

Afetividade na relação paciente e ambiente hospitalar

Glícia Rodrigues Pinheiro

Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP).

End.: R. Visconde de Mauá, 1661, apt. 1602. Fortaleza, CE. CEP: 60125-160.

E-mail: glícia_rodrigues@yahoo.com.br

Zulmira Áurea Cruz Bomfim

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC e do Departamento de Psicologia da UFC. Coordenadora do Laboratório de Psicologia Ambiental da UFC (LOCUS).

End.: R. Adolfo Moreira de Carvalho, 140. Fortaleza, CE. CEP: 60811-740.

E-mail: zulaurea@uol.com.br

Resumo

O objetivo desse artigo é discutir a afetividade como categoria de análise da relação paciente e ambiente hospitalar. Esse artigo é parte do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado, intitulada “Afetividade e ambiente hospitalar: Construção de significados pelo paciente oncológico com dor”. Buscou-se uma compreensão

histórico-cultural na relação entre percepção e ação, subjetividade e objetividade, paciente e hospital, enfatizando a afetividade (emoções e sentimentos) como possibilidade de integração e superação da visão dicotômica dessas dimensões. Partiu-se dos pressupostos de que a afetividade pode ser uma forma de se conhecer o ambiente hospitalar e de que a experiência emocional é um indicador da ação e da forma como o paciente se implica nesse espaço. Com intuito de enriquecer a pesquisa bibliográfica, fez-se uso de um estudo preliminar realizado durante a elaboração do texto da dissertação. Nesse trabalho de campo, foi utilizada uma metodologia de apreensão dos afetos desenvolvida por Bomfim (2003) na sua tese de doutorado, a saber: os mapas afetivos. A princípio, definiu-se afetividade como sentimentos e emoções. No segundo momento, procurou-se discutir sobre a afetividade como categoria mediadora de dicotomias presentes na ciência psicológica, iniciando pela razão x emoção, em seguida, enfocando a relação mente x corpo no contexto hospitalar. Discutiu-se, então, sobre importância da cultura nas formas de manifestação dos sentimentos, emoções e sensações corporais, enfocando os aspectos socio-culturais da dor. Referenciando-se na noção de que o impacto emocional do ambiente interfere nas condutas humanas, empreendeu-se, também, uma discussão sobre a afetividade como mediadora da ação-transformação. Os resultados apontaram para imagens de contraste, sofrimento, agradabilidade e insegurança presentes no ambiente hospitalar e como o estudo do ambiente por intermédio da afetividade pode favorecer a humanização e o tratamento dos pacientes oncológicos com dor.

Palavras-chave: afetividade, paciente, ambiente hospitalar, dicotomias, psicologia.

Abstract

This article aims to discuss the affection as an analysis category of the relation between the patient and the hospital. This work is a part of the master's dissertation entitled "Affection and hospital: construction of meanings by the oncologic patient with pain." We aimed to bring a historic-cultural understanding about the relationships between perception and action, subjectivity and objectivity, patient and hospital, emphasizing the affection (feelings and emotions) as a possibility of integration and overcoming the

dichotomy of these dimensions. It was based on the assumptions that the affection may be a way to understand the hospital environment and that the emotional experience is an indicator of the patient action and how he gets involved in this space. In order to enrich the literature investigation, we used a preliminary study carried out during the preparation of the dissertation text. In this field work, we used an affection apprehension methodology developed by Bomfim (2003) in her doctoral thesis, namely the affective maps. At first, it was defined what is meant by affection, feelings and emotions. Secondly, we have tried to discuss the affection as a mediator category for the dichotomies in the psychological science, beginning with rationality x emotion, then focusing on the relationship mind x body in hospital context. We discussed, then, on the importance of culture in the forms to express feelings, emotions and body sensations, focusing on the social and cultural aspects of pain. We took as a reference the notion that the emotional impact of the environment affects human conduct, and we also had a discussion on affection as a mediator of the action/transformation. The results brought us images of contrast, suffering and safety in the hospital environment and also showed how the study of the environment through the affection may promote the humanization and the treatment of oncologic patients with pain.

Keywords: affection, patient, hospital environment, dichotomies, psychology.

Introdução

O objetivo deste estudo é compreender a inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente oncológico com dor ao longo de seu processo de hospitalização. Uma das nossas preocupações no desenvolvimento desse trabalho é superar as dicotomias que tradicionalmente estão presentes na ciência psicológica, de maneira que possamos desenvolver 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 (Bomfim, 2003; Sawaia, 2000;

Corraliza, 1998). É partindo desse enfoque que faz sentido pensar em tal relação entre 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 relacionado à conversão do espaço físico em espaço significativo para o indivíduo. O significado do ambiente se refere à representação que um ambiente tem para um sujeito. Na análise desse significado, deve-se 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 do sujeito e do ambiente, onde o meio interfere na construção do sujeito e este, na construção daquele (Corraliza, 1998).

Levando em conta que 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, elegemos a afetividade como categoria mediadora no nosso estudo da relação “paciente e ambiente hospitalar”.

Segundo Bomfim (2003), a afetividade, dentro da perspectiva histórico-cultural, apresenta-se como uma categoria de análise integradora das cisões que fazem parte da Psicologia. Isso possibilita uma compreensão global, que envolva a totalidade e que não dicotomize esse par pessoa-ambiente.

Buscamos, então, discutir sobre como a afetividade pode ser usada para a compreensão da relação paciente e ambiente hospitalar e para construção de conhecimento científico acerca deste tema.

Esse trabalho ora apresentado é parte do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado de uma das autoras, intitulada “Afetividade e ambiente hospitalar: Construção de significados pelo paciente oncológico com dor”. Com intuito de enriquecer esse artigo, fizemos uso de algumas falas retiradas de um estudo preliminar realizado durante a elaboração do texto da dissertação.

Nessa investigação, utilizamos uma metodologia de apreensão dos afetos desenvolvida por Bomfim (2003) na sua tese de doutorado, a saber: os mapas afetivos. A partir do instrumento, são produzidas imagens que consideram os significados, os sentimentos, os desenhos e as metáforas dos sujeitos participantes. Desta forma, torna-se possível averiguar como pessoas percebem e se posicionam diante do ambiente onde se encontram.

1. Metodologia

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).

A pesquisa bibliográfica teve como foco 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. Na pesquisa de campo utilizada, contamos com a colaboração de três pacientes que estavam hospitalizados, que apresentaram queixas recorrentes de dor segundo o prontuário médico e que tinham disponibilidade para participar do estudo. 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.

O meio de coleta utilizado foi o instrumento gerador 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 resultado 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 baseou no estudo da afetividade na perspectiva histórico-cultural, que tem como pressuposto teórico os processos psicológicos superiores pesquisados por Vygotsky.

A composição das funções psicológicas superiores remete à 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 acessar 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.

A aplicação desse método inclui um conjunto de etapas, a saber:

a) Características sociais: Primeiro item do instrumento. Variáveis: sexo, idade, se estuda ou trabalha, 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.

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. No estudo atual, esses sentimentos foram colocados em relação ao hospital como um todo e não só ao desenho.

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 é o item que pede uma comparação do hospital com algo. Permite a elaboração de metáforas e caracteriza-se por ser uma nova síntese de compreensão do sentindo da comunicação complexa do afeto.

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

Na aplicação do instrumento gerador dos mapas afetivos, são dadas algumas orientações e os participantes respondem sozinhos ao questionário, devolvendo-o em seguida ao pesquisador. Contudo, 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. A produção do desenho é o único item que seguiu a forma de aplicação conforme o instrumento elaborado por Bomfim (2003).

2. Conceituando...

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 concordarmos 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 descritas 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 como 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 Damásio (1998), 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, nesses casos eles são reavaliados constantemente através das emoções.

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

3. 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 se faz possível a compreensão desse ambiente e das relações que nele se estabelecem.

A construção de conhecimento do hospital proposta nesse trabalho se insere nessa lógica. Busca-se conhecer o ambiente hospitalar a partir das percepções, emoções e sentimentos dos pacientes hospitalizados, com o objetivo de entender como esse ambiente afeta o sujeito e suas formas de interação nesse espaço.

O significado do ambiente está presente, também, como sentimentos na corporeidade. O corpo aparece não só como um acompanhante exterior das coisas, mas como um campo onde se localizam as afecções (BOMFIM, 2003). Esse estudo tem como base esse corpo que sente, age e eleva à consciência essas afecções por meio de significações.

Bomfim (2005) discorre sobre a afetividade como possibilidade de se conhecer a cidade, mas cita outros trabalhos, nos quais essa categoria foi utilizada como forma de conhecer outros ambientes, como o trabalho desenvolvido por Ferreira (2003), que estudou o cenário de uma comunidade e outros estudos desenvolvidos pelo Laboratório de Psicologia Ambiental da UFC – LOCUS em escolas e na universidade. Tendo por base essa possibilidade, apropriou-se 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. A forma como o paciente se implica com o ambiente já é um indicador de sua ação: “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, observar como os indivíduos agem e se posicionam nesse espaço. 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). Com base na possibilidade de interação entre fenômenos sócio-culturais e psicológicos é que foi eleita a categoria de afetividade para a reflexão sobre a inter-relação entre o ambiente hospitalar e o paciente.

4. Superando a dicotomia Razão x Emoção

Existe 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 (emoções e sentimentos) é concebida, de modo geral, como inferior à razão. A emoção turva a razão, distancia o homem da racionalidade, da verdade e da conduta correta, correspondendo a uma dimensão inferior do homem e se caracterizando como resquício animal do homem primitivo no homem maduro. 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 (2001), Bomfim (2005), Espinosa (1996), Vygotsky (1991) afirmam que a dimensão emocional pode contribuir 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.

Damáσιο (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, não se caracterizando como algo superior.

Lane (1994) discorre 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).

Gleizer (2005/1961) 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 na construção do homem. Observa-se que, em alguns momentos, foram adotadas posições intolerantes e polarizadoras, alternando entre o dogmatismo da objetividade e o dogmatismo dos sentidos, e em outros momentos colocaram essas duas variáveis como interdependentes.

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).

Essa perspectiva do estudo da afetividade baseia-se na vertente histórico-cultural da psicologia social, por sua instigante reflexão sobre a necessidade de superação das dicotomias (Bomfim, 2003). Buscou-se, na consecução desse trabalho, uma categoria de análise que superasse as dicotomias e que possibilitasse uma dialética entre mente e corpo; ambiente e sujeito; emocional e racional; hospital e paciente.

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

Espinosa e Vygotsky foram dois pensadores que se empenharam em superar as cisões ontológicas clássicas, elegendo a afetividade como microcosmo dessa junção e, para tanto, promoveram a mudança do papel que ela desempenha na história das idéias, de vilã do conhecimento, inimiga da razão e provocadora de erros e desvios, e nas ciências humanas de variável a ser controlada e anulada (Sawaia, 2003, on-line).

A originalidade desses pensadores para a psicologia está no assumir os afetos como inerentes à condição humana e, como tal, irredutíveis e inalienáveis. 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, os 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 Vygotsky (1991):

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 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, em princípio, 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).

5. Afetividade e Cultura

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 estão imbricadas com a construção da identidade e o desenvolvimento da consciência e demais funções psicológicas, bem como os valores e a moralidade. As afecções do corpo entram em conexão com as significações sociais dominantes e, nessa síntese, há um confronto das 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 nossas idéias, 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.

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 sociohistórico 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 se pensa no paciente hospitalizado com dor e sua forma de expressar seu sofrimento, anda 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.

Visto dessa forma, os aspectos culturais são centrais na formação do significado da dor. Logo, conhecer o contexto socio-cultural no qual o indivíduo está inserido é muito importante para a compreensão do entendimento da dor pelo paciente e de sua reação. O paciente pode referir-se, avaliar e reagir ao fenômeno de diferentes formas, intensidades, atitudes e reações.

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 álgica. 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 da dor são culturalmente prescritas, e as tradições culturais ditam como agir durante uma experiência dolorosa e em que situações ela é esperada e tolerada.

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

Os mesmos autores 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, para saber se uma pessoa está com quadro algico, faz-se necessária uma demonstração verbal ou não-verbal. Quando há essa demonstração, a experiência e a percepção privadas 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 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 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 associadas a este, podem afetar a sensação algica (Pereira & Zago, 1998; Budo, 2007). A paciente a seguir fala da sua forma de expressão:

“Quando eu estou com dor eu digo, aí eles vão, me dão algum remédio. Quando o efeito do remédio passa aí fica tudo ruim de novo. Eu não sei falar como é que é minha dor não, só sei que eu quase não posso suportar, maior do que ela é, eu não ia agüentar não” (R.S.S, Sexo: F, 48 anos, CA de mama).

Nenhuma realidade humana prescinde da dimensão social, tampouco o corpo ou a dor. A singularidade da dor como expe-

riência 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. 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).

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

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).

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. Vale ressaltar que não podemos esquecer que o sofrimento do paciente envolve aspectos fisiológicos, socioculturais, familiares, psicológicos e espirituais. Supervalorizar os aspectos fisiológicos, negligenciando as demais esferas de sofrimento ou atribuir ao paciente toda a responsabilidade pelo seu processo tende a causar mais dor para este e seus familiares.

A importância de estudar o ambiente hospitalar, a partir da afetividade (sentimentos e emoções) dos pacientes hospitalizados, 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.

6. Superando a dicotomia Mente x Corpo no contexto hospitalar

Atualmente, existe uma tendência de buscar essa 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 à terapêutica clínica o tratamento de doenças que estão afetando o organismo, para que se alcance a cura e a 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

cial, 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 psicológicas específicas” (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, conforme observamos no relato a seguir:

Quando eu estou aqui, às vezes eu fico triste. Triste porque eu fico longe de todo mundo. Eu queria era estar em casa, perto da minha mãe, do meu pai, dos meus irmãos. Queria também ir pro colégio, porque desde que eu fiquei doente eu não fui mais não (J.F.N, Sexo: M, 14 anos, Linfoma).

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, o que pode se configurar 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. Eis uma fala de uma paciente que ilustra bem essa situação:

Quando a gente chega no hospital, eles colocam logo a gente lá naquelas camas véas para tomar o remédio e deixam a gente lá. E aí fica cada um em sua cama, ninguém

chega perto do outro, não tem com quem falar. É muito sofrimento... (F.P.S, Sexo: F, 46 anos, CA de ovário).

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.

Meu marido vive me dizendo que o que me deixa assim, doente, é essa minha depressão. Ele quer que eu levante, saia da rede, ria... Mas eu não quero não... Quando eu levanto as pernas doem... Como é que pode alguém ficar rindo desse jeito... (F.P.S, Sexo: F, 46 anos, CA de ovário).

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, agravando o caso (Fortes, 2002).

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. Faz-se necessária uma atenção a esses 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.

7. Afetividade como mediadora da Ação-Transformação

O que o indivíduo sente afeta e interfere na forma deste se implicar e de agir sobre o ambiente. Com base na idéia de potência de ação descrita por Sawaia (2003), e de ação-transformação como a ação pessoal e social do homem sobre o ambiente, a autora avalia que alguns sentimentos e emoções potencializam a ação das pessoas sobre o mundo, proporcionando uma libertação de ações e de idéias inadequadas que tendem a aprisionar e impedir de ter uma ação positiva sobre o meio. Atitudes positivas sobre o ambiente podem transformá-lo em mais assimilável, mais humanizado e mais propício a verdadeiros encontros. Ressalta-se que a idéia de positividade não quer dizer uma visão otimista da realidade, nem tampouco uma menção à doutrina filosófica positivista, mas sim à compreensão de que os nossos sentimentos nos humanizam mesmo quando estes são considerados negativos, como por exemplo, a tristeza e a raiva.

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 (*affectiones*) 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, 2005/1961; p.33).

Vista dessa forma, afetividade pode contribuir para uma variação positiva ou negativa da 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, 2005/1961).

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, resultado do auto-conhecimento e auto-responsabilidade pelas suas percepções e ações.

A autora também fala da 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 seu corpo. O indivíduo passa a solicitar do outro que o salve da obrigação de reger a própria vida, passando a desejar sua própria servidão. O que os imobiliza, então, são as idéias inadequadas (institucionais e ideológicas) que são impostas e vão de encontro aos seus afetos e desejos (Sawaia, 2003).

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, negar a possibilidade do sujeito contribuir para o re-estabelecimento de sua saúde.

No ambiente hospitalar existem muitas idéias institucionais que imobilizam 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 alcance sua máxima eficiência (Simonetti, 2004).

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 permeado de passividade.

Quando eu estou no hospital eu não faço nada, fico parada tomando os meus remédios. Mas assim... eu já conheço o hospital inteiro, já passei por todo canto. Eles

mandam eu ir pra um canto, eu vou, depois mandam pra outro, ai eu vou também. Só volto pra minha cidade agora, quando conseguirem controlar minha dor (F.P.S, Sexo: F, 46 anos, CA de ovário).

A potência de ação ocorre quando os afetos ligados a situações, pessoas ou coisas mudam, 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.

Com a internação hospitalar, o paciente passa a ter sua vida e seu corpo sob 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 se 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.

8. Resultados

A partir dos resultados levantados pelo instrumento gerador dos mapas afetivos, deparamo-nos com várias significações do ambiente hospitalar, que são atribuídas por cada paciente de forma singular. 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 vê muita doença, mas também vê 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 de **contrastes** 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 de grande porte, eles se sentem tristes por precisarem dessa instituição.

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.

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.

Por meio das imagens de sofrimento, percebemos que os pacientes associam o ambiente hospitalar a qualidades relacionadas a sentimentos de tristeza e dor, ligados principalmente à situação de doença.

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 território pessoal, como nos relata J.F.N (Sexo: M, 14 anos, Linfoma): “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.

As imagens de **agradabilidade** estão relacionadas, principalmente, à atenção e à assistência prestadas pela equipe. 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.

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 (R.S.S, Sexo: F, 48 anos, CA de mama).

Contudo, algumas questões não são bem explicadas, o que deixa o paciente com dúvidas, 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 de angústia. São essas dúvidas e incertezas que caracterizam as imagens de **insegurança** que surgiram em relação ao ambiente estudado.

Por conta de algumas representações do ambiente hospitalar, como um lugar que o sujeito vai por imposição do seu estado de saúde e de um lugar que afasta o sujeito do seu convívio social e atividades cotidianas, há uma inibição da potência de ação dos sujeitos. Essa inibição é ainda mais evidente para os pacientes com quadro algíco, que durante os episódios dolorosos ficam estáticos, não comem, não falam, não interagem com os outros e evitam até pequenos movimentos corporais.

9. Considerações Finais

Buscamos, ao longo desse artigo, devolver à afetividade sua importância no estudo das relações inter-pessoais, especialmente para a compreensão da relação paciente e ambiente hospitalar. Entendendo a afetividade a partir de um enfoque psicossocial e histórico-cultural no estudo dessa relação, enfatizamos o afeto como mediador da percepção e do conhecimento sobre o espaço. Alguns indicadores afetivos mostram que o hospital (ambiente) para o paciente oncológico com dor estudado, pode ser de contraste, de sofrimento, de agradabilidade e de insegurança.

Percebemos, também, que a forma como o sujeito se sente no hospital reflete sua implicação com este espaço. Essa relação entre sentir e conhecer o ambiente, em nossa concepção, rompe com a dicotomia razão x emoção, tão estabelecida e validada na produção do conhecimento científico.

O ambiente hospitalar, por sua vez, negligencia, quase sempre, as necessidades emocionais do paciente com a finalidade de um melhor resultado na adaptação à função. O sujeito está à margem da sociedade, excluído do seu contexto social, laboral e familiar e inserido num ambiente institucional, adaptado e construído para atender a função de promoção da saúde.

Nesse contexto, o sujeito hospitalizado é freqüentemente convidado a temer e controlar suas emoções, permitindo que a razão e a colaboração com a equipe conquistem espaço. Mas a valorização dos afetos contribui para que o paciente se sinta acolhido, respeitado e incluído socialmente. Quando o paciente vê suas necessidades individuais serem satisfeitas e percebe a atenção e o cuidado da equipe, ele se sente mais seguro. A sensação de segurança, por sua vez, contribui de forma efetiva para a melhora do quadro algíco.

Discutimos um pouco sobre as desvantagens de um saber dual, percebendo que elas são ainda mais evidentes quando falamos da saúde. Visualizamos, nas últimas décadas, muitos avanços na busca de uma integração “mente e corpo”, mas na prática o que percebemos é um saber fragmentado e uma atuação profissional muito individualizada.

Esses sentimentos e emoções que, no mais das vezes, são colocados à margem, devendo ser excluídos e controlados, ganham nesse trabalho outra conotação: instrumentos de inclusão social e de mediação na compreensão das dicotomias.

A experiência dos sujeitos, sua história e a evolução do seu estado de saúde repercutem diretamente na forma como o indivíduo lida com sua dor. Diante da dificuldade do controle algíco, faz-se necessário uma escuta individualizada e atenta aos pacientes para um alívio mais eficaz da sua dor, que inclui aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturais e religiosos.

Vale ressaltar a importância da cultura nas afecções e sensações corporais. A compreensão do contexto sociocultural, em que os sujeitos estão inseridos, perpassa o entendimento dos afetos e das sensações corporais, como a dor. Dessa forma, não adianta querer aliviar o sofrimento com administração em massa de analgésicos, a dor do paciente precisa ser acolhida em sua totalidade e singularidade.

O que se percebe é que a rotina hospitalar causa uma situação de dependência nos pacientes que ficam aguardando a equipe para a realização de procedimentos e administração das medicações. Contudo, como já foi elucidado, a participação do paciente é muito importante para o controle algico. A afetividade pode ser utilizada com possibilidade de mediar as atitudes dos pacientes, incentivando uma postura mais ativa e mais coerente com o que ele sente.

O que se propõe aqui é uma valorização das emoções e dos sentimentos dos pacientes na construção do conhecimento, acreditando, também, que a partir desse enfoque podemos alcançar uma visão mais integrada do paciente hospitalizado e um cuidado da saúde mais humanizado.

Sabemos, hoje, que cada vez mais, os profissionais que lidam mais diretamente com a temática da saúde precisam estar atentos aos fatores subjetivos envolvidos no tratamento das doenças e, principalmente, naquelas onde os cuidados paliativos são de extrema importância. Pensamos que uma compreensão da diáde saúde-doença pela ótica dos sentimentos e emoções, conforme apresentamos, pode ajudar na recuperação do paciente oncológico com dor tanto por parte das ações do cuidador como por parte daquele que sente a dor. Ter um câncer para muitas pessoas significa uma sentença de morte, o que em si já leva fatalmente a uma potência de padecimento, além do sofrimento decorrente da doença. Porém, a abertura para a afetividade como expressão de sentimentos e de emoções pode minimizar esta despotencialização e levar o paciente oncológico com dor, com a percepção dos profissionais que o acompanham, a ver cada pessoa em sua singularidade, o que a nosso ver pode ser visto como um patamar para superação das dificuldades, gerando assim uma potência de ação.

Por fim, acreditamos que a compreensão psicossocial e histórico cultural por intermédio das disciplinas psicologia social e psicologia ambiental, permitiu que os aspectos macro e microsociais dialogassem para uma melhor conhecimento da instituição hospitalar.

Referências

- Bomfim, Z. A. C. (2003). *Cidade e afetividade: Estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo*. Tese de doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bomfim, Z. A. C., & Pol, E.U (2005). Affective dimension of cognitive maps of Barcelona and São Paulo. *International Journal of Psychology: Environmental Perception and Cognitive Maps* 40 (1), 37-50.
- Budo, M. L. D., Nicolini, D., Resta, D. G., Büttenbender, E., Pippi, M. C., & Ressel, L. B. (2007). A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, (1). Recuperado em: 5 janeiro 2008, da <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-05&lng=en&nrm=iso
- Corraliza, J. A. (1998). Emoción y ambiente. In J. I. Aragones, & M. Américo. *Psicología ambiental* (pp. 281-302). Madrid, España: Ediciones Pirâmide.
- Damásio, A. R. (1998). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Espinosa, B. (1996). *Ética demonstrada segun el orden geométrico*. México, DF: Fundo de Cultura Económica.
- Fortes, S. L. C. L. (2000). Grupos com pacientes com dor crônica. In J. Mello Filho. *Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos* (pp. 331-343). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Furlani, D. D. (2005). *Juventude e afetividade: Tecendo projetos de vida*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

- Gleizer, M. A. (2005). *Espinosa e a afetividade humana*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1961)
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos* (2a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Lane, S. T. M. (1994). A mediação emocional na constituição do psiquismo humano. In *Novas veredas da psicologia social* (pp. 55-63). São Paulo: Brasiliense.
- Marques, A. P. F. S. (2002). Câncer e estresse: Um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicologia Hospitalar*, 2, (2). Recuperado em 27 março 2006, da http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lng=pt&nrm=iso
- Pereira, A. P. S., & Zago, M. F. Z. (1998). As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32 (2), 144-152.
- Pinto, F. E. M. (2007). A dimensão afetiva do sujeito psicológico: Algumas definições e principais características. *Revista de Educação*, 10, (10). Recuperado em 19 fevereiro 2008, da <http://www.unianhanguera.edu.br/programasinst/Revistas/revistas2007/educacao2007>
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Revista Saúde e Sociedade*, 10 (1). Recuperado em 19 fevereiro 2008, da <http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X/dor.htm>
- Sawaia, B. B. (1999). O sofrimento ético político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão (pp.97-118). In *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sawaia, B. B. (2000). *Por que investigar afetividade?* Texto apresentado para concurso de professor titular de Sociologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Sawaia, B. B. (2001). Emotion as a locus of knowledge production: A reflection inspired in Vygotsky and his dialog with Espinosa: A questão da emoção na psicologia : Desafios teóricos e epistemológicos [Abstract]. Proceedings of the Interamerican Congress of Psychology, Santiago, 28, Santiago, Chile.

- Sawaia, B. B. (2003). Affectivity as an ethical-political phenomenon and locus for critical epistemological reflection in Social Psychology. *International Journal of Critical Psychology*, (9), 167-210.
- Schilder, P. (1994). *A imagem do corpo* (W. Rosanne, Trad., 2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vigotski, L. S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em 8 de setembro de 2008

Aceito em 27 de fevereiro de 2009

Revisado em 5 de março de 2009