como um dos sintomas mais presentes e como uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para pessoas com a doença em progressão. O presente trabalho consiste numa investigação sobre os aspectos sócio-culturais da dor, enfocando pontos como a construção social e cultural do significado da dor e a influência do ambiente hospitalar nas manifestações e expressões de dor pelos pacientes. Esse estudo teve como objetivo compreender a inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor, ao longo de seu processo de hospitalização, através da afetividade: sentimentos e emoções. Escolhemos o referencial teórico da Psicologia Ambiental de base histórico-cultural e psicossocial. Ao estudar a relação paciente e ambiente hospitalar a partir da afetividade, tendo por base essa perspectiva teórica e metodológica, buscamos superar as dicotomias homem-sociedade, objetividade-subjetividade, biológico-social, sujeito-ambiente e racionalidade-afetividade. A pesquisa de campo foi realizada no Hospital do Câncer – Instituto do Câncer do Ceará. Os instrumentos utilizados foram: observação, incluindo conversas com os profissionais das enfermarias; consulta a documentos (prontuários médicos); e construção dos mapas afetivos com 10 pacientes, sendo oito adultos e dois adolescentes, que estavam hospitalizados e apresentavam queixas recorrentes de dor segundo o prontuário médico. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo e foram agrupados em quatro categorias temáticas, a saber: dor oncológica; aspectos culturais da dor; hospital; e equipe de saúde. Por meio do processo de articulação dos sentidos denominado mapa afetivo, formamos as seguintes imagens no ambiente hospitalar: Contraste; sofrimento; agradabilidade; e insegurança. Buscamos, ao longo do trabalho, relacionar o quadro álgico dos pacientes aos sentimentos e emoções dos sujeitos em relação ao ambiente hospitalar. Os resultados apontaram como o estudo do ambiente por intermédio da afetividade pode favorecer a humanização e o tratamento dos pacientes oncológicos com dor.

Palavras-Chaves: Paciente oncológico; dor; afetividade; ambiente hospitalar.

## ABSTRACT

The category pain has been the object of study from different health professionals. In the hospital context, the bodies seem to speak through the pain, announcing that something is not well and directly modifies the quality of life. In the case of the patients with cancer, the pain configures as one of the symptoms more gifts and as one of the most frequent reasons for disability and suffering for people with the disease in progression. The present study is a research on the socio-cultural aspects of pain, focusing points as the social and cultural construction of the meaning of pain and the influence of hospital environment in the demonstrations and expressions of pain by patients. This study aimed to understand the interrelation between the hospital and the cancer patient with pain over the process of hospitalization, by affectiveness: feelings and emotions. We chose theoretical referencial of Environmental Psychology, with more approach of the qualitative approach. When studying the relation patient and hospital from the affectiveness, based on the theoretical and methodological perspective, we search to surpass the dichotomies between men -society, objectivity-subjectivity, biological-social, environmental-subject, rationality-affectiveness. The field research was performed at the Hospital do Câncer – Instituto do Câncer do Ceará. The instruments used were: observation, including conversations with the professionals of the infirmaries, the consultation documents (medical records), and construction of affective maps with 10 patients, eight adults and two teenagers, who were hospitalized and had recurrent complaints of pain in the medical records. The data collected were subjected to content analysis and were grouped into four thematic categories, namely: cancer pain; cultural aspects of pain; hospital; and health care team. Through the process of articulation of the senses called affective map, make the following images in the hospital environment: Contrast; suffering; pleasantness, and insecurity. We search throughout the work, relating the pain of patients with the sentiments and emotions of the subjects in the hospital environment. The results showed how the study of the environment through the affection may promote the humanization and the treatment of oncologic patients with pain.

Keywords: Oncologic patients; pain; affection; hospital environment.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. OBJETIVOS .....	17
3. O PACIENTE ONCOLÓGICO COM DOR .....	18
3.1. A Dor no Paciente Oncológico .....	18
3.2. Aspectos Sócio-Culturais da Dor .....	25
4. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A PSICOLOGIA AMBIENTAL .....	35
4.1. Caracterização e Significado da Instituição Hospitalar .....	37
▪ 4.1.1 A Equipe de Saúde e o Paciente .....	41
4.2. Afetividade .....	47
▪ 4.2.1 Superando a Dicotomia Razão - Emoção .....	47
▪ 4.2.2 Superando a Dicotomia Mente - Corpo no Contexto Hospitalar .....	51
▪ 4.2.3 Afetividade como Mediadora da Ação - Transformação .....	53
▪ 4.2.4 Afetividade como Categoria de Análise .....	56
4.3. Apropriação .....	57
▪ 4.3.1 Relacionando Outros Conceitos .....	64
5. METODOLOGIA .....	67
5.1. Delineamento .....	67
5.2. Local da Pesquisa .....	68
5.3. Sujeitos da Pesquisa .....	80
5.4. Procedimentos .....	81
5.5. Dificuldades Encontradas .....	82
5.6. Instrumentos de Coleta de Dados .....	85
▪ 5.6.1 Observação .....	85
▪ 5.6.2 Conversas com a Equipe de Profissionais das Enfermarias .....	87

▪ 5.6.3 Consulta a Documentos: Prontuários Médicos.....	87
▪ 5.6.4 Construção dos Mapas Afetivos .....	87
5.7. Método de Análise dos Dados .....	90
6. APRESENTAÇÃO DOS CASOS E DISCUSSÃO .....	92
6.1. Apresentação dos Casos e Mapas Afetivos .....	92
6.2. Análise e Discussão.....	105
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	130
8. REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES .....	142
ANEXOS.....	150

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Fotografia da Fachada do Prédio Principal .....	69
<b>Figura 02:</b> Fotografia da Fachada do Prédio Anexo .....	69
<b>Figura 03:</b> Fotografias dos equipamentos do centro de imagens e da radioterapia .....	70
<b>Figura 04:</b> Fotografias da Casa Vida .....	71
<b>Figura 05:</b> Mapa de localização do ICC.....	72
<b>Figura 06:</b> Fotografias da recepção.....	72
<b>Figura 07:</b> Fotografia de um quarto de pacientes particular.....	73
<b>Figura 08:</b> Fotografias do primeiro andar .....	73
<b>Figura 09:</b> Fotografias de uma enfermaria pediátrica, da sala de estar e do corredor da ala da pediatria.....	74
<b>Figura 10:</b> Fotografias do centro cirúrgico e da UTI.....	75
<b>Figura 11:</b> Fotografia de uma enfermaria do 4º andar .....	76
<b>Figura 12:</b> Fotografias da sala de quimioterapia de adultos e da intercorrência no 5º andar ..	77
<b>Figura 13:</b> Desenho do paciente 01.....	92
<b>Figura 14:</b> Desenho do paciente 02.....	94
<b>Figura 15:</b> Desenho do paciente 05.....	97
<b>Figura 16:</b> Desenho do paciente 07.....	100
<b>Figura 17:</b> Desenho do paciente 08.....	101
<b>Figura 18:</b> Desenho do paciente 09.....	103

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Componentes e interações conceituais na explicação da relação homem – ambiente .....	61
<b>Quadro 02:</b> Síntese do Processo de Categorização dos Mapas Afetivos .....	90
<b>Quadro 03:</b> Categorização do Paciente 01 .....	93
<b>Quadro 04:</b> Categorização do Paciente 02 .....	94
<b>Quadro 05:</b> Categorização do Paciente 03 .....	95
<b>Quadro 06:</b> Categorização do Paciente 04 .....	96
<b>Quadro 07:</b> Categorização do Paciente 05 .....	98
<b>Quadro 08:</b> Categorização do Paciente 06 .....	99
<b>Quadro 09:</b> Categorização do Paciente 07 .....	100
<b>Quadro 10:</b> Categorização do Paciente 08 .....	101
<b>Quadro 11:</b> Categorização do Paciente 09 .....	103
<b>Quadro 12:</b> Categorização do Paciente 10 .....	104
<b>Quadro 13:</b> Qualidades e Sentimentos relacionados às Imagens do Ambiente Hospitalar ..	112

## 1. INTRODUÇÃO

O meu interesse pela área de Psicologia Hospitalar vem desde muito cedo e se solidificou com o estágio obrigatório realizado no Hospital Infantil Albert Sabin com pacientes oncológicos. Este trabalho deu origem à monografia de conclusão do Curso de Psicologia em 2006.1, cujo título é “Dor: um sintoma subjetivo e sua dimensão no paciente com câncer”, e à proposta desta dissertação de mestrado.

Durante o estágio, muito me inquietava a situação dos pacientes, seus medos, suas angústias e suas dores físicas e psicológicas. Buscava, nas leituras e em cada atendimento, minimizar o sofrimento das crianças que eu acompanhava e de suas famílias.

A dificuldade de avaliação da dor de cada paciente, aliada à escassa bibliografia na área de Psicologia, me instigava a estudar mais sobre o assunto, sendo crescente a minha curiosidade em investigar o complexo fenômeno da dor.

No trabalho de conclusão de curso, foram analisadas as categorias: câncer; dor; e seus aspectos subjetivos, além de se trazer uma investigação preliminar acerca dos aspectos psicológicos, sócio-culturais, familiares e espirituais do fenômeno da dor. Os resultados despertaram grande interesse para continuar a pesquisa sobre essa temática, principalmente, no que concerne à ampliação do universo a ser investigado, dando maior ênfase aos fatores sócio-culturais apontados no primeiro estudo, como a construção social e cultural do significado da dor e a influência do ambiente hospitalar nas manifestações e expressões de dor pelos pacientes.

A instigação para estudar a relação do paciente com dor e o ambiente hospitalar se deve em especial pelo discurso da paciente do estudo de caso no primeiro trabalho, pois quando falava de sua dor e das formas de controle, ela relatou que a sua dor no hospital era mais difícil de ser controlada do que em casa. Neste espaço, ela tinha controle da luz, do barulho e de outros aspectos que não controlava na instituição.

A categoria dor vem sendo objeto de estudo de diferentes profissionais da área de saúde. O interesse pelo tema está relacionado à crescente ocorrência de dor nas sociedades atuais e à importância de tratá-la para uma melhor qualidade de vida. Alguns fatores como os novos hábitos de vida, o reconhecimento de novos casos dolorosos, o aumento da sobrevida em geral e inclusive os traumas e patologias naturalmente fatais são apontados como relevantes para o aumento de ocorrência da dor (BRASIL, 2001; MICELLI, 2002).

A escolha por trabalhar com pacientes oncológicos se deve ao fato de que a dor é um dos sintomas mais presentes nesses sujeitos e se configura como uma das mais freqüentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com a doença em progressão. Geralmente, se associa o câncer à dor e à morte e as estimativas confirmam: a Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que, das cinco milhões de pessoas que morrem de câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada (DUCCIL, PIMENTA, 2003).

Dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA indicam que a prevalência da dor aumenta ao passo que a doença progride: aproximadamente 30% dos pacientes com câncer sentem dor e 70% no câncer avançado, mesmo incluindo os que já recebem tratamento.

Com o progresso ocorrido no tratamento dos tumores malignos, houve um aumento considerável da possibilidade de cura. Mas, a partir dessas estatísticas, percebe-se que, apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento, o câncer continua trazendo muitos desconfortos e sofrimento àqueles que o vivenciam, pela presença do tumor, pelo desgaste físico, emocional, espiritual ou social advindos do tratamento, ou pelos sintomas impostos pela doença (MICELI, 2002).

Tal como na monografia, seguimos com a definição da **IASP** (1979) – *International Association for the Study of Pain* – que aponta para uma natureza subjetiva e complexa da dor: “Dor é uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal comprometimento”.

A natureza subjetiva da dor se refere a uma experiência particular do próprio indivíduo. O caráter complexo desse fenômeno está ligado ao fato de que, embora remetido à lesão que o inicia, está para além da mesma, sendo mediado pelos aspectos psicológicos, familiares, sócio-culturais e espirituais (SCHULZE, 1997).

Nessa lógica, compreendemos que o fenômeno escolhido é plurideterminado. Contudo, no presente estudo, pretendemos enfocar os aspectos sócio-culturais que atravessam o processo da dor.

Entendemos por aspectos sócio-culturais o complexo de padrões de comportamento, crenças, mitos, formas de pensar e ver o mundo, instituições, valores, e normas de ação e enfrentamento transmitido coletivamente e característico de uma sociedade.

Embora a compreensão dos problemas de saúde esteja mais referida no plano interpessoal do que em outras dimensões complexas da constituição do social, a saúde é um

aspecto central da cultura e da sociedade. As práticas e as representações da saúde têm apresentado um aspecto constitutivo do tecido social em seu conjunto (REY, 2004).

Sendo assim, os processos de saúde estão estreitamente articulados aos processos de vida social. Não podemos desconsiderar que as questões relacionadas ao corpo, à doença, à saúde, à morte e à vida, que surgem como figuras de primeiro plano nas instituições de saúde, são constituídas de aspectos ambientais, sociais e culturais.

Partindo desse entendimento do aspecto singular e sócio-cultural da dor, lançamos mão do referencial teórico e metodológico da Psicologia Ambiental para a compreensão das nossas questões. Concordamos com Leff (2004) que essa perspectiva teórica abre caminhos para a construção de saber “a partir das condições do ser, não do homem em geral, mas do ser na cultura, nos diferentes contextos nos quais codifica e dá significados à natureza, reconfigura suas identidades e forja seus modos de vida” (p. 26).

A psicologia ambiental apresenta-se como um conhecimento que possibilita a análise da totalidade da vivência humana, tratando holisticamente tanto os aspectos subjetivos quanto os objetivos envolvidos na inter-relação pessoa ambiente (ALVES, 2005).

Moser (1998) definiu a psicologia ambiental como o estudo da pessoa em seu contexto espacial, temporal e cultural, tendo como tema central as inter-relações entre a pessoa e o meio-ambiente físico e social, sempre com ênfase na reciprocidade existente nessa relação.

A psicologia ambiental aponta a importância da relação pessoa-ambiente na construção de significados, em que a cultura ocupa um lugar relevante na constituição dos sujeitos nos contextos onde se encontram.

O ambiente em psicologia ambiental e conforme definido por Kruse (2005) é o entorno subjetivamente significativo de um indivíduo ou grupo e está sempre relacionado a um organismo que percebe e age.

O ambiente é formado por um conjunto de sinais de alto valor comunicativo e informativo, no qual a experiência emocional vai influenciar diretamente nas esferas de ação e caracterização das dimensões espaciais. O significado do ambiente, segundo Corraliza (1998), é função do impacto emocional sobre o indivíduo e afeta os sistemas de ação do sujeito, a saber: atividade cognitiva, evolutiva e de conduta.

Por intermédio da operação de decodificação do espaço, o sujeito se predispõe com o ambiente, elabora e define suas pautas de interação e ação com o espaço, “onde o ser humano cria

e influi sobre o ambiente e, logo, o ambiente cria e influi sobre a pessoa” (CORRALIZA, 1998; p.60).

Outro autor que ressalta essa relação é Thibaud (2004), ao falar da teoria da ambiência. O autor afirma que é difícil uma definição precisa do conceito de ambiência devido a sua íntima vinculação com a percepção; mas, de forma geral, podemos entender ambiência como a caracterização dos ambientes.

Na sua concepção, o sujeito perceptivo está envolto no mundo que ele percebe e engajado em situações que demandam sua atenção e mobilização. A ambiência cria uma forma de tensão no corpo, funcionando como uma série de fontes para ação e despertando a capacidade de agir. Em outras palavras, a ambiência afeta nossa conduta e nosso estado corporal. Pode aumentar ou reduzir nossa capacidade de ação, sendo “a sensibilidade e a motilidade duas facetas indissociáveis do mesmo fenômeno, sem ser possível conferir primazia de uma sobre a outra” (THIBAUD, 2004; p.354).

Sawaia (2001) também trata desse tema ao abordar a afetividade na potência de ação, que é a capacidade de ação em prol da manutenção do ser. Afetividade, para o estudioso, consiste numa categoria abrangente que engloba emoção e sentimento. Emoção está relacionada ao momento presente da percepção, é o efeito imediato de uma situação. Sentimento, por sua vez, é mais estável, é a emoção de longa duração, que não se refere a situações específicas.

A depender das emoções e sentimentos envolvidos, os afetos podem levar à potenciação ou à inibição da capacidade de agir e pensar.

Como bem nos coloca Corraliza (1998), o impacto emocional do ambiente no sujeito pode ter implicações fisiológicas, ressaltando assim a grande importância desses efeitos emocionais para o bem estar e para saúde, vejamos:

Infere-se desta definição (impacto emocional do ambiente) a aparição de mudanças fisiológicas (secreção de adrenalina, velocidade de circulação do sangue, tensão muscular), assim como, mudanças cognitivas (estados afetivos, sentimentos) associadas à valoração emocional do ambiente (CORRALIZA, 1998; p.63).

A afetividade se configura, pois, como núcleo do nosso trabalho, tendo em vista que estudaremos a relação pessoa ambiente a partir dos sentimentos e emoções do paciente oncológico com dor, que se encontra hospitalizado. A interação do paciente com o ambiente vai

depende de como o sujeito apreende os elementos disponíveis no ambiente por meio dos sentidos (audição, olfato, tato e paladar) e das sensações.

Nesse enfoque, buscamos uma compreensão sócio-cultural na relação entre percepção e ação, subjetividade e ambiente, paciente e hospital, ressaltando a afetividade (emoções e sentimentos) como possibilidade de integração e superação da visão dicotômica desses pares.

No contexto da instituição hospitalar, os corpos podem se expressar através da dor, que anuncia que algo não está bem. A presença permanente ou intermitente da dor altera diretamente a qualidade de vida do paciente, gera desconforto e impõe limitações no estilo de vida, particularmente na mobilidade, paciência, resignação, apetite e libido (SOFAER, 1994; PAVANI, 2000).

Observa-se, então, que o estudo da relação pessoa – ambiente pode ser utilizado como um recurso a mais para compreensão dos aspectos sócio-culturais da dor, como também na busca de promoção de saúde e minimização do sofrimento do paciente com quadro algico.

Levando em conta a importância da significação do ambiente hospitalar para as ações dos pacientes hospitalizados, a análise das instituições hospitalares é uma preocupação recorrente dos psicólogos que trabalham na área da saúde, buscando melhor qualidade de vida para os pacientes e humanização hospitalar. Segundo Heimstra (1978), o ambiente hospitalar é foco de interesse para um psicólogo ambiental porque oferece inúmeras oportunidades para os estudos dos relacionamentos homem-ambiente.

O nosso questionamento incide, pois, sobre três pontos: como o ambiente hospitalar pode interferir na sensação e expressão de dor no paciente; que aspectos sócio-culturais da constituição do sujeito estão relacionados ao significado da dor; e quais suas atitudes frente a essa situação específica.

Diante dessas colocações, dois aspectos se revestem de crucial importância. O primeiro é pensar a relação pessoa – ambiente, em que as subjetividades são construídas. A consideração sobre a construção dialética do sujeito, que se constitui nas relações com o meio e com os outros, merece ser ressaltada nesse momento em que discutimos sobre o sujeito hospitalizado, pois, segundo Kitayama (2004), as experiências, a convivência com diferentes grupos e a aprendizagem são fundamentais na construção do significado atribuído à dor e, conseqüentemente, no modo de lidar com ela.

É tendo por base essa relação dialética entre o individual e o social e como isso afeta a saúde de um modo mais amplo, seja na unidade ambiente – sujeito, seja na unidade hospital – paciente, que consideramos importante uma investigação mais acurada dessas relações. Em nosso caso, com enfoque nos pacientes oncológicos com dor.

O segundo ponto que também se configura, para nós, como importante nessa discussão, é o significado atribuído ao ambiente hospitalar.

Historicamente, o hospital tem sido considerado como uma instituição de características próprias e com uma imagem firmemente arraigada e padronizada. A imagem de um edifício não muito belo, com longos corredores, salas operatórias, macas, profissionais com uniformes brancos e com uma variedade de pessoas que nele se entrecruzam, como médicos, pacientes, visitantes, administrativos, serviços gerais (HEIMSTRA, 1978 e SIMONETTI, 2004).

O hospital é uma instituição vista de forma ambivalente. De um lado, é um ambiente que afasta o indivíduo do seu contato social e onde ele fica no lugar de sujeito passivo, no qual o outro (a equipe de saúde) é quem detém o conhecimento sobre o seu estado de saúde e sobre o que ele sente. Além do mais, o paciente não tem autonomia para modificar esse espaço, o que gera certa insegurança. Por outro lado, o hospital representa a possibilidade de promoção de saúde e cuidados mais especializados (PINHEIRO, 2006).

Durante a internação, o paciente se submete às normas de funcionamento e às limitações hospitalares, que caracterizam o contexto em que ele está inserido: um lugar onde ele não tem a autonomia e o controle que tem em sua casa. A percepção e a interpretação subjetiva do ambiente hospitalar podem apontar o que os pacientes consideram importante durante o período de hospitalização, bem como as repercussões do atendimento ou não desses aspectos eleitos como importantes (ALVES, 2005).

Os ambientes públicos de atendimento a saúde buscam contemplar, geralmente, as funções do hospital de oferecer tratamento, realização de procedimentos diversos, cuidados com infecções, entre outros. Negligenciam, porém, a dimensão emocional do paciente, que é relegada a um segundo plano. Consideram a dimensão física do ambiente e se esquecem da sua dimensão social (ALVES, 2005).

Pensar como os aspectos biológicos, culturais e ambientais estão interligados na produção de saúde se configura como um desafio que está posto. Nesse trabalho, buscaremos integrar esses três níveis para uma melhor compreensão da relação paciente oncológico com dor e

hospital, entendendo estes como uma unidade pulsante constitutiva e constituidora do social e do cultural.

Podemos perceber toda uma construção em torno do significado do ambiente hospitalar para os autores mencionados e a presença nessas descrições de aspectos sociais e culturais. A importância de se estudar o significado desse ambiente reside, principalmente, no fato de tentar compreender que significações são atribuídas a esse espaço e como elas vão interferir nas sensações de dor e ações do paciente.

Iniciamos nosso trabalho com um capítulo intitulado “O paciente oncológico com dor”, que foi dividido em dois tópicos. No primeiro, procuramos discorrer sobre o câncer, sua representação social e o sofrimento desencadeado por essa patologia. O segundo tópico dá ênfase aos aspectos sócios culturais da dor, buscando contemplar o entendimento da dor ao longo do tempo e a influência cultural na sensação e na expressão de dor dos pacientes. No capítulo seguinte, trazemos considerações teóricas sobre alguns conceitos da Psicologia Ambiental, que tomamos como categorias de análise da relação ambiente hospitalar e paciente. Iniciamos esse capítulo com um estudo sobre o ambiente da instituição hospitalar, em seguida discorreremos sobre afetividade e apropriação do espaço.

Concluído o referencial teórico, apresentamos a metodologia utilizada na consecução do trabalho, caracterizando a instituição, os sujeitos e os instrumentos de coleta e análise de dados. Na seqüência, passamos para a apresentação dos casos, com a elaboração dos mapas afetivos, e discussão.

Trazemos, assim, os objetivos que almejamos:

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Compreender a inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor ao longo de seu processo de hospitalização.

### **Desdobramentos dos Objetivos**

- Discorrer sobre a dor como processo singular e o seu aspecto sócio-cultural.
- Compreender o significado histórico do ambiente hospitalar e os sentidos atribuídos pelos pacientes oncológicos, por intermédio da afetividade.
- Refletir sobre a contribuição da estruturação do ambiente, sob o enfoque da Psicologia Ambiental, na minimização do sofrimento dos pacientes com dor oncológica hospitalizados.

### **3. A DOR NO PACIENTE COM CANCER**

#### **3.1 O PACIENTE ONCOLÓGICO COM DOR**

O câncer representa um conjunto de patologias que se caracteriza pelo crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo afetar qualquer parte do organismo e espalhar-se para outras regiões do corpo. Não restringe sexo, idade, raça ou classe social. Segundo dados do INCA, estima-se que, em todo o Brasil, nos anos de 2008 e 2009, deverão ocorrer 466.730 mil casos novos. O tipo mais incidente será o câncer de pele não melanoma, com 115.010 casos a cada ano, seguido do câncer de próstata (49.530 novos casos), mama (49.400) e outros (INCA, 2008).

De acordo com o estudo bibliográfico realizado durante o desenvolvimento da monografia intitulada “Dor: um sintoma subjetivo e sua dimensão no paciente com câncer”, vimos que, mediante um processo conhecido como mitose (divisão celular) novas células vão sendo produzidas no nosso corpo e essas células substituem as que estão morrendo. Dessa forma, o nosso corpo mantém um equilíbrio perfeito da quantidade de células no organismo. Os mecanismos de controle envolvidos são complexos e a perda desse controle pode levar a um excesso de células, resultando em tumor.

O câncer pode ser definido como uma doença degenerativa resultante do acúmulo de lesões no material genético das células, que induz o processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal das células no qual o controle sobre a proliferação e morte celular está alterado (Marques, 2002; on-line).

A maioria dos tumores são acúmulos localizados de células normais e são benignos. Multiplicam-se vagarosamente, assemelham-se ao seu tecido original e raramente constituem fator de maior complicação. Não obstante, é importante perceber que uma parte dos tumores é cancerosa e necessita de tratamento especializado (INCA, 2008).

O desenvolvimento do câncer implica uma alteração não apenas na quantidade de células, mas também na qualidade: elas mudam tanto na aparência quanto no comportamento

fisiológico. Várias mutações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira esse caráter de malignidade. As células cancerosas tornam-se agressivas, destrutivas e independentes das células normais, além de adquirirem a habilidade de infiltrar-se e invadir os tecidos vizinhos. Em alguns casos, aquelas células invadem vasos linfáticos e sanguíneos, podendo causar o desenvolvimento de crescimentos secundários conhecidos como metástases.

O câncer não é uma doença única. Existem várias formas que correspondem aos diferentes tipos de células do corpo, à velocidade de multiplicação das células e à capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes. Alguns cânceres podem permanecer quase inalterados por muitos anos e não ter impacto na expectativa de vida. Entretanto, alguns tumores podem evoluir rapidamente, ocasionando a morte.

O câncer e seu tratamento podem ter como resultado: a cura, a cronicidade ou a morte. Dentro do quadro das doenças crônicas degenerativas, as neoplasias malignas merecem abordagem diferenciada por quatro motivos: sua alta prevalência; o grande consumo em volume de recursos financeiros; sua enorme representatividade como ônus social e institucional; e sua relevância como causa de morte. O câncer se constitui em problema de saúde pública cujo controle e prevenção devem continuar sendo priorizados (INCA, 2008).

A amplitude do câncer em uma população está relacionada, principalmente, à idade, aos fatores de risco a que ela se expõe, à qualidade da assistência a ela prestada e à qualidade da informação disponível. Como geralmente se manifesta em idades avançadas, quanto mais velha for uma população, maiores serão as taxas de incidência e mortalidade. No Brasil, onde a população está envelhecendo e o acesso à saúde tem melhorado, a incidência da doença vem apresentando uma curva ascendente.

A neoplasia maligna pode causar uma variedade enorme de sintomas, dependendo do local onde se localiza, do seu tamanho e da eventual afetação de outros órgãos ou tecidos próximos. À medida que um tumor cresce, ele vai pressionando tecidos vizinhos, vasos sanguíneos e nervos, dando origem a alguns sintomas. A depender do órgão ou do local, os sintomas podem ser percebidos bem no início da doença, como é o caso de alguns tumores cerebrais, que afetam os movimentos ou a visão. Outros, como os de ovário, por exemplo, podem crescer bastante antes de produzir sintomas e levar a paciente ao médico (A. C. CAMARGO, 2008).

Entre os sintomas provocados, temos: febre, cansaço e perda de peso – devido à produção de substâncias que alteram o metabolismo, ao consumo pelas células cancerígenas de boa parte da energia do organismo, ou à interferência no sistema imunológico e sua reação a esses sintomas.

Como existem diversos tipos de câncer, muitos deles curáveis se detectados precocemente, o primeiro passo para o tratamento do câncer é justamente o diagnóstico precoce. “A detecção precoce do câncer aumenta consideravelmente as chances de sucesso do tratamento, já que é mais fácil tratar o tumor ainda pequeno, quando dificilmente teve chance de se espalhar para outras partes do corpo” (A .C. CAMARGO, 2008; on-line).

Segundo Carvalho (2003), é importante esclarecer que o diagnóstico precoce não depende somente dos avanços dos métodos utilizados para tal fim, mas também da postura do indivíduo que busca previamente a detecção da doença.

O tratamento deve ser efetuado em centro especializado e compreende três modalidades principais, a saber: quimioterapia, cirurgia e radioterapia. O mesmo tratamento pode implicar a utilização de um ou mais desses métodos, que são aplicados de forma individualizada para cada tumor específico e de acordo com o estágio da doença.

Durante o tratamento, faz-se necessária a solicitação de exames subsidiários para a avaliação do estado atual do paciente e da resposta positiva ou negativa aos métodos utilizados. A avaliação deve ser rigorosa no sentido de observar se outros órgãos não estão sendo comprometidos e, dessa forma, muitos exames são solicitados. Podemos citar alguns mais comumente utilizados: exames de sangue; punção lombar; mielograma; Raio X ;e tomografias. Vale ressaltar que esses exames são utilizados também no momento do diagnóstico.

Outro fator determinante para o êxito do tratamento é que ele seja realizado por vários médicos especialistas, como oncologistas clínicos, cirurgiões oncológicos, radioterapeutas, patologistas, radiologistas. Ademais, outros membros da equipe de saúde, tais quais psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos, são importantes.

Cabe ressaltar, também, o papel da família, tendo em vista que, diante da complexidade do tratamento e da evolução prolongada da doença, muitas são as complicações apresentadas pelos pacientes, que vão precisar de apoio e cuidado dos outros membros. Progressivamente, as seqüelas, entre elas a dor, vão sendo incorporadas ao cotidiano do sujeito, que carrega consigo muitas limitações e perdas, o que muitas vezes o torna dependente de outras

pessoas, além do grande sentimento de inutilidade diante das necessidades próprias, ou de outrem (CHICÓ, HAYASBI e FERREIRA, 2004).

O câncer evoca outras dimensões, principalmente, na esfera social onde, muitas vezes, está vinculada à idéia de sofrimento e morte.

Diferente de outras patologias crônicas, a representação do câncer assume grandes proporções relacionadas com desesperança, ansiedade, dor e antevisão de uma morte sofrida. Desde a angústia do diagnóstico à constatação de que a doença está evoluindo fora de controle, determinam-se diferentes contextos que terão conseqüências distintas para o cuidar (REZENDE et al 2005; on-line).

Doro, Pasquini, e Medeiros et al (2004) realizaram um estudo sobre a representação simbólica do câncer com diferentes profissionais da saúde, pacientes, familiares e população geral. Verificou-se a proliferação de idéias como a associação do câncer a morte, a dor, a tristeza, a luto, a perda e como o câncer ser algo de difícil controle, cujo tratamento envolve, quase sempre, efeitos colaterais negativos.

Os mesmos autores acreditam que essa conotação negativa da neoplasia maligna é desfavorável para o desenvolvimento de atitudes preventivas e positivas diante da doença e de seu tratamento. Além do mais, as expectativas preconcebidas existentes na sociedade, inclusive nas instituições de saúde, em relação a essa patologia, caracterizam, em si próprias, danos para os pacientes e familiares.

A associação à morte é tão direta que o processo de perda ocorre, muitas vezes, no momento do diagnóstico, como se ele tivesse peso de um “atestado de óbito”. Fato que culmina num desinvestimento no tratamento e morte social do sujeito, que se percebe isolado do trabalho, dos amigos e até mesmo dos familiares (DORO, PASQUINI e MEDEIROS, 2004).

Outro medo enfrentado pelos pacientes e seus familiares é o sofrimento associado a essa doença e ao seu tratamento. Logo, faz-se indispensável a promoção de medidas que assegurem o alívio de sintomas e, principalmente, da dor. O seu tratamento deve fazer parte de todo o processo, desde o momento do diagnóstico, com o intuito de possibilitar maior conforto e melhor qualidade de vida ao paciente.

De fato, a dor é apontada por muitos autores como um dos sintomas mais presentes nos pacientes com câncer, além de ser responsável por várias restrições no âmbito social, laboral e afetivo (PAVANI 2000, MACIEL 2003, MIRANDA 2004). O quadro é confirmado também

pelas estimativas: dores crônicas moderadas ou intensas estão presentes em 70% dos pacientes em diferentes estágios da doença (JORNAL O POVO, 2005).

A dor sentida pelo paciente pode ter como causa o próprio câncer e estar ligada a vários aspectos, a exemplo de: invasão óssea tumoral; invasão tumoral visceral; invasão tumoral do Sistema Nervoso Periférico – SNP; extensão direta às partes moles; e aumento da pressão intracraniana. Podendo estar relacionada ao câncer no caso do espasmo muscular, escaras de decúbito, constipação intestinal, entre outras (INCA, 2008).

Outras causas estão associadas aos procedimentos terapêuticos do tratamento antitumoral como: a dor pós-operatória (aguda, pós-toracotomia, pós-mastectomia, pós-esvaziamento cervical, pós-amputação); a pós-quimioterapia (mucosite, neuropatia periférica, nevralgia pós-herpética, espasmos vesicais, necrose da cabeça do fêmur, pseudo-reumatismo) e a pós-radioterapia (mucosite, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar) (INCA, 2008).

Existe ainda a possibilidade de dor devido a desordens concomitantes como a osteoartrite, a espondiloartrose, entre outras.

Especificamente, nos casos das dores associadas ao tratamento antitumoral, o sofrimento vem atrelado à possibilidade de melhora ou cura do quadro patológico, o que colabora para o seu entendimento como um sofrimento necessário.

Há cerca de duas décadas, os pacientes com câncer eram muito mais castigados pela aflição. Acreditava-se que sentir dor era uma decorrência normal da doença e de seu tratamento. Constatou-se, depois, que ela desregula tanto o metabolismo que interfere de forma negativa no tratamento. Atualmente, porém, existe a compreensão da necessidade da sua terapêutica, ilustrada pela gama enorme de medicação à disposição no mercado e pelo investimento em equipes multiprofissionais para melhor cuidar dos pacientes que estão passando por essa situação de sofrimento (VEJA, 2001).

O seu controle é justificado por várias razões: primeiro, o não tratamento causa sofrimento desnecessário; segundo, prejudica as atividades diárias, debilitando ainda mais o paciente; e terceiro, o câncer por si só já implica na perda de energia, amigos e saúde, e a dor não aliviada pode gerar mais ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas (PAVANI, 2001).

Muitos pacientes com a doença em progressão sofrem mais de um tipo de dor e o tratamento adequado vai depender da identificação de sua origem. Esse sintoma pode ser completamente aliviado em até 90% dos casos e um nível aceitável de alívio pode ser alcançado na maioria dos restantes. Contudo, como mostram as estimativas na introdução do trabalho, ainda há um grande número de pacientes que morrem com dor não controlada, o que aponta para um controle deficitário.

O tratamento algico, então, deve ser baseado em uma avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos efeitos desse sintoma na vida do paciente, investigando fatores psicossociais envolvidos.

Crenças culturais, religiosas, filosóficas e classe econômica social, entre outros fatores, irão modificar significativamente a percepção do fenômeno doloroso, assim como experiências passadas relacionadas com a dor. Muitos doentes acostumados a valorizar as dores sentidas no decorrer de sua vida, tendem a exagerar o desconforto, para ganhos de atenção, medo do abandono e da solidão, ao mesmo tempo em que tendem a negar a relação entre os aspectos psicológicos e seu sofrimento (PAVANI, 2001; on-line).

Reações de negação, revolta e agressividade pela doença, pela dor e pelo tratamento, são comuns nos pacientes oncológicos com dor crônica. Tais reações podem, também, serem acompanhadas de atitudes de negociação, introversão, apatia, fuga e depressão. Idéias suicidas igualmente podem ocorrer, mas são raramente observadas. Todo este componente emocional influencia a sua percepção, diminuindo o limiar de excitabilidade do nociceptor, o que aumenta a sensação de dor (PAVANI, 2000).

Os nociceptores fazem parte do sistema nervoso e respondem pela sensação e transmissão dos estímulos dolorosos. São receptores silenciosos, que não captam, ou respondem ou sentem estímulos normais. Somente quando estimulados por uma ameaça em potencial de dano ao organismo humano, desencadeiam o reflexo da dor.

A partir do reconhecimento de todas essas dimensões no sofrimento do paciente oncológico, Schulze (1997) resgata o conceito de dor total, proposto por Cecily Saundres, que traz a idéia de que a dor não é constituída somente pelo aspecto físico, mas tem componentes emocionais, sociais e espirituais. Esse conceito mostra que, na experiência dolorosa, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados.

Segundo Schulze (1997), a condição do portador de câncer é pautada pelo sofrimento contínuo que assume diferentes facetas, dependendo do momento que vive e das crises que experiencia. Esse sofrimento passa por uma série de dificuldades de ordem psicossocial como: deixar a família; enfrentar o julgamento social; a possibilidade de morte; as conseqüências de um não esclarecimento quanto ao diagnóstico e procedimentos do tratamento; mudança no desempenho de papéis sociais; despreparo para enfrentar a quimioterapia; falta de apoio durante esse tratamento; enfrentamento de dores; e mudanças corporais. Além de dificuldades de ordem prática e econômica.

Diante da influência de tantos fatores de ordem psicológica, cultural e social:

O profissional de oncologia deve acreditar na experiência do paciente que afirma ter dor e que é preciso compreender a realidade do mesmo a partir de tal afirmação. Referindo-se a dor oncológica, diz-se que a dor é o que o paciente diz que é, onde é e quando é (SCHULZE, 1997; p. 49).

Sendo a dor uma experiência única e pessoal, não há linguagem padrão para sua descrição, a qual varia dentro de uma mesma família ou grupo cultural. Pode ser extremamente difícil para o paciente com doença avançada encontrar uma linguagem que a descreva, tanto por ser uma experiência sem semelhança com qualquer sensação prévia, como pela presença de seus componentes emocional, social e espiritual (BRASIL, 2001).

Diante de dificuldades de comunicação, as mudanças de comportamento estão entre os indicadores mais comuns. Temos como exemplo a irritabilidade, a letargia, a perda do apetite, alteração no sono, inquietação, mudanças posturais e, também, a dificuldade no relacionamento com os seus pares, mediante isolamento social diante de qualquer processo doloroso.

Quando a intensidade da dor se torna insuportável, com alteração do humor, sono e alimentação, os familiares são solicitados e ficam surpreendidos quando descobrem o longo tempo em que este quadro se iniciou. É importante que se estabeleça uma relação de confiança o mais transparente possível com os pacientes, para não omitir nenhum detalhe ou efeito colateral da terapêutica instituída.

Segundo Chicó, Hayasbi, e Ferreira (2004), diante de freqüentes e intensos episódios dolorosos, o doente aceita como próprio senti-los e cria maneiras para diminuir a intensidade da dor sentida ou até mesmo preveni-la, quando isso está ao seu alcance. Saber que pode contar com o atendimento na hora da crise e possuir medicação eficaz ao alcance da mão, mesmo quando não

utilizada, possibilita maior segurança para o doente que acredita poder controlar o seu quadro álgico.

Em situações de dor extrema, o carinho e o afeto proporcionam segurança e conforto. A família, nesses momentos de crise, serve como aliada ao tratamento tradicional. A equipe, além da utilização de medicações para analgesia, pode lançar mão de alguns artifícios para diminuir o estresse vivenciado pelo paciente, inseri-lo de forma mais ativa no seu tratamento e escutá-lo, tendo em vista que o paciente é quem melhor pode descrever suas queixas, seus sintomas e seu sofrimento.

No decorrer desse tópico buscamos entender o que é o câncer e o significado dado a essa patologia na nossa sociedade, para uma maior compreensão do sofrimento do paciente oncológico, principalmente no que se refere a sua dor. Discutir sobre essas questões é fundamental na nossa investigação da inter-relação entre o paciente oncológico com dor e o ambiente hospitalar, porque nos fornece uma idéia mais clara da experiência desse paciente.

### **3.2. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DA DOR**

As representações no imaginário de cada cultura contam uma história particular a respeito dos fatos “universais” com que o sujeito se depara ao longo do seu desenvolvimento. Cada uma dessas histórias particulares, como os mitos, as lendas e a própria forma de se conhecer e de se falar é vivida por cada grupo de indivíduos ou comunidades sócio-culturais enquanto padrão e referência para interpretação significativa da experiência, com influências à consciência e às formas de ação.

A percepção e o significado da dor como experiência universal do ser humano também é regulada pela cultura. A dor se configura como um dos sintomas mais antigos e mais comuns da prática clínica. Cada cultura, conforme os seus parâmetros, deixou sua contribuição acerca da forma de sentir a dor e o impacto causado por esta.

Visto dessa forma, os aspectos culturais são centrais na formação do significado da dor. Logo, conhecer o contexto sócio-cultural no qual o indivíduo está inserido é muito importante para a compreensão do entendimento da dor pelo paciente e de sua reação. O sujeito

pode referir-se, avaliar e reagir ao fenômeno de diferentes formas, intensidades, com atitudes e reações diferenciadas.

Na dor, manifesta-se claramente a relação entre o indivíduo e a sociedade. As formas de sentir e de expressar a dor são regidas por códigos culturais e a própria dor, como fato humano, constitui-se a partir dos significados conferidos pela coletividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos. Embora singular para quem a sente, a dor se insere num universo de referências simbólicas, configurando um fato cultural (SATIR, 2001; on-line).

A antropologia contribuiu de forma efetiva para a compreensão das respostas culturais à dor e à natureza subjetiva da experiência algica. Zborowski (1978), in Pereira e Zago (1998), comparou a interpretação, o significado, a intensidade, a duração e a qualidade da dor entre quatro grupos culturais, concluindo que existem atitudes padronizadas em relação à dor em toda cultura. As expressões apropriadas e inapropriadas dela são culturalmente prescritas, e as tradições culturais ditam como agir durante uma experiência dolorosa e em que situações é esperada e tolerada.

Os referenciais teóricos que abordam a influência da cultura na dor fornecem uma série de pressupostos oriundos da antropologia médica, a qual entende a cultura como um sistema compartilhado de significados que é aprendido, revisado, mantido e defendido no contexto em que as pessoas interagem. Esse sistema de significados mostra aos indivíduos a forma de ver o mundo, vivenciá-lo e de comportar-se em relação às outras pessoas e ao meio ambiente natural (PEREIRA e ZAGO, 1998).

A cultura de um grupo é transmitida para a geração seguinte através de símbolos, linguagem, ritual e artes. Essa percepção compartilhada do mundo é que fornece a coesão e a continuidade dos grupos.

O entendimento do significado da dor também se foi transmitido entre gerações. Alguns aspectos se mantiveram e outros foram revisados e modificados a partir dos valores e das formas de pensar que vigoravam em cada época histórica.

Há muito tempo, o homem procura esclarecer razões que justifiquem a ocorrência da dor e os procedimentos destinados ao seu controle e cura. Ao realizar um resgate histórico, pode-se perceber que a dor é um fenômeno complexo, irreverente e imprevisível quanto a sua origem, sendo compreendido e explicado historicamente a partir de diferentes visões (PINHEIRO, 2006).

A dor como punição de Deus tem sua origem no Velho Testamento e nos sistemas de crenças religiosas. Dor e sofrimento eram vistos de forma intrínseca e eram socialmente tidos como castigos merecidos pela provocação da cólera divina. Ainda, martírios necessários para a purificação e a salvação da alma. Dito de outra maneira, “a dor era considerada uma medida disciplinar para os pecadores e uma provação para os justos” (LOBATO, 1992; p.166).

A idéia de dor como emoção, originando-se no coração e não no cérebro, deriva do pensamento de Aristóteles (320 a.C.), que considerava a dor como “uma emoção, um estado de alma, uma antítese do prazer”, alertando para uma sensação desagradável. Segundo Lobato (1992), este entendimento da dor como paixão da alma foi aceito por 2000 anos.

No Egito antigo e entre alguns povos da América pré-colombiana, a dor era vista como resultado da entrada de espíritos dos mortos no corpo, através dos órgãos olfativos ou auditivos. Entre os Incas, os portadores de doenças dolorosas eram vistos como vítimas de espíritos malignos e para que esses “demônios” saíssem de seus corpos havia a necessidade das cirurgias de trepanação para sua expulsão (KARKLINS e FERREIRA, 2008).

Na tradição europeia, além da utilização religiosa, a exploração da dor serviu para fins políticos e sociais, como instrumento de punição e coerção de quem representava o poder. A elite sócio-política provocava sofrimento e aplicava penas aos indivíduos e à coletividade para a consecução de seus objetivos (MIRANDA, 2004).

Essa compreensão de origem externa da dor possibilitou uma série de interpretações simbólicas do contexto social, religioso, político, ético e moral de cada época e de seus povos, para ser cientificamente compreendida posteriormente. A ciência tornou-se uma força cultural que trouxe novos valores, novas crenças e novos modos de estudar o fenômeno da dor.

Na Grécia clássica foram dados os primeiros passos em direção a uma explicação racional da dor. Hipócrates, o pai da medicina, abandonou as teorias mágicas e religiosas, então em voga, e pautou-se na observação clínica de que as enfermidades eram desvios dos processos naturais por alterações do organismo. Hipócrates acreditava que cabia ao médico restaurar o equilíbrio dos organismos e foi pioneiro nas técnicas de resfriamento e fitoterapia para alívio da dor, na introdução do ópio e na supressão da dor cirúrgica por meio de um sistema primitivo de anestesia, através de compressão das carótidas (KARKLINS e FERREIRA, 2008).

É no século XIX que se solidifica uma verdadeira mudança no direcionamento do estudo da dor. A associação entre dor física e sofrimento social perde espaço, ao passo que se

começa a considerar a dor como um fenômeno biológico, explicado fisiologicamente. Essa nova visão se torna possível a partir da identificação dos receptores neuronais, da transmissão dos impulsos nervosos, do isolamento da morfina e do desenvolvimento de opióides. Com os avanços científicos e a descoberta da anestesia cirúrgica, anestesia local e aspirina o homem começa a vislumbrar possibilidades de não sentir dor (MICELI, 2002).

Não obstante, a dor compreendida meramente como um substrato orgânico cientificamente identificável não contemplava o seu fenômeno como um todo. Outros olhares começaram a tomar corpo e a contribuir para superação dessa visão reducionista da dor. As principais contribuições advieram da Psicanálise (com suas idéias revolucionárias, que refutavam a visão de mundo reducionista, mecanicista e determinista da física newtoniana e do pensamento cartesiano); da Psicologia da Gestalt (com sua visão holística, que considera o todo mais do que a mera soma das partes); da Teoria da Relatividade (com Einstein, que desmonta a crença da existência de uma verdade objetiva e universal); e da Teoria Sistêmica (que nos coloca diante da importância de analisar o contexto) (MICELI, 2002).

Durante a Segunda Guerra Mundial, surge a idéia de “Clínica de Dor”, preconizada pelo anestesista John Bonica que, em 1950, propõe a abordagem do portador de dor crônica em equipe multiprofissional, de modo a humanizar seu tratamento. Em 1960, Bonica, White e Crowley desenvolveram o primeiro “Centro Multidisciplinar de Dor”, na Universidade de Washington (EUA), que se configura atualmente como modelo de referência para o atendimento de indivíduos com dor (KARKLINS e FERREIRA, 2008).

Também em 1960, a médica inglesa Cecily Saunders introduziu o conceito de dor total no conhecimento constituído até então, que traz a idéia de que o sofrimento do indivíduo não está pautado apenas nos danos físicos, mas também nos aspectos emocionais, sócio-culturais e espirituais. Saunders ratificou a importância de uma abordagem multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento do paciente com dor (MACIEL, 2003).

Na tentativa de facilitar um entendimento e uma comunicação com caráter mais universal, com uma definição da dor e de termos a ela relacionados, que pudesse minimizar a confusão até então existente, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) constituiu, em 1976, uma Subcomissão de Taxonomia da Dor, que teve como resultado consensual do seu trabalho a inclusão da dor na Classificação Internacional de Doença (CID) (PAVANI, 2000).

A partir de então, a dor passou a ser definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial e descrita em termos de tal dano” (*The International Association for the Study of Pain*, 1979; on-line). Essa conceituação, que é a mais aceita atualmente, aponta para a existência de um conteúdo subjetivo da dor para além dos aspectos anatomo-fisiológicos.

Atualmente, há uma preocupação crescente com os aspectos humanitários no atendimento nas instituições de saúde. Contudo, isso ainda se configura como o desafio para muitas equipes, já que a constante luta contra a doença e a morte em busca de uma cura acaba por negligenciar as necessidades emocionais e o sofrimento do indivíduo.

Segundo Arantes (2005), a equipe de saúde está preparada para lidar com a doença, mas ainda não sabe como lidar com o sofrimento. Vários sintomas relatados pelos pacientes durante seu tratamento trazem grande prejuízo para sua qualidade de vida, mas são frequentemente subtratados pelos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados do paciente. Muitos pacientes não se queixam, acreditando que nada pode ser feito para seu alívio.

Para o médico, o foco está na cura ou na remissão parcial de sinais da doença, sendo válido o custo pessoal do paciente e da família para suportar esta batalha. Por outro lado, os próprios pacientes e familiares encaram o sofrimento como um sacrifício necessário para a cura, o que certamente não corresponde à verdade (ARANTES, 2005; on-line).

Estudos apontados por Pereira e Zago (1998) mostram que a percepção da equipe de saúde quanto à dor muitas vezes não coincide com as percepções dos pacientes, o que ocasiona mais sofrimento. Isso acontece devido a uma desvalorização do discurso do paciente e dos aspectos singulares da dor.

Como pudemos perceber, o entendimento da dor passou por muitas transformações ao longo do processo histórico e foi sendo diretamente relacionado ao contexto sócio-cultural de cada época. Esse entendimento, por sua vez, vai interferir nas sensações e expressões de dor de cada paciente.

Segundo Pereira e Zago (1998), o comportamento frente à dor é ditado pela cultura, que fornece normas específicas de acordo com a idade, sexo e posição social do indivíduo. A cultura influencia o limiar da dor (ponto no qual o indivíduo reporta que um estímulo é doloroso), a tolerância à dor (ponto no qual o indivíduo solicita para interromper o estímulo ou retrair-se) e a

tolerância à dor encorajada (a quantidade de estímulo doloroso que um indivíduo suporta quando encorajado a tolerar níveis altos).

A dor pode ser manifestada por dois tipos de reações: voluntárias e involuntárias. As involuntárias são as chamadas reações instintivas, motoras, a exemplo das que se iniciam na medula espinhal e podem encetar reflexo de retirada e defesa. Já as reações voluntárias envolvem outras pessoas e são influenciadas, além do aspecto biológico, por aspectos sociais e culturais, que incluem as expressões faciais, modificações na conduta, sons produzidos, palavras utilizadas. (BUDO, 2007).

Pereira e Zago (1998) fazem referência a dois tipos de comportamentos de dor ou reações: a dor privada e a dor pública. Como o indivíduo que está experienciando a dor é quem melhor sabe o local, a ocasião e a intensidade da dor, para sabermos se uma pessoa está com dor, dependemos de uma demonstração verbal ou não-verbal por parte da pessoa. Quando há essa demonstração, a experiência e a percepção privadas da dor tornam-se públicas.

Segundo Budo (2007), a forma de as pessoas comunicarem a dor está intimamente ligada a padrões culturais de valorização ou desvalorização da exteriorização da resposta a ela e ao sofrimento. Sendo assim, a cultura é um dos fatores que determina se a dor privada será traduzida em comportamento de dor e a forma que tal comportamento assume, bem como as condições sociais em que ocorre.

Outro fator determinante na transformação da dor privada em pública é a intensidade percebida. A intensidade de uma sensação dolorosa está ligada à idéia de tolerância à dor já descrita acima, que não corresponde automaticamente à extensão e natureza do ferimento, mas envolve aspectos emocionais, culturais e sociais. Crenças sobre o significado e a importância da dor, bem como sobre o contexto em que ocorre e as emoções envolvidas podem afetar a sensação de dor (PEREIRA e ZAGO, 1998; BUDO, 2007).

Nas situações confusas e difíceis, os indivíduos tendem a se comparar com os outros do seu grupo cultural, para determinar que reações sejam apropriadas. Do mesmo modo, os grupos esperam que os indivíduos comportem-se dentro dessas regras e normas culturais. As diferentes culturas podem assumir diferentes atitudes em relação aos tipos de dor, como expectativa, aceitação e ansiedade (PEREIRA e ZAGO, 1998).

O ser humano é um ser concreto determinado pela realidade social e histórica e, simultaneamente, determinante desta através de sua ação coletiva sobre o mundo. À medida que

o ser humano se desenvolve, ele vai construindo, também, seu entendimento sobre as questões relacionadas aos processos de saúde/ doença e situações correlatas.

Nenhuma realidade humana prescinde de dimensão social, tampouco o corpo ou a dor. A singularidade da dor como experiência subjetiva torna-a um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade. Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado. As experiências vividas pelos indivíduos, seu modo de ser, de sentir ou de agir serão constitutivamente referidos à sociedade a qual pertencem. Ainda que traduzido e apreendido subjetivamente, o significado de toda experiência humana é sempre elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida (SATIR, 2001).

A criança, em um processo dinâmico, aprende a ser homem na relação com outros homens. Aos poucos se apropria dos modos culturais de ação, a partir das condições concretas de vida e das relações que se estabelecem (SMOLKA; LAPLANE, 2005).

Vygotsky, interessado nas relações sociais enquanto categoria fundante do sujeito, desloca a questão da realidade biológica para a questão da realidade cultural, entendendo esta como espaço de desenvolvimento humano (SMOLKA; LAPLANE, 2005).

A construção da consciência de si e da forma de perceber e entender o mundo são vistos, pois, como processos enraizados no histórico e no cultural, no qual o individual e o social estão imbricados. Logo, falar sobre a consciência individual é fazer referência ao contexto econômico, social e cultural em que o sujeito se encontra.

O mundo social existe apenas ao se constituir como sentido para os indivíduos que nele vivem. E, dialeticamente, os indivíduos só constroem o significado de suas experiências (inclusive da dor) mediante as referências coletivas. Não existe realidade social sem significado subjetivo para os que nela vivem, ao mesmo tempo em que o significado de cada ato individual, cotidiano e singular, só existe como produto do que lhe é dado viver na sociedade e na cultura às quais pertence (SATIR, 2001).

Partindo desse entendimento da construção contínua e sócio-cultural do sujeito, verifica-se que o indivíduo aprende, desde a infância, o que as pessoas a sua volta esperam e aceitam quanto às sensações dolorosas. Ele aprende com os outros quais os estímulos dolorosos e que tipo de atitude assumir frente a eles. Assim, todo indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos aprendidos no seu contexto cultural em relação à dor. Reconhecer os

aspectos culturais na dor e as diferenças culturais ajuda a compreender melhor a dor do paciente e ter parâmetros para avaliá-la, bem como a poder intervir no seu alívio de modo mais efetivo.

Cabe destacar que Vygotsky, ao considerar o homem como um agregado de relações sociais, com ênfase na construção cultural da consciência e das funções superiores, coloca que uma relação entre pessoas passa a funcionar como modo de relação do sujeito consigo mesmo. Dessa forma, elucida o processo pelo qual os homens, inicialmente imersos no contexto social e regulados por ele, tornam-se indivíduos capazes de regular suas relações com o ambiente físico e social, num movimento de personalização (SMOLKA; LAPLANE, 2005).

Ao longo dessa contínua interação com o mundo, o sujeito é habitualmente influenciado e modificado, contudo também possa influenciar e transformar seu meio. A relação que se estabelece com o mundo não se caracteriza pela passividade, mas, sim, pela ação e transformação do meio com o desígnio de torná-lo mais assimilável. Esse processo de desenvolvimento se dá de forma absolutamente individualizada.

Quando se trata de sofrimento, apesar das influências culturais, cada dor é singular e a experiência de cada indivíduo depende, além da aprendizagem cultural, do impacto das experiências pessoais anteriores e de outros fatores únicos ao sujeito.

O sofrimento pode ser definido como o impacto de uma doença sobre o sujeito, tratando-se, portanto, de uma vivência exclusiva do paciente, diferenciada entre semelhantes de acordo com suas condições físicas, emocionais, sua bagagem cultural, suporte familiar e social (ARANTES, 2005).

A doença, no contexto médico, é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas. Câncer de mama metastático é a mesma doença em qualquer parte do planeta, pois existe um consenso universal do que é câncer e do que é metástase. Por outro lado, o sofrimento causado a uma mulher com câncer de mama atendida no consultório é totalmente diferente do sofrimento de uma mulher com a mesma doença, na mesma fase, com a mesma idade que está internada por causa de dor (ARANTES, 2005; on-line).

Todas essas contribuições e formas de ver o fenômeno da dor possibilitaram “uma mudança de foco para aquilo que foi identificado como único no homem, a saber: a subjetividade” (LEITE, 2005; p.6). Resgatando o pensamento da Psicologia da Gestalt, em que o todo é mais do que a mera soma das partes, é incabível, no momento atual, tratar a dor, ou qualquer doença de forma isolada. É necessário que se trate o indivíduo como um todo, que é

muito mais do que os sintomas que apresenta. Dessa forma, devemos pensar o ser humano como um sistema integrado em corpo e mente, que ao entrar em contato com o ambiente, responderá de diferentes formas, a depender da estrutura de cada um e do seu momento.

Como o indivíduo é singular, não se pode pretender que responda da mesma forma às intervenções externas, nem tão pouco que mantenha uniformemente suas respostas a longo prazo. Tratar um paciente requer não somente as considerações biológicas e psicológicas como também as familiares, sociais, econômicas e aquelas que estão nas relações estabelecidas entre os sistemas envolvidos: o indivíduo e seu universo e o sistema de saúde e de tratamento, com todas as suas múltiplas variáveis. Não basta tratar a dor, mas também o paciente e, além dele, os sistemas que com ele interagem (MICELI, 2002; on-line).

Cada pessoa vai perceber, reagir e elaborar sua dor de forma singular e, assim, o ser humano estará sempre desafiando o conhecimento e provocando mudanças na forma de pensar.

A percepção da dor a nível de mecanismos cerebrais, frente a um mesmo estímulo sensitivo, produz de maneira diferenciada, manifestações individualizadas de maior ou menor sofrimento, maior ou menor positividade, reação de luta ou fuga, elevação ou diminuição do limiar da excitabilidade do nociceptor, portanto, menor ou maior sensibilidade à dor, diferentes expressões faciais, gritaria ou choro, dependendo de ganhos e experiências de cada indivíduo ao longo de sua existência frente a dor (PAVANI, 2000; on-line).

Já que nenhum parâmetro isolado pode dar uma dimensão real da dor, é importante fazer uma avaliação o mais abrangente possível do processo nociceptivo do sujeito, considerando-se: o auto-relato; a percepção e comunicação da dor pelo paciente; crenças, fantasias e expectativas relacionadas a esta dor; a história pessoal; o contexto sócio-familiar; as alterações afetivas, sociais, familiares e comportamentais; o relato da família; o comportamento e a história de dor; a postura corporal; a mímica facial; os sinais fisiológicos; os marcadores biológicos e qualquer outra forma de expressão encontrada (MICELI, 2002).

A humanização no tratamento da dor implica a necessidade de uma visão holística do sujeito, com a observação de todos os aspectos ligados ao adoecer. Faz-se indispensável um tratamento individualizado, que considere as necessidades singulares de cada paciente, tendo em vista que o sofrimento é único e que o paciente é quem melhor sabe descrevê-lo.

Intentamos ao longo desse capítulo explorar o aspecto sócio-cultural da dor, buscando entender como a cultura e a sociedade se tornam parâmetros na sensação e na expressão dos

processos álgicos. Acreditamos que a compreensão desses aspectos, além de facilitar intervenções adequadas, coloca-nos diante da importância da superação da visão dicotômica dos pares: indivíduo/ sociedade, biológico/ cultural, interno/ externo, paciente/ hospital quando tratamos da saúde.

Observar de que forma os aspectos biológicos, sociais e culturais estão interligados se reveste, pois, de especial importância no nosso estudo. Neste, buscaremos compreender a relação dialética pessoa – ambiente, na qual os sujeitos e o significado da dor são construídos. Pretendemos, assim, fazer uma ponte entre a dor do paciente e o contexto sócio-cultural em que ele está inserido, tentando alcançar uma compreensão do fenômeno álgico, que não desprezasse os aspectos sócio-culturais inerentes.

Surgem, então, alguns questionamentos, que tentaremos responder com a consecução deste trabalho: Qual o significado da dor para esse paciente? Como esse significado está relacionado aos aspectos culturais da nossa sociedade? Como o paciente expressa a sua dor e como isso está relacionado aos aspectos sócio-culturais? As reações da equipe e dos seus familiares frente a sua expressão de dor interferem na sua sensação?

#### 4. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A PSICOLOGIA AMBIENTAL

Uma das nossas preocupações no desenvolvimento desse trabalho é superar as dicotomias que tradicionalmente estão presentes na ciência psicológica. Isso, a partir de uma concepção que dê conta da relação indivíduo, ambiente e saúde, vistos como processos inter-relacionados e indissociáveis.

Nessa perspectiva, teremos como referencial teórico conceitos encontrados em estudiosos da psicologia ambiental de base histórico-cultural e psicossocial, com o intuito de contemplar a preocupação acima explicitada. É partindo desse enfoque que faz sentido pensar em tal relação entre meio ambiente e sujeito, conforme nos descreve Bomfim (2003; p.45): “não só interagimos no espaço, formamos uma totalidade com ele, em que eu e mundo, espaço construído e subjetividade se configuram como uma unidade pulsante”.

Segundo Corraliza (1998), um dos processos mais relevantes da interação indivíduo – ambiente está no ponto que converte o espaço físico em espaço significativo para o indivíduo.

O estudo do significado do ambiente se refere à representação que um ambiente tem para um sujeito. Essa análise deve levar em conta: os processos culturais, sociais, políticos, entre outros na construção social do significado espacial; a experiência emocional de um lugar, que considera os aspectos individuais e que tem por base a relação dialética sujeito e ambiente, onde o meio interfere na construção do sujeito e este, na construção daquele (CORRALIZA, 1998).

Levando em conta a centralidade da questão do significado ambiental no estudo da relação pessoa-ambiente é que escolhemos aprofundar o estudo das instituições hospitalares. Procuramos, com isso, dar conta das dimensões temporais, culturais e sociais que, segundo Moser (1998), estão sempre presentes na definição dos ambientes, medindo a percepção, a avaliação e as atitudes do sujeito frente a esse espaço.

La valoración emocional y la atribución de cualidades afectivas al marco físico em ele que la persona de desenvolve tiene como consecuencia ele que las variables espaciales y físicas se convierten, em función de la implicación del individuo, em um ambiente de significado simbólico (CORRALIZA, 1998; p. 63).

Como já visto nos parágrafos anteriores, o significado do ambiente é função do impacto emocional que ele tem sobre o indivíduo, o que afeta seus sistemas de ação, com implicações tanto fisiológica, como psicológica. Partindo dessa idéia, elegemos a afetividade, que será melhor trabalhada no tópico 3.2 deste capítulo, como categoria mediadora no nosso estudo da relação “ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor”.

Segundo Bomfim (2003), a afetividade, dentro da perspectiva sócio-histórica, apresenta-se como uma categoria de análise integradora das cisões que fazem parte da Psicologia. Isso possibilita uma compreensão global, que envolve a totalidade e não dicotomiza o par pessoa – ambiente.

A afetividade é o núcleo do nosso trabalho, tendo em vista que estudaremos essa relação pessoa ambiente a partir dos sentimentos e emoções do paciente oncológico com dor, que se encontra hospitalizado. A percepção é a forma pela qual captamos as informações disponíveis no ambiente através dos sentidos e das sensações, caracterizando um processo básico para o entendimento dos outros temas na psicologia ambiental (ALVES, 2005).

A percepção ambiental também está envolvida no processo de apropriação de espaço, outro ponto a ser discutido neste capítulo, que se refere à implicação dos indivíduos no ambiente em que eles se encontram, e que nos leva à concepção de apropriação do espaço desenvolvida por Pol (1996). Segundo esse autor, o ser humano precisa marcar seu território, necessita ter referenciais estáveis que lhe ajudem a orientar-se e, também, a preservar sua identidade. O sujeito precisa ser capaz de relacionar suas necessidades e aspirações com a representação e o uso dos objetos do espaço. A apropriação compreende dois mecanismos básicos: Ação – transformação (que se refere às ações pessoais e sociais sobre o ambiente) e Identificação – componente simbólico (que se refere ao processo interativo de reconhecimento dos grupos e categorização de características).

Alves (2005) discute sobre a adequação de trabalhar a questão da apropriação do espaço no estudo com pacientes hospitalizados e nossa escolha por utilizar essa questão se fundamenta na concordância com suas idéias:

A apropriação do espaço parece ser um conceito capaz de abarcar em sua investigação dimensões importantes nos casos de internação, já que abrange as repercussões internas e externas desse tipo de inter-relação afetiva dos pacientes com o ambiente. As repercussões internas, nas pessoas, seriam dadas tanto pela dimensão da identificação simbólica como da ação-transformação e as

repercussões externas, nos ambientes, seriam contempladas principalmente na dimensão de ação-transformação (ALVES, 2005; p. 8).

#### 4.1. CARACTERIZAÇÃO E SIGNIFICADO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

A saúde humana tem sido institucionalizada dentro do modelo biomédico numa perspectiva objetivista, naturalista e organicista que implica no trabalho em torno da doença, conceito central desse modelo (REYS, 2004; p. 115).

Esse modelo biomédico vigora na constituição e nas práticas nas instituições hospitalares, que se configuram como o foco de estudo deste trabalho. A discussão sobre a instituição hospitalar é uma preocupação recorrente tanto nos estudos da Psicologia Hospitalar, como da Psicologia Ambiental.

Contudo, só encontramos uma análise mais acurada dessas instituições no âmbito da sociologia. Neste trabalho, buscamos contemplar os aspectos macrossociológicos e microssociológicos numa leitura desse ambiente institucional, mas sem perder de vista as contribuições da ciência psicológica.

Os aspectos macro se referem à instituição de forma ampla, às generalizações, às relações intergrupais e aos padrões da organização. Já os microssociológicos enfatizam as atividades cotidianas, a liberdade, a significação, as interações dos processos grupais e as relações interpessoais (OSBORNE, 2007).

A importância de analisar a instituição hospitalar reside, principalmente, no fato de acreditarmos que essa leitura pode nos proporcionar uma melhor compreensão dos sentimentos e atitudes dos pacientes ao longo do seu processo de hospitalização, conforme veremos a seguir.

As instituições, no sentido comum do termo, são locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fábricas em que ocorrem atividades de determinado tipo. No caso da instituição hospitalar, verificam-se atividades voltadas para doença, com o objetivo de cuidado e cura dos pacientes.

No surgimento de algumas instituições, vimos articular-se a necessidade da segregação do indesejável social: o louco, o doente, o criminoso, o abandonado. A consequência imediata dessa segregação é que o caráter indesejável do indivíduo transmite-se à instituição como um todo. Opera-se com relação a ela a mesma segregação aplicada a seus usuários.

Desenvolvem-se, dessa forma, dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com ponto de contato oficial, mas com pouca interpenetração (SEVERO, 1993).

Ainda hoje, quando o paciente necessita de internação hospitalar, isso é motivo de grande apreensão e sofrimento, pois exige um afastamento de tudo aquilo que lhe é familiar e conhecido. Traz vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, sociais, profissionais, entre outros (CARVALHO, 2003).

É significativo observar que o nome e o edifício da instituição passam a ser identificados tanto pela equipe de profissionais, como pelos internados, como algo que pertence à equipe dirigente. De maneira tal que, quando um dos grupos se refere às interpretações e aos interesses “da instituição”, referem-se às interpretações ou aos interesses da equipe dirigente. Há uma supervalorização da equipe em relação às solicitações, idéias e desejos dos sujeitos internados (GOFFMAN, 1987).

Segundo Foucault (2005), o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Até essa época, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, mantida e gerenciada por ordens religiosas. O hospital “moderno” surge, pois, com uma finalidade que representa uma ruptura em relação ao “hospital” que existia até então.

Para Foucault (2005), a confluência de alguns fatores – o processo de disciplinarização da sociedade, consolidação da hegemonia do capitalismo e a compreensão da doença como fenômeno natural – vai contribuir para a profunda transformação do caráter do hospital, transformando-o na instituição com as características que conhecemos hoje.

O foco do hospital deixa de ser o pobre e passa a ser o doente, a doença e aspectos relacionados. Sem esse portador, seu sentido inexistente, tudo que se passa lá é determinado pela dor e sofrimento. No entanto, o hospital é também denominado “Casa da Saúde”, mas uma saúde que quando reconquistada de imediato sai do hospital com a alta. Local de desafio aonde sempre chega o medo e o mórbido e somente esses permanecem internos (LEITÃO, 1993).

A dependência da doença para a sobrevivência do hospital torna o dia-a-dia dessa instituição desgastante. A equipe de trabalho não convive com o objeto de sua conquista: a saúde (LEITÃO, 1993).

Os hospitais compõem, atualmente, o nível terciário<sup>1</sup> de intervenção em saúde, o qual engloba as atividades mais complexas e especializadas, que exigem muita estruturação e planejamento. As funções de muitas pessoas devem ser conduzidas e coordenadas com alto grau de precisão, para que se obtenha êxito. Segurança e eficiência constituem fator de primeira importância no projeto atual de ambientes hospitalares.

Outro aspecto do quadro de um hospital é a diversidade de características das pessoas que nele se movimentam. Essas diferentes pessoas podem ser subdivididas em categorias, que fazem diferentes exigências sobre as condições ambientais do hospital. De forma semelhante, nos estágios de diagnósticos, tratamentos e convalescença, cada subcategoria de pacientes ou funcionários pode ter necessidades ambientais distintas. Essas necessidades são frequentemente conflitantes, resultando em situações de tensão para uma ou mais das pessoas envolvidas (HEIMSTRA, 1978).

Uma prática recorrente nos projetos hospitalares tem sido a de tentar elevar ao máximo a eficiência da equipe pela manipulação do ambiente. A década de 1990 foi rica em propostas e experiências de mudanças de modelo de gestão nos hospitais públicos e privados brasileiros. Exemplo é o modelo de “gerencialismo”, que se traduz na adesão a todos os processos de acreditação, de protocolização, de normalização, de aumento da eficiência, de corte de custos, de aumento brutal dos mecanismos de controle e obsessão pela criação de uma “cultura empresarial” entre os administradores públicos (CECÍLIO e MENDES, 2004).

A eficiência da equipe de saúde é tida como meio de provar satisfação e bem-estar ao paciente. Em outras palavras, consideram-se atendidas as necessidades do paciente mediante o preenchimento dos requisitos da equipe. Entretanto, como já discutido, as necessidades do paciente e da equipe podem ser conflitantes, de forma que um deva ser favorecido em detrimento do outro.

Em prol de cuidados mais eficazes, os pacientes vêm suas necessidades individuais serem negligenciadas. Heimstra (1978) coloca que muitas decisões são tomadas em favor do paciente, para proteger seu bem-estar físico, em detrimento do conforto da equipe. Contudo, ressalta que as considerações de ordem psicológica que envolvem os pacientes são

---

<sup>1</sup> Segundo o modelo do Sistema Único de Saúde – SUS, os serviços de saúde estão organizados em níveis de complexidade crescente, com tecnologia adequada para cada nível. A saúde está dividida, então, em três níveis: primário, secundário e terciário. Os hospitais integram o nível mais complexo da cadeia: o terciário (PUSTAI, 2004).

freqüentemente rejeitadas em favor do aumento da eficácia da equipe e que o resultado de tais decisões é o confinamento físico e psicológico do paciente.

A falta de privacidade também é resultado de projetos voltados para a função e não para a necessidade do paciente. As enfermarias de hospitais públicos geralmente não possuem portas para facilitar a passagem dos profissionais e para que estes possam ter maior contato visual com os pacientes dos corredores e dos postos de enfermagem. Por outro lado, há um comprometimento direto da privacidade dos pacientes.

Visto dessa forma, podemos dizer que o hospital é uma instituição permeada de contradições, que ora passam segurança, ora insegurança, coragem e medo. Esse ambiente é o lugar onde se cuida da saúde, com atividades estruturadas e muito planejamento buscando segurança e eficiência. Todavia, além do comprometimento da emocionalidade com a gênese da doença, há uma construção social simbólica associada à doença, que na maioria das vezes coloca o indivíduo na posição de usuário dos serviços de saúde. Daí, ele perde sua condição de sujeito e passa a viver em função dos processos institucionalizados de cura, que geram um isolamento social no âmbito laboral e emocional (REY, 2004).

O hospital é um lugar de luta pela vida, campo de tensão, ilustrado por Romano (1994) pela imagem do cabo-de-guerra, aquele jogo de corda estirada, em que vence o mais forte: de um lado, intervenções médicas, drogas, tecnologia; do outro, a doença, a morte. A autora deixa de citar, propositadamente, o paciente, o sujeito da doença, do trauma físico ou do tratamento, alegando que este ocupa um lugar como pano de fundo na cena. É atribuído a ele um status de passividade em que forças, independentemente da sua vontade e atividade, lutam para decidir o seu “destino”.

Segundo Goffman (1987), num “hospital médico”, as incapacidades físicas de uma pessoa são consideradas como um sinal de que o tratamento, por mais desagradável ou limitador que seja, é necessário para o bem estar da pessoa e deve ser aceito. O paciente se encontra sob o controle da equipe, que detém o saber e a técnica adequada para o seu tratamento. Aquele é instado, permanentemente, a manter um esforço persistente e consciente para não enfrentar problemas, a fim de evitar possíveis incidentes.

Atualmente, existem muitos projetos de humanização hospitalar que têm por finalidade diminuir os desgastes físicos e psicológicos decorrentes do processo de hospitalização.

São políticas que buscam tanto uma mudança na estrutura física do ambiente hospitalar, como na atuação e postura do seu corpo técnico.

Cabe ressaltar que cada hospital tem suas características próprias, problemas específicos de sua clientela, de suas instalações, posição geográfica, dimensão e influência de seu corpo clínico. Todos esses aspectos devem ser analisados dinamicamente e as questões relevantes para determinada instituição devem constituir-se como alvo das políticas do hospital. De tal modo que se busque uma harmonia para poder atingir, pelo menos, parte de um objetivo ideal. Para Leitão (1993):

(...) esse objetivo ideal consiste em alcançar prestação de eficiente atendimento técnico, manter cuidado integral à pessoa do paciente, proporcionar satisfação psico-emocional dos funcionários em relação às suas atividades no hospital e conseguir alimentar um relacionamento hierárquico equilibrado (LEITÃO, 1993; p. 96).

Cada enfermaria ou ambulatório também deve ser considerado particularmente. É necessário, portanto, um período de observação do local: como são organizadas e divididas as tarefas, quais as rotinas de atendimentos, quem são as pessoas que trabalham nesse serviço e quais as características da população atendida para uma melhor compreensão desse espaço (CARVALHO, 2003).

#### **4.1.1 A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE**

A instituição hospitalar possui uma estrutura organizacional complexa quanto aos profissionais, papéis, estrutura, divisão de trabalho, metas, hierarquia e normas que a regulam. Há uma prática profissional voltada, quase que exclusivamente, para a eficácia do atendimento ao paciente e para o exercício de atividades cada vez mais complexas.

Vimos ocorrer o desenvolvimento da medicina concomitantemente ao surgimento e evolução do hospital como centro terapêutico. À medida que se realizavam atividades cada vez mais complexas no campo da saúde, desenvolviam-se novas especialidades na medicina e surgia espaço para o ingresso de novos profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos.

O trabalho em equipe é hoje uma prática crescente no atendimento à saúde. As equipes se caracterizam pelo modo de interação presente na relação entre profissionais que pode ser interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar. A interação é interdisciplinar quando

alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planejadas em conjunto.

A organização e mobilização das equipes estão associadas à complexidade da demanda. Nessas situações, os profissionais se deparam com seus próprios limites e encontram nos colegas de outras formações subsídios para a compreensão e atendimento do caso em questão. No entanto, tal atitude não é uma conduta padrão, podendo variar conforme a tradição profissional, a característica do grupo de trabalho e o tipo de intervenção. No âmbito hospitalar, a falta de clareza quanto às atribuições dos diferentes profissionais, principalmente em profissões emergentes, é um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe.

Outro aspecto que dificulta a atuação, multi, inter ou transdisciplinar, é a rígida hierarquia entre os profissionais de saúde na instituição hospitalar, como bem nos descreve Heimstra (1978):

De fato, as distinções de status rigidamente mantidas entre médicos, residentes, internos, estudantes de medicina, enfermeiras registradas, enfermeiras de cirurgia, atendentes e pacientes acham-se firmemente arraigadas na estrutura social de qualquer hospital. Um indivíduo que ocupe qualquer uma das ditas posições mantém um papel comportamental bastante rígido. Entretanto, este papel pode alterar-se com o local em que a pessoa se encontra no hospital (HEIMSTRA, 1978; p.90).

A equipe de saúde é composta por todas as pessoas que trabalham no hospital, em contato direto ou indireto com pacientes e seus acompanhantes. Goffman (1985) define equipe como um grupo de indivíduos que cooperem na encenação de uma rotina particular.

Goffman (1985) discute sobre as perspectivas estereotipadas e institucionalizadas de condutas sociais. No caso da equipe de saúde, estabeleceram-se inúmeras expectativas que demandam da equipe um alto grau de eficiência, pouca tolerância a erros pela clientela de forma geral e o desencadeamento de pressões decorrentes dessas exigências implícitas (ROMANO, 1994; SIMONETTI, 2004; CARVALHO, 2003).

Na presença dos outros, a equipe não pode falhar. Expressa suas qualidades e procura mantê-las, de modo que suas atividades não percam o seu grau de importância. Cuidam inclusive de ignorar atividades, fatos e motivos incompatíveis com a sua versão idealizada (GOFFMAN, 1985).

A clientela assistida também faz à equipe a exigência de uma conduta ilibada e de acordo com suas expectativas, ao mesmo tempo em que exige de seus membros qualidades diferentes, para que o todo seja ainda mais satisfatório. Encontramos um exemplo dessa exigência em Sofaer (1994), numa entrevista a uma paciente, que afirma que nunca imaginou que poderia sentir dor no hospital, pois presumia que a equipe tivesse uma medicação eficaz para eliminar essa dor.

Na sociedade ocidental, segundo Goffman (1987), na busca de eficiência há uma valorização na forma de tratamento entre duas pessoas como “servidor e servido”. Projetar esse modelo nos serviços de saúde é certamente uma questão muito delicada. Todavia, é interessante observar que o gradual estabelecimento do corpo como um bem que pode ser “consertado” é muitas vezes citado como um triunfo do espírito científico secular, quando na realidade tal triunfo parece, em parte, ter sido causa e efeito da crescente afirmação de todos os tipos de serviço especializado.

O fato de os clientes estarem dispostos a colocar o destino de seus corpos nas mãos de seus médicos apresenta problemas para estes. A equipe fica submetida a uma tensão emocional, principalmente quando estão incertos quanto ao que está errado ou quanto ao que pode ser feito pelo paciente, ou quando estão certos de que pouco pode ser feito e precisam dar essa informação à pessoa, cujo destino fica selado por ela (GOFFMAN, 1987).

Outro problema se liga à considerável margem de tratamento que não dá certo. Algumas partes do corpo não podem ser substituídas e nem todas as perturbações físicas podem ser corrigidas. Além do que, não há variáveis pré-determinadas que garantam por completo o sucesso de um tratamento.

Segundo Carvalho (2003), o médico tende a adotar uma atitude onipotente, como conduta defensiva, que favorece falta de comunicação entre os próprios médicos, os demais profissionais e os pacientes. Há uma exigência implícita de dependência dos pacientes, facilitada pela regressão a que conduz a própria doença. Mas cabe lembrar que, na medida em que se fomenta a dependência, incrementam-se também as exigências e as conseqüentes frustrações e ingratidões.

Ademais, as equipes nem sempre estão preparadas para lidar com essas situações e são chamadas a assumirem um papel que está para além do que ela suporta. O que vemos é um real despreparo dos profissionais da saúde, principalmente, no momento da conclusão do curso e

ingresso no mercado de trabalho. Segundo Goffman (1985), durante os primeiros dois anos, os estudantes descobrem que o interesse pela medicina deve ser abandonado para que possam passar nos exames para especializações. Nos dois anos seguintes estão demasiadamente ocupados em aprender a conhecer as doenças para mostrar muito interesse pelas pessoas que estão doentes. Só após a conclusão do seu processo de formação é que seus ideais a respeito da sua profissão podem ser reafirmados. Acreditamos que essa descrição pode ser estendida a toda equipe.

Como já vem sendo discutido, a instituição hospitalar é um local caracterizado por sua assepsia, profissionais especializados e rotinas muito bem estruturadas com o objetivo de manter o controle sobre o paciente e sobre sua doença. O paciente, ao entrar no hospital, tem sua vida e seu corpo sob controle: sua pressão, sua temperatura, sua alimentação, sua medicação e seus hábitos são controlados. Em função de todo esse controle exercido, não sobra espaço para a subjetividade do paciente.

Para Simonetti (2004), na situação de hospitalização, a subjetividade do paciente é excluída com o objetivo de não interferir no procedimento terapêutico. O discurso médico, no sentido de ser organizador do sistema hospitalar, categoriza os pacientes pela patologia, define determinado número de leitos para cada doença, cria serviços cada vez mais especializados e disciplina normas e rotinas na tentativa de constituir um saber de domínio sobre o corpo.

É característico dos internados que cheguem à instituição com uma *cultura aparente* derivada de um *mundo da família* – uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas sem discussão até o momento de admissão na instituição (Goffman, 1987; p.23).

Essa cultura aparente era parte de um esquema mais amplo, um conjunto de experiências que confirmava uma concepção tolerável do eu e permitia um conjunto de formas de defesa, exercidas de acordo com sua vontade, para enfrentar conflitos, dúvidas e fracassos.

Ao chegar na instituição, o paciente é imediatamente desprovido do apoio dado por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Podemos aqui fazer uma analogia entre a descrição do processo de entrada nas instituições totais realizada por Goffman (1987) e o processo de internalização nos hospitais gerais. Embora o Hospital geral não esteja enquadrado na classificação de instituições totais, percebe-se uma estreita semelhança no processo de afastamento do sujeito da sua rotina habitual, que colabora para o processo de mutilação do eu e perca de alguns papéis.

No momento de entrada na instituição, verificamos o processo de admissão que, segundo Goffman (1987), leva a outros processos de perda e mortificação. Os denominados processos de admissão incluem, entre outros: obter uma história de vida, pesar, despir, dar banho, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto a regras, designar um local para o internato.

Esses processos inserem o sujeito em uma nova forma de padronização e arrumação distinta da vida fora da instituição. As bases anteriores de identificação como o nome, a família e o trabalho não são centrais na nova arrumação. A centralidade se põe na patologia, no estágio da doença, na gravidade do caso.

O sujeito se encontra, então, despido de suas roupas, seus pertences, seu ambiente, seu trabalho, sua família, seus amigos. Despido enfim, dos sinais que o identificam como sujeito de sua própria história, aquele que conjuga o verbo, complementa a frase, diz (ROMANO, 1994, p.157).

É nesse sentido que falamos numa mutilação do eu, que se vê forçado a desvincular-se do que o identifica como sujeito. A despersonalização do paciente (que passa a ser o número de um leito, o caso interessante ou o estômago do quarto tal) abala consideravelmente a integridade desse indivíduo desarticulado de suas experiências, de tal modo que uma relação anônima pode-se instalar como única possível dentro dos limites hospitalares (CARVALHO, 2003).

Os procedimentos terapêuticos, as rotinas e as condutas hospitalares, embora existam para promover e assegurar o bem-estar, o restabelecimento e, em muitos casos, a cura do paciente, adquirem um caráter ameaçador, agressivo e invasivo. Sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade ao lado de perda de autonomia são experimentados intensamente (CARVALHO, 2003).

A esse paciente parece caber, apenas, suportar a doença, o sofrimento, as necessárias intervenções dolorosas, o isolamento e submeter-se pacientemente a essa situação de dependência absoluta em que se encontra. O paciente tem dificuldade de se reconhecer nessa fase de despojamento do seu poder anterior de decisão e afastado de sua possibilidade de ação (ROMANO, 1994).

Outra dificuldade encontrada pelos pacientes é a inexistência (ou pequena existência) do que Goffman (1987) denomina de território pessoal. Este seria um local de refúgio, onde o indivíduo se sentisse protegido e satisfeito. Nos hospitais, entretanto, esse território particular é

reduzido e, muitas vezes, o espaço mínimo que se transforma em território pessoal é dado pelo cobertor do paciente.

Essa situação é agravada pela ausência de privacidade nesses espaços. Sem quaisquer áreas privadas para visitação, a maior parte dos relacionamentos paciente-visitante se dá em volta da cama do paciente e é testemunhada por outros. Essa situação é pouco favorável a conversações francas ou confidenciais em grandes enfermarias de múltiplos pacientes.

Percebe-se, cada vez mais, que mesmo uma breve estada no hospital pode criar angústia de separação. Por outro lado, quanto maior o período de estada exigida no hospital e quanto mais crônica e prolongada a doença, maior a dificuldade do paciente para ver o hospital como uma instituição inteiramente racional do serviço (GOFFMAN, 1987).

Algumas vezes, o paciente tem dificuldades de aceitar que é tratado impessoalmente e pode exagerar seus sintomas ou se negar a obedecer à disciplina da enfermaria, aparentemente com o objetivo de chamar a atenção da equipe e obter cuidados mais individualizados.

O paciente desenvolve então, cada um ao seu modo, mecanismos de defesa para lidar com a situação desgastante de hospitalização. Embora exista um “incentivo” a uma conduta de passividade que favoreça a um melhor desempenho técnico da equipe, alguns pacientes conseguem “burlar” esse sistema e garantir um tratamento mais humanizado.

Pudemos perceber, ao longo desse tópico, a construção histórica do significado do ambiente hospitalar e como ele foi se revestindo da representação que tem atualmente na nossa cultura. Vimos, a partir de alguns teóricos, como se estabelecem as relações interpessoais na instituição hospitalar e o lugar de passividade, no qual é posto o paciente hospitalizado.

Partindo dessa realidade sócio-cultural, buscaremos entender os sentidos atribuídos pelos pacientes ao ambiente hospitalar, pelos seus sentimentos e emoções. Acreditamos que é a partir dessa significação individual que o sujeito estabelece sua forma de interação com esse espaço. Procuramos, então, compreender: o que o paciente acha do hospital? Como ele se sente nesse ambiente ao longo do seu processo de hospitalização? Como o hospital interfere na sensação e na expressão da dor?

## 4.2. AFETIVIDADE

A afetividade dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas, sendo definida por Sawaia (1999) como a tonalidade e a cor emocional que impregna a existência do ser humano, compreendendo as emoções e os sentimentos.

A escolha pelo estudo da afetividade se deu por concordamos com a idéia de Pinto (2007) de que a afetividade engloba tanto a resposta emocional (raiva, ansiedade, estresse), como os aspectos expressivos e gestuais numa mesma experiência. Seguindo esse entendimento, o estudo da afetividade contemplaria características, atitudes e valores pessoais.

As emoções podem ser definidas como reações afetivas agudas, momentâneas, desencadeadas por estímulos significativos, que interrompem o fluxo normal da conduta (SAWAIA, 1999). Assim, a emoção é um estado afetivo intenso, de curta duração, originado geralmente de uma reação dos indivíduos a certas situações externas ou internas, conscientes ou inconscientes.

Uma emoção intensa inclui vários elementos, entre eles a reação corporal. É o estado emocional causando um efeito no corpo: aumentos consideráveis de pressão sanguínea, aumento da frequência cardíaca e ritmo respiratório, irritação, tensão, entre outros (PINTO, 2007).

Segundo Bomfim (2003), as emoções podem ser divididas em primárias e secundárias. Aquelas são mais primitivas e inatas, de onde derivam todas as emoções secundárias, que são base para os sentimentos. Alguns sentimentos não provêm das emoções, mas do resultado de alterações cognitivas e do pensamento, mas nesses casos eles são reavaliados constantemente através das emoções.

Os sentimentos, por sua vez, são estados e configurações afetivas mais estáveis em relação às emoções, sendo menos reativos a estímulos passageiros. Os sentimentos estão geralmente associados a conteúdos intelectuais, valores e representações, exigindo uma maior elaboração, o que pressupõe cognição e comunicação de significados (BOMFIM, 2003).

### 4.2.1 SUPERANDO A DICOTOMIA RAZÃO – EMOÇÃO...

Atualmente, há uma variedade de explicações para o fenômeno da afetividade. As emoções e os sentimentos têm sido estudados de diferentes formas, sendo em alguns momentos exaltados e em outros rejeitados na produção do conhecimento científico.

Na tradição do pensamento ocidental, a emoção se opõe frontalmente à razão, cega o homem e o impede de pensar com clareza e sensatez. Seguindo essa linha de raciocínio, a emoção pode ter um efeito paralisante, tanto para o pensamento como para ação. A emoção intensa impossibilita uma percepção clara da situação concreta, o homem acaba não encontrando formas de falar, agir e pensar. Nesse caso, a afetividade é concebida, de modo geral, como inferior à razão. A emoção turva a razão, distancia o sujeito da racionalidade, da verdade e da conduta correta. A emoção corresponde a uma dimensão inferior do ser humano, seria o resquício animal do homem primitivo no homem maduro (PINTO, 2007).

Esse status superior da razão em relação à emoção consolidou e alimentou o dualismo secular entre a razão e o coração, configurando uma divisão psíquica entre o que é pensado e o que é sentido (PINTO, 2007).

Contrários a tal concepção, vários autores (SAWAIA, BOMFIM, ESPINOSA, VYGOTSKY) afirmam que a dimensão emocional pode contribuir, e não atrapalhar, para o contato do homem com a realidade. Esses autores compartilham a idéia de que o ser humano compreende também se emocionando, sentindo afetivamente os fenômenos da realidade.

Bomfim (2003), baseada em Damásio (1998), entende as emoções e os sentimentos como constituidores de aspectos centrais da regulação biológica e como ponte entre processos racionais e não racionais. Na sua forma de compreensão, o instrumento da racionalidade deve ter sido desenvolvido junto ao instrumento da regulação biológica, o que não o caracteriza como algo superior.

A autora usa Lane (1994) para discorrer sobre a natureza mediacional das emoções na constituição do psiquismo humano e inclui a afetividade como uma nova categoria, constituída pelos sentimentos mais duradouros. “Emoção, linguagem e pensamento são mediações que levam à ação, portanto somos as atividades que desenvolvemos, somos a consciência que reflete o mundo e somos a afetividade que ama e odeia o mundo, e com esta bagagem nos identificamos e somos identificados por aqueles que nos cercam” (LANE, 1994, p.62 in BOMFIM, 2003; p.47).

Gleizer (2005) destaca que, para Espinosa, não há oposição geral entre razão e afetividade. Tendo em vista que, se o conhecimento intelectual pode interagir com as paixões, moderando-as e transformando nossa vida afetiva, é exatamente porque ele tem a mesma raiz que as paixões.

Sawaia (2003), por sua vez, busca devolver à afetividade a importância que lhe foi negada pelo paradigma racionalista e positivista, que na tentativa de produção de um conhecimento válido cientificamente, eliminava as variáveis emocionais. A autora reflete, então, sobre a emoção na sua positividade, como constituinte do conhecimento e não só do erro, como constituinte da subjetividade e não só da patologia.

A especialista discute também sobre a antinomia epistemológica clássica entre subjetividade e objetividade. Discorre sobre a maneira como ela tem sido resolvida, dividindo ao meio a responsabilidade pela condição humana, ou colocando-as como interdependentes, ou, ainda, adotando-se posições intolerantes e polarizadoras ao avesso da que se combatia, como a de substituir o dogmatismo da objetividade pelo dogmatismo dos sentidos.

E nesse contexto, define-se a afetividade como uma categoria mediadora da ação transformação, que se caracteriza como transdisciplinar (objetividade e subjetividade; mente e corpo; razão e emoção) e apresenta-se como possibilidade de superação dessa antinomia epistemológica clássica (SAWAIA, 2001).

A nossa perspectiva do estudo da afetividade baseia-se na vertente sócio-histórica da psicologia social, por sua instigante reflexão sobre a necessidade de superação das dicotomias (BOMFIM, 2003). Buscamos na consecução deste trabalho uma categoria de análise que supere as dicotomias e que possibilite uma dialética entre mente e corpo; ambiente e sujeito; emocional e racional; hospital e paciente. Partimos do pressuposto de que a análise a partir da afetividade alcança dimensões sensíveis das emoções e dos sentimentos do cotidiano, que podem realmente obter uma visão mais global e totalizadora dos fenômenos.

A perspectiva sócio-cultural, contrária à dicotomia entre corpo e alma, vem opor-se, também, a esta cisão (razão e emoção), assim como qualquer outra cisão proposta por alguma teoria.

Espinosa e Vygostsky buscaram superar essas cisões clássicas, escolhendo a afetividade como microcosmo dessa junção, promovendo uma modificação do papel que ela desempenhava na história como vilã do conhecimento, inimiga da razão e provocadora de erros e desvios (SAWAIA, 2003).

A originalidade desses pensadores para a psicologia está no assumir os afetos como inerente à condição humana e, como tal, irredutível e inalienável. Segundo Espinosa, é absurdo

querer viver sem emoções e sentimentos, eles são inerentes à condição humana. Deve-se procurar saber como conviver com eles, o que fazer com eles e não contra eles (SAWAIA, 2003).

Vygotsky aborda o tema das emoções, problematizando as desvantagens do tradicional antagonismo entre razão e afeto, bem como outros que ele busca superar. Entre essas desvantagens estaria a impossibilidade de explicar a gênese do pensamento, seus motivos e suas necessidades. Trata a questão do psiquismo como sendo constituído por um todo integrado, sendo a emoção uma de suas partes que se conecta com todas as outras. O autor defende a idéia de que todos os pensamentos que antecedem as falas têm uma tendência afetivo-volitiva, ou seja, são gerados por emoções (FURLANI, 2005).

Segundo Bomfim (2003), baseada em Vygotsky:

Todas as funções psicológicas superiores estão inter-relacionadas, o sentimento, o pensamento e a vontade. Não existe um pensamento sem sentimento ou vice-versa. Há uma interconexão funcional permanente na consciência, pela qual os sentimentos quando conscientes são atravessados pelos pensamentos, e os pensamentos são permeados pelos sentimentos. O movimento processual do pensamento, dos sentimentos e da vontade é orientado por estes últimos. Constitui-se um produto das relações sociais e uma atividade psicológica construtiva, no mecanismo de potencialização e de realização da condição do ser humano (p. 52).

O afeto se encontra na base das escolhas dos indivíduos, assumindo uma posição de legitimação nos seus pensamentos e atitudes ao longo do seu desenvolvimento. Esta idéia de inter-relação entre o sentimento, a emoção, a ação e o pensamento está em conformidade com a visão não dicotômica entre razão e emoção (FURLANI, 2005).

As reflexões de Vygotsky sobre a gênese social das funções psicológicas superiores e sobre a mediação dos significados nos coloca diante da possibilidade de analisar o psicológico, tendo como princípio a indissolubilidade entre mente, corpo e social. Segundo o autor, qualquer processo psicológico é, inicialmente, social, sendo convertido em psiquismo nas intersubjetividades, isto é, na relação com outros indivíduos. Os significados do biológico, social e psicológico constituem um processo de configuração permanente do social e do individual, incluindo um sentido social mais estável, difundido nas teorias sociais e no senso comum, e um sentido singular, constituído a partir das interações de cada indivíduo em particular e da forma como refletem nas suas funções psicológicas superiores (SAWAIA, 2000).

Vale ressaltar que o estudo e o entendimento da relação pensamento e emoção, social e individual pressupõe um recorte espaço-temporal. Essas relações variam historicamente e

cotidianamente, seguindo uma lógica que só pode ser compreendida a partir do contexto social e da vivência particular de cada indivíduo. Sendo assim, a afetividade é percebida como um ponto onde se cruzam todos os outros, um ponto de transmutação do social e do psicológico, que permite, nas análises das questões sociais, pensar o homem a priori, sem negar sua condição sócio-histórica ou enaltecer o voluntarismo e o livre arbítrio (SAWAIA, 2000).

#### **4.2.2 SUPERANDO A DICOTOMIA MENTE – CORPO NO CONTEXTO HOSPITALAR...**

Hoje em dia, existe uma tendência de buscar uma visão mais global do ser humano no âmbito da saúde. Faz-se necessário um tratamento do indivíduo visto como um sistema integrado em corpo e mente (ALVES, 2005).

A integralidade dos sujeitos contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista. O olhar da equipe de saúde, nesse sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial, caracterizando uma intervenção que procura ir além da doença, buscando abranger outras necessidades do sujeito.

Isto implica dizer que ao conceber o homem como biopsicossocial, tanto na saúde como na doença, procura-se compreendê-lo além da realidade física, sem, no entanto, negá-la, pois é indispensável a terapêutica clínica o tratamento de doenças que estão afetando o organismo, para que se alcance a cura e reabilitação do indivíduo, sem no entanto, deixar de levar em consideração que o bem-estar também inclui implicações emocionais e sociais (Marques, 2002; on-line).

Essa compreensão do homem como um ser biopsicossocial, que surgiu a partir de reflexões acerca do processo saúde e doença, vem ganhando espaço na formação e na prática dos profissionais de saúde. Essa visão contribui para uma atuação mais humanizada, que contempla o paciente como um ser integral.

Como bem nos pontua Schilder (1994), “o que quer que ocorra no corpo tem significado e importância psicológicos específicos” (p. 140), ao mesmo passo que a forma de sentir e de se emocionar do sujeito vão afetar esse corpo. Logo, precisamos cuidar do sujeito que se encontra hospitalizado e não simplesmente do seu sintoma.

A hospitalização implica perdas e impactos para o indivíduo, que se encontra afastado da família, dos amigos, das suas atividades cotidianas, além de se encontrar desprovido de autonomia em um ambiente ameaçador e estressante. Toda essa rotina interfere no estado clínico e deve ser considerada durante o tratamento.

Os profissionais de saúde devem levar em conta no momento de sua atuação que a fase de hospitalização não é um mero processo de instituição hospitalar, essa fase repercute em várias esferas na vida do paciente, podendo aparecer como fator desencadeante para a emergência de transtornos emocionais.

As emoções e os sentimentos dos pacientes hospitalizados dizem muito do seu processo de adoecer e não devem ser negligenciados. Contudo, na instituição hospitalar as necessidades emocionais são, muitas vezes, relegadas a um segundo plano em busca de uma cura e maior eficiência do tratamento físico, como se o emocional e o fisiológico não constituíssem o mesmo fenômeno.

Essas emoções e sentimentos viram foco quando os profissionais de saúde exigem do paciente que ele controle e negue certas emoções que na visão da equipe possam interferir negativamente no seu processo de cura. A afetividade acaba sendo vista, mais uma vez, como relacionada à patologia e como algo que deve ser afastado e controlado.

Atualmente, na nossa sociedade, impera o princípio geral e simples do “eu quero ser feliz”. Contudo, as pesquisas na área da saúde descrevem o sofrimento gerado por esse imperativo. A auto-estima tornou-se a causa e a solução dos problemas graves, reforçando a concepção de que a saúde depende da vontade e do empenho de cada um, o que culpa, dessa forma, o sujeito e a família pela doença (SAWAIA, 2003).

O risco da emergência de conflitos emocionais perpassa todo o tratamento de um paciente com câncer. O próprio diagnóstico está permeado de medo, angústia e ansiedade. Os profissionais de saúde devem, então, ao invés de criar um espaço de mais sofrimento – com imperativos de controle emocional – buscar atuar de forma preventiva e reabilitadora, oferecendo um espaço de escuta e acolhida para a dor, a angústia, o sofrimento e os sentimentos que caracterizam essa vivência.

Nos casos dos pacientes com quadro algico, as reações emocionais merecem atenção ainda mais especial. Isso porque elas interferem diretamente na percepção que o paciente tem da sua dor, tendendo a diminuir o limiar de tolerância à dor, agravando o caso (FORTES, 2000).

A dor crônica se encontra, muitas vezes, associada à situação de sofrimento do paciente, podendo vir acompanhada de sentimentos de impotência, desesperança, raiva, medo e ansiedade. Precisamos estar atentos a estes sentimentos, não no sentido de extirpá-los, mas de compreendê-los, ajudando o paciente a lidar melhor com essas emoções, sabendo como conviver

e o que fazer com as emoções e os sentimentos envolvidos no seu processo de adoecimento/saúde.

#### 4.2.3 AFETIVIDADE COMO MEDIADORA DA AÇÃO – TRANSFORMAÇÃO

O que nós sentimos afeta e interfere na nossa forma de nos implicar e agir no ambiente que estamos inseridos. Com base na idéia de potência de ação descrita por Sawaia (2003), entendemos ação-transformação como a ação pessoal e social do homem sobre o ambiente, no sentido de se libertar de ações e idéias inadequadas que aprisionam o sujeito e o impedem de ter uma ação positiva sobre o meio, tornando-o mais assimilável, mais humanizado e mais propício para verdadeiros encontros.

Para alcançar essa compreensão da afetividade como categoria mediadora da ação-transformação, Sawaia (2003) inspira-se no entendimento dos afetos, proposto por Espinosa.

Por afeto (*affectum*) entendo as afecções (*affectivinesses*) do corpo, pelas quais a potência de agir desse corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou entravada, assim como as idéias dessas afecções. Quando, por conseguinte, podemos ser a causa adequada de uma dessas afecções, por afeto entendo uma ação; nos outros casos, uma paixão (ESPINOSA in GLEIZER, 2005; p.33).

Os afetos são atribuídos ao corpo e à alma, incluindo as afecções que alteram a potência de agir do corpo, como também as idéias destas afecções que alteram a potência de agir da alma. Vale lembrar que a afetividade, vista dessa forma, pode variar positiva ou negativamente a potência de agir; o que distingue do entendimento anterior de que a afetividade interferiria sempre de forma negativa no potencial de ação dos sujeitos (GLEIZER, 2005).

Para Sawaia (2003), a potência de ação é a capacidade de ser afetado e afetar o outro nas diversas relações construídas e estabelecidas ao longo do seu desenvolvimento. Ela não se confunde com o mero impulso corporal: envolve um fenômeno complexo de interação mente e corpo. Caracteriza-se como a unidade do corpo e da mente configurando uma força que vem da alegria de saber de si e da causa dos próprios afetos e senhor das próprias percepções e ações.

A autora também fala de potência de padecimento, que está associada às emoções tristes, às idéias inadequadas e à passividade frente ao outro – que vem se opor à potência de ação. Quando o sujeito é afetado por emoções tristes, ele passa a ser guiado pelas idéias dos outros, que são na maioria das vezes inadequadas às afecções de seus corpos. Os indivíduos

passam a solicitar do outro que os salve da obrigação de reger a própria vida, passando a desejar sua própria servidão. O que nos imobiliza, então, são as idéias inadequadas (institucionais e ideológicas) que nos são impostas e vão de encontro aos nossos afetos e desejos (SAWAIA, 2003).

No caso dos pacientes hospitalizados, eles se mostram dispostos a colocar o destino dos seus corpos na mão da equipe, esperando que esta devolva a sua saúde. Eles passam a desejar serem servidos e absorvem toda a lógica institucional que os coloca nesse lugar ausente de autonomia e recheado de passividade.

A ação- transformação ocorre quando mudam os afetos ligados a situações, pessoas ou coisas, ou quando se tornam conscientes. São os afetos que obrigam nossos pensamentos a moverem-se em direção à liberdade ou à submissão, estando na base de nossas escolhas e de nossa capacidade de criação (SAWAIA, 2003).

Esse sujeito que pensa, sente e conhece, age sobre o ambiente em que ele está inserido, modificando e sendo modificado por ele.

No ambiente hospitalar existem muitas idéias institucionais que imobiliza o paciente, colocando-o no lugar de sujeito passivo, diminuindo a sua potência de ação. O hospital é um espaço bastante peculiar, com processos de cura institucionalizados, que exigem do paciente uma conduta pré-estabelecida no sentido de contribuir com as intervenções da equipe, para que esta alcance sua máxima eficiência (SIMONETTI, 2004).

Com a internação hospitalar, o paciente passa a ter sua vida e seu corpo sobre controle da equipe de saúde, não encontrando espaço para a expressão de sua subjetividade, com o objetivo de não interferir na terapêutica instituída. O que esquece, no entanto, é que a ação do paciente poderia contribuir muito para o seu processo de cura, além do que, negar essa subjetividade é negar um sujeito integralizado, separando mais uma vez corpo e mente.

O estudo da afetividade na instituição hospitalar pode contribuir para a afirmação da subjetividade do paciente e a valorização do que ele pensa e sente, contribuindo, dessa forma, para um tratamento mais integral, humanizado e não fragmentado.

Vale lembrar que o sujeito é afetado pelas afecções de seu corpo e sua alma no encontro com outros corpos conforme aponta Sawaia (2000). Os sentimentos dependem da existência, na língua e na cultura de cada povo, de palavras que possam codificar este ou aquele estado afetivo. Esses aspectos caracterizam a dimensão social e cultural do afeto. Desse modo, há

grande variação de cultura para cultura, de um para outro universo semântico e lingüístico, em relação aos diversos sentimentos que podem ser expressos e assim ganhar existência própria.

Uma vez que os indivíduos nunca se afetam sozinhos, os pensamentos, as ações e os afetos se originam na relação. Segundo Sawaia (2000), a afetividade é reflexo de relações que surgem no decorrer da história do sujeito e adquire sentido em relações específicas. Esse sentido vai sendo adquirido intrapessoalmente e na relação com os outros; incluindo, também, as experiências de outras pessoas.

Como já vínhamos discutindo, as emoções e os sentimentos estão imbricadas com a construção da identidade e o desenvolvimento da consciência e demais funções psicológicas, bem como aos valores e à moralidade. As afecções do corpo entram em conexão com as significações sociais dominantes e, nessa síntese, há um confronto entre as sensações e sentidos individuais com os valores sociais, acarretando a formação de idéias adequadas e inadequadas sobre as afecções do corpo (SAWAIA 2000).

Os afetos formam um complicado sistema com nossos conceitos, por isso, para entender os sentimentos se faz necessária uma compreensão da cultura e do momento histórico no qual o sujeito está imerso. Os sentimentos e emoções, embora sejam fenômenos referentes a um corpo que é afetado, são alterados em meios ideológicos e psicológicos distintos.

Sendo assim, as funções psicológicas superiores são mediadas pelo significado. Não sentimos simplesmente, as afecções que nós percebemos como raiva, tristeza, dor, alegria, também têm seus significados cristalizados em palavras, conceitos e formas (SAWAIA, 2001).

O fato central de nossa psicologia é o fato da ação mediada. Nós pensamos, sentimos e nos emocionamos com base em conceitos, o que significa possuir um determinado sistema já preparado, uma determinada forma de pensar e de se emocionar que predetermina o conteúdo final e que nos foi imposta pelo meio que nos rodeia. O que pode ser chamado de emocionalidade cultural, modos de reagir que fazem parte de práticas sociais e são criadas de relações, que pode ser definida como modos aceitáveis de se comportar em relação às afecções do corpo (SAWAIA, 2000, p.12).

Vale enfatizar que a significação não existe no abstrato e o corpo não é um mero invólucro. Essa concepção pressupõe um sujeito concreto, relacional e sócio-histórico, e as emoções deixam de ser uma caixa de ressonância de forças sociais, racionais ou orgânicas. Emoção envolve afecção, isto é, precisa ser sentida para existir (SAWAIA, 2001).

Quando pensamos no paciente hospitalizado com dor e sua forma de expressar seu sofrimento vamos em direção a uma idéia que vai ao encontro do que está sendo colocado. A forma de expressão da dor e do sofrimento, de maneira geral, está determinada pela cultura que impõe padrões de expressões aceitáveis e não aceitáveis.

#### **4.2.4 AFETIVIDADE COMO CATEGORIA DE ANÁLISE**

A afetividade pode ser entendida como a capacidade humana de elevar seus instintos à altura da consciência, por meio dos significados, de mediar a afecção pelos signos sociais, aumentando ou diminuindo nossa potencia de ação, influenciando a nossa forma de ação no mundo (SAWAIA, 2001).

A construção do conhecimento tendo por base a afetividade nos remete à ordem da experiência. É analisando como o sujeito se sente nesse espaço, como o utiliza, como se comporta que nós conseguiremos compreender esse ambiente e as relações que nele se estabelecem.

O conhecimento que nos propomos a construir no hospital se insere nessa lógica. Queremos conhecer o ambiente hospitalar a partir das percepções, emoções e sentimentos dos pacientes hospitalizados. O objetivo maior de conhecer o ambiente a partir da vivência do paciente é entender como esse ambiente afeta o sujeito e suas formas de interação nesse espaço.

Seguimos concordando com as idéias de Bomfim (2003) de que o significado do ambiente está presente como sentimentos na corporeidade; o corpo aparece não só como um acompanhante exterior das coisas, mas como um campo onde se localizam as afecções. O conhecimento que pretendemos produzir tem como base esse corpo que sente, age e eleva à consciência essas afecções por meio das significações.

Bomfim (2003) discorre sobre a afetividade como possibilidade de conhecer a cidade. Essa categoria se revelou em outros trabalhos como forma de conhecer outros ambientes. Tendo por base essa possibilidade é que nos apropriamos dessa caracterização da afetividade como mediadora no processo de construção de conhecimento.

Ter como referência o sentir para compreender essa relação com o ambiente hospitalar é estar implicado na experiência, no cotidiano, é ter o afeto e as emoções como palco mediador das construções e das descobertas. “O que marca a implicação é algo que está presente e que pode se tornar figura ou fundo, dependendo do sentimento (implicação) que aflora de vez

em quando no centro da consciência. Ela é parte estrutural do pensamento e da ação e pode ser positiva ou negativa, ativa ou reativa, direta ou indireta” (BOMFIM, 2003; p. 47).

Sendo assim, utilizar a afetividade como categoria de análise possibilita, além do conhecimento sobre o ambiente, saber como os indivíduos agem nesse ambiente. Essa forma de interação pode ter um caráter ativo ou passivo, dependendo da forma como os sujeitos são afetados.

Os sentimentos se caracterizam, pois, como orientadores das ações cotidianas. Extrapolando para o dia-a-dia no ambiente hospitalar, a afetividade envolve todos os sentimentos e emoções que, em seu conjunto, demandam disposições afirmativas ou negativas, que configuram uma afetividade em relação a esse espaço (BOMFIM, 2003).

Para nossa investigação, utilizaremos uma metodologia de apreensão dos afetos desenvolvida por Bomfim (2003) na sua tese de doutorado, a saber: os mapas afetivos. Pelo instrumento, são produzidas sínteses dos sentimentos dos sujeitos participantes, por meio de desenhos e metáforas. Assim, torna-se possível averiguar como pessoas percebem e se posicionam diante do ambiente onde se encontram.

A partir do exposto ficam alguns questionamentos que tentaremos responder: a afetividade pode ser uma forma de se conhecer o hospital? Será que a forma como o paciente se implica no hospital é um indicador de sua ação? O ambiente hospitalar favorece ou desfavorece a potência de ação do paciente hospitalizado?

### **4.3. APROPRIAÇÃO**

O homem como um ser social se organiza e se relaciona com outros dentro de um ambiente físico, que afeta expressivamente a interação social e a comunicação interpessoal. A sensação de espaço envolve uma síntese das informações visuais, auditivas, táteis, olfativas e motoras recebidas pelos órgãos do sentido (SAWADA, 1998).

A percepção positiva do espaço favorece, pois, um processo mais fluido de interação e comunicação entre as pessoas. Segundo Pol (1996), quando ocorre uma mudança de lugar, por mais que signifique uma melhora objetiva da quantidade e qualidade de espaço, não se pode evitar passar um tempo com certa sensação de estranheza, incluindo incômodo, até que esse

ambiente se torne familiar. Enquanto isso não acontece, reproduzimos, parcialmente, certos comportamentos ou estruturas espaciais aprendidas e que nem sempre são compatíveis com o ambiente fruto da mudança.

No período de hospitalização, é imposta ao paciente uma mudança de ambiente. O sujeito sai da sua casa, que se rege por normas e regras conhecidas e construídas por ele e sua família, e vai para o hospital, onde se submete a condutas e limites impostos pela instituição de saúde. A sensação de estranheza e incômodo, pela dificuldade de adequação ao novo ambiente, às vezes perpassa todo o período de internação hospitalar.

O ser humano necessita de referências estáveis que lhe ajudem a orientar-se e preservar sua identidade no espaço que ele está se inserindo. O processo de encontrar essas referências e de transformar o espaço em lugar com sentido é o que Pol (1996) denomina de apropriação.

A apropriação do espaço, com toda a sua complexidade, aparece como um dos núcleos centrais na interação entre o ser humano e o seu entorno (POL, 1996). É por concordarmos com essa afirmação que vamos discutir sobre a apropriação do espaço, para melhor compreender o nosso objeto de estudo, que é a inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor.

Segundo Alves (2005), o estudo da apropriação do espaço nos casos de internação contempla dimensões importantes dessa relação afetiva dos pacientes com o ambiente hospitalar, tendo em vista que possibilita a análise de repercussões internas e externas no sujeito.

A importância do estudo da apropriação na relação do homem com seu entorno vem sendo ressaltada por vários autores da psicologia ambiental, mas ainda é pouco explorada nas relações estabelecidas no âmbito das instituições hospitalares.

A reação do indivíduo geralmente depende da percepção de uma dada situação, que implica uma multiplicidade de fatores como as necessidades individuais, as experiências anteriores e as pressões culturais (SAWADA, 1998).

O fenômeno da apropriação é como o cruzamento no espaço e no tempo dos aspectos pessoais, individuais ou de grupo e os aspectos sociais, culturais, geográficos e históricos (POL, 1996). Sendo assim, ao estudarmos a apropriação do ambiente hospitalar, faz-se necessário entendermos os aspectos sócio-culturais e históricos que perpassam essa instituição.

Na sociedade atual, estabeleceu-se uma busca incessante pelo aumento da produtividade e eficiência dos serviços, que se estende também para a área da saúde. Nas instituições hospitalares muitas são as construções e adaptações realizadas no ambiente para que o mesmo responda de forma positiva a essas imposições de alta produtividade e, no caso da saúde, de busca pela cura.

O desenvolvimento das ciências da saúde e a especialização cada vez maior das áreas de estudo acabam causando uma fragmentação do sujeito e uma maior impessoalização nos serviços oferecidos, tendo em vista que não se trata a pessoa, mas os seus sintomas.

Os hospitais, cada vez mais impessoais, com a organização do espaço voltada para atender a lógica de maior eficácia, efetividade e eficiência dos serviços, acabam dificultando o processo de apropriação desse espaço.

Vale ressaltar, então, o componente sócio-cultural da apropriação. Segundo Pol (1996), a apropriação de cada família e de cada indivíduo depende dos modelos sociais e culturais, das normas e valores estabelecidos socialmente e das formas e estilos de vida. Bomfim (2003), também enfatiza o aspecto cultural da apropriação ao afirmar que esse processo depende das relações sociais, compreendendo aspectos cognitivos, afetivos, simbólicos e estéticos.

As relações equipe – paciente que seguem o modelo servidor-servido, discutido por Goffman (1987) e explorado em tópico anterior, que evidencia a qualidade de passividade do sujeito não favorece uma apropriação do espaço.

Esse modelo pode ser visualizado em entrevista concedida a Veja (2008) por um psiquiatra que foi diagnosticado com câncer, na qual ele fala como se sentia na posição de paciente. O psiquiatra afirmava que ia às consultas de jaleco e crachá se agarrando ao seu status de médico, mas a sensação que ele tinha no lugar de paciente era que ninguém se interessava pelo que ele era ou pensava, o que realmente preocupava era o resultado dos exames e as avaliações dos próprios oncologistas.

Um sistema de saúde pública (e mesmo privada) centralizador e autoritário, que chama os doentes de *pacientes*, colocando-os desde o começo num lugar de passividade e conformismo, e que compactua com a idéia de que a população recebe atendimento *não como um direito*, mas como um *favor* desfavorece ou até impede formas saudáveis de apropriação de espaço (ALVES, 2005; p.190).

Sendo assim, as características do espaço, sua rigidez ou flexibilidade, sua contraposição ou sintonia com o que é posto culturalmente, podem ser fatores facilitadores ou dificultadores da apropriação.

Para que ocorra a apropriação, o ser humano necessita de espaço para se movimentar, para estruturar seu estilo de vida e para se relacionar com os outros. Os espaços, os objetos e as coisas adquirem um significado através do uso e do tempo, caracterizando um processo espontâneo, natural, ainda que intencional de alguma forma (POL, 1996).

Dito de outra maneira, a apropriação se refere à transformação do espaço em lugar significativo na experiência do sujeito e centra-se nas características intrínsecas de um espaço para que seja lugar. Lugar que é definido por Pol (1996) como o resultado entre ações e concepções do sujeito e atributos físicos do espaço.

Essa significação que caracteriza os lugares é obtida na interação dos sujeitos e pode ser por transformação ativa ou por identificação. Logo, apropriar-se de um lugar implica fazer dele uma utilização reconhecida, estabelecendo com ele uma relação, integrando-o em sua própria vivência, organizando-o e sendo ator de sua transformação.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é a relação dialética que se estabelece, tendo em vista que a apropriação não é apenas um processo que a pessoa faz no espaço, mas que o espaço também exerce sobre a pessoa. Não é só o sujeito que se apropria do espaço, este também se apropria daquele.

Dessa forma, a apropriação está relacionada com a própria construção do sujeito nesse espaço, com o seu desenvolvimento e com a constituição de novos valores e referências definidos nessa relação homem – ambiente.

Estudar a apropriação de espaço em um hospital - um ambiente de permanência provisória para atendimento à saúde - faz-se relevante para que se possa entender as ações-transformações que tanto os hospitais quanto os pacientes sofrem em função de sua interação e o significado que o hospital tem para os pacientes, considerando que estas questões interferem diretamente na qualidade da internação e, conseqüentemente, na recuperação dos pacientes (ALVES, 2005, p.26).

Como já vem sendo discutido, a apropriação é um processo complexo e que, dependendo do contexto em que o sujeito esteja inserido, podem existir fatores dificultadores e facilitadores para o desenrolar desse processo. Pol (1996) define, pois, alguns parâmetros que, quando presentes, garantem que a apropriação ocorra de forma efetiva, a saber: 1) capacidade de

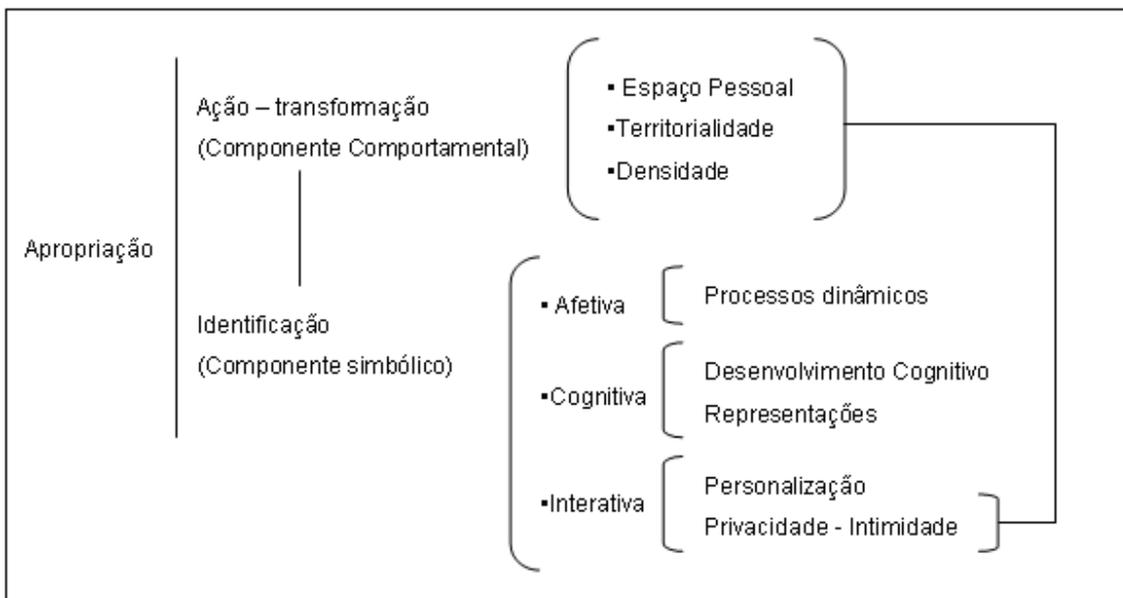
identificação pessoal com o lugar; 2) impressão de controle exercida sobre o espaço; 3) acordo ou adesão aos valores e normas do contexto social ou espacial; 4) adaptação e familiaridade a um lugar; 5) faculdade de privatizar um lugar, o que implica a liberdade de organizar os espaços de acordo com sua vontade, mas nesse caso faz-se necessária a posse legal.

Como estamos estudando um hospital, que é um ambiente “público”, sobre o qual os pacientes não têm propriedade jurídica, é importante que seja dito que essa posse não é requisito para que a apropriação aconteça, apenas pode ser um aspecto facilitador para o componente de ação-transformação, tendo em vista que o sujeito tem mais liberdade para modificar o espaço. Vale ressaltar, como bem nos coloca Pol (1996), que a posse legal também não implica a apropriação.

No presente estudo, temos como referencial o conceito de apropriação do espaço definido por Pol (1996), que remete a um processo circular e simbólico e compreende dois mecanismos básicos: Ação-transformação – componente comportamental (que se refere às ações pessoais e sociais sobre o ambiente) e Identificação – componente simbólico (que se refere ao processo interativo de reconhecimento dos grupos e categorização de características).

Esse processo pode ser melhor visualizado no quadro seguinte:

Quadro 01 - Componentes e interações conceituais na explicação da relação homem – ambiente



Fonte: Pol, 1996; p. 52.

Como podemos ver, o componente de ação-transformação é definido pela conduta territorial manifesta. A territorialidade descreve atitudes de reivindicação, delimitação, defesa e, também, de divisão do território (POL, 1996).

Além da territorialidade, esse componente nos remete ao espaço pessoal, que é uma delimitação invisível ao redor do sujeito, e à densidade, que diz respeito à forma subjetiva como o indivíduo percebe a presença de outras pessoas em um espaço determinado. O espaço pessoal, a territorialidade e a privacidade serão mais explorados em momento posterior.

“A ação-transformação é um componente de base comportamental que consiste na ação transformadora de interação entre o meio, a pessoa e a coletividade, pela qual um transforma o outro, adquirindo significados individuais e sociais” (ALVES, 2005; p.36). Ao realizar essa modificação no espaço, o sujeito imprime sua marca, delimita seu espaço, mas essa marca é, comumente, abstrata e não concreta. Nesse processo contínuo, posteriormente a esse componente comportamental, há uma disposição dos sujeitos para se identificarem com a significação criada, ocorrendo então a identificação simbólica.

Neste trabalho, a ação-transformação está relacionada a como os pacientes hospitalizados com dor se relacionaram com o hospital, como foram afetados por esse ambiente e quais suas formas de ação nesse espaço.

A identificação simbólica, por sua vez, é definida por Alves (2005) como o componente que torna o espaço apropriado um fator de continuidade e de estabilidade do sujeito. Na medida em que nos identificamos com um ambiente, ele se torna um referencial de identidade e coesão grupal.

O componente da identificação simbólica, como podemos verificar no quadro acima, engloba aspectos afetivos, cognitivos e interativos. Os processos afetivos estão relacionados aos sentimentos e emoções, em uma busca pelo bem-estar. Os cognitivos fazem referência ao conhecimento em sentido amplo, compreendendo os processos de desenvolvimento genético, os estruturais de elaboração e categorização da informação, e a representação do espaço nos mapas mentais. Os interativos englobam a personalização – transformação e organização espacial a partir de referenciais individuais, que reforçam a própria identidade e modificam o significado do lugar – e a privacidade, que está relacionada à possibilidade de controle da distância das relações que se estabelecem nesse espaço.

Neste trabalho, a identificação simbólica faz alusão aos sentidos e significados atribuídos ao ambiente hospitalar pelos pacientes e aos sentimentos e às emoções envolvidos nesse processo.

Dessa forma, o processo de apropriação está ligado diretamente aos significados e simbolismos do espaço. Para o melhor entendimento de como se dá esse processo em que objetos e lugares se tornam significativos para os indivíduos, faz-se necessário a compreensão dos conceitos de simbolismo *a priori* e simbolismo *a posteriori*, desenvolvidos por Pol (1997).

A origem da simbolização está atrelada a experiências individuais e sociais. O simbolismo *a priori* está relacionado a uma significação pré-estabelecida na esfera social. Ocorre quando algum organismo da estrutura social promove a criação ou a modificação de um ambiente ou de um objeto com uma intenção específica de criar um simbolismo do espaço determinando o que pode ou não pode ser assimilado pela população em geral. O simbolismo *a posteriori* se refere aos objetos e lugares que adquirem um significado para os indivíduos ou grupos no decorrer do tempo de interação e de uso dos objetos e espaços. A vantagem desse simbolismo é a forte identificação das pessoas com os lugares (POL, 1997).

Nos ambientes privados, o simbolismo *a posteriori* se sobressai e o processo de apropriação de espaço se inicia, na maioria das vezes, com a ação-transformação, seguido da identificação simbólica. Em ambientes em que prevalece o simbolismo *a priori*, como é o caso dos hospitais e da maioria dos espaços públicos, a apropriação nem sempre pode seguir esse processo e se volta mais para a segunda componente – identificação simbólica. Na segunda situação, as pessoas chegam a se identificar com os ambientes públicos, porém não se apropriam deles a ponto de se envolverem em intervenções para mudá-los, adaptá-los, melhorá-los (ALVES, 2005; POL, 1997).

De qualquer forma, segundo Pol (1996), a apropriação nos serve para explicar, compreender e, portanto, na medida do possível, predizer comportamentos, atitudes e vivências. A própria forma como se dá esse processo, quando ele ocorre, já nos oferece ferramentas de análise das relações estabelecidas.

Pol (1996) relaciona, também, a apropriação de espaço ao ciclo de vida, indicando que a ação-transformação e a identificação-simbólica acontecem em proporções diferentes ao longo da vida das pessoas.

O componente de ação-transformação é mais freqüente durante a infância e o início da adolescência. Após esse período, o componente de identificação simbólica passa a ser mais influente, tendo em vista que o repertório de inter-relações do sujeito com o meio em que ele está inserido está mais abundante de experiências e referências construídas ao longo do seu desenvolvimento e que servem de base para a pessoa. Com o envelhecimento, os traços psicológicos das pessoas ficam mais rígidos, perde-se a flexibilidade e gera-se mais resistência à mudança (ALVES, 2005; POL, 1996).

O espaço não tem sentido meramente funcional, pois se caracteriza como o resumo da vida e das experiências públicas e íntimas. A apropriação contínua e dinâmica do espaço dá ao sujeito uma projeção no tempo e garante a estabilidade de sua própria identidade. Uma adaptação forçada para pessoas com mais idade, que têm diminuída a capacidade de adaptação às novas realidades físicas e sociais, põe em evidência os efeitos negativos da perda de espaços de referências (POL, 1996).

Seguindo esse raciocínio, surge então um questionamento: tendo em vista que as pessoas com mais idade têm mais resistência às mudanças, o que dificulta a apropriação do espaço, a hospitalização causa mais sofrimento para elas do que para as mais jovens?

#### **4.3.1 RELACIONANDO OUTROS CONCEITOS**

Alguns conceitos como espaço pessoal, territorialidade e privacidade devem ser estudados junto com a apropriação. Isso fica claro no quadro 01 de interações conceituais exposto acima. São processos que ocorrem de forma simultânea, mas que iremos descrevê-los separadamente para facilitar a compreensão.

Iniciamos essa discussão, trazendo o conceito de comportamento espacial, conforme nos fala Figueiredo (2005), tendo em vista que ele envolve as três dimensões sobre as quais queremos discorrer.

O comportamento espacial é uma unidade básica com características físicas, temporais e comportamentais, que engloba uma variedade de inter-relações complexas entre as partes envolvidas. O comportamento espacial envolve três categorias distintas que são o espaço pessoal (que consiste na dimensão proximal ao indivíduo), a territorialidade (dimensão do comportamento humano localizado no ambiente físico geográfico apropriado de forma afetiva e sobre o qual é exercido o controle) e a privacidade (controle coletivo do acesso ao self

ou ao grupo, que funcionam como mecanismo de controle das inter-relações, das distâncias e da densidade) (FIGUEIREDO, 2005; p.305).

Espaço pessoal se refere à área entre as pessoas no processo de interação. O controle territorial permite realizar diferentes graus de privacidade e intimidade (POL, 1996). No caso do ambiente hospitalar, poderia se atingir um maior grau de privacidade em um quarto particular e um menor no setor de emergência.

A concepção de espaço pessoal associa-se a uma zona emocional e sócio-afetiva, que demarca a fronteira e o espaço da ação, construindo um sistema de defesa, de regulação de intimidade, de expressão da subjetividade e de diversidade cultural (FIGUEIREDO, 2005).

Espaço pessoal seria, pois, uma área ao redor da pessoa com delimitações invisíveis, estabelecidas pelos indivíduos de acordo com suas características singulares. É uma distância que se quer manter e preservar quando se está em situação de interação social. Essa distância que o sujeito interpreta como seu espaço pode gerar desconforto, quando é ultrapassada por outras pessoas (ALVES, 2005).

O paciente inserido no contexto hospitalar, no momento de crise, sai de sua casa, onde possui domínio e controle, e é admitido em uma unidade hospitalar, onde é necessário dividir seu espaço territorial com pessoas estranhas. Nesse contexto, o indivíduo freqüentemente vivencia situações de menor privacidade e controle sobre seu corpo e a área que o circunda, tendo seu espaço pessoal e territorial invadido constantemente (SAWADA, 1998).

A territorialidade, por sua vez, está relacionada aos comportamentos e às atitudes de controle dos espaços físicos, dos objetos pessoais e até de idéias, podendo ser uma forma instintiva de preservar a identidade pessoal (ALVES, 2005).

A psicologia ambiental, ao focar nas características físicas do ambiente e na interação entre o comportamento humano e o ambiente físico social, analisa os fenômenos sociais resultantes da utilização dos territórios, estudando o território a partir de uma perspectiva dinâmica das relações sociais (FIGUEIREDO, 2005).

A noção de território é transportada do comportamento animal para o comportamento humano de apropriação, de proteção e de defesa de um espaço, embora que no homem isso ocorra de forma mais sofisticada. As funções da territorialidade são fundamentalmente o domínio, a marcação de território, a regulação do espaço e a limitação das relações interpessoais e sociais. No entanto, como o hospital é um território com a especificidade da função terapêutica,

esses comportamentos e atitudes com a intenção de controlar o uso do espaço são percebidos muito mais na equipe do que nos pacientes (FIGUEIREDO, 2005).

A privacidade pode ser definida como condição de separação do domínio público do espaço individual, regulando a autonomia pessoal, a auto-avaliação, a expressão emocional e a comunicação. O ambiente físico e social afeta diretamente a auto-regulação da privacidade, o seu efeito terapêutico e o equilíbrio psíquico. Psicologicamente, a privacidade demarca o que o sujeito quer comunicar aos outros, tornar público, e o que ele quer que seja resguardado para ele ou pessoas mais próximas afetivamente (FIGUEIREDO, 2005).

A arquitetura ambiental do hospital é uma forma de definir e delimitar o espaço, as funções e as relações sociais e de privacidade. Segundo Figueiredo (2005), é inevitável nas instituições hospitalares o surgimento de conflitos devido à divergência de interesses no que se refere à privacidade dos doentes e às questões de eficiência e cuidado da equipe de saúde, principalmente da área de enfermagem.

A privacidade é, pois, a capacidade do indivíduo de poder controlar o acesso de outras pessoas sobre o seu corpo e o seu espaço. Em ambientes públicos a possibilidade de controlar o acesso de outras pessoas é muito limitada. Nos casos de internação hospitalar, essa limitação de controle é evidenciada, tendo em vista que o paciente precisa de cuidados e que a equipe de saúde vai realizar intervenções independentemente de sua escolha, podendo até invadir seu espaço pessoal (ALVES, 2005).

Uma vez que a permanência das pessoas no ambiente hospitalar é restrita temporalmente, é possível a apropriação desse espaço? Como o paciente pode viver o componente da ação-transformação nesse ambiente? Como a cultura interfere na posição passiva/ativa dos sujeitos?

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 DELINEAMENTO

Na atividade de pesquisa, é importante que o objeto de investigação esteja sempre definido e delimitado, uma vez que a base do trabalho é muito importante para o restante do processo. O estudo que pretendemos realizar se configura como uma investigação da inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor, a partir do significado, sentimentos e emoções do sujeito em relação ao seu processo de hospitalização. Nossa pergunta de partida seria então: como o ambiente hospitalar interfere na sensação e na expressão de dor no paciente hospitalizado?

É importante ressaltar a escolha pela epistemologia qualitativa de pesquisa. A decisão por uma abordagem qualitativa se deu por acreditarmos que ela possibilita a compreensão da realidade de forma mais complexa e dinâmica. Rey (2002) define a epistemologia qualitativa como “um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica” (p. 29).

Compartilhamos, também, dos três princípios nos quais, segundo Rey (2002), se apóia a epistemologia qualitativa. O primeiro é de que “o conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa”, o que significa dizer que o pesquisador constrói e reconstrói interpretações continuamente durante toda a pesquisa. O segundo aponta “o caráter interativo da produção do conhecimento”, colocando a relação pesquisador-pesquisado como condição para o desenvolvimento das pesquisas. E o terceiro, “a significação da singularidade como nível legítimo de conhecimento”, no qual a singularidade se configura como a realidade diferenciada, da história da constituição subjetiva do sujeito.

O estudo a ser desenvolvido parte do pressuposto de que a inter-relação pessoa ambiente é uma experiência subjetiva e a investigação qualitativa deve ser em sua essência uma análise objetiva desse significado subjetivo. Compreendemos como subjetivo um sistema complexo de significados e sentidos, que é construído na relação com o outro, com o social e o cultural (REY, 2002).

Escolhemos o referencial teórico da Psicologia Ambiental, com maior aproximação do enfoque qualitativo, tendo em vista que essa perspectiva teórica abre caminhos para a construção do saber a partir do sujeito inserido no contexto espacial, temporal e cultural.

Ao estudar a relação paciente e ambiente hospitalar a partir da afetividade, tendo por base essa perspectiva teórica e metodológica, buscamos superar as dicotomias homem-sociedade, objetividade-subjetividade, biológico-social, sujeito-ambiente, racionalidade-afetividade.

## **5.2 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer – Instituto do Câncer do Ceará - ICC. A escolha por essa instituição se deve ao fato de ela se configurar, atualmente, como uma unidade de referência no tratamento de câncer e ter, entre suas atividades, a Clínica da Dor, para onde são encaminhados pacientes de várias instituições com queixas algicas não controladas.

Nesse tópico iremos discorrer sobre o Hospital estudado, tomando por base as observações da pesquisadora, incluindo as conversas com os profissionais da Instituição, e informações retiradas do site do Instituto do Câncer do Ceará - ICC.

O ICC foi fundado em 1944, como entidade filantrópica sem fins lucrativos. Ao longo de quase cinco décadas esteve sempre voltado para o atendimento de pessoas carentes portadoras de câncer. Na sua condição de entidade filantrópica, propicia atendimento a cerca de 90% dos casos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde o seu surgimento, a entidade oferece os serviços de radioterapia, em 1979 iniciou os serviços de Prevenção do Câncer e, em 1988, acrescentou a quimioterapia. A maior dificuldade ao longo desses anos era o encaminhamento dos pacientes para a realização de cirurgia, tendo em vista a restrita oferta de leitos nos hospitais de Fortaleza para atender pacientes sem recursos, com histórico de câncer e com indicação de cirurgia, quadro que demandava custos maiores pelo tempo de permanência no hospital.

Esse quadro de dificuldades ensejou o projeto desse hospital, que só tomou corpo em 1995, quando a direção do ICC decidiu dar início à construção de um prédio de 5 andares, no mesmo local onde já funcionavam os seus serviços de Radioterapia, Prevenção e Quimioterapia. Três anos depois, estava concluída a parte física do empreendimento, construída dentro dos mais

modernos padrões de engenharia. A etapa seguinte foi a aquisição de equipamentos, montagem dos serviços e preparação para o início de funcionamento do complexo hospitalar. A inauguração oficial aconteceu em novembro de 1999.



Figura 1: Fotografia da Fachada do Prédio Principal

Em 2006, foi inaugurado também um prédio anexo, onde funciona a direção do Hospital; os centros vinculados ao ensino e à pesquisa, como a Escola Cearense de Oncologia, a coordenação da residência médica, o comitê de ética e pesquisa e o centro de estudos e epidemiologia; os ambulatórios dos pacientes de convênio e particulares, incluindo a quimioterapia ambulatorial. É nesse espaço que ocorrem todos os eventos científicos oferecidos pelo ICC.



Figura 2: Fotografia da Fachada do Prédio Anexo

O advento do Hospital do Câncer propiciou ao ICC uma nova dimensão no atendimento aos pacientes e na sua atuação na área de saúde, com a possibilidade de realização de até seis cirurgias simultaneamente e disponibilização de 140 leitos para pacientes do SUS, de

convênio e particulares. Com o seu novo parque tecnológico, é capaz de oferecer os tratamentos oncológicos essenciais, como Radioterapia, Braquiterapia, Quimioterapia, Iodoterapia e Hormonioterapia e a realização de quase todos os exames diagnósticos da doença, por conta de serviços de imagem e laboratoriais.

A instituição se configura, atualmente, na comunidade médica, como unidade hospitalar de referência no tratamento de câncer, em função de sua estrutura física, dos equipamentos atualizados tecnologicamente, da qualificação dos seus profissionais e de um componente histórico no trato com seus pacientes, que é a humanização que imprime em todas as suas atividades.

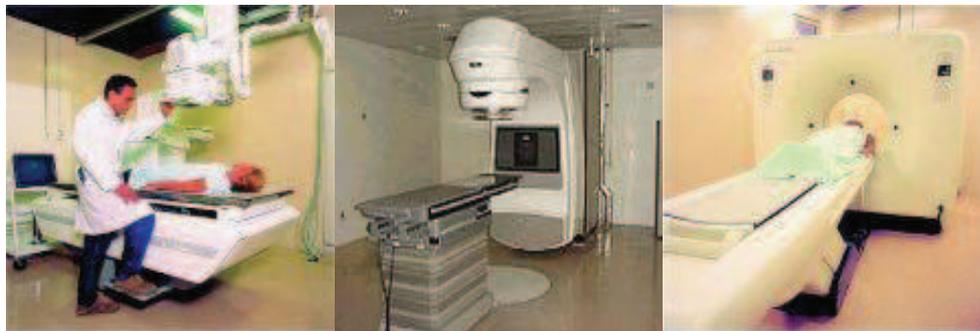


Figura 3: Fotografias dos equipamentos do centro de imagens e da radioterapia.

Além de ser considerado referência no tratamento de Câncer, o ICC dispõe de uma Clínica da Dor. Segundo conversa com a Dra. Inês Melo, médica responsável por esse serviço na época da pesquisa de campo, a Clínica da Dor conta com três médicos e a atividade desenvolvida consiste no atendimento ambulatorial de pacientes com queixas de dor, encaminhados por outros profissionais. Nesse atendimento, escuta-se o paciente e sua queixa, analisa a sua história de dor e uso de medicações, e procura-se prescrever a medicação mais adequada para o controle algico, com o menor nível de comprometimento das funções cognitivas do sujeito. Em alguns casos, outros procedimentos, como intervenções cirúrgicas, são indicados. Ela afirma que a equipe hospitalar é treinada para as intervenções no controle algico e que, em raríssimos casos, a equipe da Clínica da Dor é solicitada para o atendimento no leito hospitalar.

A Clínica da Dor fica localizada em um prédio próximo ao hospital, comumente conhecido como Casa Branca. É nesse espaço que também acontecem as consultas relacionadas às cirurgias e às radioterapias dos pacientes do SUS e a realização de alguns exames.

Percebemos que, embora seja uma instituição de caráter filantrópico, assemelha-se em muitos quesitos aos hospitais exclusivamente particulares, como em relação ao aparato tecnológico avançado e atualizado e à média de tempo que os pacientes permanecem hospitalizados. Acompanha a lógica atual de declínio dos cuidados hospitalares e aumento dos cuidados ambulatoriais, enquanto alternativa mais racional e com custos menores nos cuidados em saúde (FIGUEIREDO, 2005).

O ICC compreende também uma casa de apoio próxima às dependências do hospital, denominada Casa Vida. A sua origem remonta ao ano de 1954, quando foi formada a Rede Feminina do Instituto do Câncer do Ceará, uma iniciativa de um grupo de senhoras que, unidas pelo objetivo de dar assistência aos doentes de câncer, criaram a Enfermaria Antônio Prudente. Com o advento do Hospital do Câncer, esse espaço foi transferido para um imóvel bem próximo do Hospital e ganhou o nome de CASA VIDA.



Figura 4: Fotografias da Casa Vida.

Pacientes reconhecidamente pobres, que chegam do interior do Ceará e de Estados vizinhos para fazer tratamento no Hospital do Câncer e que não têm onde se hospedar, ficam abrigados na Casa Vida. O local oferece aos pacientes e a seus acompanhantes: alimentação, opções de lazer como televisão, jogos e trabalhos artesanais com a equipe de Terapeutas Ocupacionais.

O ICC fica localizado próximo ao Campus do Porangabuçu da Universidade Federal do Ceará, onde funcionam os cursos da área da saúde, como Medicina, Enfermagem e Odontologia. Encontramos nessa área o Hospital Universitário Walter Cantídio, a Maternidade Escola e o HEMOCE, centros de referência em saúde na nossa cidade.

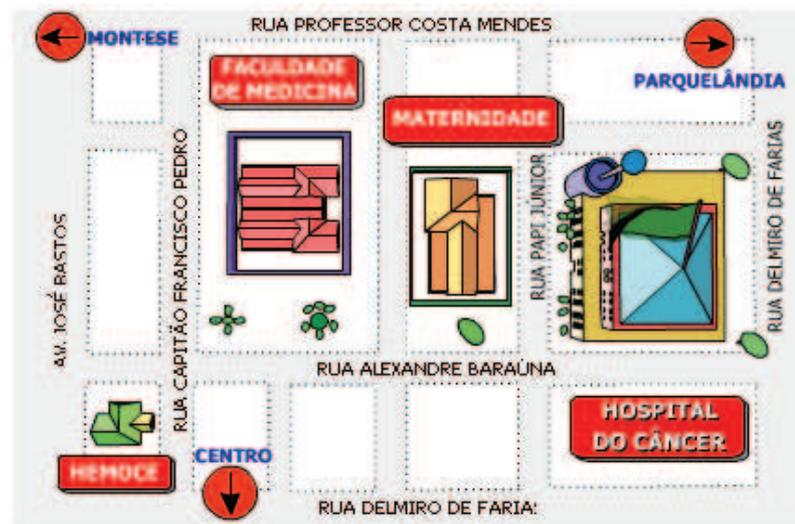


Figura 5: Mapa de localização do ICC.

Na calçada em frente ao hospital, podemos encontrar alguns “comerciantes”, que aproveitam esse espaço para vender roupas, sapatos, brinquedos e lanches.

A entrada do ICC tem um estacionamento de acesso exclusivo dos profissionais. Do lado esquerdo, temos a radioterapia, e do lado direito, um bazar e um café, que têm sua renda revertida para manutenção da Casa Vida. O estacionamento é muito arborizado e ventilado. Na recepção do hospital, encontramos alguns profissionais que orientam a clientela da instituição.



Figura 6: Fotografias da recepção.

O prédio principal do hospital, foco do nosso estudo, tem uma estrutura organizada em 5 andares. No primeiro e no segundo andar temos os leitos dos pacientes particulares e de convênio, distribuídos em apartamentos e enfermarias. Os apartamentos oferecidos pelo Hospital do Câncer à sua clientela particular e conveniada são equipados com camas movidas por

eletricidade e controle remoto, ar-condicionado, frigobar, além de acomodações confortáveis para acompanhantes.



Figura 7: Fotografia de um quarto de pacientes particular.

No primeiro andar temos, também, um quiosque, que vende lanches, cercado por algumas mesas e muitas plantas, além de uma capela aberta, com uma estátua de uma santa e alguns bancos. Esse espaço causou uma sensação muito agradável na pesquisadora, dando a impressão, muitas vezes, de não se encontrar num ambiente hospitalar.



Figura 8: Fotografias do primeiro andar.

No terceiro andar temos o Serviço de Oncologia Pediátrica que foi inaugurado em outubro/ 2001, com área e instalações específicas e profissionais especializados no atendimento do câncer infantil. O serviço atua nas áreas de diagnóstico e tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia) de crianças e adolescentes. É composto por unidade de internação com posto de enfermagem e 10 leitos, salas de quimioterapia, ambulatórios e centro cirúrgico, com

apoio de laboratórios, do centro de diagnóstico por imagem e do setor de radioterapia do hospital. A internação pode ocorrer para a quimioterapia seqüencial, para estadiamento da doença, para procedimento cirúrgico ou por intercorrência.

As enfermarias têm cortinas nas janelas, ar condicionado, armários, televisão e uma garrafa com água e papel de parede com temas infantis. A saída das três enfermarias forma com uma divisória uma pequena sala de estar, munida de vários brinquedos, mesinhas e cadeiras de plásticos, e decorada com papel de parede e desenhos pintados pelas crianças hospitalizadas. A divisória dificulta o acesso visual, então, mesmo as portas das enfermarias ficando abertas, não é possível um contato visual com os leitos das pessoas que se encontram nos corredores.

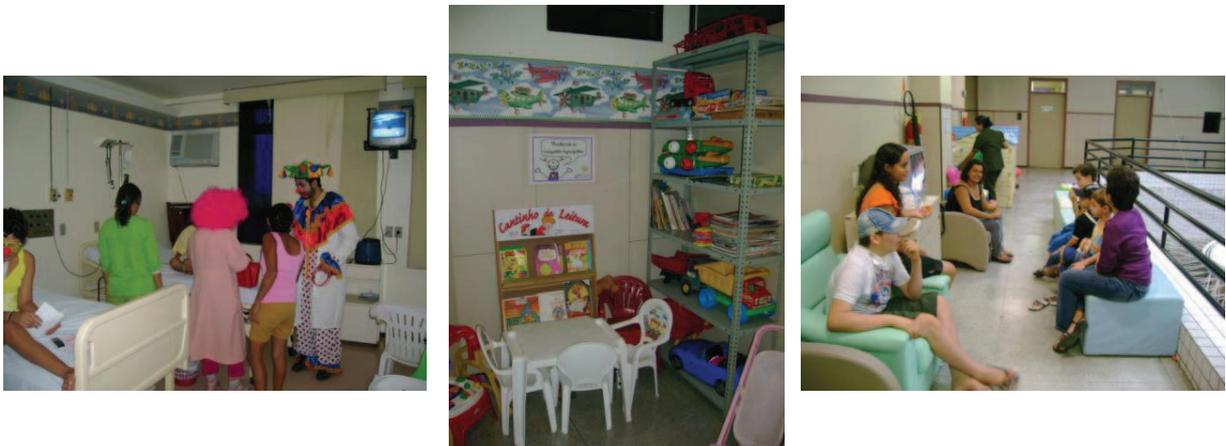


Figura 9: Fotografias de uma enfermaria pediátrica, da sala de estar e do corredor da ala da pediatria.

No corredor dessa ala temos uma pequena televisão e muitos brinquedos, que são comumente utilizados pelas crianças. É nesse espaço que as crianças que vêm para consulta e exames aguardam até o momento de serem atendidas.

A equipe nos turnos da manhã e da tarde é composta por uma enfermeira; três auxiliares de enfermagem, sendo duas para enfermaria e uma para o ambulatório; duas secretárias; dois médicos e uma psicóloga exclusiva do setor. Os outros profissionais, como fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e nutricionista fazem parte da equipe do hospital como um todo e não por setor.

Na pediatria são estabelecidas algumas rotinas, que permitem uma maior organização do serviço. Na segunda-feira pela manhã há ambulatório, com a realização de exames e internação pra quimioterapia seqüencial. Enquanto os pacientes esperam para serem atendidos, as

crianças, adolescentes e seus acompanhantes interagem entre si. Na terça-feira pela manhã são realizados os exames de punção lombar, que ocorrem no centro cirúrgico. As quimioterapias sequenciais são de três ou cinco dias, dessa forma alguns pacientes vão embora na quarta, podendo ocorrer internação para quimioterapia (QT) também na quarta-feira. Na sexta-feira pela manhã, acontece o ambulatório dos pacientes que já concluíram o tratamento, além de internações dos pacientes que vão sofrer procedimento cirúrgico. Todos os dias há quimioterapia ambulatorial. Existe uma sala exclusiva para esse procedimento, onde encontramos cinco poltronas e uma cama.

Ainda no terceiro andar encontramos o centro cirúrgico, a UTI e duas enfermarias onde também ficam alguns pacientes de convênio.



Figura 10: Fotografias do centro cirúrgico e da UTI.

No quarto andar temos as enfermarias de adultos, sendo 10 enfermarias, com tamanho e número de leitos variáveis, uma sala de isolamento e o posto de enfermagem. A equipe desse setor é composta por uma enfermeira; seis auxiliares, sendo quatro para os procedimentos e dois para medicação; dois psicólogos e dois médicos. Os médicos não estão em tempo integral no setor, ficam de sobreaviso e passam no horário da manhã para avaliação dos pacientes e prescrição.

As enfermarias são grandes, ventiladas, com iluminação natural, com um banheiro, camas para os pacientes, espreguiçadeira para os acompanhantes, água e uma televisão. As enfermarias do lado do sol têm cortina, não encontradas nas outras enfermarias, que têm apenas um fumê nas janelas. Os banheiros nas enfermarias são para os pacientes, mas essa regra nem sempre é seguida e os acompanhantes acabam os utilizando.

As portas ficam abertas, sendo fechadas somente nos momentos de procedimentos. Durante a noite as portas também ficam fechadas e as luzes, apagadas. Em cima de cada leito, há

uma lâmpada que, acesa, ilumina principalmente o leito do paciente, mas clareia toda a enfermaria.



Figura 11: Fotografia de uma enfermaria do 4º andar.

Devido à existência da intercorrência, que trata os casos emergenciais, as enfermarias do quarto andar são, primordialmente, cirúrgicas. Em raríssimos casos, ocorre internação para estadiamento e controle do estado clínico do paciente. Vale ressaltar a existência de internações para a realização de quimioterapia seqüencial.

Existem enfermarias do sexo masculino e outras do sexo feminino. Os pacientes com idade a partir de 65 anos e os psiquiátricos têm direito a acompanhante. Nos outros casos, a presença de acompanhante nos leitos vai depender de avaliação individual, realizada pelos médicos.

No quinto andar, tem lugar a intercorrência, que funciona como uma emergência oncológica. Há uma sala de quimioterapia com cinco leitos e uma sala de observação com seis leitos. Quando o paciente apresenta algum sintoma, ele se dirige à intercorrência, onde são tomadas as medidas necessárias. Em alguns casos, quando não é possível um controle mais rápido dos sintomas ou quando se faz necessário uma observação mais acurada, os pacientes acabam ficando mais de 24 horas nesse espaço, o que já caracteriza uma hospitalização. Ainda nesse andar, encontram-se alguns consultórios médicos, banco de sangue e salas de quimioterapia ambulatorial para adultos. Esse setor é sempre muito agitado, com muito barulho e muitas pessoas nos corredores.



Figura 12: Fotografias da sala de quimioterapia de adultos e da intercorrência no 5º andar.

Por ser um hospital construído recentemente, a sua estrutura vai ao encontro das novas concepções de construção de espaço, que conduz a uma maior humanização e adequação à função que lhe é atribuída de cuidar dos pacientes e não, apenas, de buscar a cura.

Segundo Figueiredo (2005), o espaço físico condiciona a organização, o desempenho e a produtividade. A organização pode ser percebida tanto nos discursos dos pacientes e familiares, como pela observação desse espaço. O desempenho e a produtividade podem ser avaliados pelos números de atendimentos e procedimentos realizados e divulgados no site da instituição.

A forma como o ambiente e as atividades estão organizados é indicadora das inter-relações que se estabelecem, influenciando também na recuperação física e psicológica dos pacientes, no bem-estar da equipe, na assistência dada aos pacientes e no tempo de permanência destes no hospital (FIGUEIREDO, 2005).

Na recepção da instituição, os pacientes e familiares recebem um folder com algumas normas hospitalares, como o horário de visita e o limite de visitantes por paciente. Mas algumas regras hospitalares não têm uma sistematização escrita, sendo repassadas oralmente pela equipe para os pacientes e seus familiares. Vale ressaltar, também, que o hospital segue a Norma de Regulamentação 32: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

O horário de visita acontece das 15h às 16h. Sendo esse horário mais flexível em relação à enfermagem pediátrica, tendo em vista que todas as crianças e adolescentes têm direito a acompanhantes e não existe um horário determinado para a troca dos mesmos, podendo acontecer

a qualquer momento. Nas enfermarias dos adultos, as mulheres só podem ser acompanhadas por pessoas do sexo feminino, para evitar constrangimento para as outras pacientes que estão na mesma enfermaria. Essa regra não vale para os pacientes do sexo masculino, que podem ser acompanhados por homens e mulheres.

Na entrada da instituição, são disponibilizados para os pacientes kits do hospital, com roupas do corpo e de cama. Contudo, diferentemente da maioria das instituições de saúde, os pacientes podem escolher usar suas próprias roupas, inclusive as roupas de cama, obedecendo apenas à regra de que a roupa seja trocada diariamente. Vemos, nessa regra diferenciada, um aspecto de grande humanização e espaço para subjetividade do paciente, que não precisa ser desprovido de todos os seus pertences. Mas nos leitos não se encontram os nomes dos pacientes e percebe-se que, principalmente no quarto andar, na maioria das vezes, a equipe identifica os pacientes pelo número do leito.

A equipe é sempre solícita com os pacientes e familiares. A pesquisadora presenciou uma conversa entre mãe, motorista e auxiliar de enfermagem, na qual eles brincavam, positivamente, sobre a humanização do pessoal do hospital. Percebemos no hospital a hierarquia explicitada por Goffman (1987) nas instituições hospitalares: médicos, enfermeiras, auxiliares e pacientes; quanto aos outros profissionais de ensino superior, apesar de mais independentes, entram nessa hierarquia na mesma posição da enfermagem. Notamos, também, que, devido ao grande número de pacientes na enfermaria dos adultos, os profissionais desse setor parecem menos tranquilos e mais cansados e estressados do que os que trabalham na enfermaria pediátrica.

A arquitetura hospitalar segue um modelo oval, o que aumenta o contato visual nas enfermarias. O corredor tem o formato da letra O, sendo o centro dessa estrutura aberto, com iluminação natural. Podemos perceber essa estrutura oval na planta baixa do hospital, que se encontra em anexo no final do trabalho.

Essa estrutura permite uma alta comunicação visual e sonora com os outros setores, mesmo os situados em outros andares. No relato de uma profissional, ela comentou que quando acontecia alguma coisa de errado (não comum) no outro posto, a equipe identificava com facilidade e podia ir até lá prestar auxílio.

Por conta da decoração do hospital, uma teia divide o segundo e o terceiro andar, que acaba por diminuir também a comunicação visual entre os setores onde ficam internados os pacientes particulares e de convênio e os pacientes do SUS.

A diminuição do contato visual acaba por aumentar a privacidade. O que percebemos é que para os pacientes do SUS, a privacidade praticamente inexistente. Primeiro, porque não temos apartamentos, só enfermarias; logo, o paciente tem que dividir esse espaço com mais alguns pacientes e seus acompanhantes. Todas as enfermarias têm portas, contudo elas ficam abertas a maior parte do tempo, sendo fechadas somente nos momentos de realização de procedimentos no leito e no período noturno.

A maioria das enfermarias tem um espaço físico razoável, então, mesmo com 4 ou 5 pacientes, eles têm um espaço de circulação. As enfermarias são bastante ventiladas e iluminadas, tendo em vista a presença de janelas grandes de vidro, que os pacientes podem manejar, adequando-as às suas necessidades. As janelas, associadas ao espaço aberto no centro da arquitetura hospitalar, possibilitam uma ventilação satisfatória e adequada na opinião dos pacientes.

Figueiredo (2005) discorre sobre a importância das janelas, no sentido de possibilitar uma melhor orientação no espaço, com possibilidade de localizar pontos de referência no exterior, bem como a orientação do paciente quanto ao tempo.

A orientação no interior do ambiente hospitalar é favorecida por esse acesso visual. Além do mais, percebemos a presença de placas de sinalização em todo o hospital, indicando onde se localiza cada setor e placas informativas nas portas e entradas dos serviços.

Nas enfermarias têm cartazes informativos restringindo o horário de uso da televisão das 7h às 22 horas, e outros determinando que os lixos sejam colocados nas lixeiras próximas a cada leito.

Não há isolamento acústico no hospital e sua estrutura aberta possibilita uma grande circulação do som, mas que em nenhum momento foi apontada pelos pacientes como algo desagradável. Os sons mais comuns são as conversas entre pacientes, acompanhantes e profissionais; e o barulho das televisões das enfermarias, que passam o dia inteiro ligadas. Contudo, não encontramos sinalizações de pedido de silêncio, que são comumente encontradas na maioria das instituições hospitalares. No terceiro andar, não tem nada impresso apelando para

esse silêncio e, no quarto, apenas um cartaz no posto de enfermagem, mas em um local pouco visível.

Os pacientes e familiares têm acesso livre a todos os cinco andares da instituição hospitalar. Livre dentro das condições físicas, tendo em vista que alguns pacientes não podem nem sair do leito. Nos corredores, há bancadas e cadeiras. Percebemos que esse espaço é bastante utilizado por todos. Pacientes e familiares passam boa parte do tempo fora das enfermarias, conversando e interagindo com outros pacientes. Esse espaço é também utilizado na reabilitação dos pacientes, que caminham dando voltas nessa estrutura central.

O quiosque e a capela, por sua vez, não são comumente utilizados. Apesar de serem espaços de acesso livre, não observamos durante as visitas à instituição, nem no discurso dos pacientes, que eles se apropriavam desse espaço.

### **5.3 SUJEITOS DA PESQUISA**

Pacientes hospitalizados, adolescentes (com idade mínima de 14 anos) e adultos, que apresentavam queixas recorrentes de dor segundo o prontuário médico e que tinham disponibilidade para participar do estudo.

Optamos por trabalhar com pacientes com mais de 14 anos por concordarmos com as idéias de Schonfeld (1995), de que o entendimento do sujeito sobre as doenças aumenta com a maturidade cognitiva e com o avanço da idade. Segundo o autor, apenas na adolescência e maturidade, com o melhor entendimento da fisiologia interna do corpo, é que se pode alcançar uma maior compreensão sobre a causalidade e o tratamento de doenças.

A escolha por pacientes hospitalizados deveu-se ao fato de acreditarmos que, com a internação, garantiríamos tanto uma boa convivência com o ambiente hospitalar, como também uma maior disponibilidade de tempo para participar da pesquisa. Diferentemente de outros espaços oferecidos pela instituição, nos quais os pacientes vêm para resolver uma questão pontual e voltar para casa.

O número de participantes da pesquisa foi definido por saturação, sendo encerrada a aplicação do instrumento quando as respostas começaram a se repetir.

Os dez pacientes atenderam às necessidades do processo de conhecimento que

surgiram no curso da pesquisa, pois, como bem nos afirma Rey (2002), “o conhecimento científico, a partir desse ponto de vista qualitativo, não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão” (p. 35).

Esta pesquisa respeitou o Código de Ética do Psicólogo e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/ICC de acordo com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/ CNS/ MS no mês de maio de 2008.

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho, julho e agosto de 2008, nas enfermarias pediátricas e de adultos, que correspondem ao 3º e 4º andares do hospital, com respeito às rotinas de funcionamento, como horários de visita e procedimentos médicos.

Duas pessoas participaram do pré-teste. Eram duas mulheres com faixa etária entre 40 e 50 anos que se encontravam na Casa Vida e que, segundo a equipe, tinham dores não controladas e tomavam altas doses de medicação. Esse fato será melhor explicado na sessão das dificuldades encontradas e modificações do instrumento a partir do pré-teste. Vale ressaltar que elas não foram incluídas na amostra do trabalho, tendo em vista a modificação do instrumento utilizado.

Com a conclusão do trabalho de campo, dez pessoas contribuíram com o nosso estudo na qualidade de participantes. Por ser um estudo qualitativo, nossa principal preocupação não era com a representatividade estatística da amostra, mas com a qualidade das informações obtidas, de modo que nos possibilitassem a compreensão da inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor.

## **5.4 PROCEDIMENTOS**

5.4.1 – Submissão e aprovação do projeto no comitê de ética do ICC.

5.4.2 – Início da realização da observação.

5.4.3 – Conversa com a equipe das enfermarias pediátricas e de adultos para identificar pacientes hospitalizados, com idade igual ou superior a 14 anos, diagnóstico de câncer e queixas recorrentes de dor.

5.4.4 – Análise dos prontuários médicos para confirmação das informações prestadas e busca de novos dados.

5.4.5 – Seleção de pacientes dentro dos critérios da pesquisa.

5.4.6 – Solicitação aos pacientes e aos seus responsáveis (no caso de adolescentes) para participarem da pesquisa, explicação dos objetivos da pesquisa e marcação da data e horário da aplicação do instrumento gerador dos Mapas Afetivos.

5.4.7 – Aplicação do Instrumento.

5.4.6 – Coleta no prontuário médico dos dados dos pacientes selecionados.

5.4.7 – Análise dos Dados.

## **5.5 DIFICULDADES ENCONTRADAS**

Chegando ao hospital, no primeiro contato com os profissionais de psicologia dessa instituição, encontramos uma realidade um pouco diferente da que esperávamos. O hospital em estudo tem muitas peculiaridades que nós não conhecíamos e que no primeiro momento se configuraram pra nós como obstáculo para o desenvolvimento da pesquisa.

Por ser uma instituição filantrópica, pensávamos que sua organização se assemelhava muito às instituições públicas. Foi partindo dessa premissa que elaboramos o projeto de pesquisa e montamos a nossa metodologia.

Nas instituições públicas com as quais tivemos contato, os pacientes oncológicos passam muito mais tempo internados. Mas devido à organização do ICC, à existência de uma emergência oncológica e da casa de apoio próxima ao hospital, deparamos com a nossa primeira dificuldade: tempo reduzido de internação hospitalar.

Para lidar com essa dificuldade, a solução encontrada foi a sistematização dos dias das observações da pesquisadora, de modo que pudéssemos ter contato com um maior número de sujeitos possíveis. A princípio, escolhemos as segundas-feiras pela manhã e as quintas-feiras pela tarde. A escolha dos dias de observação seguiu dois critérios objetivos: o primeiro foi que o horário da observação coincidissem com a presença de um dos profissionais de psicologia, o segundo foi uma forma de manter um intervalo contínuo entre as idas à instituição. Deixando em aberto a ida ao hospital em outros horários quando surgisse a necessidade ou conveniência. No sexto contato, decidimos com a psicóloga do serviço que a segunda-feira pela manhã não era um

dia muito indicado, devido ao fato de ser um dia muito atribulado e conturbado, e modificamos o dia da observação para as terças à tarde.

A segunda dificuldade foi encontrar sujeitos que se enquadrassem em todos os critérios definidos na pesquisa, a saber: pacientes com câncer, hospitalizados, com idade mínima de 14 anos, com queixas recorrentes de dor segundo o prontuário médico e que tivessem disponibilidade para participar do estudo.

O hospital oferece um serviço de *Home Care*, vinculado ao Programa de Internamento Domiciliar do SUS, instituído pela Portaria 2529/ 2006 do Ministério da Saúde. Os pacientes com a doença avançada, fora de possibilidade de cura, que necessitam de cuidados paliativos, recebem atenção domiciliar, com incorporação tecnológica de caráter substitutivo de internação hospitalar. Como discutido em momento anterior, segundo as estatísticas, a dor é mais freqüente e de difícil controle em pacientes com câncer em progressão. No caso do ICC, com o *Home Care*, esses pacientes, por receberem cuidados paliativos em casa, na maioria das vezes não chegam a ser hospitalizados.

Na intercorrência, uma das queixas mais freqüentes é a queixa algica. Nesse espaço, embora não seja o seu foco, alguns pacientes ficam mais de 24 horas, o que já caracteriza a internação hospitalar e, assim, poderíamos incluí-los como sujeitos da pesquisa. Contudo, pensamos que os pacientes procuram a intercorrência justo no momento de dor e de evidência dos sintomas, o que ocasionaria uma impossibilidade de aplicação do instrumento. Essa hipótese foi confirmada quando tentamos entrar em contato com uma paciente que se enquadrava nos critérios da pesquisa, mas ela não estava em condições de atender a nossa solicitação pela sua debilidade física, sentindo dores constantemente e tomando altas doses de medicação.

Na casa de apoio também encontramos vários pacientes que poderiam colaborar conosco, salvo por não estarem hospitalizados. Segundo relato do médico da intercorrência, tendo em vista a proximidade do hospital, muitos pacientes que estão na Casa Vida procuram esse serviço mais de uma vez ao dia.

No início da coleta de dados, como não havia pessoas hospitalizadas com queixas recorrentes de dor, procuramos a Casa Vida para aplicação do pré-teste com pacientes que se encontravam nesse espaço. A vivência desses pacientes com o ambiente hospitalar possibilitou a aplicação do pré-teste, que teve como objetivo verificar se esse instrumento era viável para o estudo que estávamos empreendendo da relação paciente e ambiente hospitalar e se

conseguiríamos com esse instrumento obter os dados necessários para a consecução dos objetivos da pesquisa.

Mesmo com a dificuldade evidenciada pela equipe do hospital, como ainda teríamos dois meses de convivência com esse espaço, optamos pela realização da pesquisa com pacientes hospitalizados como já estava planejado, tendo em vista que a mudança de critérios ocasionaria muitas outras implicações. É certo que estaríamos diante de pessoas que mantêm uma estreita relação com o ambiente hospitalar, com grande vivência nesse espaço, com isolamento social, afetivo e laboral, mas em uma lógica diferente da internação e vivendo em um espaço com regras próprias que precisariam ser abordadas.

Com a continuidade da pesquisa de campo, tivemos a oportunidade de encontrar um bom número de sujeitos potenciais para o nosso estudo e, por isso, acreditamos que a escolha por mantermos os critérios iniciais foi muito positiva, tendo em vista que os critérios haviam sido definidos tendo como base os objetivos da pesquisa e a parte teórica já desenvolvida.

A terceira dificuldade se refere ao nível de instrução dos pacientes e à necessidade de modificações estruturais no instrumento. Muitos deles são provenientes do interior e não sabem ler, nem escrever. A aplicação do pré-teste nos remeteu à impossibilidade de aplicação do instrumento conforme o modelo pensado. Muitas instruções, conforme estavam lá colocadas, não eram compreendidas pelos pacientes, e outras não podiam ser atendidas.

As duas pacientes da casa de apoio não aceitaram realizar o desenho, porque nem ao menos sabiam escrever. Esse fato já tinha sido alertado por um dos profissionais da psicologia, que nos informou que muitos tinham dificuldade no próprio manejo do lápis e que dificilmente aceitariam participar da pesquisa se isso fosse uma condição.

Pensamos nesse momento em inserir um novo critério na pesquisa: que os sujeitos fossem alfabetizados, soubessem ler e escrever. Mas estaríamos mais uma vez contribuindo para exclusão desses sujeitos, sem contar que estaríamos tirando do nosso estudo uma parcela significativa de participantes potenciais.

Tendo por base essa decisão, optamos por tornar o instrumento mais simples, mais direto e que exigisse menos abstração. O instrumento com as modificações finais se encontra em anexo.

A quarta dificuldade encontrada foi que alguns pacientes não aceitaram participar da pesquisa. Depois da terceira recusa, uma psicóloga da equipe questionou sobre a abordagem que

estava sendo feita, pois estava achando o número de recusa muito alto para os pacientes daquela instituição. Explicamos ao profissional do serviço, que ao entrar em contato com os pacientes, a pesquisadora esclarecia que era psicóloga, fazia mestrado e que estava realizando sua pesquisa naquela instituição. Dizia ao paciente que não fazia parte da equipe, que estava ali temporariamente e que se ele não quisesse participar não precisaria.

Em seguida a essa conversa, com as sugestões da psicóloga, reformulamos a forma de abordagem aos pacientes, como por exemplo: introduzir a conversa com os pacientes, convidando-os para participar do estudo; falar com a maior clareza possível, evitando usar termos não conhecidos por eles; ressaltar os objetivos da pesquisa, enfatizando a importância da participação deles; não dar muita ênfase ao fato da pesquisadora não fazer parte da equipe do hospital.

Após as intervenções realizadas não houve mais recusas. Acreditamos que a abordagem poderia estar, realmente, induzindo os pacientes a não participarem.

## **5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

### **5.6.1 OBSERVAÇÃO**

A observação é uma atividade metodológica, com objetivos determinados de investigação e geração de conhecimentos, realizada no cotidiano de um espaço específico, a fim de conhecer eventos, fenômenos e circunstâncias que não poderiam ser alcançados a partir de uma posição externa do pesquisador (MONTERO, 2006).

Esse método tem um caráter aberto e flexível, pois permite ao pesquisador a mudança de foco de atenção tendo como base os acontecimentos que ocorrem no ambiente observado. Dessa forma, permite uma visão mais ampla, mais completa e detalhada dos fatos, bem como permite o acesso aos sentidos atribuídos pelas pessoas a essa dada realidade (MONTERO, 2006).

A entrada nessa instituição seguiu os seguintes procedimentos: apresentação do projeto à Escola Cearense de Oncologia, que, após aprovação, encaminhou o projeto ao Comitê de Ética e pesquisa do HC/ICC. Junto à indicação de aprovação do projeto, seguiu uma orientação para que a pesquisadora procurasse uma psicóloga da instituição, já estabelecida pelo comitê. A psicóloga explicou algumas rotinas da instituição e sugeriu à pesquisadora que, durante o período da coleta de dados, usasse jaleco e se submetesse a algumas regras da saúde, seguidas

pela equipe do hospital, como: não usar nenhum tipo de adereço e usar somente calçados fechados.

Por conta do uso do jaleco, algumas vezes a pesquisadora foi confundida com uma profissional do hospital. Contudo, as pessoas mais atentas não deixavam passar despercebido o crachá onde tinha escrito PESQUISADORA, indagando, em seguida: pesquisadora de quê?

Os contatos com a instituição aconteceram em diferentes dias e horários, a saber: segunda, quarta e sexta pela manhã, e terça e quinta à tarde, que correspondiam ao horário da psicóloga da instituição que acompanhou mais de perto o nosso trabalho. Após o início da pesquisa, houve a necessidade de sistematização para que tivéssemos acesso a um maior número de pacientes hospitalizados, mantendo um intervalo contínuo entre os dias de observação.

Ao final, foram realizados 20 contatos com a instituição, que foram registrados em um diário de campo e sistematizados posteriormente no tópico Local da Pesquisa. Durante as observações, procuramos descrever o ambiente, enfocando a sua estrutura física e de pessoal, as atividades desenvolvidas, as regras, as formas de expressão dos sujeitos e os sentimentos percebidos.

Utilizamos, também, algumas fotografias retiradas do banco de dados do hospital, como uma forma de complementar as observações na descrição do hospital, possibilitando uma maior compreensão do ambiente estudado.

Conseguimos, além disso, a planta baixa do hospital com o serviço de Engenharia. A planta continha alguns elementos que não correspondiam à estrutura atual e que foram modificadas pelo engenheiro, com o auxílio da psicóloga da instituição, para uma melhor visualização nesse trabalho. Usamos as plantas do 3º e do 4º pavimentos que correspondem, respectivamente, à ala da enfermaria pediátrica e da enfermaria de adultos, onde se encontravam hospitalizados os pacientes do nosso estudo.

A utilização desse instrumento nos possibilitou uma visão mais global desses espaços e nos permitiu, também, identificarmos os lugares onde os pacientes estavam hospitalizados durante o período da coleta de dados.

### **5.6.2 CONVERSAS COM A EQUIPE DE PROFISSIONAIS DAS ENFERMIARIAS**

Como já descrito acima, ao longo das observações, conversamos com vários profissionais da Instituição. Essas conversas tiveram como objetivo a coleta de informações do hospital, o esclarecimento das rotinas hospitalares e de algumas peculiaridades dessa instituição.

Durante todos os dias das observações, o nosso primeiro contato era com a equipe, indagando se tinha chegado algum paciente com os critérios estabelecidos na pesquisa. Com o passar do tempo, a própria equipe já ia informando quando chegava algum participante em potencial. Essas conversas acabaram por se caracterizar como a primeira forma de contato com informações sobre os pacientes internados.

Vale ressaltar a contribuição de um dos profissionais da equipe de psicologia, em particular no que tange à identificação dos pacientes, como também ao fornecimento de informações e ao acesso a diversos espaços da instituição.

### **5.6.3 CONSULTA A DOCUMENTOS: PRONTUÁRIOS MÉDICOS**

A consulta aos prontuários médicos dos sujeitos foi a segunda forma de contato com as informações sobre os pacientes internados, ainda sujeitos em potencial. Depois das informações da equipe, recorriamos aos prontuários para confirmar as queixas recorrentes de dor e coletar informações referentes às características pessoais dos pacientes, diagnóstico, fase atual do tratamento, evolução médica, uso de medicações para dor e informações sobre atendimentos psicológicos quando registrados nesse documento.

Durante o período de coleta percebemos que o contato sendo feito primeiro com os profissionais poderia deixar passar alguns pacientes que poderiam se enquadrar na pesquisa. Então, a partir do décimo dia de observação, mesmo perguntando à equipe, decidimos olhar os prontuários de todos os pacientes.

Encontramos nos prontuários dos pacientes um aspecto que facilitou a nossa busca: era realizada avaliação da dor dos pacientes em todos os registros das visitas da equipe aos leitos. Esse aspecto indica, também, a importância dada ao tratamento desse sintoma pela equipe desse hospital.

### **5.6.4 CONSTRUÇÃO DOS MAPAS AFETIVOS**

A metodologia dos mapas afetivos tem sua base calcada nos mapas cognitivos

coletivos de Lynch e na Psicologia Social (perspectiva histórico-cultural de Vigotsky) (BOMFIM, 2003).

Segundo Lynch (1998), os ambientes geram imagens, que são resultados de um processo bilateral entre o observador e o meio, sendo o produto da percepção imediata e da memória da experiência passada. A necessidade de conhecer e estruturar o nosso meio ambiente é tão importante e tão enraizada no passado que essa imagem tem uma grande relevância prática e emocional para o indivíduo.

Para elaboração do instrumento, Bomfim (2003) se baseia no estudo da afetividade da perspectiva histórico-cultural, que tem como pressuposto teórico os processos psicológicos superiores pesquisados por Vygotsky.

A composição das funções psicológicas superiores remete a composição entre o instrumento e o signo nas atividades psicológicas, transformando as funções elementares, o simples e objetivo, ou o que era interpsicológico, em internalizações subjetivas. Vygotsky propõe os significados como o instrumento de unidade do psiquismo (LIMA, 2004; p.31).

O instrumento gerador dos mapas afetivos foi desenvolvido por Bomfim (2003) para estudar a relação entre o espaço e os afetos na cidade, com o intuito de superar a dualidade entre cognição e afeto na reprodução da vivência do indivíduo. Esse instrumento proporciona a representação do espaço, considerando que qualquer ambiente é um território emocional.

Bomfim (2007) define os mapas afetivos como representações do espaço e que se configuram como instrumentos reveladores da afetividade, que acessam sentimentos e significados atribuídos pelo indivíduo a um objeto de sua realidade.

Nesse trabalho, o mapa afetivo foi utilizado como um meio de compreender os significados atribuídos pelo paciente oncológico com dor hospitalizado no âmbito do ambiente hospitalar. Tendo em vista que esse instrumento foi desenvolvido inicialmente para o estudo dos afetos na cidade, foram feitas algumas adaptações no instrumento original.

Para o início da coleta de dados havíamos feito algumas adaptações no instrumento, fazendo a troca do ambiente cidade por ambiente hospitalar e modificando alguns detalhes para a realidade do hospital. Contudo, com a aplicação do pré-teste percebemos que o nível de instrução

influencia muito na aplicação do instrumento e foram necessárias outras mudanças, com o objetivo de simplificar o instrumento para favorecer o entendimento e facilitar a comunicação, de modo que os pacientes não se sentissem inibidos com o vocabulário técnico. As modificações podem ser visualizadas comparando o instrumento elaborado por Bomfim (2003) (Anexo A), o instrumento elaborado antes do pré-teste (Apêndice A) e o instrumento após as modificações (Apêndice B).

A aplicação desse método, com as modificações necessárias nesse trabalho, inclui um conjunto de etapas, a saber:

**a) Características sociais:** Primeiro item do instrumento. Variáveis: sexo, idade, ocupação, escolaridade, tempo de tratamento, tempo que sente dores, quantas vezes já esteve internado e com que frequência vem ao hospital quando não está internado.

**b) Desenho:** Solicita-se que o sujeito desenhe e represente sua forma de ver e sentir o hospital. O objetivo principal do desenho é facilitar a expressão de emoções. Fornecemos uma folha em branco, com lápis, borracha, lápis de cor e canetinhas coloridas.

**c) Significado do desenho:** Esse item tem o objetivo de esclarecer o que o sujeito quis representar com o desenho.

**d) Sentimentos:** Solicita-se que o sujeito expresse e descreva os sentimentos a respeito do desenho representado por ele e do ambiente hospitalar.

**e) O que pensa do Hospital:** Elaboração oral sobre o que o sujeito realmente pensa sobre o hospital. Esse item, assim como o desenho, pode remeter a uma nova construção de seus sentimentos sobre o ambiente hospitalar.

**f) Comparação do Hospital:** Este item pede uma comparação do hospital com algo. Permite a elaboração de metáforas e caracteriza-se por ser uma nova síntese de compreensão do sentido da comunicação complexa do afeto.

**g) Espaços Utilizados:** Descrição dos setores do hospital mais frequentemente percorridos pelo sujeito. Solicita-se, também, que ele informe o que ele faz nesses setores e as pessoas com quem convive nesses espaços.

**h) Perguntas sobre dor:** A entrevista, prevista no projeto, foi eliminada, conforme sugestão da banca de qualificação, mas foram acrescentadas algumas perguntas ao instrumento gerador dos mapas afetivos, com o objetivo de alcançar uma maior compreensão da dor no ambiente hospitalar.

No presente estudo, devido ao fato de os participantes se encontrarem hospitalizados, optou-se pela aplicação oral do instrumento, que foi gravada com o livre consentimento dos participantes (Apêndices C e D).

Após essas mudanças, o instrumento foi aplicado em um adolescente que estava internado e que referia queixas de dor. A aplicação ocorreu de forma satisfatória e depois de realizada a análise, optamos por aplicar o instrumento com as modificações feitas, dando início à coleta de dados para a dissertação.

## 5.7 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Na construção dos mapas afetivos, fizemos uso da análise de conteúdo categorial. A construção dos mapas consiste em duas etapas principais, a saber: codificação e categorização (BOMFIM, 2003).

A codificação é a fase de transformação dos dados brutos em dados úteis a partir da fragmentação do texto transcrito. Na categorização, há uma classificação das unidades e a elaboração de um quadro para a visualização dos dados obtidos. Segue o quadro com a síntese do processo de categorização voltado para a elaboração dos mapas afetivos.

Quadro 02 – Síntese do Processo de Categorização dos Mapas Afetivos

Sujeito	Estrutura do desenho	Significado	Qualidade	Sentimento	Metáfora	Sentido
Idade Sexo: Cidade onde reside: Tipo de Câncer: Tempo de tratamento: Tempo que sente dores: Escolaridade: Situação Laboral:	Metafórico: desenho que expressa, por analogia, o sentimento ou estado de ânimo do sujeito.  Cognitivo: da imagem de elementos da estrutura física do hospital	Explicação do sujeito sobre o desenho.	Atributos do desenho, apontados pelo sujeito.	Expressão afetiva do sujeito ao desenho e ao hospital.	Comparação do ambiente hospitalar com algo pelo sujeito, que tem como função a elaboração de metáforas.	Interpretação dada pelo investigador à articulação de sentidos entre as metáforas de si e as outras dimensões atribuídas pelo sujeito (qualidade e sentimentos).

\* Adaptação do instrumento elaborado por Bomfim, 2003, p. 144; e Lima, 2004, p. 33.

O material coletado com as cinco últimas perguntas do instrumento foi submetido à análise de conteúdo segundo Bardin (2000). Nesse procedimento, foram enfocados os

significados, os sentidos e intencionalidades dos entrevistados, sempre os relacionando ao contexto em que estavam inseridos.

A análise de conteúdo foi feita a partir de um corte semântico, com o estabelecimento de categorias semânticas, ou seja, centrada nos temas que surgiram no discurso dos entrevistados. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e que são geralmente utilizados como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, valores e crenças (BARDIN, 2000).

Foi levada em conta, também, a intensidade com que os temas apareciam, tendo em vista que, segundo Bardin (2000), a medida da intensidade com que cada elemento aparece é indispensável na análise dos valores e atitudes. E a direção, que traduz o caráter qualitativo da frequência e que pode ser favorável, desfavorável ou neutra.

## 6. APRESENTAÇÃO DOS CASOS E DISCUSSÃO

### 6.1 APRESENTAÇÃO DOS CASOS E MAPAS AFETIVOS

⇒ Paciente 01:

Na aplicação do instrumento, o paciente estava na enfermaria 304, no leito 2, com mais quatro leitos vazios. Essa enfermaria fica do lado do sol, tendo cortina e ar condicionado (que estava desligado). O contato com o paciente havia sido feito na semana anterior, mas no momento da aplicação o adolescente passou mal e marcamos outro horário. Iniciou o tratamento há quatro meses, freqüentando o hospital de 15 em 15 dias. Totalizou três internações, sendo que a primeira teve como objetivo estadiamento (avaliação clínica capaz de fornecer uma noção da extensão da neoplasia para cada caso, auxiliando em condutas e definindo prognósticos) e as outras duas o tratamento propriamente dito: quimioterapia seqüencial. A terceira hospitalização se prolongou por conta das dores que vinha apresentado e dos sintomas ocasionados pela quimioterapia.

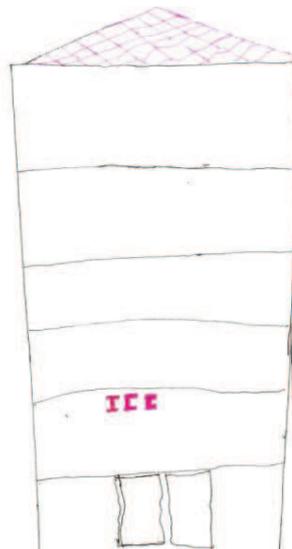


Figura 13: Desenho do paciente 01.

Quadro 03 – Categorização do Paciente 01

<b>Identificação do Sujeito</b>	Sexo: M Idade: 14 anos Cidade: Fortaleza Situação laboral: Parou de estudar por conta do tratamento Tipo de Câncer: Linfoma Não-Hodgkin Tempo de Tratamento: 4 meses Tempo que sente dores: 5 meses Avaliação da dor: Média
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: Fachada do hospital
<b>Significado</b>	A entrada do hospital é bonita
<b>Qualidade</b>	Interessante, pessoas legais, não parece um hospital, não é lotado, não é cheio de pessoas doentes
<b>Sentimento</b>	Tristeza, sofrimento e alegria
<b>Metáfora</b>	Casa normal, porque não é cheio de doentes e tem outras crianças para brincar.
<b>Sentido</b>	O hospital <i>casa normal</i> é bonito, com brinquedos e outras crianças. Um lugar onde a pessoa se sente bem, mas preferia não está lá, mas tem que ir para fazer tratamento. É um lugar que evoca sentimentos de tristeza, porque afasta a pessoa de sua casa e de sua família. É um hospital, onde as pessoas se preocupam com a dor do paciente, mas não resolvem logo. Traz imagens de contraste, sofrimento e agradabilidade.

⇒ Paciente 02:

Na aplicação do instrumento, a paciente estava na enfermaria 408, no leito 4, com mais três leitos ocupados. A paciente conhecia todas as companheiras de quarto e suas acompanhantes, solicitando constantemente a confirmação do que ela falava a suas colegas de internação. A aplicação foi interrompida para aplicação de uma injeção, da qual a paciente reclamou da dor. Iniciou o tratamento há um ano, freqüentando o hospital de 21 em 21 dias para a quimioterapia e esporadicamente para intercorrência devido ao aparecimento de algum sintoma. Realizou duas cirurgias, sendo a primeira a mastectomia e a segunda uma neurocirurgia. Totalizou quatro internações, sendo que esta foi a mais prolongada, durando 24 dias e teve como causa infecção pós-operatória de neurocirurgia. Durante esse período apresentou queixa de dor diariamente e foi encaminhada para Clínica da Dor, que sugeriu a seguinte conduta: aumentar amitriplina 25mg, Dexametanona 4mg 12/12h, Ranitidina + Morfina 60mg 12/12h. Foi sugerida, também, a inclusão da paciente no PID (Programa de Internação Domiciliar). Vale ressaltar a presença de registros de atendimentos psicológicos no prontuário.



Figura 14: Desenho do paciente 02.

Quadro 04 - Categorização do Paciente 02

<b>Identificação do Sujeito</b>	Sexo: F Idade: 27 anos Cidade: Fortaleza Situação laboral: Parou de trabalhar por conta do tratamento (cabeleleira) Tipo de Câncer: Tumor de mama, com metástase no SNC. Tempo de Tratamento: 1 ano Tempo que sente dores: 8 meses Avaliação da dor: Média (suportável)
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: Fachada do hospital
<b>Significado</b>	A entrada do hospital, uma ambulância, a recepção, árvores para representar o verde e as janelas. Foi por ela que entrei e é por ela que quero sair.
<b>Qualidade</b>	Hospital do Câncer, parece agradável, mas ninguém quer entrar, uma realidade que ninguém aceita. Muito organizado, mas com poucos profissionais e muita burocracia para os pacientes do SUS.
<b>Sentimento</b>	Pânico, saudade, alegria, desafio e incômodo.
<b>Metáfora</b>	Escola, porque aqui você está sempre aprendendo, está todo dia descobrindo alguma coisa.
<b>Sentido</b>	O hospital <i>escola</i> é muito organizado, parece agradável, mas ninguém quer entrar, evoca sentimento de pânico, mas para algumas pessoas soa como desafio. É um lugar onde se conhece pessoas novas e onde se aprende muita coisa. No hospital escola cada um tem a sua dor, às vezes a pessoa demora a ser atendida, porque tem muita burocracia e pouco profissional, mas nunca fica desamparada, sempre tem alguém para dá assistência e atenção. Traz imagens de contraste, agradabilidade e insegurança.

⇒ Paciente 03:

Na aplicação do instrumento, o paciente estava na enfermaria 404, no leito 3, com mais quatro leitos, estando um deles vazio. No momento da aplicação do instrumento, o paciente estava caminhando nos corredores e a aplicação do instrumento ocorreu em uma bancada no corredor. Há sete meses, o paciente foi operado de vesícula no interior do Ceará, e o resultado da biopsia da primeira cirurgia apontou para a existência do câncer. A família foi orientada por um médico do interior a não revelar o diagnóstico para o paciente, com o intuito de evitar que ele entrasse em depressão. A família informou, então, que o paciente tinha uma inflamação no fígado e que precisava ser operado; mas ele preferiu não se submeter a essa cirurgia. Contudo, o paciente começou a sentir fortes episódios álgicos e optou por realizá-la. É a primeira vez que vem ao hospital, sendo admitido para tratamento cirúrgico. Não produziu o desenho, pois não sabia escrever, apenas disse o que desenharia.

Quadro 05 - Categorização do Paciente 03

<b>Identificação do Sujeito</b>	Sexo: M Idade: 77 anos Cidade: Caririaçu Situação laboral: Parou de trabalhar por conta da doença (agricultor) Tipo de Câncer: Tumor de fígado. Tempo de Tratamento: Aguardando início do tratamento Tempo que sente dores: 6 meses Avaliação da dor: Insuportável
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: Área aberta interna do hospital
<b>Significado</b>	Essa roda aqui é muito bonita, deixa tudo claro e ventilado.
<b>Qualidade</b>	Hospital muito bom, atendimento mais ou menos, tudo organizado, máquinas modernas.
<b>Sentimento</b>	Aperreio, irritação, raiva, agonia, incômodo.
<b>Metáfora</b>	Não conseguiu.
<b>Sentido</b>	O hospital é um lugar muito bom, com pessoas boas, onde o paciente gosta de tudo, mas não gosta de estar lá, porque isso significa que está doente. Quando a pessoa sente dor, fica irritada, com raiva e incomodada porque preferia está em casa, no seu lugar. É um lugar onde se demora muito até que eles dêem um remédio que alivie a dor do paciente. Traz imagens de contraste e sofrimento.

⇒ Paciente 04:

No momento da aplicação do instrumento, a paciente estava na enfermaria 401, no leito 1, com mais um leito, que estava vazio. Seu quarto ficava no lado do sol e a paciente trouxe um ventilador, para que a temperatura ficasse mais agradável. Da janela do seu quarto, via a igreja de São Raimundo e gostava de escutar seu sino tocar. Diagnosticada no Crato, onde passou mais de um mês internada e foi encaminhada para Barbalha, depois para o Hospital Geral de Fortaleza e para o ICC. O encaminhamento do interior foi justificado pela ausência de meios para o tratamento do caso. Na primeira consulta, ao verificar os exames solicitados pelas demais instituições, o médico iniciou imediatamente a aplicação da quimioterapia seqüencial. Por conta de complicações, a paciente continuou internada até o final do período de coleta de dados. No dia seguinte à aplicação do instrumento, foi transferida para o isolamento por conta de neutropenia (diminuição no número de neutrófilos circulantes, que geralmente está associada a um aumento de suscetibilidade a infecções de origem bacteriana). No prontuário médico, encontramos por diversas vezes as expressões: dor nos membros inferiores, dor lombar, dor óssea e dor abdominal. Não produziu o desenho por conta das dores que estava sentindo, mas apontou o que desenharia.

Quadro 06 - Categorização do Paciente 04

<b>Identificação do Sujeito</b>	Sexo: F Idade: 41 anos Cidade: Crato Situação laboral: Parou de trabalhar por conta do tratamento (comerciante) Tipo de Câncer: LLA – Linfoma das células do manto. Tempo de Tratamento: 1 mês Tempo que sente dores: 3 meses Avaliação da dor: Média para forte
<b>Estrutura</b>	Metafórico: A maneira dos profissionais do hospital trabalharem.
<b>Significado</b>	A maneira de eles trabalharem chama atenção, é tudo muito organizado, cada um tem a sua função e todo mundo sabe trabalhar. Aqui eu nunca fui furada duas vezes, da primeira vez que elas tentam acham a minha veia.
<b>Qualidade</b>	Hospital muito bom: atendimento, alimentação, limpeza, cuidado; tudo organizado. Lugar onde morre muita gente e se salva muita gente. Se chama hospital do Câncer e é muito importante por isso.
<b>Sentimento</b>	Confiança, esperança, alegria.
<b>Metáfora</b>	Mundo da felicidade, porque todo mundo trabalha com atenção, com delicadeza, não se vê tristeza na cara das pessoas, todo mundo é alegre. Parece que esse povo não tem raiva, sendo muito carinhosos com os pacientes. Eu vou sair daqui alegre, porque vou recuperar minha saúde.

<b>Sentido</b>	O hospital <i>mundo da felicidade</i> é muito agradável, limpo, organizado, onde todo mundo sabe trabalhar. É um lugar onde eles fazem de tudo para aliviar a dor do paciente, fazem exame, se preocupam, dão remédio, perguntam se melhorou. Evoca sentimentos de alegria, confiança e esperança. As pessoas só não ficam boas, se não for para ficar. Traz imagens de agradabilidade.
----------------	---

⇒ Paciente 05:

No momento da aplicação do instrumento, a paciente estava na enfermaria 408, no leito 3, com mais três leitos, que estavam ocupados. A enfermaria estava bastante ventilada e a televisão estava ligada. A própria paciente pediu que desligasse enquanto conversava com a pesquisadora. Ela passou mal durante a aplicação do instrumento e solicitou que a pesquisadora voltasse uma hora depois. Iniciou o tratamento há oito meses, freqüentando o hospital mensalmente para a quimioterapia e esporadicamente para intercorrência devido a crises decorrentes da QT. Realizou cirurgia para a retirada de tumor e, devido a complicações, entrou em coma e ficou na UTI pelo período de duas semanas. Totalizou três internações, sendo que o motivo da última foi um problema nos rins e a necessidade de realização de diálise. Durante esse período, apresentou queixa de dor diariamente, embora referisse dor de intensidade de fraca pra média. Afirma ter sentindo mais dor na época da descoberta do diagnóstico.

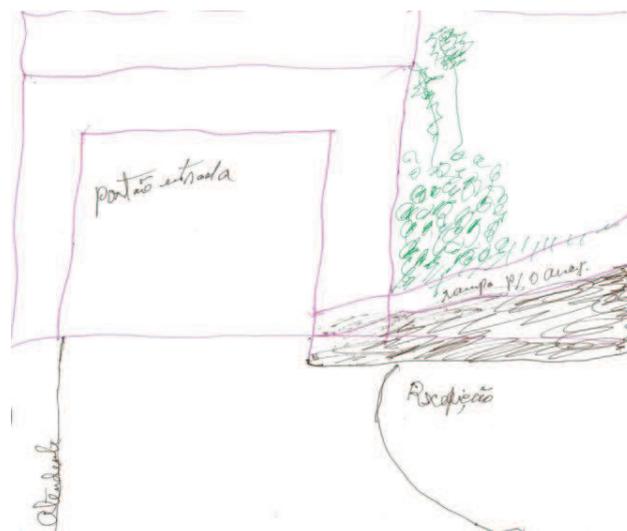


Figura 15: Desenho do paciente 05.

Quadro 07 - Categorização do Paciente 05

<b>Identificação</b>	Sexo: F Idade: 63 anos Cidade: Fortaleza Situação laboral: Aposentada. Tipo de Câncer: Tumor de ovário. Tempo de Tratamento: 8 meses Tempo que sente dores: + de 8 meses Avaliação da dor: fraca para média
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: entrada do hospital
<b>Significado</b>	É o primeiro contato que temos com o hospital. Desenhei a entrada, com a rampa para o prédio anexo e os balcões dos recepcionistas. É muito bom termos no nosso estado um hospital como esse, uma verdadeira maravilha.
<b>Qualidade</b>	Hospital muito bom, que tem muitas pessoas boas, que trabalham com o coração, generosas, muito especiais. Muita coisa que precisa ser melhorada, como a demora para se conseguir uma consulta.
<b>Sentimento</b>	Prazer, esperança, indignação
<b>Metáfora</b>	Jogadores de futebol no campo, porque quando estão ganhando são amigos, vários abraços, e quando estão perdendo têm as brigas. Aqui, quando a gente está perdendo fica muito irritado.
<b>Sentido</b>	O hospital <i>jogadores de futebol no campo</i> é muito bom, onde as pessoas se sentem bem porque estão conseguindo um tratamento e se Deus quiser vão sair curadas. Mas por outro lado, preferiam estar em casa, com saúde, sem precisar dele. Evoca sentimentos de prazer e esperança, mas também irritação e indignação: por que eu??? É um lugar que quando o paciente sente dor, vem alguém e aplica medicação. Traz imagens de contraste, sofrimento, agradabilidade.

⇒ Paciente 06:

No momento da aplicação do instrumento, o paciente estava na enfermaria 406, no leito 1, com mais quatro leitos ocupados. Havia barulho e agitação nessa enfermaria, com muita interação dos pacientes e seus acompanhantes. O participante se emocionou durante a entrevista e a pesquisadora solicitou atendimento à psicóloga do setor. Iniciou o tratamento há cinco meses, freqüentando o hospital de 15 em 15 dias para a realização de procedimentos. Há dois anos, apresentava sintomas, mas demorou a procurar assistência médica acreditando que os sintomas que estava sentindo (dor e hematoma na coxa direita) eram devidos a uma queda de moto. Além da demora, encontrou muita burocracia no SUS e o seu tumor está em estágio muito avançado. Fez algumas sessões de quimioterapia, mas o tumor não respondeu e estava internado pela

primeira vez no ICC, para a realização de cirurgia de amputação. Depois que iniciou o tratamento, deu entrada na intercorrência duas vezes com queixa álgica e era acompanhado pelo ambulatório de dor desde fevereiro de 2008. Não se sentiu a vontade para produzir o desenho.

Quadro 08 - Categorização do Paciente 06

<b>Identificação</b>	Sexo: M Idade: 46 anos Cidade: Caucaia Situação laboral: Parou de trabalhar por conta da doença (moto-taxista) Tipo de Câncer: Sarcoma na coxa direita Tempo de Tratamento: 5 meses Tempo que sente dores: 2 anos Avaliação da dor: Controlada com a medicação
<b>Estrutura</b>	Metafórico: Igreja, casa de Deus
<b>Significado</b>	Esse lugar é uma benção, depois de Deus só vocês para me curarem.
<b>Qualidade</b>	Não existe hospital melhor do que esse. Atendimento muito bom, não querem que o paciente sinta dor, atende muita gente.
<b>Sentimento</b>	Segurança, fé, tranquilidade e esperança.
<b>Metáfora</b>	Casa de Deus, porque é isso que o hospital significa: salvação.
<b>Sentido</b>	O hospital <i>casa de Deus</i> é o melhor que existe, o atendimento é bom e evoca sentimento de segurança. Os pacientes têm certeza que a equipe vai resolver seus problemas, diferente de casa que nem sempre tem a medicação certa e as pessoas nem sempre sabem o que fazer. O ruim do hospital é que como são muitas pessoas é difícil conciliar a vontade e o desejo de todas elas. É um lugar onde não deixam o paciente sentir dor. Traz imagens de agradabilidade.

⇒ Paciente 07:

No momento da aplicação do instrumento, o paciente se encontrava na enfermaria 407, no leito 4, com mais três leitos ocupados. Durante a aplicação, pediu que sua esposa acompanhasse o paciente do leito ao lado do seu para auxiliá-lo na obtenção de algumas informações, pois o mesmo estava sem acompanhante e não tinha muita instrução. Iniciou o tratamento há cinco meses, freqüentando o hospital de 15 em 15 dias para a quimioterapia e radioterapia. É a segunda internação no ICC, sendo o motivo da atual a quimioterapia seqüencial. Sentia dores há muito tempo e, quando começaram a ficar mais fortes e freqüentes, procurou a assistência médica e descobriu que tinha um tumor. Enquanto aguardava o resultado dos exames e a burocracia do serviço público de saúde, a doença progredia e junto com ela os sintomas

álgicos, que chegaram próximo ao insuportável. É acompanhado pela clínica da dor desde março de 2008 e, com o tratamento e as medicações para dor, o quadro melhorou consideravelmente.



Figura 16: Desenho do paciente 07.

Quadro 09 - Categorização do Paciente 07

<b>Identificação</b>	Sexo: M Idade: 31 anos Cidade: Acopiara Situação laboral: Estava sem trabalho quando descobriu a doença, que o impossibilitou de procurar outro (agricultor) Tipo de Câncer: Tumor de reto Tempo de Tratamento: 5 meses Tempo que sente dores: + de 5 meses Avaliação da dor: Controlada
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: Fachada do hospital, com metafórico: chuva.
<b>Significado</b>	Hospital com muitas árvores na entrada e o céu chovendo. Aqui é como a chuva, às vezes você olha e sabe que vai chover, mas nem sempre é assim. Aqui ninguém sabe direito o que vai acontecer.
<b>Qualidade</b>	Hospital maravilhoso para tratar as pessoas, com bom tratamento e atendimento, onde tem muita coisa boa e muita coisa ruim, muita doença e muita melhora. Tem muita gente sofrendo, com muita dor.
<b>Sentimento</b>	Esperança, bem-estar, sofrimento e saudade.
<b>Metáfora</b>	Creche, várias crianças brincando e sorrindo, por conta das melhoras que acontecem aqui.

<b>Sentido</b>	O hospital <i>creche</i> tem bom atendimento, trata bem as pessoas, dão importância aos pacientes, mas às vezes têm que esperar muito para serem atendidos. Lugar onde as pessoas têm que ficar afastadas de sua família. Quando os pacientes sentem dor, as enfermeiras fazem o que podem, mas não podem fazer muito porque têm que esperar pelo médico, o que faz com que, às vezes, as pessoas sintam dor por muito tempo. Traz imagens de contraste, sofrimento, agradabilidade e insegurança.
----------------	--

⇒ Paciente 08:

No momento da aplicação do instrumento, a paciente se encontrava em uma das enfermarias destinadas a pacientes particulares: 306, mas que estava ocupada por ela e outra paciente do SUS. A enfermaria não estava equipada com todo o aparato das outras e estava um pouco desorganizada, já que a paciente estava ali somente para tomar sangue, pois suas hemoglobinas estavam baixas. Estava acompanhada por seus pais e um irmão mais novo e falava com muita segurança sobre a instituição, com a confiança de quem conhece bem aquele ambiente. Como faz tratamento há muito tempo, com recidiva e metástase, tem uma vivência muito grande com a instituição hospitalar, tendo sido internada inúmeras vezes. A paciente é acompanhada pelo ambulatório de dor desde novembro de 2007 e já havia sido indicada pela equipe para participar do trabalho.

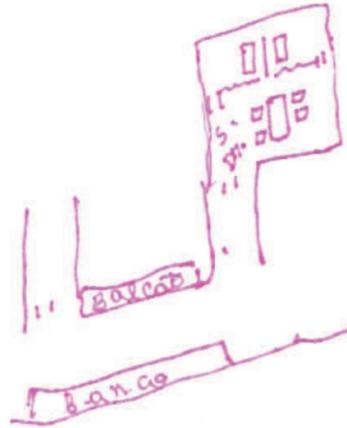


Figura 17: Desenho do paciente 08.

Quadro 10 - Categorização do Paciente 08

<b>Identificação</b>	Sexo: F Idade: 15 anos Cidade: Fortaleza Situação laboral: Parou de estudar por conta da doença.
----------------------	---

	Tipo de Câncer: Osteossarcoma no 1/3 distal do fêmur direito, com recidiva na região lombosacro e metástase pulmonar. Tempo de Tratamento: 2 anos Tempo que sente dores: 2 anos Avaliação da dor: Controlada
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: balcão do posto de enfermagem e sala de consultas.
<b>Significado</b>	A parte do balcão (posto de enfermagem) e sala de consultas, onde ficam as médicas. É lá onde a gente fica sabendo das coisas, sabendo do que a gente tem, da doença, como a gente está.
<b>Qualidade</b>	Lugar legal, onde você encontra com os amigos, mas onde você fica sabendo notícias que não lhe agradam. Quartos apertados, pouca limpeza e onde tem muito sofrimento.
<b>Sentimento</b>	Tristeza, alegria e sofrimento.
<b>Metáfora</b>	Apartamento normal, por causa dos quartos, das camas, da TV, das coisas que têm aqui.
<b>Sentido</b>	O hospital <i>apartamento normal</i> evoca sentimentos bons e ruins, onde a pessoa pode encontrar amigos e ficar feliz, ou receber notícias desagradáveis e ficar triste. Tem muito sofrimento, pessoas levando várias furadas, chorando, vomitando, sem conseguir comer. Quando o paciente está com dor, tem gente que sai de perto e outras ficam lá para depois fazer fofocas. As enfermeiras dão remédio, mas demoram muito às vezes e é ruim esperar quando está com dor. Traz imagens de contraste e sofrimento.

⇒ Paciente 09:

No momento da aplicação do instrumento, o paciente estava na enfermaria 406, no leito 1, com mais quatro leitos ocupados. Mais uma vez essa enfermaria estava muito agitada, e como quase todos os pacientes estavam com acompanhantes, tinha pouco espaço para circulação de vento, do som e das pessoas. Dessa forma, essa enfermaria pareceu menos ventilada e mais quente que as outras. Iniciou o tratamento no ICC há três meses, freqüentando o hospital esporadicamente para consultas e realização de exames. Mas, vale ressaltar que iniciou os procedimentos de consultas e exames em outras instituições há oito meses, período que apareceram os sintomas. Foi hospitalizado para a realização de procedimento cirúrgico de retirada da próstata e continuou internado devido aos episódios dolorosos, sendo a sua primeira hospitalização no ICC. Durante esse período apresentou queixa de dor diariamente, descrita no prontuário como intensa e incapacitante.



Figura 18: Desenho do paciente 09.

Quadro 11 - Categorização do Paciente 09

<b>Identificação</b>	Sexo: M Idade: 75 anos Cidade: Fortaleza Situação laboral: Parou de trabalhar por conta da doença. Tipo de Câncer: Tumor de próstata, com hipótese de metástase no SNC. Tempo de Tratamento: 3 meses Tempo que sente dores: 8 meses Avaliação da dor: Forte
<b>Estrutura</b>	Cognitivo: Planta de um hospital, que não é esse.
<b>Significado</b>	Um hospital com porta quebrada, gente irritada e sem estrutura, diferente desse, que oferece o melhor que um hospital pode oferecer.
<b>Qualidade</b>	Hospital muito bom, atendimento bom, as pessoas prosam com as outras, tudo funciona, nada fica quebrado e tem gente de todo jeito: alegre e emburrado.
<b>Sentimento</b>	Descrença.
<b>Metáfora</b>	Ser humano, pois o ser humano é difícil de lidar. Tem umas coisas que você não quer, mas você não tem escolha. Você não queria está doente, mas tem que vir pra cá e se tratar, ser cortado, ser furado.
<b>Sentido</b>	O hospital <i>ser humano</i> é bem estruturado, muito bom. Mas é um lugar que evoca sentimento de descrença, pois o paciente não confia no médico, acha que ele está lhe enganando. Os médicos, enfermeiras e pacientes não tem muita paciência, porque o ser humano é difícil de lidar e quem mais se prejudica é o paciente, que está sofrendo. Quando o paciente está com dor, lhe dão remédio, mas não um forte o suficiente para aliviar sua dor. Traz imagens de contraste e sofrimento.

⇒ Paciente 10:

No momento da aplicação do instrumento, o paciente se encontrava na enfermaria 404, no leito 3, com mais três leitos, sendo dois desocupados. O participante apontou para os leitos vazios, indicando que pacientes que chegaram lá depois dele, já tinham sido operados e tinham retornado para casa. Estava ansioso aguardando o dia da sua cirurgia. Iniciou o tratamento há um mês, tendo freqüentando o hospital somente durante esse período para a realização de consultas e exames. Há cinco anos apresenta sintomas, mas optou pela não realização de tratamentos, pois preferiu fazer uso de remédios caseiros como chá. O motivo da hospitalização foi a realização de cirurgia. Referiu dor forte e intensa durante toda a internação, e foi prescrita a administração de morfina 10ml.

Quadro 12 - Categorização do Paciente 10

<b>Identificação</b>	Sexo: M Idade: 40 anos Cidade: Fortaleza Situação laboral: Parou de trabalhar com o agravamento da doença (agricultor). Tipo de Câncer: Tumor de Pâncreas Tempo de Tratamento: 1 mês Tempo que sente dores: 5 anos Avaliação da dor: muito forte
<b>Estrutura</b>	Metafórico: médicos
<b>Significado</b>	Os médicos, porque hoje em dia a medicina está muito evoluída, e quando a gente vem pra cá, coloca nossa vida nas mãos dos médicos.
<b>Qualidade</b>	Lugar confortável, tem cama pra todos os pacientes, que são muito bem tratados. Quando precisam de alguma coisa é só pedir que as enfermeiras trazem. Mas é ruim precisar dele. Esse hospital é tudo, comparando com os do interior.
<b>Sentimento</b>	Dor, aperreio, dúvida.
<b>Metáfora</b>	Outro hospital, não existe nada que tenha todas essas coisas que têm aqui: médico, enfermeiras, camas para os pacientes.
<b>Sentido</b>	O hospital é um lugar onde as pessoas são muito bem tratadas, mas ficam paradas, sem poder fazer nada e sentem muita dor. Não pode fumar, nem trabalhar. Comparando com os hospitais do interior que não têm nenhuma estrutura, esse daqui é tudo. As pessoas não gostam de estar, porque preferiam não precisar dele. Traz imagens de contraste, sofrimento e insegurança.

## 6.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Iniciaremos nossa discussão com a análise de conteúdo das respostas do instrumento, que foram agrupadas em quatro categorias temáticas, a saber: dor oncológica, aspectos culturais da dor, hospital e equipe de saúde. Em seguida, aprofundaremos a discussão com a análise dos mapas afetivos elaborados, intercalando todas as informações obtidas.

Ao pensar a dor como um processo singular e sócio-cultural, coloca-se em evidência os sentidos e significados atribuídos a esse fenômeno. Conforme apontado na parte teórica do trabalho, a dor anuncia que algo não está bem, representando um sinal para procurar a assistência médica. Segundo informações retiradas dos prontuários médicos, sete dos pacientes pesquisados, ao procurarem o serviço, apresentavam a dor como queixa principal, de forma isolada ou associada a outros sintomas.

A dor também era sinal de alerta para os pacientes que já estavam em tratamento. Muitos procuravam a intercorrência na presença desse sintoma. Esse dado foi apontado tanto pelos pacientes ao serem questionados sobre a frequência com que vinham ao hospital, como pelos profissionais da intercorrência, que nos informaram que mais da metade dos pacientes que procuravam esse serviço tinham queixas álgicas.

Dessa forma, identificamos no discurso desses pacientes um dos significados atribuídos à dor na nossa cultura, já apontado na bibliografia (SOFAER, 1994; PAVANI, 2000): sinal de alerta.

No caso dos pacientes oncológicos, esse processo é cheio de peculiaridade. O câncer, por si só, evoca várias significações e representações sociais, como sofrimento e morte. Além desse enfoque cultural, a associação do câncer à dor é comprovada estatisticamente, suscitando nos sujeitos portadores dessa patologia sentimentos de apreensão e medo.

O medo associado a essa doença pode ser percebido no discurso dos sujeitos que colaboraram com nosso estudo. A paciente 2, ao desenhar o hospital e descrever como se sentia ao olhar para o desenho produzido, afirma:

*Não é uma sensação muito boa não. Embora ele pareça agradável, é uma realidade que ninguém quer entrar, é uma realidade que ninguém aceita. Principalmente se eu tivesse colocado o nome câncer, porque eu não coloquei, só coloquei hospital, se eu tivesse colocado hospital do câncer... a sensação seria pânico (Paciente 2).*

Podemos visualizar, também, na fala do paciente 7, ao descrever o seu estado de saúde: “*Meu caroço graças a Deus diminuiu. Da primeira vez, o caroço só crescia, a doença evoluindo. Mas agora a gente tem medo de voltar a crescer, de todo jeito você sofre com essa doença*”.

O câncer pode levar a uma grande diversidade de sintomas, causando muito sofrimento aos pacientes. Os mais comuns são febre, perda de peso e cansaço, que estão relacionados ao tipo de câncer, ao local, ao tamanho do tumor e da região afetada (A. C. CAMARGO, 2008).

*Logo quando eu cheguei, eu fiquei muito aperreada, o médico que me atendeu disse para minha mãe que não garantia minha vida não, porque a doença estava muito avançada e eu estava muito abatida, fraca, que eu me levantava e caía, porque minhas pernas não tinham força. Logo que ele me examinou, ele me colocou logo na sala de quimioterapia (Paciente 4).*

Além dos sintomas, a fala da paciente aponta para outro problema que já descrevemos acima, relacionado à margem de tratamento que não atinge a cura, que pode levar à cronicidade ou à morte. Conviver com essa doença não é uma tarefa fácil, principalmente porque o câncer pode gerar algumas seqüelas ou acarretar perturbações físicas que não podem ser corrigidas.

*Essa doença é muito triste. Agora eu estou aqui, em cima de uma cama sem poder fazer mais nada, vendo a vida passar. E o pior é que o tempo passa muito devagar. Antes eu brincava aqui com um, apelidava o outro ali, resolvia uma coisa aqui e num instante o dia acabava. Agora já não é mais assim, um monte de coisa perdeu o sentido pra mim. Agora vou tirar uma perna, mas melhor tirar do que ter ela desse jeito aqui (Paciente 6).*

O tratamento em si também é fonte de muito sofrimento, como podemos ver nas modalidades descritas a seguir. A quimioterapia é um tratamento complexo e pode ser mais ou menos agressivo, interferindo na produção de proteínas e bloqueando processos metabólicos comuns ao tumor e aos tecidos sadios (como medula óssea, couro cabeludo, pele e mucosas). Estes acabam sendo mais afetados de forma indesejada pela medicação, o que pode ocasionar anemia, fadiga, suscetibilidade a infecções (leucopenia), lesões orais (mucosite), dor, náuseas e vômitos, diarréia e queda de cabelo (alopecia). A radioterapia utiliza radiações ionizantes, o que

pode acarretar cansaço, reações diversas na pele, perda de apetite e dificuldade de ingerir alimentos. Também há o caso das cirurgias que envolvem, geralmente, a retirada de órgãos ou parte deles que foram atingidas pelo tumor. A recuperação e as conseqüências das cirurgias variam muito dependendo do tipo e da pessoa, podendo ter diferentes complicações (A.C. CAMARGO, 2008; INCA, 2008).

*Sofrimento pra mim era quando eu vinha pra cá e levava não sei quantas furadas, chorava quando não conseguiam achar a veia. Tomava quimioterapia e ficava enjoada e começava a vomitar muito, não conseguia comer. Na época do tumor da perna eu fiquei internada muitas vezes (Paciente 8).*

A internação provoca afastamento do sujeito da sua rotina, das relações sociais, laborais, entre outras. No caso dos pacientes com câncer, mesmo os que não ficam internados, vêem-se afastados das suas atividades habituais por conta do tratamento ou da fragilidade ocasionada pela doença. Dos dez pacientes entrevistados, oito tiveram que deixar de exercer suas atividades por conta do câncer. Os outros dois não estavam trabalhando quando descobriram a doença, mas por conta dela não conseguiram retornar ao labor.

A família é muito importante nesses momentos, tendo em vista que o câncer pode causar muita dependência, o que requer da família a necessidade de reestruturação para atender às novas demandas geradas pelo estado de saúde de um dos seus membros.

*Eu estou me sentindo mais ou menos, essa doença traz muito sofrimento, eu já não posso andar, não posso fazer mais nada e fico dependendo das pessoas pra tudo. A minha mãe e a minha irmã são umas santas. Minha irmã me acompanha pra todo canto, paga a uma pessoa pra cuidar da filha e vem pra cá cuidar de mim (Paciente 6).*

É por conta de todo esse sofrimento que perpassa essa patologia que é ainda mais importante o tratamento dos sintomas apresentados. A dor oncológica pode ter como causa o próprio câncer, estar relacionada à patologia, ter como origem desordens concomitantes ou ainda ser decorrente do tratamento antitumoral (INCA, 2008).

No caso da dor associada ao tumor e ao próprio câncer, ela aumenta ao passo que a doença progride, sendo aliviada, em alguns casos, quando a doença responde bem à terapêutica instituída.

*Agora estou me sentindo bem, bem melhor depois que começou o tratamento, as dores diminuíram, porque antes eu sentia muita dor. Na primeira vez que eu fiquei aqui internado, era muita dor mesmo, tanta que eu chorava. E essa melhora toda antes de eu me operar, só com a radio e a quimio (Paciente 7).*

Nesse caso, o tratamento ganha uma conotação de alívio, de melhora. Diferentemente, quando a dor é decorrente do tratamento, este passa a significar mais sofrimento, como bem podemos visualizar nessa fala: “Sinto dor já faz algum tempo, mas só depois que eu iniciei o tratamento. Senti muita dor depois da cirurgia e agora eu sei que é por conta do tratamento que eu faço, é por isso que estou sentindo tanta dor” (Paciente 2).

A demora pra procurar a assistência médica traz muitas conseqüências negativas para os pacientes. Primeiro, porque quando diagnosticados precocemente, as chances de cura aumentam consideravelmente; segundo, porque, como já visto, a dor e outros sintomas aumentam com a progressão da doença, o que causa ainda mais sofrimento.

Dois dos sujeitos entrevistados, ambos provenientes do interior, optaram a princípio por não realizar o tratamento. Só quando os sintomas chegaram perto do insuportável foi que resolveram investir nessa possibilidade. Um deles é o paciente 3 que passou seis meses sentindo dor diariamente, mas que só optou por realizar a cirurgia, quando começou a sentir fortes episódios álgicos. O segundo foi o paciente 10, conforme podemos ver na sua fala:

*E assim, já faz uns três anos que eu descobri que eu tenho essa doença, mas nunca quis fazer tratamento não. Só que agora, eu só tenho duas opções: ou faz ou morre, porque eu já não me alimento mais que preste, aí fui ficando mais fraco e não está dando mais pra agüentar como antes. E o médico disse que só podia melhorar se operasse.*

A dor é entendida, no mais das vezes, como inerente ao tratamento, sobretudo as relacionadas aos procedimentos. Dessa forma, as pessoas aceitam senti-la, considerando-a um sacrifício necessário para o processo de melhora ou cura.

*Eu também não gosto das pontadas das injeções, se eu pudesse tomava uma anestesia antes dessas injeções pra não sentir a dor. Essas de vitaminas ficam ardendo por muito tempo. Mas isso eu não reclamo, porque eu sei que faz parte, dói, mas faz parte. Queria era não precisar dos remédios, mas já que eu preciso... (Paciente 2).*

Podemos perceber, também, aspectos religiosos na compreensão da dor pelos participantes da pesquisa. Eles atribuem a Deus a possibilidade de melhora e de controle dos episódios álgicos. O que caracteriza também certa passividade do sujeito que está doente e coloca no outro (nesse caso, Deus) a responsabilidade pelo seu retorno à saúde. Como nos fala o paciente 2: “aí as pessoas dizem: tenha paciência, porque se Deus quiser, tira essa dor e assim eu vou me acalmando”; o paciente 4: “no que jeito que eu estou, eu estou muito confiante e com muita fé em Deus de que eu vou sair dessa e depois de Deus eu confio nos médicos daqui”; e o paciente 9:

*Quando terminou a cirurgia o médico disse que me dava 5 horas pra eu sair daqui sem dor, mas eu falei pra ele que isso ia depender da vontade de Deus, se ele quisesse 15 minutos, ia ser 15, se quisesse 5 horas, então tudo bem. Ninguém aqui faz nada que não seja a vontade de Deus, não tem dinheiro que dê jeito, pois senão esse monte de gente famosa não morria.*

As formas de expressão mais utilizadas pelos pacientes ao tornarem sua dor privada em pública eram a fala, o grito e o choro. A fala era a mais comumente usada, principalmente para comunicação com a equipe. O choro e o grito, por sua vez, ocorriam em episódios percebidos pelos pacientes como insuportáveis.

Outro aspecto importante é o comportamento dos pacientes nos momentos em que apresentavam episódios álgicos. Muitos relataram ficarem quietos, mais fechados, sem falar, sem comer, sem conseguirem uma interação favorável com o ambiente externo. Outros relatavam também sentimentos de irritação e impaciência, como o paciente 3: “Porque a gente tando com uma dor grande, a gente perde a paciência e diz muita besteira, né?”, o paciente 7: “Ficava irritado, porque você sabe, a pessoa normal às vezes é enjoado, avalie quando está sentindo alguma coisa” e o paciente 2, que parece estar ausente do ambiente externo, seu espaço pessoal sendo restrito aos limites do seu corpo:

*Mas quando estou com dor eu não falo, com dor eu não como, não bebo, não ando, eu me fecho. Mesmo que eu tenha uma pessoa que me ajude, muito boa, com dor eu mudo. Eu não vou ser grossa com as pessoas, mas eu mudo. Tento me acalmar e dentro dessa calma, eu fico na minha. Às vezes eu falo, mas às vezes eu fico comigo mesma (Paciente 2).*

A reação das pessoas impõe os padrões de expressão e punem os comportamentos tidos socialmente como não apropriados. Diante de algumas manifestações, as outras pessoas reagem de forma solidária, demonstrando carinho ou atenção, ou negativa, gerando um desconforto ainda maior para os pacientes.

*Quando eu estou sentindo dor, tem gente que sai de perto, porque não quer ver sofrendo. Tem gente que fica perto, pra ver e depois comentar com outras pessoas que a gente nem conhece. E eu não gosto disso, queria que elas não ficassem ali olhando só pra comentar com os outros, nem ficassem mangando da gente (Paciente 8).*

No caso dos pacientes hospitalizados, algumas manifestações são reforçadas ou não de acordo com a resposta dada pela equipe. As ações dos pacientes podem garantir-lhe alguns pontos positivos.

*Eu dizia que estava com dor, aí as pessoas vinham aqui e diziam que iam falar com o doutor pra ele passar um remédio. Isso demora um bocadinho. Mas aí quando eu comecei a gritar, elas vieram bem mais rápido (Paciente 1).*

Na nossa sociedade, devido ao sofrimento causado pela sensação dolorosa, a dor é tida como algo que deve ser eliminado, logo que é sinalizado. Encontramos na televisão inúmeras propagandas de analgésicos, onde é exaltada a rapidez com que eliminam esse sintoma das pessoas. No nosso estudo, visualizamos no discurso dos pacientes uma exaltação ao remédio e a sua capacidade de aliviar a dor e mantê-la sob controle, como nas seguintes falas: “quando está doendo, eu peço ajuda, mas como a minha medicação é toda controlada não dá para entrar em pânico não” (paciente 2); “só passou quando me deram o remédio” (paciente 1). Vejamos também o relato dos pacientes 7 e 8:

*No início do tratamento, quando eu não estava tomando os remédios certos, eu sentia muita dor. Hoje, ela está controlada. (...) Hoje em dia eu sinto dor uma vez ou outra e não é tão forte como antes. Agora eu tomo os remédios certos, aí ela passa. Eu sei que eu tomo um remédio muito forte, mas ele funciona. Enquanto eu não tinha os remédios, quando eu sentia dor, eu ficava rolando de um lado pro outro da cama, gritava, procurava posição, tomava uns remédios lá, mas não tinha jeito. Hoje em dia, eu tomo o remédio e pronto, num instante eu paro de sentir dor, é uma coisa muito boa (Paciente 7).*

*Já senti muita dor aqui no hospital, tiveram vezes que eu gritava de dor, gritava tão alto que dava pra ouvir do meio da rua. Só passava quando eu tomava*

*remédio, morfina de quatro em quatro horas. Há um ano comecei a ser acompanhada pela clínica da dor, e a dor está menor. Quase não sinto mais dor, mas eu tomo um monte de remédio (Paciente 8).*

É no remédio que eles depositam a maioria de suas esperanças de levar uma vida com mais qualidade. Como solução para a dor não controlada, eles apontam uma medicação mais forte: “ela podia chegar, me dá um remédio diferente pra dor passar, mas eles me davam era esse da boca, ai não resolvia nada. Porque depois que deram o remédio na veia, ai foi e resolveu” (Paciente 3); “eu sei que tem um remédio, que eu não sei o nome, que eles podem me dar pra melhorar essa dor, mas eles não me deram ainda” (Paciente 9).

Um dos pacientes, que mora na zona rural no interior do Ceará, refere o uso de chá para aliviar sua dor. O uso de chás é uma prática de cuidado que possui fortes marcas culturais e retrata, muitas vezes, a história familiar dos sujeitos (BUDÓ, 2007). Mas, atualmente, essa alternativa é pouco valorizada por conta da “tecnologia” farmacológica e do fácil acesso a essas medicações.

*Eu tomava um chá aqui, outro ali, como diz aquela velha história... melhorava uns poucos de dias e voltava tudo outra vez, mas eu ia me agüentando como dava. Às vezes eu passava um mês bom, achava que já estava tudo bem, depois voltava, foi muito tempo nesse rojão (Paciente 10).*

Outro ponto importante, ligado aos aspectos sócio-culturais, faz referência à diferença entre a dor em casa e no hospital. Em nenhum momento foi solicitada de forma explícita essa comparação, mas ela foi feita por alguns pacientes que revelaram sentir menos dores no hospital e outros mais dores. Podemos perceber claramente nessas falas como a percepção do ambiente influencia a sensação e expressão de dor nos pacientes.

*Ontem foi um dia que eu passei mais aperreado, era uma dor grande e eu me zanguei, chamei ela (se referindo a filha) pra nós ir se embora ontem. Pois eu não queria mais ficar aqui não, era dor grande, dor por todo canto, eu não dormi essa noite... Nunca eu tinha sentido uma dor desse jeito. Eu já me operei faz sete meses e não teve um dia de lá pra cá que eu não senti dor. Ontem foi o dia pior da minha vida (Paciente 3).*

*Aqui eu sinto muito menos dor, eles não deixam a gente sentir dor. Até a medicação que eles dão resolve ligeiro a dor da gente. Em casa nem sempre tem essa medicação. Eu já tomo morfina, mas eles fazem de um jeito pra eu não sentir dor, quando eu podia começar a sentir de novo eles me dão outra medicação e eu nem chego a sentir. Agora em casa eu já tive dor tão forte que*

*chorei. Quando eu sinto dor, eu me viro pra um lado, ai quando canso me viro pro outro, porque é muito difícil não dá pra agüentar não. Mas aqui, eu chamo alguém e pronto. Elas são sempre muito boas, é só avisar e elas trazem a medicação (Paciente 6).*

*Quando eu tava em casa às vezes eu tomava o remédio e resolvia, às vezes não, mas eu não passava assim três dias todinho sentindo dor não. Aqui eu só sinto mesmo a dor passar quando eles botam esse remédio na veia, ai a dor pode tá braba como for, mas dá um jeito (Paciente 10).*

Essa reflexão já aponta para o contraste muito presente nas definições e significados da instituição hospitalar. Esse caráter ambíguo desse ambiente é discutido por muitos autores da área de saúde (HEIMSTRA, 1978; ROMANO, 1994 e SIMONETTI, 2004; ALVES, 2005) e ratificado no nosso estudo pelas colocações dos pacientes entrevistados. A elaboração dos mapas afetivos também aponta para imagens de contraste em quase todos os mapas produzidos.

Diante do que está sendo exposto e do processo de articulação dos sentidos denominados mapas afetivos, já apresentados na caracterização da amostra estudada, formamos as seguintes imagens do ambiente hospitalar: contraste, sofrimento, agradabilidade e insegurança. O quadro abaixo sintetiza as qualidades e sentimentos associados a essas imagens.

Quadro 13 – Qualidades e Sentimentos relacionados às Imagens do Ambiente Hospitalar.

<b>IMAGENS</b>	<b>Qualidades do ambiente hospitalar</b>	<b>Sentimentos do ambiente hospitalar</b>
<b>Contraste</b> 1,2,3,5,7,8,9,10	Imposição – brincadeira Individualismo – amparo Lugar legal – onde não queria está Morte – salvação Individualidade – coletividade Amizade – briga Coisa boa – coisa ruim Doença – cura	Tristeza – felicidade Pânico – coragem Alegria – incômodo Paciência – irritação Bem-estar – sofrimento Alegria – emburrado
<b>Sufrimento</b> 1,3,5,7,8,9,10	Ficar longe da família e amigos, realidade que ninguém aceita, imposição, muita espera, doença, notícias desagradáveis, fofoca, choro, gritaria, sujeira, furadas, vômitos.	Tristeza, pânico, incômodo, saudade, apherreio, agonia, raiva, dor, irritação, indignação, descrença, insegurança.
<b>Agradabilidade</b> 1, 2, 4, 5, 6, 7	Beleza, interessante, muito bom, maravilha, pessoas legais, não é cheio de doentes, ventilado, confortável, organizado, eficácia, limpeza, verde, sorrisos, bom tratamento. Salvação, retorno da saúde, benção, ficar bom, cura.	Alegria, felicidade, delicadeza, generosidade, prazer, bem-estar. Fé, confiança, esperança, segurança, tranqüilidade.

	Atenção, assistência, preocupação, resolução de problemas.	
<b>Insegurança</b> 2, 7, 10	Desafio, aprendizagem, dúvida, incerteza, espera.	Angústia, apreensão, ansiedade.

*Imagens de Contraste (Pacientes 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10)*

Nos mapas produzidos, encontramos várias imagens que se sobressaíam. Percebemos no discurso dos sujeitos que o ambiente hospitalar tem várias significações e que isso é colocado por cada paciente de forma singular. Devido a essa pluralidade de significados, a imagem de contraste apareceu em oito dos mapas produzidos.

Nessa imagem, encontramos atributos e qualidades do ambiente que se polarizam e se articulam nas falas dos pacientes da seguinte forma: lugar onde morre muita gente, mas também se salva muita gente; você ver muita doença, mas também ver muita melhora; de uma parte é legal, mas de outra tem muito sofrimento; um lugar onde pode ser tratado, mas no qual não queria estar; tem muita coisa boa, mas tem muita coisa ruim; lugar de encontro com os amigos e de recebimento de notícias desagradáveis.

Esse lugar cheio de imagens contrastantes provoca nos pacientes uma ambivalência de sentimentos. Ao mesmo tempo em que os pacientes se sentem envaidecidos e felizes por terem acesso a um hospital desse porte e com toda essa estrutura, eles se sentem tristes por precisarem dessa instituição.

Esse contraste pode ser percebido claramente na imagem produzida pela respondente 2, que desenhou a entrada da instituição, com muitas árvores, representando um ambiente muito agradável, mas que contrastava com o nome HOSPITAL. Enfatiza que o contraste seria ainda maior se tivesse escrito hospital do câncer, por tudo que esse nome representa. Essa paciente coloca agradabilidade e hospital como sendo dois pólos opostos.

Outra relação de contraste estabelecida foi entre um lugar que você vai para sair curado e um lugar para morrer, para perder e para ganhar. Podemos usar para ilustrar essa relação a metáfora da paciente 5 (hospital como um campo de futebol): quando os jogadores estão ganhando, é todo mundo alegre e quando estão perdendo, ficam todos irritados. A cura está relacionada a esse sentimento de alegria e a morte a desespero, irritação, raiva, indignação.

Outro contraste percebido é entre o individual e o coletivo. Isso porque o hospital é um lugar que atende a muita gente, mas onde cada paciente tem uma rotina individualizada para

administração de medicação e procedimentos. Dessa forma, algumas necessidades individuais não podem ser atendidas em nome de um coletivo. Ao mesmo tempo em que o paciente nunca fica desamparado, porque conta com ajuda dos outros, cada um tem a sua dor.

O hospital representa também um lugar de imposições, pois o paciente vai porque tem que ir. Porém, quando vai, gosta, porquanto pode encontrar os amigos, fazer novas amizades, brincar com outras crianças.

Quando os pacientes estão sentindo dor, o hospital representa um lugar que tem todo o suporte necessário para aliviá-la. Em compensação, eles dependem de outras pessoas para que o alívio seja efetivo e a equipe nem sempre pode atendê-los rapidamente quando os episódios álgicos ocorrem.

*Imagens de Sofrimento (Pacientes 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10)*

Por meio das imagens de sofrimento, percebemos que os pacientes associam o ambiente hospitalar a qualidades relacionadas a sentimentos de tristeza e dor, ligadas principalmente à situação de doença. A paciente 8 comentou, ao descrever o hospital, que, quando ela ou algum membro de sua família escuta alguém reclamar que está sofrendo muito, eles pedem que essa pessoa vá até o hospital pra saber o que é sofrimento de verdade: pessoas chorando e gritando com dor, vomitando, sem conseguir comer.

O hospital significa um lugar que o sujeito vai não por escolha, mas por imposição do seu estado de saúde. Isso, por si só, configura-se para os pacientes como aspecto de muito sofrimento, mesmo com o bom atendimento e as características positivas da instituição.

*Por um lado eu me sinto bem porque eu estou conseguindo um tratamento, se eu estivesse em casa eu não teria como me tratar, descobrindo mais alguma coisa que eu tenha, mas se Deus quiser vou sair daqui boa, curada. Por o outro eu não me sinto bem porque eu queria está com saúde, quem não gostaria de está em casa com sua família, sem estar precisando de hospital? (Paciente 5).*  
*Eu acho que aqui a gente é muito bem tratado, mas eu não posso dizer que eu acho bom está aqui, eu acho é ruim, só de você saber que está num lugar desse já é ruim (Paciente 10).*

A ida a essa instituição sublinha e coloca em evidência que a pessoa está doente, com a saúde debilitada e com a necessidade de cuidados especializados. Isso pode ser percebido claramente no significado do desenho produzido pela paciente 8. Ela desenhou o balcão do posto

de enfermagem e a sala de consulta, onde ficam as médicas para representar o hospital, porque foi nesse local que recebeu notícias que não lhe agradaram.

Estar no hospital implica se submeter a suas normas e regras. Nessa instituição, o sujeito, muitas vezes, não pode escolher fazer este ou aquele procedimento. Tudo é estabelecido pela equipe, e o paciente tem que aceitar essa invasão ao seu espaço pessoal, como nos relata o paciente 1: “Eu não gosto muito não, mas eu tenho que vir. Eu não gosto por causa desse acesso que eles colocam no meu braço. Todas as vezes que eu vim, eles colocaram isso no meu braço”. Esses procedimentos muitas vezes são dolorosos, como aplicações de injeções, o “pegar” a veia para o acesso, lesões na pele provocadas pela radioterapia, inflamações na boca causadas pela quimioterapia, entre outros.

Essa rotina hospitalar causa uma situação de dependência nos pacientes que ficam aguardando a equipe para a realização de procedimentos e administração das medicações. Para alguns pacientes, o tempo de espera pelos profissionais é demasiadamente longo quando eles estão com dor ou não têm suas necessidades básicas atendidas, o que deixa os pacientes apereados, irritados, com raiva.

*Eu fiquei desde ontem sem comer nada pra fazer uns exames, e quando já tava perto de umas duas horas da tarde, eu já tava irritado.. ai minha filha foi ali e a mulher reclamou de todo mundo: do maqueiro, da outra que estava lá... Como é que podia eu está sem comer desde ontem, esperando pra fazer os exames. Por que as pessoas podiam ser um pouco mais humanas, né? E eu já estava agoniado, porque era pra fazer esse exame umas 10 horas, já ia dá quase três horas da tarde e eu já não tinha dormido na noite anterior... (Paciente 3).  
Era bom se quando a gente estivesse sentindo dor, elas pudessem vir mais rápido, porque pra quem está com dor, esperar é muito ruim (Paciente 7).*

Um aspecto importante para a nossa análise é que, como aponta Sawaia (2003), os afetos ligados à imposição inibem a potência de ação do sujeito, sobressaindo-se a potência de padecimento. Nesse contexto, os pacientes acabam desejando sua própria servidão e colocando suas vidas nas mãos dos médicos, como afirmam, por exemplo, os pacientes 4, 6, 7, 10 que depositam na equipe a responsabilidade pela sua recuperação.

Outra significação dada está relacionada à impossibilidade de realização de suas atividades e hábitos diários, bem como a ausência de algo para se fazer no hospital. Um dos pacientes relaciona tal situação à intensidade e à duração da sua dor.

*O que eu senti aqui até agora foi só dor, muita dor mesmo. Eu acho que a gente fica aqui parado sem fazer nada, aí a dor vem é mais forte. Quase que eu não consigo dormir aqui, com isso aqui tudo doendo (mostra a região abdominal) (Paciente 10).*

Além da impossibilidade de realizar as atividades, provoca afastamento da família e dos amigos. Os pacientes relatam tristeza e saudade por estarem separados do restante da família, tendo um dos pacientes expressado, também, um sentimento de culpa porque suas crianças tinham que ficar afastados da mãe e do pai por conta da sua doença.

A hierarquia existente no hospital pode ser percebida também no discurso dos pacientes, sendo importante enfatizar as repercussões disso na sensação de dor. A ausência de médicos na enfermaria de adultos causa muito sofrimento para alguns internados.

Durante o período de coleta de dados, a pesquisadora presenciou um momento no qual os familiares de dois pacientes, por diversas vezes, vieram ao posto de enfermagem informar que eles estavam sentindo dor. A equipe apenas avisava que estavam aguardando o médico de plantão na intercorrência para prescrever a medicação. Durante todo o período em que a pesquisadora esteve lá, o médico não teve como descer para atender a essa demanda, porque tinham muitos pacientes na intercorrência aguardando atendimento.

*Aqui no hospital os médicos nem tanto, porque eles não vêem o sofrimento da gente – passa aqui só uma vez no dia, mas as enfermeiras tudo o que elas podem fazer, elas fazem. Assim, elas perguntavam como eu estava me sentindo e davam o remédio que o médico tinha passado, às vezes ela até falava com o médico pra mudar. Aí, se não dava certo, se eu continuasse sentindo dor, elas explicavam né, que não podia fazer mais nada, que tinha que esperar o médico pra passar um remédio mais forte (Paciente 7).*

Embora relatados vários aspectos de humanização, um dos pacientes revelou sentir-se incomodado com um clima de fofoca que algumas vezes percebia entre as enfermeiras. O paciente coloca que já escutou as enfermeiras falando dos pacientes e de suas mães. Achava que algumas coisas não deviam ser comentadas. Percebemos, nessas situações, a ausência de privacidade dos pacientes e a impossibilidade de controle do que eles gostariam de comunicar ou não a outras pessoas.

Outro ponto trazido por um dos pacientes é que às vezes se sentia enganado pela equipe, que fingia ouvir suas demandas, dizendo que iria resolver, mas que na prática nada era feito.

Outro fator que corrobora para a desumanização dos serviços de saúde muito importante e discutido na literatura é a abordagem fragmentada dos sujeitos, que é resultado da especialização dos saberes. Isso é percebido por um dos pacientes que faz um comentário sobre a relação médico-paciente que deveria mais humana e menos comercial.

*Hoje 50% dos médicos só pensam em ganhar o dinheiro deles. E agora o médico se forma pra consultar o braço direito, outro pra consultar o braço esquerdo, outro vai se especializar na minha perna, outro no meu pulmão. Antigamente, a gente tinha um médico que tratava de tudo, que passava meia hora conversando com você, explicando toda a doença, hoje isso não existe mais. O médico olha pra você, diz o que você tem e pronto: pode ir, é só isso. É por isso que eu não confio mais nos médicos (Paciente 9).*

Outro aspecto negativo é a burocracia do SUS, que perpassa todo o tratamento desses pacientes. Embora seja um hospital com muitas características de uma instituição particular, no quesito espera, os pacientes atendidos pelo SUS passam pelos mesmos processos demorados para conseguir uma consulta e a realização de exames mais sofisticados. Essa espera é motivo de apreensão, sendo agravada para os pacientes com dor não controlada.

*Mas eu estou tranqüila, o que mais me deixa ansiosa em tudo isso é que os exames demoram muito pra acontecer, a burocracia do SUS é muito grande e é muita gente na fila de espera. E isso é o mais difícil, o que mais dificulta, acho que não só pra mim, mas pra todo mundo que está aqui, é essa parte de exames (Paciente 2).*

*Eu acho que os médicos têm que agir mais rápido também. No começo, por exemplo, eles passavam um exame e diziam pra eu voltar com um mês, mas você com um problema desse, sentindo dor e ter que esperar um mês todinho, é difícil, é muito sofrimento (Paciente 7).*

No caso dos pacientes com câncer, essa burocracia acarreta muitas repercussões negativas, tendo em vista que o diagnóstico precoce e o tratamento no momento inicial da doença são fatores que corroboram para uma terapêutica com sucesso. Como já discutido, em alguns casos os sintomas demoram muito a aparecer, ou ainda são confundidos com os de outras doenças menos graves, o que dificulta um diagnóstico precoce. Sendo assim, se os pacientes com o diagnóstico tardio ainda tiverem que esperar longos períodos para o início do tratamento, a cura fica sendo uma realidade muito distante.

Essa situação pode ser ilustrada pelo caso do paciente 6, que, após uma queda de moto apresentou uma lesão na coxa direita, acompanhada de dores. Acreditou, por muito tempo, que o hematoma e as dores eram, exclusivamente, conseqüências da queda e delongou para procurar assistência médica. Com a demora e a burocracia enfrentada, viu sua perna dobrar de tamanho e ter que se submeter a uma cirurgia de amputação do membro.

Outro aspecto de sofrimento está muito relacionado ao câncer e já foi mais desenvolvido em momento anterior, quando falamos sobre o sofrimento do portador dessa patologia.

*Imagens de Agradabilidade (Pacientes 1, 2, 4, 5, 6, 7)*

Essas imagens também foram muito freqüentes nos mapas produzidos, aparecendo sob variados matizes: o primeiro relacionado às características do ambiente físico e à organização de toda a instituição, inclusive o trabalho realizado pela equipe; o segundo, à esperança; o terceiro, à segurança.

Os pacientes relataram que o hospital parecia um lugar muito agradável e que gerava uma sensação de bem-estar, porque tinha muitas plantas, muito verde, beleza, claridade e muita ventilação. O desenho da fachada da instituição foi utilizado por quatro pacientes para representar o ambiente hospitalar, sendo sempre ressaltada a presença das árvores.

Fizeram referência também à limpeza do ambiente, uma das pacientes relatou que a limpeza era feita de três a quatro vezes por dia, trocavam o lixo, passavam desinfetante. Mas vale ressaltar que essa opinião não era compartilhada por todos os pacientes pesquisados, já que um deles tinha dito que a limpeza das enfermarias era negligenciada.

Outro ponto que chamou atenção foram as janelas em todas as enfermarias, que permitiam o acesso dos pacientes à área externa do hospital, situando-os no tempo e no espaço, possibilitando a comunicação com o mundo exterior e contribuindo para uma menor exclusão dos pacientes hospitalizados.

No centro da estrutura física da instituição há uma área aberta, com iluminação e ventilação natural, que possibilita a comunicação entre diferentes setores. Um dos pacientes verbalizou o desejo de desenhar essa parte para representar o ambiente hospitalar, ressaltando o quanto ela contribuía para tornar esse espaço um lugar agradável.

*O que eu acho bom é essa janela bem ai, é ruim a tarde quando bate o sol, mas é só fechar a cortina. Agora se fosse fechado era mais ruim. Ai a gente pode olhar, ver o que tem lá fora; bem ai tem a Igreja São Raimundo, de vez enquanto a gente escuta uma música que vem de lá. Quando eu estou melhor, a minha mãe carrega o soro e eu fico um pouquinho lá fora (Paciente 4).*

Muitos aspectos positivos eram evidenciados na comparação com outros hospitais já visitados pelos pacientes. Embora não fosse a nossa intenção o cotejo com outras instituições desse porte, isso surgiu com muita frequência no discurso dos participantes. Os aspectos mais citados faziam referência à estrutura física, à modernidade dos aparelhos, à organização do trabalho, à eficácia dos profissionais e ao bom atendimento.

*Porque assim, aqui não parece muito com um hospital não. Porque nos outros cantos tem muita gente doente, é lotado. Parece com uma casa normal. Já fiquei internado em outros hospitais, mas eu não gostava não porque lá era cheio de doentes. Aqui tem outras crianças pra brincar (Paciente 1).*

*O que mais chama atenção aqui é o bom tratamento, como eles tratam a gente, conversam. Muito diferente do interior, onde eles não dão tanta importância a pessoa. Lá eles estão tratando só gripe e olhe lá. Aqui eles não fazem diferença de quem é rico e de quem é pobre (Paciente 7).*

Esse aspecto do atendimento evidencia o trato mais humanizado, que é colocado no site da instituição como um dos seus objetivos principais, e que pôde ser verificado na observação e no discurso dos pacientes. A metáfora da paciente 4 ilustra como o bom atendimento contribui para a imagem de agradabilidade desse ambiente. Ela comparou o hospital ao mundo da felicidade, por conta dos profissionais que são muito alegres, que tratam bem todos os pacientes e sempre estão com um sorriso no rosto, demonstrando muito equilíbrio emocional. O ambiente se confunde com as pessoas que convivem nesse espaço, corroborando com a nossa definição de ambiente que engloba aspectos macro e microsociológicos.

*Eu vejo todo mundo trabalhando com atenção, com delicadeza e a gente não vê tristeza na cara das pessoas, todo mundo é alegre. Com todos os dias que eu estou aqui, eu ainda não encontrei uma pessoa de cara feia. A idéia que passa pra gente é que esse povo não tem raiva. É um carinho, me trata bem demais. E a gente sabe que eles passam por um monte de coisa nesse hospital, mas é todo mundo bom: os doutores, as doutoras, as enfermeiras, uma coisa inexplicável. Apesar de ser um hospital, é um hospital muito alegre por causa dos trabalhadores (Paciente 4).*

A organização desse ambiente também contribui para gerar nos pacientes sentimentos de prazer e de bem-estar. Era quase sempre com essa qualidade que os entrevistados iniciavam a descrição do hospital. O respondente 9 desenhou a planta de um hospital todo quebrado para contrapor a esse hospital, onde tudo funciona de verdade e nada se encontra nada quebrado.

A relação de contraste mais apontada pela literatura é o hospital como um lugar que afasta o sujeito das suas atividades cotidianas, provocando sofrimento e isolamento social; e um lugar onde o sujeito pode receber cuidados mais especializados, promovendo a cura (ROMANO, 1994; SIMONETTI, 2004). O segundo matiz da agradabilidade que trazemos nesse trabalho está muito ligado a essa segunda significação: possibilidade de cura, evocando sentimentos de fé e confiança nos pacientes.

O aspecto religioso é muito presente nessas imagens, a cura fica atrelada à vontade de Deus, o que é expresso na seguinte passagem: “Se Deus quiser, vou sair curado”, utilizada por muitos dos participantes. Essa confiança em Deus era estendida à equipe, principalmente aos médicos que eram considerados semideuses, com a capacidade de lhes proporcionar o retorno à saúde e o alívio da dor.

*É muito bom saber que tem um hospital só pra tratar essa doença, mas pra época de hoje esse hospital ainda é pequeno. Porque cada dia que passa, essa doença vai evoluindo mais. No que jeito que eu estou, eu estou muito confiante e com muita fé em Deus de que eu vou sair dessa e depois de Deus eu confio nos médicos daqui, porque só não fica boa, se não for pra ficar mesmo (Paciente 4).*

Essa imagem de agradabilidade relacionada a um sentimento de esperança pode ser percebida em algumas das metáforas produzidas pelos sujeitos. A paciente 4 compara o hospital ao mundo da felicidade, porque não se vê tristeza na cara das pessoas e porque ela vai sair dali feliz com sua saúde recuperada. O paciente 6 gostaria de desenhar uma igreja para representar o hospital, porque este representa uma casa de Deus, pois significa salvação. O paciente 7 que compara a instituição com uma creche, com muitas crianças rindo e brincando, representando as melhoras que acontecem ali.

A 5 relata que se sente feliz e que o hospital é uma verdadeira maravilha, pois é muito bom saber que se pode ter acesso a um hospital como esse, que recebe muitas pessoas, inclusive pessoas carentes.

Devido aos cuidados oferecidos pela instituição hospitalar, o paciente se sente seguro por saber que encontra lá aparato e suporte para o seu problema de saúde. Dessa forma, as imagens de agradabilidade, ligadas à segurança, que surgiram nos mapas, estão relacionadas à atenção e à assistência prestada pela equipe.

*O sentimento que vem é de segurança, porque você sabe que o que acontecer com você aqui, tem um médico pra lhe ajudar, tem uma medicação que resolve o problema e em casa é diferente, pois nem sempre você tem como resolver. O que eu mais gosto aqui é a segurança que eu sinto quando estou aqui, de ter certeza que eles vão resolver meus problemas (Paciente 6).*

Uma das pacientes quis desenhar a maneira como os profissionais trabalhavam para representar o hospital. Embora o desenho não tenha sido produzido porque a paciente referia dor e desconforto para encontrar uma posição e manejar o lápis, ela expôs através da fala:

*Olha o que eu acho interessante aqui e que eu ia querer desenhar mesmo é a maneira deles trabalharem, é uma coisa muito organizada, cada um tem uma função, todo mundo sabe trabalhar e eu admiro muito isso. Nos outros hospitais que eu estive não era assim, aqui é como se todo mundo soubesse o que está fazendo. Outra coisa é que lá não tem esses acessos aqui não... é soro mesmo na veia, toda vida que a gente vai colocar o soro, tem que tirar e furar de novo, tinha dias que elas me furavam três, quatro vezes pra encontrar uma veia. Aqui a primeira vez que elas tentam, já acham a veia, eu nunca fui furada duas vezes (Paciente 4).*

É um lugar onde as pessoas percebem grande eficácia na resolução de problemas e, no caso dos pacientes com dor, controle de seus quadros algícos. Tanto nas falas dos pacientes, como na observação, pôde ser percebida uma grande preocupação da equipe com o estado do paciente e se ele está ou não sentindo dor.

*Olhe, hospital melhor que esse aqui não existe não. O atendimento aqui é muito bom, eles chegam e dizem logo: olhe, os pacientes não podem sentir dor aqui não, se você sentir alguma coisa é só avisar. E quando você avisa, eles vêm e resolvem tudo (Paciente 6).*

*Por enquanto não tem mais nada que possa fazer pra ajudar a aliviar minha dor, porque eles tão fazendo de um tudo, quando eu menos espero já vem uma coisa diferente. Tudo que eu sinto ele já faz um exame. E é por isso que eu to com fé em Deus e abaixo de Deus aqui, porque só não fica boa, só se não for pra ficar mesmo (Paciente 4).*

Os respondentes se sentiam amparados e acolhidos pela equipe, enfatizando sempre o bom atendimento. Alguns deles, mesmo quando estavam sentindo dor, ressaltavam a preocupação da equipe e os aspectos positivos dessa atenção.

*Essa parte de atendimento é muito boa, às vezes estou sentindo dor e eles demoram mais a vir, acaba o soro... Mas eu entendo porque são poucos profissionais pra muitos pacientes. Mas assim, eu sempre fui atendida, mesmo com essas dificuldades, eu sempre fui atendida. Qualquer coisa que eu sinto, elas já vêm com maior atenção, eu realmente não tenho o que dizer disso (Paciente 2).*

Alguns colocam que não há mais nada que o hospital possa fazer para aliviar sua dor, porque o que pode ser feito já está sendo feito, como o bom atendimento e a segurança que a equipe transmite para os pacientes.

*Ah, no hospital cada um tem a sua dor, então... mas as pessoas tentam ajudar, perguntam se é pra chamar alguém, vem com muita atenção. Na enfermaria, como tem um grupo de pessoas, eu nunca fiquei desamparada. Eu gosto muito dessa atenção, as pessoas vêm para me ajudar, me dão assistência, eu não vou me recusar. Mas essa ajuda não é suficiente porque o número de profissionais não é suficiente para o número de pacientes (Paciente 2).*

Por conta da segurança e confiança que sentem na equipe, aspectos negativos acabam sendo superados com mais tranquilidade, como bem nos coloca a paciente 2, que estava internada há mais de 20 dias: “*Não me incomoda de jeito nenhum estar aqui, nem mesmo pelo tempo que estou, porque estou ciente disso, de que tenho que ficar aqui, não tenho pressa de ir embora sem antes ter um diagnóstico exato*”.

#### *Imagens de Insegurança (Pacientes 2, 7 e 10)*

Nessas imagens, estão incluídos os sentimentos e palavras que envolvem algo inesperado, instável e, às vezes, negativo. As qualidades do ambiente hospitalar que caracterizaram essa categoria foram as incertezas, a espera, as dúvidas, o desafio e a aprendizagem, que estão atreladas a sentimentos de angústia, apreensão e ansiedade.

A metáfora elaborada pela paciente 2 ilustra bem essa imagem. Ela comparou o hospital a uma escola, porque nesse ambiente todo dia está descobrindo algo, aprendendo alguma coisa nova.

O paciente 7, por sua vez, desenhou a fachada do hospital e no céu uma nuvem, representando que estava chovendo. Ao discorrer sobre o significado do desenho, relatou que a situação de estar no hospital se assemelhava à chuva. Porque, quando a pessoa olha para o céu, às vezes sabe se vai chover ou não, mas nem sempre é assim. É como no hospital, onde ninguém sabe direito o que vai acontecer.

Outro aspecto relacionado a essa imagem de insegurança diz respeito às coisas que não são bem explicadas e que deixam o paciente na dúvida, sem saber ao certo o que está acontecendo e que medidas estão sendo tomadas. O tempo de espera imposto aos pacientes contribui consideravelmente para o aumento da ansiedade e da angústia.

O paciente 10, por exemplo, foi internado para a realização da cirurgia já havia 4 dias. Enquanto aguardava ser chamado ou avisado de alguma coisa, via pacientes sendo internados, operados e tendo alta e ficava sem entender a demora para a realização do seu procedimento. O paciente 7 também relata a angústia de ter que esperar um mês entre uma consulta e outra, vendo sua doença evoluir e sua dor não ser controlada.

A partir das várias imagens que surgiram com a produção dos mapas afetivos, pudemos perceber muitas construções coletivas, que expressam uma identificação com o ambiente, mas que foram expostas de forma bastante singular por cada um dos participantes.

É interessante observar que tanto nas imagens produzidas, como nas questões trazidas por Goffman (1987) discutidas em tópico anterior, a instituição hospitalar foi muitas vezes identificada com a equipe. As qualidades desta eram estendidas ao hospital e vice-versa. Como discorreremos na parte teórica, o ambiente envolve aspectos macro e microssociológicos. Esses dois aspectos estão interligados e algumas vezes se confundem, como podemos visualizar em algumas falas.

*Esse hospital é um hospital muito bom, que tem muitas pessoas boas que trabalham de coração, mas como você sabe, em todo trabalho tem gente que trabalha bem e gente que trabalha mal, tem gente que trabalha pelo prazer e gente que trabalha pelo dinheiro, aqui tem pessoas muito especiais, muito generosas (Paciente 5).*

*O que eu acho que representa o hospital são os médicos e as médicas, porque hoje a medicina está muito evoluída e quando a gente vem pra cá coloca nossa vida nas mãos dos médicos (Paciente 10).*

Muito do que está sendo exposto é fruto da construção simbólica do significado do ambiente hospitalar no meio sócio-cultural. São definições constituídas ao longo do processo histórico e usadas mesmo quando o sujeito não teve um contato mais próximo com esse tipo de instituição. Isso é denominado por Pol (1997) de simbolismo *a priori* e está relacionado a significações pré-estabelecidas na esfera social.

Mas percebemos também no discurso dos pacientes uma representação construída a partir do uso desse espaço, como nas falas dos pacientes 3, 7 e 9: “o atendimento aqui é mais ou menos, eu achava que era mais difícil, mas estou achando é bom, porque tem canto que é todo desorganizado e aqui é tudo organizado”; “assim, chegar a ver uma pessoa falecer, eu nunca presenciei não, mas a gente sabe que acontece, mas ver gente sofrendo muito, mal, com muita dor, muito sofrimento, isso eu já presenciei”; “eu gosto porque aqui é um hospital bom, você não ver nada quebrado e as coisas funcionam”. Esse significado adquirido com a interação é denominado de simbolismo *a posteriori* e possibilita uma forte identificação das pessoas com os lugares (POL, 1997).

A interação com esse espaço provoca no sujeito muitas alterações, como podemos ver com a paciente 8, que fala que o entendimento sobre sofrimento muda muito depois que você vai ao hospital. As mudanças no ambiente hospitalar fruto dessa interação também podem ser percebidas na fala da equipe que discorre sobre as situações de vários pacientes que mobilizam a equipe, fazendo com que eles tenham uma postura diferente.

A apropriação do espaço segundo Pol (1996) é muito adequada para estudar essa interação sujeito ambiente. Como discutido no tópico da apropriação, Pol define alguns parâmetros que favorecem a apropriação do espaço pelos seus usuários.

O **primeiro** é a capacidade de identificação pessoal com o lugar. Encontramo-no em várias falas indicativos dessa identificação, principalmente quando o ambiente está relacionado às imagens de agradabilidade. A significação do hospital como um lugar de encontro com amigos e de possibilidade de conhecer pessoas novas, citadas pelas pacientes 2, 4 e 8 também apontam para o componente de identificação com esse espaço e uma possibilidade de transformá-lo em lugar.

O **segundo** é a impressão de controle exercida sobre o espaço. Nesse caso o que percebemos é que essa impressão praticamente inexistente no ambiente estudado. O espaço pessoal nessa instituição é muito restrito, tendo em vista que todos os pacientes do SUS ficam em

enfermarias com vários pacientes. Eles só ficam sozinhos em situações especiais, com alta suscetibilidade a infecções. O que pudemos perceber é que eles não têm controle do seu espaço pessoal e da regulação de sua intimidade, sendo seu território pessoal reduzido ao leito e que é muitas vezes invadido pelas necessárias e indispensáveis intervenções da enfermagem.

Dividem seu território com pessoas desconhecidas e com hábitos muito diferentes dos seus. Nos hospitais, de forma geral, a equipe é que detém o conhecimento e as idéias e os pensamentos do paciente são pouco valorizados. A paciente 2 se diferencia dos demais ao defender suas idéias no controle da sua dor:

*Quando dá pra suportar eu não digo nada, porque eu não quero acostumar meu organismo com mais remédio, então se dá pra agüentar, eu espero. Até os médicos já disseram que não era pra eu fazer isso, mas sempre que posso seguro. Não quero condicionar meu corpo à dormência.*

Ao passo que ela quer manter o controle, a equipe a instrui para não agir dessa forma, de modo que os profissionais possam tomar as medidas mais adequadas. Nessa situação fica evidente o aspecto cultural do controle dos territórios, inclusive do corpo, pela equipe e não pelos pacientes. A privacidade fica então comprometida também, quando não é dado ao paciente o direito de definir o que ele quer ou não comunicar aos outros.

O **terceiro** é o acordo ou adesão aos valores e normas do contexto social ou espacial. No ambiente hospitalar, não há espaço para essa escolha, tendo em vista que o indivíduo, quando vai ao hospital, está precisando de cuidados especiais e se vê obrigado a aderir às normas estabelecidas pela instituição. Outro ponto é que pacientes nutrem um sentimento de agradecimento em relação ao hospital. A fala da paciente 2, que diz “ser uma verdadeira maravilha termos no nosso estado um hospital como esse que recebe e acolhe pessoas de todo jeito” compartilha, como nos diz Alves (2005), de uma compreensão de que o atendimento em saúde é um favor e não um direito. Percebemos isso no constrangimento de alguns pacientes quando solicitado que eles dissessem o que não gostavam no ambiente hospitalar. Esse quadro dificulta consideravelmente formas saudáveis de apropriação.

O **quarto** é a adaptação e familiaridade a um lugar. Acreditamos que esse aspecto está muito relacionado ao tempo de tratamento e de convivência nesse ambiente, pois como nos fala o paciente 7 “quando você vem a primeira vez é muito ruim, você não sabe como é, não sabe o que acontece aqui, ai vai pra um lugar, tem que voltar porque não era ali. Tudo que você

vai resolver é mais difícil”. Nos pacientes que tiveram menos contato com a instituição percebemos uma maior sensação de estranheza e incômodo, que é apontada por Pol (1996) como comum quando acontece uma mudança de lugar.

O tempo de internação é curto na maioria das vezes, então fica comprometida a familiaridade e a diminuição da sensação de estranheza em relação ao espaço. Mas vale ressaltar que no caso desses pacientes a convivência com esse ambiente se dá por outras vias e não somente pela internação por conta do tratamento a que são submetidos. Percebemos nas pacientes 2, 5 e 8, que têm mais tempo de tratamento, uma propriedade maior ao falar do ambiente hospitalar, bem como se sentiram mais a vontade do que os outros pacientes quando questionadas sobre o que não gostavam no hospital. Já o paciente 10, que se encontra hospitalizado pela primeira vez e não foi submetido a outras terapêuticas, ficou tímido durante a aplicação do instrumento, retrucando em um momento que a pesquisadora conhecia aquilo ali muito melhor do que ele, completando ainda que: “eu sei que é um hospital bom, mas eu não conheço muito daqui ainda não, não dá para aprovar ainda não”.

O **quinto** é a faculdade de privatizar o lugar, o que implica a liberdade de organizar os espaços de acordo com a sua vontade. Nesse ponto seria necessária a posse legal, que não acontece por ser uma instituição de atendimento ao público.

Apresentamos, há pouco, alguns componentes de identificação simbólica em relação ao hospital. Além dos aspectos já discutidos, observamos também a comparação do hospital com uma casa e um apartamento normal feita pelos dois adolescentes pesquisados e que demonstra claramente um componente de identificação da apropriação do espaço.

Por outro lado, o paciente 3, de 70 anos, relatou que nos momentos em que estava sentindo dor, queria ir embora do hospital, porque queria está no canto dele, que as pessoas idosas gostam das coisas do seu jeito e que no hospital não era assim. Esses aspectos ratificam as afirmações de Pol (1996), que com o envelhecimento, os traços psicológicos ficam mais rígidos e há uma maior resistência a mudanças. Nesse exemplo, ficaram evidentes os aspectos negativos da perda de espaços de referências para os pacientes com queixas álgicas, tendo em vista que esse paciente queria ir embora e que nunca tinha sentido uma dor tão grande.

Entretanto, como já discutido, o componente de ação-transformação fica comprometido nos espaços públicos. No nosso trabalho, percebemos esse componente

principalmente nas atitudes de ajuda mútua que acontecia entre os pacientes e familiares nas enfermarias.

Esse componente de ação – transformação é dificultado principalmente, a nosso ver, por algumas representações do ambiente hospitalar. Entre as já citadas, temos: o hospital como um lugar que o sujeito vai por imposição do seu estado de saúde e o hospital como um lugar que afasta o sujeito do seu convívio social e atividades cotidianas.

Outro aspecto que dificulta a apropriação do espaço no ambiente hospitalar é que o hospital tem de atender muita gente e o individual fica em grande desvantagem em relação ao coletivo, principalmente quanto às necessidades emocionais e outras que não mantêm ligação estrita e direta com a produção de saúde. Esse aspecto fica bem ilustrado com a seguinte fala:

*Com essa doença, com os enjoos da quimioterapia eu não conseguia comer comida de panela, enjoei de tudo, principalmente de comida cozida. Em casa, a gente misturava um monte de coisa pra que eu ficasse forte, eu comia de tudo, menos comida de panela. A minha mãe fazia muito suco de beterraba e colocava um monte de coisa dentro. Aqui não tem isso, não é a casa da gente, aqui eles fazem comida pra todo mundo. Em casa, a mãe só queria era me agradar, eu podia reclamar quando o sal era pouco, mas aqui não tem isso não, eles já fazem a comida pra um monte de gente. E tem muita comida boa, tem até estrogonofe, mas é que eu abusei (Paciente 6).*

Além da alimentação, esse respondente relatou também dificuldades relacionadas ao sono dos pacientes. Como muitos deles, que na maioria das vezes nunca tinham se visto, dividem o mesmo quarto, com alta rotatividade, é muito difícil o estabelecimento de uma rotina que favoreça o descanso de todos. Ademais, cada um mantém horário de administração de medicação diferente, que independe da vontade pessoal de cada um.

*O que poderia melhorar aqui é uma coisa que eu nem sei se pode melhorar, porque eles têm que atender muita gente. Mas quando é à noite, eles apagam essas luzes todinhas e deixam só uma luz bem pequenininha acesa, aí tudo bem. Só que às vezes, as enfermeiras têm que vir aqui pra fazer as coisas que elas têm que fazer, como dar a medicação dos pacientes todos, então elas têm que entrar um monte de vezes e acendem essa luz aqui (apontando para luz acima da cama), que mesmo sendo aqui, ilumina o quarto todo. E é muito difícil a dormida aqui, é diferente da sua casa que não fica acendendo e apagando, aqui é muita gente que elas têm que ajudar. Aquele paciente ali faz um monte de noite que ele diz que não consegue pregar o olho (Paciente 6).*

Ao longo da pesquisa, procuramos identificar aspectos que indicassem a apropriação ou não desse espaço. Uma das regras do hospital é a permissão aos pacientes de poderem utilizar roupas e lençóis seus, contudo, percebemos que os pacientes pesquisados, na sua maioria, optaram pelo uso das roupas cedidas pela instituição. Apenas dois usavam as suas roupas e aproximadamente a metade tinham travesseiros, com fronhas suas. Outros pertences individuais, como celulares, pequenos rádios e ventiladores estavam na posse de alguns pacientes.

Como essa regra só foi conhecida no decorrer do trabalho, não estava previsto no questionário nenhuma pergunta referente ao uso de elementos pessoais. Contudo, acreditamos que a preferência pelos pertences do hospital indica pouca afirmação das identidades dos pacientes, que preferiam a identificação dada pelo ambiente hospitalar. Embora, reconhecemos também que a utilização das roupas da instituição é mais prática e envolve menos custos financeiros.

Outro aspecto que se configurou para nós como indicador de pouca apropriação é a utilização dos diversos espaços do hospital. Quando questionados sobre os lugares mais freqüentados, os pacientes sempre citavam os setores de consulta, internação e emergência oncológica, raramente citando os espaços lúdicos oferecidos pelo hospital.

Mesmo os pacientes e familiares tendo liberdade de circular pelos 5 andares do prédio anexo, eles referiam se restringirem ao leito e, no máximo, ao corredor do andar onde se encontravam hospitalizados. Vale ressaltar que o espaço do corredor é bem utilizado por todos os pacientes, que arrastam seus soros e ficam sentados no corredor, conversando com outras pessoas. Usam esse espaço também para caminhar, recuperando o seu estado de saúde. O paciente 3, por exemplo, antes da aplicação do instrumento, estava dando voltas no corredor, mantendo um dos seus hábitos diários, que era caminhada de 30 minutos.

Outro aspecto que acentua certa passividade dos pacientes com dor hospitalizados é o fato de eles atribuírem ao remédio a possibilidade de controle do seu quadro algico. Apenas dois pacientes citaram formas de controle da dor, utilizadas por eles no hospital, e que não era a administração de medicação: a paciente 4, que referiu fazer massagem com gel, que já fazia no interior; a paciente 8, que pressionava o local onde estava sentindo dor.

O que percebemos é que a sensação dolorosa contribui para uma maior inibição da potência de ação dos indivíduos, que relataram que, durante episódios de dor, ficam estáticos, evitando até movimentos corporais. Não falam, não comem e não interagem com os demais.

Percebemos, então, que embora o hospital passe a fazer parte da vivência desses sujeitos, que reconhecem as formas de utilização desse espaço, a qualidade de pacientes (passivos de intervenções e com pouca autonomia) os impedem de serem atores de suas transformações.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo geral compreender a inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor ao longo de seu processo de hospitalização, e como objetivos específicos: discorrer sobre a dor enquanto processo singular e o seu aspecto sócio-cultural; compreender o significado histórico do ambiente hospitalar e os sentidos atribuídos pelos pacientes oncológicos, por intermédio da afetividade; e refletir sobre a contribuição da estruturação do ambiente, sob o enfoque da Psicologia Ambiental, na minimização do sofrimento dos pacientes com dor oncológica hospitalizados.

Buscamos contemplá-los com a reflexão teórica, concluindo essa tarefa com os dados enriquecedores da observação hospitalar e do instrumento gerador dos mapas afetivos, aplicados a 10 pacientes que estavam hospitalizados e apresentavam queixas recorrentes de dor segundo o prontuário médico.

Apesar do receio inicial ocasionado pela necessidade das modificações no instrumento construído por Bomfim (2003), este se mostrou muito adequado e satisfatório para os objetivos almejados, possibilitando uma riqueza de dados e detalhes que transformaram esse trabalho numa verdadeira descoberta dos mais variados sentimentos e emoções dos participantes da pesquisa.

Os participantes dessa pesquisa atribuíram à dor diferentes significados. O primeiro foi a dor como sinal de alerta, tanto para os pacientes que procuraram a assistência médica pela primeira vez, como para aqueles que já estavam em tratamento. O quadro álgico foi relacionado, também, à noção de sofrimento e de incapacidade; por isso, precisa ser aliviado para que a qualidade de vida do paciente não fique ainda mais comprometida.

No caso das pessoas em tratamento oncológico, a dor é entendida, muitas vezes, como inerente ao tratamento. Assim, as pessoas aceitam senti-la, considerando-a um sacrifício necessário para melhora do seu estado de saúde.

Na nossa cultura, a sensação de dor é vista como algo negativo e que precisa ser rapidamente eliminada. Por conta dessa visão que prevalece na nossa sociedade é que os pacientes desse estudo atribuem à dor esses significados de sinalizador de que algo não está bem, de sofrimento e de sacrifício.

Os participantes expressam sua dor por intermédio da fala, do grito e do choro. Essas formas de expressão da dor são as mais comumente utilizadas na nossa sociedade para tornarem algo privado (que só o sujeito conhece) em público.

A resposta da equipe e da família frente à expressão de dor dos pacientes pode desencadear sentimentos de segurança, ou insegurança, provocando mais dor ou alívio dos sintomas. Diante de manifestações de atenção, cuidado e carinho os pacientes referem melhora do seu quadro algico por se sentirem mais seguros. Por isso, é que se faz indispensável a valorização do que os pacientes referem sentir e uma maior rapidez no atendimento para uma maior sensação de bem-estar, principalmente quando eles estão sentindo dores.

Vimos também que as formas de expressão são reforçadas ou não a depender da resposta que os pacientes recebem da equipe, da família e dos amigos. Alguns comportamentos tidos socialmente como inapropriados são punidos na maioria das vezes, mas são mantidos na presença de ganhos secundários. Um exemplo disso é quando os pacientes gritam ou fazem escândalo para garantir mais rapidez no atendimento.

A afetividade se mostrou uma categoria de estudo adequada para se conhecer o hospital. Por meio dela, alcançamos a compreensão do significado do ambiente hospitalar para esses pacientes. O significado apontado vai ao encontro do que nesse trabalho definimos como ambiente, onde as ações da equipe se confundem com o ambiente hospitalar. Isso demonstra como os aspectos físicos (estruturais) e humanos (psicológicos) estão interligados e não podem ser vistos de forma separada. Analisar o ambiente hospitalar implica a análise das relações sociais que se estabelecem entre equipe, pacientes e familiares.

Os dados dos mapas afetivos foram sistematizados formando um grupo de quatro imagens da instituição estudada: contraste, sofrimento, agradabilidade e insegurança. No decorrer do trabalho, tentamos ilustrar como essas imagens repercutem na sensação e expressão de dor pelos pacientes.

Em oito dos mapas produzidos encontramos imagens de contraste, na qual atributos e qualidades do ambiente se polarizam. Esse contraste é apontado por vários autores da psicologia hospitalar como Romano (1994) e Simonetti (2004). Para os pacientes desse estudo, o hospital é um lugar onde você vê muita doença, morte e sofrimento, mas também encontra muita melhora, cura e alegria.

O hospital é um lugar onde cada pessoa tem a sua dor, mas mesmo assim o sujeito nunca fica desamparado, sempre conta com o apoio de alguém. Diante de um quadro álgico, o hospital representa um lugar que tem todo um aparato pessoal e medicamentoso para aliviá-lo, mas que não age com a rapidez esperada pelos pacientes que estão fragilizados com dor.

O hospital é um lugar em que a doença está em evidência, para onde o sujeito vai não por sua escolha, mas por imposição do seu estado de saúde. Encontramos, então, muitas imagens de sofrimento relacionadas a sentimentos de tristeza, dor, saudade, irritação, entre outros.

Quando o paciente se hospitaliza, ele deixa de exercer suas atividades e hábitos diários, o que provoca isolamento social, laboral e afetivo. Submete-se, então, à rotina hospitalar, com a realização de procedimentos e intervenções que independem da vontade dos sujeitos internados.

A ausência de atividades para se fazer no hospital, a mudança de hábitos, bem como a dependência dos pacientes em relação ao hospital foram associadas à piora do quadro álgico por alguns dos pacientes pesquisados.

Vale ressaltar que o fator que causa mais sofrimento, na opinião dos participantes desse estudo, é o tempo de espera imposto pelos profissionais e pela burocracia do SUS, que desencadeia sentimentos e emoções de raiva, irritação e apertio.

Por outro lado, encontramos imagens de agradabilidade em seis dos mapas produzidos, que estavam relacionadas às características físicas e à organização da instituição, bem como a sentimentos de esperança e de segurança. Essa frequência de aparecimento de respostas agradáveis se caracterizou com um dos aspectos que mais nos chamou atenção.

A instituição estudada foi descrita como muito bonita, com muito verde, boa iluminação e ventilação satisfatória. As janelas em todas as enfermarias permitem que o paciente se situe no tempo e no espaço e colabora para a comunicação com o mundo exterior, evitando a cisão entre o ambiente externo e interno do hospital.

Os pacientes atribuem ao hospital a possibilidade de conseguir resolver seus problemas e atingir a cura. Os médicos eram considerados semideuses, com capacidade de proporcionar o retorno à saúde e o alívio da dor e o hospital foi comparado à igreja, à creche e ao mundo da felicidade.

Devido aos cuidados, ao suporte e ao bom atendimento oferecidos pela instituição, os pacientes se sentem seguros nesse espaço. Diante dessa sensação de segurança, os participantes

referem sentir menos dor, pois é muito importante acreditar que a sua dor pode ser controlada e aliviada.

Apesar desse aparato e da segurança transmitida pelos profissionais, apareceram também algumas imagens de insegurança, que envolvem o inesperado, o instável, o que não pode ser facilmente controlável.

Embora a equipe seja eficaz na resolução dos problemas, deixa muito a desejar no que tange ao tempo de espera imposto aos pacientes para que o atendimento das suas necessidades seja realizado. Esse tempo de espera e as dúvidas não esclarecidas desencadeiam sentimentos de angústia e ansiedade que parecem estar associados à piora do quadro algico.

As imagens do hospital de sofrimento e insegurança, bem como o fato dos pacientes colocarem suas vidas nas mãos da equipe, acabam desfavorecendo a potência de ação dos sujeitos hospitalizados. Esses depositam na equipe a responsabilidade pela sua recuperação e a maioria assume uma posição de passividade, aguardando que as coisas se resolvam sem a sua efetiva participação.

Na nossa sociedade, com a cultura do servidor – servido (onde um corpo espera para ser consertado), há um incentivo para uma postura mais passiva do usuário dos serviços de saúde. A equipe é quem detém o conhecimento e se mantém no controle, restando ao paciente colaborar e seguir as orientações dos profissionais de saúde.

Questionamos no decorrer do trabalho se era possível a apropriação do espaço pelos internados, mesmo diante da permanência no hospital restrita temporalmente. Vimos que embora seja curto o tempo de internação, no caso dos pacientes oncológicos, a convivência com esse ambiente se dá por outras vias, como a realização de freqüentes exames, sessões de radioterapia e quimioterapia.

De toda forma, a apropriação do espaço fica comprometida no ambiente hospitalar, principalmente devido ao componente de ação – transformação, ou seja, sua capacidade de intervir e de modificar este lugar deixando sua marca. O paciente acaba se identificando com o ambiente, principalmente devido às imagens de agradabilidade, e reconhece a forma de utilização desse espaço; contudo, o componente de ação transformação fica restrito basicamente às atitudes de ajuda mútua que aconteciam entre os pacientes e familiares nas enfermarias.

Vale ressaltar, que a adaptação ao ambiente hospitalar e a apropriação desse espaço se torna mais complicada nas enfermarias com um maior número de leitos, há mais barulho,

menos privacidade e as pessoas têm seu horário de descanso interrompido várias vezes por conta da administração de medicação e procedimentos em outros pacientes.

A apropriação do espaço é ainda mais difícil para esses pacientes com queixas algicas, tendo em vista que, como evidenciado no decorrer do trabalho, quando estão sentindo dor, referem se isolar, não comem, não falam, fecham-se e restringem o seu território pessoal ao seu corpo.

Como já vem sendo discutido, o período de hospitalização provoca mudanças e causa sofrimento para as pessoas devido às imposições da instituição. Tendo como base os pacientes do nosso estudo, a internação é motivo de mais sofrimento para os pacientes mais idosos do que para aqueles mais jovens, uma vez que os de mais idade referem muito mais incômodo com a perda de espaços de referência, bem como uma maior dificuldade de adaptação às regras do hospital. Isto confirma as pesquisas sobre apropriação do espaço, que mostram que de acordo com a etapa do ciclo de vida há uma maior ou menor possibilidade de apropriação do espaço. Os mais idosos tendem a se adaptar menos a novos lugares, pois estão mais ancorados e identificados com lugares de sua vida cotidiana.

Sendo assim, muito ainda pode ser feito para minimização do sofrimento dos pacientes com quadro algico hospitalizados. Pelo que pudemos ver ao longo desses capítulos, a experiência do sujeito, sua história e a evolução do seu estado de saúde repercutem diretamente na forma como o indivíduo lida com sua dor. Como o sofrimento é diferente para cada pessoa, faz-se necessário, então, uma escuta individualizada e atenta aos pacientes com quadro algico para um melhor alívio do seu sintoma e melhora do seu quadro geral. A importância do profissional de psicologia na equipe é ratificada pela necessidade dessa escuta especializada.

Modificações na estrutura do ambiente, de modo que as enfermarias tivessem um menor número de leitos, contribuiria consideravelmente para uma maior privacidade dos pacientes. Isso aumentaria seu território pessoal, favoreceria a apropriação do espaço e, possivelmente, uma postura mais ativa no seu tratamento. Além do mais, menos pacientes por enfermaria implica uma maior possibilidade de adequação do ambiente às necessidades individuais, sem perder o apoio e a solidariedade que os internados encontram nos seus companheiros de internação.

Por fim, acreditamos que o estudo da relação pessoa-ambiente, levando em consideração as contribuições de alguns teóricos da Psicologia Ambiental, com enfoque nos

aspectos macro e microssociológicos, se mostrou positiva e nos colocou diante de muitos dados importantes para uma melhor compreensão das relações que se estabelecem no âmbito da instituição hospitalar.

A nosso ver, a maior contribuição da psicologia ambiental é esse olhar diferenciado da instituição hospitalar, considerando a dimensão ambiental no estudo/ atuação da Psicologia. A análise e discussão, tendo como aparato teórico essa corrente, mostram a riqueza dessa contribuição para os estudos na área de saúde. Possibilita, dessa forma, um olhar integral para o usuário do serviço de saúde e o ambiente em que ele está inserido, o que nos chama atenção para o fato de que além dos aspectos humanos, o ambiente físico também deve ser considerado na promoção de saúde e na minimização do sofrimento inerente ao tratamento dos pacientes oncológicos.

## 8. REFERÊNCIAS

ALVES, M. C. L. **Apropriação de Espaços: Vivências dos Pacientes Hospitalizados.** São Paulo, Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), 2005.

ARANTES, A. C. L. Q. Tratamento da Dor e Assistência ao Sofrimento: Resgate da Humanização do Cuidar. **Prática Hospitalar.** São Paulo, v. VII, n. 41, 2005. Disponível em <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2015-41.html>. Acesso em 02 de abril de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos - controle da dor.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1999.

BOMFIM, Z. A. C., **Cidade e afetividade: Estima e Construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo.** São Paulo, Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), 2003.

BOMFIM, Z. A. C., Afetividade e ambiente urbano: uma proposta metodológica pelos mapas afetivos. In PINHEIRO, J.& GUNTHER, H. **Metodologias em Psicologia Ambiental,** Fortaleza: Casa do Psicólogo, 2007.

BUDÓ, M. L. D. et al. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista Escola de Enfermagem.** USP, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-05&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-05&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 de janeiro de 2008.

CARVALHO, M.M.M.J. **Introdução a Psiconcologia.** Campinas – SP: Editora Livro Pleno, 2003.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão e protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.13, p.39-55, mai-ago 2004.

CHICÓ, E.; HAYASBI, V.D.; FERREIRA, N.M.L.A. Doente com câncer: a experiência de crescer com sofrimento. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 13, n. 01, p. 57-62, 2004.

CORRALIZA, J.A. Emoción y Ambiente. In ARAGONES, J.I., AMÉRIGO, M. **Psicología Ambiental.** Madrid: Ediciones Pirâmide, 1998.

DORO, P. M.; PASQUINI, R.; MEDEIROS, C. R. *et al.* O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia Ciência e Profissão.** Brasília, vol.24, n.2 p.120-133, jun. 2004. Disponível em [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid.](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.) ISSN 1414-9893. Acesso em 15 de março de 2006.

DUCCIL, A. J.; PIMENTA, C. A. M. Programas educativos e a dor oncológica, **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, Vol. 49, n. 03, p. 185-192, 2003. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v03/pdf/revisao2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v03/pdf/revisao2.pdf). Acesso em: 27 de março de 2006.

FIGUEIREDO, E. M. A. P. A Ambientes de Saúde – O hospital numa perspectiva ambiental terapêutica. In SOCZKA, L. **Contextos Humanos e Psicologia Ambiental**. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. p. 303-335.

FORTES, S.L.C.L. Grupos com pacientes com dor crônica. In Mello Filho, J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 331 – 343.

FURLANI, D.D. **Juventude e Afetividade: Tecendo projetos de vida**. Fortaleza, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará (UFC), 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2005.

GLEIZER, M.A. **Espinosa e a Afetividade Humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. 13ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_ **Manicômios, Prisões e Conventos**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

HEIMSTRA, N.W. **Psicologia Ambiental**. São Paulo: Ed. da USP, 1978.

HOSPITAL A. C. CAMARGO. **Introdução sobre o Câncer**. Disponível em <http://www.hcanc.org.br/index.php?page=12>. Acesso em 01 de abril de 2008.

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ – ICC. Disponível em <http://www.hospcancer-icc.org.br>. Acesso em 05 de janeiro de 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa da Incidência de Câncer para 2006 no Brasil e nas cinco Regiões**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>. Acesso em 01 de abril de 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – IASP. **Conceito de dor (1979)**. Disponível em [http://www.dor.org.br/dor\\_intro.asp](http://www.dor.org.br/dor_intro.asp). Acesso em 29 de junho de 2006.

**Jornal O Povo**. DOR CRÔNICA atinge 30 da população mundial. Fortaleza, Caderno Ciência e Saúde, p. 4, 11 set 2005.

KARKLIS, I.P. e FERREIRA, R.C. **Dor: Uma experiência na História (2008)**. Soc. Brasileira de História da Medicina. Disponível: <http://www.sbhbm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=108>. Acesso em 15 de março de 2008.

KITAYAMA, M.M.G. O desafio da dor sem fim: reflexões sobre a intervenção psicológica junto a pessoas portadoras de dor crônica. In Bruscato, W.L., Beneditti, C., Lopes, S.R.A. **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de SP: Novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 127 – 134.

KRUSE, L. Compreendendo o Ambiente em Psicologia Ambiental. **Psicologia USP**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, v.16, n. 1/2, p. 41-46, 2005.

LEFF, E. **Aventuras da Epistemologia Ambiental: da articulação das ciências ao diálogo dos saberes**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

LEITE, D. M. C. **Pensando a dor à luz do projeto para uma psicologia científica**. Rio de Janeiro, Monografia do curso de especialização em Psicologia Oncológica - Instituto Nacional do Câncer, 2005.

LEITÃO, M.S. **O Psicólogo e o Hospital**. Porto Alegre: Sagra de Luzzato, 1993.

LIMA, G.E.M. **Corpo Vivido, Afetividade e Deficiência Motora (Tetraplegia)**. Fortaleza, Monografia de Conclusão do Curso de Psicologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), 2004.

LYNCH, K. **La Imagen de la Ciudad**. Barcelona: Editorial Gustavo Gil, 1998.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Ed, 1992. p. 165-178.

MACIEL, M. G. S. A Dor Crônica no contexto dos cuidados paliativos. **Prática Hospitalar**. São Paulo, ano VI, n. 35, 2003. Disponível em <http://www.praticahospitalar.com.br/>. Acesso em 12 de janeiro de 2008.

MARQUES, A. P. F. S. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, vol.2, no.2, 2002. Disponível em: <[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1677-7409. Acesso em: 27 de março de 2006.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/artigo5.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/artigo5.html)>. Acesso em: 26 de maio de 2006.

MIRANDA, M. A. G. **O paciente oncológico e seus mecanismos de adaptação à dor crônica**. Rio de Janeiro, Monografia do Curso de especialização em Psicologia Oncológica - Instituto Nacional do Câncer, 2004.

MONTERO, M. **Hacer para Transformar**. El método en La psicología comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MOSER, G. Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia**, Natal – RN, v. 3, n. 1, p. 121-130, 1998.

OSBORNE, R. **Dicionário de Sociologia**. Disponível em <http://www.prof2000.pt/users/dicsoc/index.html>. Acesso em 04 de dezembro de 2007.

PAVANI, N. J. P. Dor no Câncer – Parte I. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, Ano III, n. 12, p. 42, 2000. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/12artigo6.asp?nrev=Nº 12>>. Acesso em: 27 mar. 2006.

\_\_\_\_\_. Dor no Câncer – Parte II. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, Ano IV, n. 13, p. 14-26, 2001. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/13Pag14.asp?nrev=Nº 13>>. Acesso em: 27 mar. 2006.

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.F. Z. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. **Revista Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 32, n.2, p. 144-52, ago. 1998.

PINHEIRO, G. R. **Dor: um sintoma subjetivo e sua dimensão no paciente com câncer**. Fortaleza, Monografia de conclusão do curso de Psicologia – Universidade Federal do Ceará, 2006.

PINTO, F. E. M. A dimensão afetiva do sujeito psicológico: algumas definições e principais características. **Revista de Educação**. Anhanguera Educacional S.A, v.10, n.10, p. 9-15, 2007. Disponível em [www.unianhanguera.edu.br/programasinst/Revistas/revistas2007/educacao2007](http://www.unianhanguera.edu.br/programasinst/Revistas/revistas2007/educacao2007).

POL, E. Symbolism a priori – symbolism a posteriori. In REMESAR, A. (Ed.). **Urban Regeneration**. A challenge for Public Art. Monografies Psico / Sócio/ Ambientais. Barcelona, n. 6, p. 71-76, 1997.

\_\_\_\_\_. La apropiación Del Espacio. IN: **Cognición, representación e apropiación del espacio**. Barcelona, Monografies Sócio/ Ambientais, 1996.

PUSTAI, O.J. O Sistema de Saúde no Brasil. In DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 70-75.

**Revista Veja**. Caderno Saúde: A luta de um psiquiatra francês contra o câncer. São Paulo, 16 de julho de 2008. Disponível em [http://veja.abril.com.br/160708/p\\_143.shtml](http://veja.abril.com.br/160708/p_143.shtml). Acesso em 18 de julho de 2008.

**Revista Veja**. A luta contra uma das doenças mais temidas, os tumores malignos, está avançando com histórias isoladas. São Paulo, 31 de Janeiro de 2001. Disponível em: [http://veja.abril.com.br/310101/p\\_090.html](http://veja.abril.com.br/310101/p_090.html). Acesso em 15 de março de 2008.

REY, F. L. G. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002.

\_\_\_\_\_. **Psicologia Social e Saúde**. In SILVA, M.F.S. e AQUINO, C.A.B. (Org.). **Psicologia Social Desdobramentos e Aplicações**. Coleção Ensaio Transversais. São Paulo: Escrituras Editora, 2004.

REZENDE, V. L. et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, V. 51, n. 01, p. 79-87, 2005. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v01/pdf/revisao5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao5.pdf). Acesso em: 27 de março de 2006.

ROMANO, W.S.A. **A Prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

SAWADA, N.O. et al. Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 5-10, jan 1998.

SATIR, C. A. A Dor, o Indivíduo e a Cultura. **Revista Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro, v.10, n. 1, jan-jul/ 2001. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X/dor.htm>. Acesso em 19 de fevereiro de 2008.

SAWAIA, B.B. O Sofrimento Ético Político como Categoria de Análise da dialética Exclusão/Inclusão. In SAWAIA, B.B. **As artimanhas da Exclusão**. Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Porque Investigar Afetividade?** Texto apresentado para concurso de Professor Titular de Sociologia da PUCSP. PUC: São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. **Emotion as a locus of knowledge production-a reflection inspired in Vygotsky and his dialog with Espinosa**. XXVIII Interamerican Congress of Psychology, Santiago, 2001.

\_\_\_\_\_. Affectivity as an ethical-political phenomenon and locus for critical epistemological reflection in Social Psychology. **International Journal of Critical Psychology**, nº 9, 2003.

SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo**. [Tradução de Rosanne Wertman]. 2ª Ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1994.

SCHONFELD, D. J. O Entendimento Cognitivo da Criança Sobre a Doença. In: LEWIS, M. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas Ed, 1995. p. 961-965.

SCHULZE, C. M. N. (org) **Dimensões da Dor no Câncer – Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

SEVERO, M.C. **Estratégias em Psicologia Institucional**. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2004.

SMOLKA, A.L.B.; LAPLANE, A.L.F. Processos de Cultura e Internalização. **Revista viver mente e cérebro**. Lev Semenovich Vygotsky: Uma educação dialética. Coleção memória da Pedagogia. São Paulo, n. 2, p. 76-83, 2005.

SOFAER, B. **Dor – Manual Prático**. [Tradução de José Eduardo de Figueiredo]. 2ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1994.

THIBAUD, J.P. O Ambiente Sensorial das Cidades: para uma Abordagem de Ambiências Urbanas. In TASSARA, E.T.O.; RABINOVICH, E.P.; GUEDES, M.C. **Psicologia e Ambiente**. São Paulo: EDUC, 2004. p. 347-362.

# **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos antes da Aplicação do Pré-teste

#### 1. Dados Pessoais

- Sexo: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Estuda ou trabalha? \_\_\_\_\_
- Há quantos dias está internado? \_\_\_\_\_
- Quantas vezes você já esteve internado? \_\_\_\_\_
- Com que frequência vem ao hospital quando não está internado?  
( ) semanalmente   ( ) quinzenalmente   ( ) mensalmente   ( ) semestralmente  
( ) \_\_\_\_\_

2. Na próxima página você deverá fazer um desenho que represente sua forma de ver, sua forma de representar ou sua forma de sentir esse hospital.

3. As seguintes perguntas fazem referência ao desenho feito por você. Não existem respostas certas ou erradas, boas ou ruins, mas sim, suas opiniões e impressões.

– Explique brevemente que significado o desenho tem para você.

---

---

---

---

---

---

– Descreva que sentimentos o desenho lhe desperta:

---

---

---

---

---

– Escreva seis palavras que resumam seus sentimentos em relação ao desenho:

---

---

---

Abaixo você encontrará algumas perguntas sobre esse hospital. Lembre que se trata de suas opiniões e pontos de vista.

4. Caso alguém lhe perguntasse o que pensa sobre esse hospital, o que você diria?

---

---

---

---

---

---

5. Se você tivesse que fazer uma comparação desse hospital com algo, com o que você o compararia? Por quê?

---

---

---

---

---

6. Descreva os locais que você vai com mais frequência dentro do hospital. Indique o nome, a finalidade para que você vai a esses locais, os detalhes que chamam a sua atenção e as pessoas com quem você convive nesses espaços.

---

---

---

---

---

---

7. O que você gosta nesse ambiente hospitalar?

---

---

---

---

8. O que você não gosta nesse ambiente hospitalar?

---

---

---

---

9. O que poderia melhorar nesse local?

---

---

---

---

## APÊNDICE B

### Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (Versão Final)

#### 1. Dados Pessoais

- Sexo: \_\_\_\_\_
  - Idade: \_\_\_\_\_
  - Estuda ou trabalha? \_\_\_\_\_
  - Há quanto tempo iniciou o tratamento? \_\_\_\_\_
  - Há quantos dias está internado? \_\_\_\_\_
  - Quantas vezes você já esteve internado? \_\_\_\_\_
  - Com que frequência vem ao hospital quando não está internado?  
 semanalmente     quinzenalmente     mensalmente     semestralmente  
 \_\_\_\_\_
2. Como você está se sentindo?
  3. Você poderia fazer um desenho do hospital?  
(Entregar folha em branco para o Desenho)
  4. As seguintes perguntas fazem referência ao desenho feito por você. Não existem respostas certas ou erradas, boas ou ruins, mas sim, suas opiniões e impressões.
    - Explique o que você desenhou.
    - O que você sente quando olha pra esse desenho.
    - Você poderia me dizer alguns sentimentos que você sente quando está aqui.
  5. Se um amigo ou parente seu lhe perguntasse o que você acha desse hospital, o que você diria?
  6. Se o mesmo amigo lhe perguntasse: o hospital parece com o que? O que você responderia? Por quê?
  7. Quais os locais a que você vai mais no hospital? (Você pode dizer o nome, por que você vai nesses lugares, o que mais chama sua atenção, as pessoas que você encontra).
  8. Que você gosta no hospital?
  9. Que você não gosta no hospital?
  10. Que poderia melhorar nesse local?
  11. Você sente dor no Hospital?
  12. Como é a sua dor?
  13. Que você faz quando sente dor?

14. Como as pessoas reagem quando você demonstra que está com dor?
15. Existe algo que você acha que poderia ser feito no hospital para diminuir a sua dor?

**APÊNDICE C**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “Ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor”, cujo objetivo é conhecer melhor como o ambiente hospitalar influencia na sensação e na expressão de dor no paciente hospitalizado.

A sua participação será da seguinte forma: você fará um desenho e, em seguida, serão feitas algumas perguntas referentes a como você se sente no hospital e ao seu estado de saúde, que serão gravadas. Será analisado, também, o seu prontuário médico.

Com essas informações, gostaríamos de saber se você aceita participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. a sua autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. se você sentir algum incômodo durante a entrevista, a mesma será imediatamente interrompida; 3. em nenhum momento será anunciado o seu nome ou qualquer outra informação que identifique que você participou dessa pesquisa; 4. você pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa em pauta; 6. somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar esse documento.

Caso você queira mais informações sobre essa pesquisa ou sobre o assunto discutido, entre em contato com a pesquisadora Glícia Rodrigues Pinheiro, pelo do telefone (85) 8836-1730, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará pelo telefone: 32884478.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Glícia Rodrigues Pinheiro  
(Pesquisadora Responsável)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE



**APÊNDICE D****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**  
**(Para Adolescentes)**

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “Ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor”, cujo objetivo é conhecer melhor como o ambiente hospitalar influencia na sensação e na expressão de dor no paciente hospitalizado.

A participação de seu filho será da seguinte forma: ele fará um desenho e, em seguida, serão feitas algumas perguntas referentes a como ele se sente no hospital e ao seu estado de saúde, que serão gravadas. Será analisado, também, o prontuário médico de seu filho.

Com essas informações, gostaríamos de saber se você e seu filho aceitam participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. a sua autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. se seu filho sentir algum incômodo durante a entrevista, a mesma será imediatamente interrompida; 3. em nenhum momento será anunciado o nome de seu filho ou qualquer outra informação que identifique que ele participou dessa pesquisa; 4. você ou seu filho podem desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para vocês dois; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa em pauta; 6. somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar esse documento.

Caso você queira mais informações sobre essa pesquisa ou sobre o assunto discutido, entre em contato com a pesquisadora Glícia Rodrigues Pinheiro, através do telefone (85) 8836-1730, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará pelo telefone: 32884478.

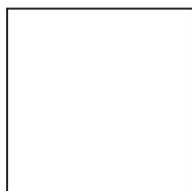
Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

Glícia Rodrigues Pinheiro  
(Pesquisadora Responsável)

---

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



---

ASSINATURA DO PACIENTE



# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**Instrumento Bomfim (2003)**

**DESENHO DE SÃO PAULO N.**

Investigadores de psicologia social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Universidade de Barcelona realizam um estudo sobre as **percepções, interpretações e sentimentos que têm os / as residentes em cidades** da Catalunha (Barcelona) e do Brasil (São Paulo). Trata-se de um estudo sobre o que pensa e o que sente as pessoas, e como vêm suas respectivas cidades. Por este motivo, lhe pedimos que responda às seguintes perguntas tendo em conta que **não há respostas boas ou ruins, corretas ou incorretas**, mas sim, suas opiniões e impressões. Obviamente, o questionário é **anônimo** e toda a informação será **confidencial**.

As seguintes perguntas fazem referência ao desenho realizado por você.

**1. Explique brevemente o significado que tem para você o desenho.**

**2. Descreva que sentimentos lhe provocam o desenho.**

3. Escreva 6 palavras que resumam seus sentimentos em relação ao desenho.

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Na continuação, encontrará perguntas de caráter geral sobre a cidade de São Paulo. Recorde que se trata de suas opiniões e pontos de vista.

**4. Caso alguém lhe perguntasse o que pensa da cidade de São Paulo, o que lhe diria?**

**5. Caso você tivesse que colocar uma nota (de 0 a 10, como no colégio), que nota colocaria em relação à cidade de São Paulo? Destaque a nota que você poria com um círculo.**

Sinto-me muito identificado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade que há ordem e desordem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tenho amor a esta cidade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gosto da cidade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade com tensão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sinto-me muito apegado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade sufocante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade que forma parte de mim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade que há angustia e liberdade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E uma cidade cômoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

É uma cidade tranqüila	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade bonita e feia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade sufocante e tranqüila	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É uma cidade agradável	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sinto-me só na cidade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A cidade tem uma surpresa sempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**6. Caso você tivesse que fazer uma comparação da cidade de São Paulo com algo, com que a compararia?**

**7. Descreva os dois caminhos que percorre, mais freqüentemente em São Paulo (utilize nomes de ruas, lugares de origem e de destino, elementos característicos que chamem a atenção durante o trajeto, etc. e que permitam identificá-los). Indique também para que faz estes caminhos.**

Caminho 1

Caminho 2

**Pertence a alguma associação (de vizinhos, cultural, reivindicativa, solidária, etc.)?**

- Não  
 Sim → Poderia indicar de que tipo é? \_\_\_\_\_

**Você tem participado em alguma ação social, reivindicativa ou solidária?**

- Não  
 Sim → Poderia indicar de que tipo de ação se tratava?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por último, pode responder a estas breves questões?

**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

- Mulher**  
 **Homem**

- 3 **Lugar e Estado de nascimento:** \_\_\_\_\_  
 3 Cidade e Estado de residência habitual: \_\_\_\_\_  
 3 Bairro de residência habitual: \_\_\_\_\_  
 3 Tempo de residência: \_\_\_\_\_

Que escolaridade tem?

- Sem estudos  
 Estudos de primeiro grau  
 Estudos de segundo grau e técnico  
 Acesso à universidade  
 Titulação média  
 Titulação superior  
 Estudos de segundo grau em curso  
 Estudos universitários em curso

Em relação ao trabalho, em qual destas situações se encontra?

- Do lar
- Aposentado
- Desempregado
- Estudando sem trabalhar
- Profissional por conta própria (médicos, advogados, etc.)
- Profissional assalariado (médicos, advogados, etc.)
- Trabalhador manual não qualificado
- Trabalhador manual qualificado
- Chefia intermediária
- Alta direção

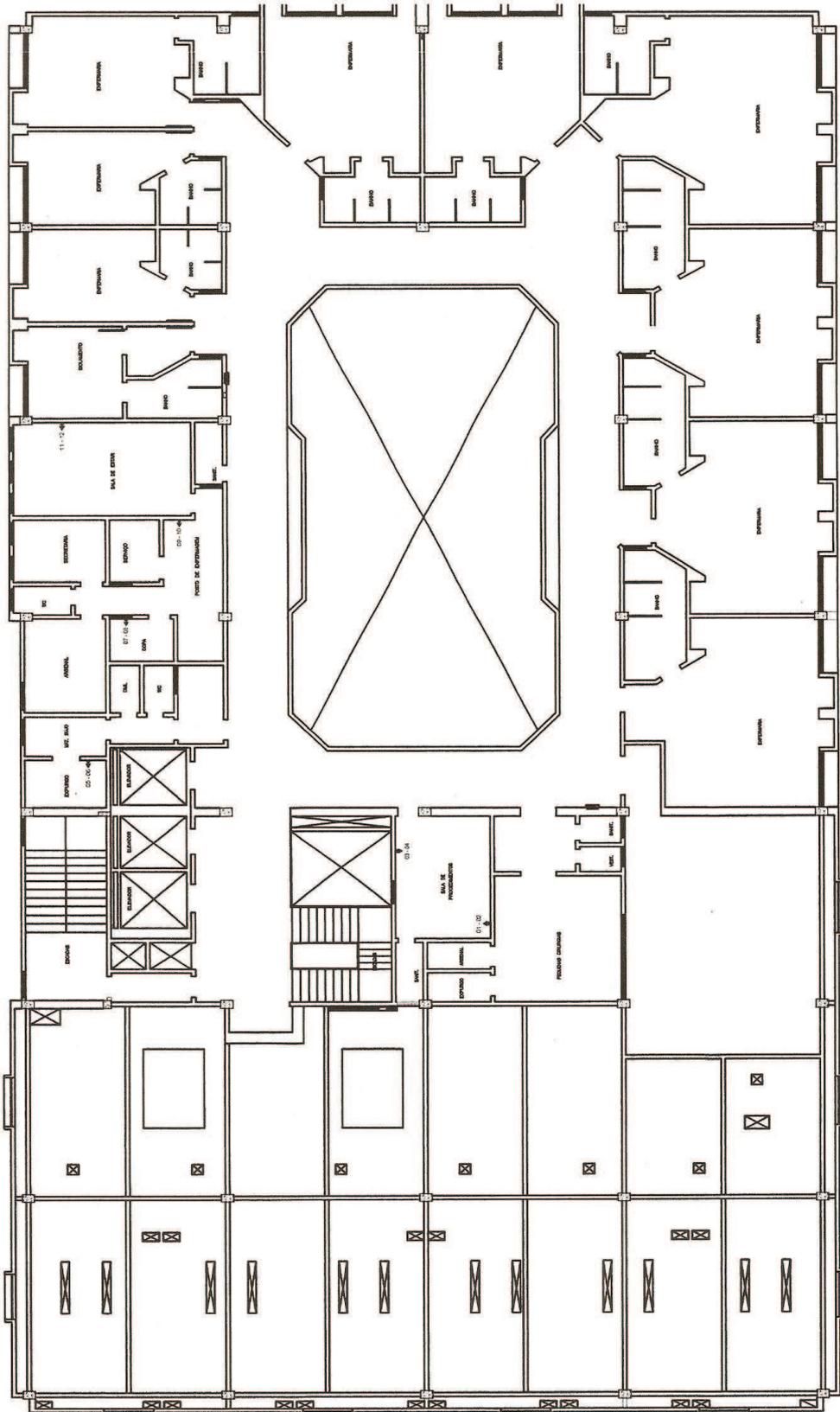
Salário mensal próprio (em caso de estudantes que não vivam de seu salário indicar o valor da renda familiar):

- Menos de 500,00 reais
- Entre 500,00 e 1.200,00 reais.
- Entre 1.200,00 e 3.000,00 reais.
- Entre 3.000,00 e 5.000,00 reais.
- Mais de 5.000,00 reais.

Agradecemos sua colaboração!



**ANEXO C**



INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ - ICC  
PLANTA BAIXA  
4º PAVIMENTO