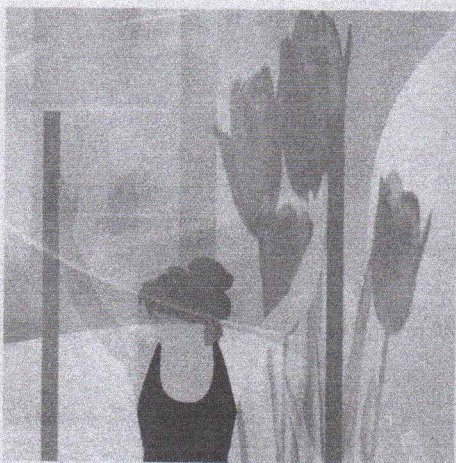


Terapia Ocupacional

*Reabilitação Física
e Contextos Hospitalares*



Marysia M. R. Prado De Carlo

Maria Cândida de M. Luzo

Organizadoras

ROCA

Copyright © 2004 da 1ª Edição pela Editora Roca Ltda.
ISBN: 85-7241-519-X

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, guardada pelo sistema "retrieval" ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, seja este eletrônico, mecânico, de fotocópia, de gravação, ou outros, sem prévia autorização escrita da Editora.

CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

A898

Terapia ocupacional : reabilitação física e contextos hospitalares
/ Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo, Maria Cândida de
Miranda Luzo (orgs.). – São Paulo : Roca, 2004

Inclui bibliografia
ISBN 85-7241-519-X

1. Terapia ocupacional. 2. Medicina de reabilitação.
I. De Carlo, Marysia M. R. do Prado (Marysia Mara Rodrigues do
Prado). II. Luzo, Maria Cândida de Miranda

04-0575.

CDD 615.85152

CDU 615.851.3

2004

Todos os direitos para a língua portuguesa são reservados pela

EDITORA ROCA LTDA.
Rua Dr. Cesário Mota Jr., 73
CEP 01221-020 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 3331-4478 – Fax: (11) 3331-8653
E-mail: vendas@editoraroca.com.br – www.editoraroca.com.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Os Sentidos do Corpo e da Intervenção Hospitalar

Capítulo

2

EUCENIR FREDINI ROCHA
MARIA APARECIDA FERREIRA DE MELLO

"... O homem livre não é aquele que decide o que quer, como quer e onde quer. O homem livre é aquele que, conhecendo as leis da natureza e as de seu corpo, não se deixa vencer pelo exterior, mas sabe dominá-lo. A partir daí, Espinosa definirá a essência humana pelo desejo. O desejo é a tendência interna do conatus a fazer algo que conserva ou aumenta sua força. O desejo do homem livre é o desejo no qual, entre o ato de desejar e o objeto desejado, deixa de haver distância para haver união. O desejo é a causalidade humana reproduzindo no plano dos modos a atividade divina como atividade imanente (p. XX)".

ADENTRANDO O HOSPITAL: OS SENTIDOS DA INTERVENÇÃO SOBRE O CORPO

No hospital moderno há diversos participantes com interesses distintos no tocante aos serviços oferecidos: a fonte pagadora (privada ou pública), o prestador, a sociedade, o pesquisador, a indústria de insumos e o próprio cliente. Nessa interação, há conflitos e congruências, mas alguns ganham e outros perdem. Em tal contexto, o cliente, na maioria das vezes, em função do estresse que envolve o "estar em risco", não tem conhecimento dos outros interesses que estão em jogo. Normalmente, é o mé-

dico que se torna agente do cliente, ora defendendo seus direitos, ora advogando em causa própria.

Portanto, o momento da hospitalização é uma circunstância de grande desamparo para o cliente e seus familiares, visto que a maioria das internações não é eletiva e que, mesmo quando o são, não existem orientações claras que possam direcionar o cliente e seus familiares nessa experiência. É muito importante que, na busca do sucesso terapêutico (essa é a consequência desejada para qualquer ação em saúde), todos os participantes do processo possam atuar da melhor forma possível, ainda que dentro dos limites rígidos impostos pelo sistema econômico. Infelizmente, o que se tem observado é o grande número de conflitos entre os participantes, sempre causados pela busca do melhor pelo mais barato.

Como uma intervenção hospitalar pode alcançar o máximo sucesso possível se for desvinculada do contexto no qual ela se dá? Como tratar de clientes alienados do processo a que são submetidos? Como promover saúde sem contar com todos os participantes na mesma sintonia? A intervenção terapêutica ocupacional em um hospital deve, antes de mais nada, considerar o nível de informação que permeia as relações entre os participantes e, imediatamente, promover ações que melhorem ao máximo a comunicação entre cliente, família e equipe, colocando-os a par da situação. Dessa forma, o terapeuta ocupacional estará instrumentalizando seu cliente (e sua família) para o resgate de sua autonomia e independência e dando-lhe oportunidades de escolha e de tomadas de decisões.

Qualquer outra ação terapêutico-ocupacional que não tenha priorizado tais condições corrobora para a manutenção do quadro de desinformação, ansiedade, alienação e estresse ao qual o indivíduo é submetido ao ser hospitalizado. No hospital, o sujeito depara-se com o fato de que seu corpo está em *deficit*, de que suas possibilidades estão diminuídas e, conseqüentemente, de que sua vida está fugindo ao controle, o que faz com que ele fique dominado pelo medo e pelos sentimentos de incapacidade e de tristeza.

A fragilidade, representada pela falência do corpo, vai sendo minimizada à medida que é devolvida ao cliente a sua autonomia (mesmo que ele ainda seja dependente), de modo a aumentar progressivamente seu sentimento de potência: controle sobre si, sobre sua história, seus desejos e seu corpo.

O corpo nada mais é do que o receptáculo das emoções humanas. Ele tem mecanismos os mais sofisticados, além de certa autonomia, a qual, entretanto, invariavelmente depende do desejo do sujeito que ocupa esse corpo. Não existe corpo sem desejo. A partir desse postulado, será iniciada a discussão sobre o corpo e a intervenção hospitalar.

Etimologicamente, conforme Zanini², a palavra *hospital* deriva do latim *hospitali*, adjetivo proveniente de *hopes* = "hóspede", "viajante", "conviva", que

também significa "o que dá agasalho". Hospital, portanto, possui vários significados, historicamente constituídos e ainda presentes no mundo atual, que devem ser considerados sempre que for abordada a questão da intervenção sobre o corpo nesse contexto. Esses significados estão presentes nas relações subjetivas e objetivas que permeiam a prática hospitalar moderna.

Na sociedade atual, são várias as configurações dos equipamentos de saúde: hospitais gerais, especializados, de retaguarda e hospitais-dia. Seja qual for a sua constituição, o hospital, tal como o conhecemos hoje, é um espaço de tratamento de pessoas doentes, que são internadas em busca de cuidados médicos especializados que possam, por meio de uma ação intensiva, redimi-las de uma doença aguda ou crônica. Trata-se, portanto, de uma intervenção intensiva no corpo doente da pessoa internada.

A relação entre a intervenção e o corpo doente no contexto hospitalar é o tema abordado neste capítulo. *Intervenção* vem do latim *interventione* e significa "o ato de intervir", ou seja, "o ato de tomar parte voluntariamente", "meter-se de permeio", "vir ou colocar-se entre", "interpor a sua autoridade ou seus bons ofícios". No caso do hospital, trata-se dos bons ofícios das especialidades médicas.

Quando um indivíduo apresenta um quadro agudo ou necessidade de investigação diagnóstica, ou, ainda, a realização de um procedimento cirúrgico ou diagnóstico planejado antecipadamente, é produzida uma gama de sentimentos no momento da decisão de sua internação, que varia de cliente para cliente, segundo a história pessoal. Depois que esse indivíduo é internado, seja em uma enfermaria ou em um apartamento, seus sentimentos são modificados: alguns se intensificam, outros desaparecem, surgem novos sentimentos, em diferentes intensidades, formas e interfaces. Portanto, é preciso considerar as razões do prolongamento da hospitalização: houve agravamento do quadro inicial? Houve intercorrências? O diagnóstico é bom ou ruim? Evoluirá para alta ou morte? Cada um desses desfechos reforça ou dilui sentimentos de invalidez, de impotência e da gigantesca fragilidade que é o corpo humano. Até mesmo as pessoas que nunca pararam para refletir sobre essa fragilidade começam a experienciar tais sentimentos.

A experiência emocional e corporal vivida pelo cliente no contexto hospitalar está, portanto, não só relacionada ao motivo da internação, mas intrinsecamente vinculada à experiência vivida dentro do hospital. São fundamentais nessa experiência a rotina hospitalar e o controle exercido sobre a pessoa doente; a forma como as equipes (médica, de enfermagem, de reabilitação, administrativa, entre outras) se relacionam com o paciente e sua família; as mudanças ocorridas no meio familiar, decorrentes da doença e da internação; o rompimento de

cotidianos e papéis; a qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital e as pressões que a fonte pagadora exerce sobre a instituição, sobre o paciente e sua família.

Todas as ações desenvolvidas dentro de um hospital fazem parte de alguma rotina e respondem a padrões preestabelecidos que visam garantir a ordem. Indiferentemente às peculiaridades de cada corpo doente, de cada história pessoal, essa ordem tem de ser mantida. Essa forma de organização do cotidiano hospitalar é impessoal, segue padrões externos às necessidades de cada sujeito e obedece a necessidades de controle das doenças, de organização do espaço, de tempo do paciente, nos aspectos individuais e coletivos.

Sem dúvida, esses padrões têm razões clínicas e também econômicas, as quais permeiam as relações estabelecidas com o cliente e sua família. Muitas vezes, essas relações são bastante impessoais – os clientes mal conhecem as equipes responsáveis pelos cuidados oferecidos, a visita médica não é constante e a presença familiar nem sempre é possível. Essa situação dificulta a compreensão do papel desses profissionais e dos procedimentos propostos no processo de recuperação pelo cliente e por seus familiares. É comum doentes internados em hospitais criarem fantasias do tipo “Tem muito doutor me olhando; estou muito mal.” ou “Posso não sair vivo daqui.” e apresentarem sentimentos relacionados ao imaginário de que o hospital é um lugar para pessoas que estão muito doentes e que podem morrer.

Outros temores e causas de tristeza também podem estar presentes no cotidiano hospitalar: incômodo por depender fisicamente de outras pessoas; sentimentos de solidão e de abandono; sentimentos de incapacidade de governar a própria vida; sentimentos de invasão da privacidade e da autonomia e outros, relacionados à qualidade dos procedimentos médicos especializados oferecidos, bem como à aparência das instalações, à qualidade da alimentação, aos tipos de roupas utilizadas e à forma como são trocadas, além de preocupações com as despesas. Esses fatores permeiam o processo terapêutico do ponto de vista do paciente e da equipe hospitalar.

As configurações dos hospitais modernos e a forma como os corpos doentes são abordados nesses ambientes não podem ser entendidas somente a partir de necessidades atuais. Elas, certamente, têm origem na história do hospital e na compreensão do que são o corpo humano e o corpo doente; há um imaginário social temporalmente construído. Assim, para entender a intervenção hospitalar sobre o sujeito, sua subjetividade e seu corpo, é necessária uma abordagem genética capaz de decifrar os sentidos historicamente constituídos para o equipamento hospitalar e para o corpo doente. Trata-se, portanto, de uma reflexão histórico-genética desses conceitos e sua configuração no momento atual.

CORPO DOENTE E INTERVENÇÃO HOSPITALAR: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DO IMAGINÁRIO MODERNO

O Corpo-máquina e o Hospital como Local de Morte e Salvação da Alma: do Final da Idade Média ao Século XVIII

O hospital terapêutico, local de cura, de hotelaria e de controle sobre o corpo e, além disso, fonte de lucro, como o conhecemos hoje, é uma invenção recente, com raízes no final do século XVIII, quando se constituiu uma medicina hospitalar, ou seja, quando o hospital transformou-se em um espaço médico.

Foucault³ afirma que, antes do século XVIII, os hospitais eram espaços de assistência aos pobres, de separação e de exclusão de pessoas perigosas para a sociedade. Tratava-se de lugares para morrer. Eles eram gerenciados por congregações religiosas, cujo objetivo era resgatar as almas das pessoas que ali estavam.

O corpo como objeto de estudo e intervenção e, conseqüentemente, como objeto da ciência, conforme entendido na sociedade atual, é uma invenção do Renascimento, segundo Aranha e Martins⁴. Até a Idade Média, era encarado como um sinal de pecado e degradação e, ao mesmo tempo, sagrado, por ter sido criado a partir da inspiração divina, o que o tornava intocável. Dessa forma, o hospital tinha as finalidades religiosa e assistencial de abrigar e de atender às necessidades da alma, e não do corpo, não se configurando como local de cura.

Após o rompimento com o saber contemplativo, formal e finalista da Idade Média, foram elaborados métodos que tornaram o homem capaz de discernir, distinguir e comparar, utilizando-se não apenas de noções e princípios, mas observando e submetendo a própria realidade a experimentos. A razão emergiu como forma primordial de conhecimento na Idade Moderna.

O conhecimento científico passou a ter como objetivos a decifração e apropriação da Natureza, tornando-se, concomitantemente, um instrumento capaz de transformá-la, de acumular riqueza e de poder. O saber tornou-se técnico, concebido a partir de uma lógica mecanicista de compreensão da Natureza e do Homem, com ordens e leis para regê-los, e o método científico passou a ser empírico e analítico-dedutivo em vez de especulativo. E foi essa a lógica que se instaurou na intervenção sobre o corpo doente e na construção do conhecimento para esse fim.

O corpo, dentro desse contexto, tomou uma nova dimensão. Com o Renascimento, a anatomia, por meio da dissecação, emergiu como uma forma de conhecimento do corpo humano e veio, assim, contribuir para a construção de um imaginário dentro de uma lógica mecanicista de organização e funcionamento. O corpo passou a ser entendido como sendo constituído de partes e

sistemas, idéia preservada nos dias de hoje. Em decorrência desse princípio mecanicista, existe a formulação de uma imagem do corpo humano como um relógio, máxima da tecnologia renascentista, segundo a qual, para o bom funcionamento do corpo como um todo, é necessário o bom funcionamento das partes numa feliz engrenagem. Emerge daí a idéia de corpo-máquina, que, ao ser danificada, deve ter suas partes reparadas, visando à recuperação do bom funcionamento do todo.

Harvey (século XVII), na Fisiologia, corrobora esse modelo de entendimento do corpo humano ao descrever a circulação do sangue a partir do modelo de engenharia hidráulica da época, com bombas, canais e foles, onde o coração funcionava como uma bomba vital. Paralelamente a essas pesquisas, muitas experiências em cirurgia ortopédica, principalmente nos meios militares, contribuíram para esse imaginário sobre o corpo humano, o que pode ser constatado em inúmeras ilustrações, gravuras e desenhos do final do século XVI e do início do século XVII. Assim como Luz⁵, Malpighi, também da área de pesquisas em Fisiologia, confirma esse modelo de conhecimento e generaliza a metodologia, descrevendo as pequenas circulações nos capilares sanguíneos, utilizando-se do microscópio e inaugurando, daí, a era da microanatomofisiologia.

O corpo humano passou a ser vasculhado minuciosamente, com o objetivo de fazer compreender sua composição anatômica, as peças da "máquina", seu funcionamento fisiológico e as leis que o regem. Juntamente com o mecanicismo, a filosofia cartesiana contribuiu para a construção da idéia de corpo-máquina, o corpo-autômato. O ponto de partida é "Se duvido, penso, se penso, existo: penso, logo existo", no qual este "eu" cartesiano é puro pensamento; o corpo é coisa externa, extensão material. Constituiu-se aí o dualismo psicofísico predominante no mundo atual, o qual, associado à idéia de um corpo formado por partes, que funciona como uma máquina, entendeu-o também como externo ao "eu" pensante, de natureza material. Essa lógica permeia, até hoje, o olhar sobre o corpo, decorrendo daí as abordagens sobre ele como corpo-objeto. Sua natureza é instrumental; ele não tem finalidade própria, está a serviço de necessidades do "eu" pensante.

"Deus fabricou nosso corpo como máquina e quis que ele funcionasse como instrumento universal, operando sempre da mesma maneira, segundo suas próprias leis."⁶ (p. 11)

O nascimento dessa concepção de corpo-máquina colocou-se a serviço da beleza, da funcionalidade, do bem-estar, da produção, ou seja, o corpo não "é"; ele "deve ser" ou "deve estar para", como uma máquina perfeita.

Ainda no século XVII, a partir das idéias da filosofia naturalista-empirista, nasceu outra dimensão representacional do corpo: o "corpo natural". Entendendo-se que o corpo está submetido a algo que lhe é externo – porém, não mais à "alma", como no mecanicismo cartesiano, mas às leis da natureza, que estão acima dos homens –, o corpo começou a ser considerado pelos cientistas como algo natural, cujas leis têm de ser descobertas e dominadas para que se possa intervir nele. Concomitantemente à construção dessa idéia, a intervenção médica passou a ser associada à noção de crise. Cabia ao médico, portanto, observar o doente e a doença desde os seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria, crise esta que, conforme Foucault³, significava o momento em que se defrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o "mal" que o atacava. Outro papel do médico era prever a evolução da doença, favorecendo a vitória da saúde e da natureza sobre ela. Assim, a cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. E esse jogo não se dava no espaço hospitalar, mas no espaço da vida privada.

No século XVIII, os médicos empiristas buscaram as causas naturais que desencadeavam as doenças, até então encaradas como espécies mórbidas capazes de danificar a complexa máquina humana, ainda segundo Foucault⁷. Desse modo, do século XVII para o século XVIII, em decorrência do naturalismo empirista, ocorreu uma transformação da concepção de doença como espécie mórbida para algo natural, uma entidade patológica, mas que também ameaça a natureza, ou seja, a doença como algo que se apodera do organismo sadio e que perturba o seu funcionamento natural.

A medicina clássica (séculos XVII e XVIII) representava a doença como um mal que se apossava do corpo humano e devia ser combatido. Assim, a Anatomia e a Patologia Clínica se firmaram como ciências capazes de projetar a intervenção contra esse mal.

Com os estudos de Patologia Clínica de Bichat, no final do século XVIII, a doença adquiriu um novo estatuto, deixando de ser um acidente, uma invasão ao corpo para ser entendida numa relação dialética entre a vida e a morte:

"Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque morre que o homem adoece."⁷ (p. 177)

Com o aprimoramento do conhecimento anatomopatológico dos órgãos, tecidos e sistemas componentes do organismo humano, o corpo passou ser entendido como sede das doenças. Luz⁵ afirma que a doença não será mais portadora de "valores ou modos de ser absolutos", como quando encarada como entidade patológica, mas constituída de "maneiras previsíveis de agir e funcionar, em razão

das funções a cumprir, num todo orgânico de partes interdependentes". A doença deixou de ser entendida como um "ser" para ser entendida como um estado de desvio da norma estabelecida pela observação (clínica e laboratorial), portanto, detectada pela experiência, transformando-se em patologia.

Do final do século XVIII para o início do século XIX, a ação médica tomou o sentido de uma guerra contra as enfermidades, contra as patologias. Nesse momento, estruturaram-se várias formas de intervenção, objetivando, primordialmente, um determinado padrão de normalidade orgânica, incidindo, para tanto, no patológico.

A construção do imaginário sobre o corpo humano baseou-se na afirmação científica e social das concepções de "organismo", "normal" e "patológico". Na medida em que o corpo passou a ser compreendido como a sede das doenças e estas como patologias, ele deixou de ser representado apenas como uma máquina, tornando-se também um organismo: vital e temporal.

No bojo dessas transformações no meio hospitalar, instaurou-se, na passagem do século XVIII para o século XIX, o discurso do "normal e do patológico", tematizado, num primeiro momento, a partir da Medicina, no corpo individual, com estratégias específicas de intervenções, objetivando a normalização; passou, também, a ser um paradigma na avaliação da dinâmica ou do corpo social. A partir da filosofia de Comte, os conceitos de normal e patológico foram transpostos da Medicina para a Sociologia. Constituiu-se, desse modo, um entendimento do social como organismo, como um ser vivo, tendo por base a passagem do estado patológico para o estado normal.

Canguilhem⁸ afirma:

"... Normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica..." (p. 209)

e mais adiante:

"Tanto a reforma hospitalar quanto a reforma pedagógica exprimem uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia, sob a influência de maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, normalização."⁸ (p. 209, 210)

Desse modo, com a concepção de "organismo" e "patologia", o corpo deixou de ser uma montagem de partes separadas, ligadas por relações de causa e efeito, começando a ser compreendido como uma totalidade possuidora de funções e finalidades próprias. Construiu-se, assim, a idéia de um corpo "capaz de realizar

a mais importante das funções: a adaptação ao meio e à reprodução, isto é, funções de sobrevivência", como define Chauí⁹.

Todavia, esse corpo capaz de responder às necessidades desencadeadas pela busca da sobrevivência precisa estar adaptado ao que é considerado "normal", seja do ponto de vista orgânico, mental ou moral; enfim, ele deve pertencer à norma. O hospital, em função disso, passou a ser uma peça fundamental no bom funcionamento da sociedade, necessitando, para tanto, de uma organização racional que lhe dê eficiência.

Do final do século XVIII para o século XIX o ambiente hospitalar sofreu uma grande transformação: gradativamente, passou de um espaço de abrigo e religiosidade a um espaço de cura. Essa transformação sofreu influências da ciência e de sua compreensão do que são o corpo humano e a doença, e emergiu a preocupação de anular os impactos negativos gerados pelos hospitais da época:

- O grande número de doentes alocados com doenças distintas no mesmo espaço implicava aumento do risco de contágio dentro e fora dos muros hospitalares, provocando efeitos nocivos nas cidades, inclusive no campo socioeconômico.
- Outro aspecto preocupante, principalmente nos hospitais marítimos, era o descontrole econômico: muitos internos praticavam tráfico de mercadoria, contrabando e sonegação de impostos alfandegários.
- Os hospitais militares começaram a ter maior preocupação com o tratamento de seus soldados, cujos treinamentos tornaram-se mais caros com a mecanização da tecnologia bélica (criação do fuzil, etc.). Esses homens precisavam ser curados para retornar às suas atividades normais e, em muitos casos, vigiados, para não fugirem, ou ter suas doenças controladas, de modo que não fossem disseminadas para os demais soldados.

A metodologia utilizada para a anulação desses efeitos negativos foi a da disciplina. Segundo Foucault³, "A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado o indivíduo em sua singularidade. É o poder de individualização, que tem o exame como instrumento fundamental".

O exame permitiu a vigilância constante, a distribuição dos indivíduos nos espaços por meio de classificações, seu julgamento, sua medição, sua localização e, por conseguinte, a maior otimização dos recursos de intervenção no meio hospitalar.

Assim, a individualidade tornou-se o elemento por excelência para o exercício do poder. Com o estudo das ciências médicas que buscavam compreender as

causas das doenças e as intervenções necessárias em cada caso, a ação médica passou a centrar-se no indivíduo, mais especificamente em suas patologias, que são passíveis de classificação e têm espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento, como no modelo da botânica de Lineu.

Gradativamente, o hospital passou a ser confiado aos médicos, pois, com as estratégias de intervenção clínica, aumentavam as possibilidades de controle da disseminação das doenças e as chances de cura. A disciplina proposta foi a disciplina médica: os doentes eram agrupados de acordo com suas patologias, as quais eram registradas; a rotina era sistematizada, a temperatura e a qualidade do ar, controladas, e a alimentação e as bebidas, prescritas, tudo isso com finalidade curativa. O olhar não recaía apenas sobre o doente e sua doença, mas também sobre o espaço e suas condições.

A economia hospitalar foi, aos poucos, sendo delegada aos médicos, e esse espaço tornou-se um local de estudo e aprendizado por excelência. Nasceram as residências hospitalares, organizaram-se os estudos específicos de determinadas doenças, resultando uma especialização do espaço hospitalar. Essas tendências estão presentes até hoje na organização da instituição.

O corpo doente dentro do hospital configurou-se, então, como objeto de observação, aprendizado, pesquisa, intervenção, controle e fonte de lucro, dissociado da subjetividade do indivíduo. A pessoa doente não tinha como opinar sobre sua rotina, sobre os procedimentos, devendo, principalmente, submeter-se passivamente à intervenção. Sua família e sua vida fora do contexto hospitalar não tinham influência sobre o que estava acontecendo nesse espaço, pois o foco da atenção, o objeto em questão, era a patologia, sua cura e os procedimentos necessários para tal fim.

Com o aumento da especialização no século XX, os procedimentos hospitalares foram se aperfeiçoando e a rotina e as necessidades institucionais passaram a sobrepujar, cada vez mais, as necessidades do indivíduo e de sua família.

O Corpo-objeto, o Corpo Instrumental e o Hospital como Espaço Científico e de Fonte de Lucro: do Século XIX para o Século XX

O imaginário social de que o corpo era constituído de partes, as quais, quando apresentavam problemas, deviam ser reparadas, subsistiu em paralelo à construção da idéia de corpo-organismo, que podia estar anormal, ou seja, patológico. Nessa analogia, as peças avariadas, ou seja, as patologias, deviam ser reparadas/eliminadas e a intervenção devia ser corretiva, visando à normalização do corpo para o bom funcionamento do todo.

A normalização orgânica, como meta de intervenção sobre o corpo, estava aliada à idéia de normalização do sujeito no meio social. Portanto, a partir da segunda metade do século XIX, o corpo "normal" passou a ser perseguido, e esse conceito ficou diretamente vinculado aos processos de organização de normas disciplinares sobre os sujeitos, visando à nova meta social: a produção.

Tratava-se de um conjunto de propostas disciplinares agindo sobre o sujeito e, mais especificamente, sobre o seu corpo: o organismo sadio era o corpo apto ao trabalho. Assim, no século XX, o corpo humano devia ser transformado em corpo-objeto e corpo-instrumento, na medida em que se tornava, cada vez mais, um espaço privilegiado para o exercício do poder na sociedade industrial. Conforme Chauí⁹, era por meio do trabalho (na divisão social e no seu modo de produção), das pedagogias (escolas, prisões, etc.), dos serviços de saúde e práticas médicas, do direito moral e do consumo que se evidenciava a filosofia do corpo como coisa observável, manipulável e controlável. A coisificação corporal atendia às necessidades de dominação instaurada pela ordem burguesa, transformando o corpo em algo não se era, mas que se podia ter, ou seja, em mercadoria.

A sociedade capitalista desenvolveu técnicas capazes de transformar o corpo numa máquina de trabalho, a partir dos princípios da racionalização puritana, segundo os quais o trabalho constituía a principal virtude do homem. Com a introdução do taylorismo, emergente no início do século XX, foi possível transformar o corpo do trabalhador em um corpo produtivo, submisso e alienado ao trabalho. Foi com a divisão radical entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, a imposição de um ritmo de produtividade a partir da máquina, e não do homem, e as tarefas cada vez mais simples, repetitivas e despersonalizantes – que alienam o trabalhador da produção – que o taylorismo adaptou o corpo do operário às situações adversas do trabalho industrial.

Posteriormente, na sociedade contemporânea, tal modalidade de organização do trabalho foi expandida para outros setores além do industrial, inclusive para o campo das ações em Saúde/Medicina, imprimindo sua ação no corpo dos trabalhadores em geral. Dejours¹⁰ argumenta que o corpo transformou-se, também, em instrumento de trabalho, executor passivo, um corpo soldado. A organização do trabalho no hospital também seguia essa lógica: a rotina e a divisão das tarefas eram organizadas de maneira a serem otimizadas e a promoverem a melhor produção possível com o menor custo. Essa organização dificultou a comunicação entre as equipes, necessária em função das especialidades e de sua convivência no hospital, regulada pelos turnos de trabalho, e entre as equipes e os pacientes e seus familiares. A cada setor foi destinado um tipo de informação sobre o que estava ocorrendo com o paciente; a totalidade do processo nem sempre era discutida com o usuário e seus familiares, nem entre os funcionários do hospital.

Geralmente, as informações e orientações, obtidas em prontuários, eram parciais, dadas em diferentes momentos, não tinham relação direta com as demais e não eram pontuadas no processo da história da pessoa em questão. Nesse contexto, o corpo doente abordado era dissociado de singularidades.

O corpo produtivo passou a ser aquele que não era doente. Construiu-se, assim, a sua contrapartida complementar: o corpo improdutivo, doente, logo desviante da norma, como afirma Rocha⁶. O corpo hospitalizado era um corpo improdutivo, desqualificado. Do ponto de vista da individualidade do sujeito hospitalizado, esse imaginário, calcado sobre os valores negativos que a doença tinha em nossa sociedade, tornou-o impotente diante de si, de seu corpo e sua história e dos outros.

Ao separar o corpo da mente, a concepção cartesiana colocou-o como algo externo ao homem. Ele não era o próprio homem, era algo que ele tinha e que estava a serviço da mente. Dessa forma, na medida em que não éramos nosso corpo, mas algo que queríamos e desejávamos ter, ele devia ser adquirido. A indústria de cosméticos, da estética, da moda, do esporte, da saúde emergiu como algo extremamente rentável e que, ao mesmo tempo em que respondia aos desejos da norma vigente, recriava padrões de normalidade, ou seja, atualizava-a dentro da lógica do consumo e da produtividade.

No contexto hospitalar, o corpo a ser adquirido era o corpo recuperado e, para tanto, faziam-se necessárias ações especializadas voltadas para a eliminação da patologia. Dentro dessa lógica, os procedimentos passavam a sobrepujar as necessidades e os desejos do doente, que devia se submeter passivamente às intervenções, como paciente. A cura era algo que vinha de fora para dentro, uma ação externa que incidia sobre a doença, que, por sua vez, não "era" do doente, "estava" no doente.

No entanto, ao se fragmentar o corpo em partes dissociáveis, como se fossem objetos únicos e incomunicáveis, criaram-se vários corpos: o circulatório, o esquelético, o neurológico, o cardíaco. Em consequência, o homem ficou alienado de seu próprio corpo, pois suas partes constitutivas passaram a ter vida própria, independentes umas das outras e em relação ao todo. Para qualquer desordem de um dos sistemas corporais era preciso buscar soluções específicas, as quais eram consumidas como qualquer outro objeto, alienadas de sua totalidade, sempre soluções de fora para dentro.

A qualidade de objeto técnico e técnico-instrumental, ou seja, o corpo submetido passivamente e de forma alienada às intervenções ou a um agente de produção dessas intervenções, afirma-se, portanto, neste século, concebendo o corpo novamente como máquina, agora a partir do modelo do computador:

"Pensando a partir do computador, o corpo deixa de ser pensado como vida e processo vital no sentido antigo, em que a vida era relação com o meio, reprodução, capacidade de auto-regulação por uma avaliação do ambiente (sentir a agressividade ou hostilidade do meio, confiar no meio mantendo o equilíbrio, estabelecer relação competitiva com o ambiente, através da adaptação como vitória sobre as condições dadas, aptidão que permitia distinguir a saúde e a doença pelo critério da capacidade, para criar normas vitais novas e da incapacidade para isso, reagindo ao meio de modo monótono e catastrófico). O novo modelo elimina a relação com o exterior: o corpo realiza por si mesmo operações e cálculos para a conservação de seu 'programa', isto é, do *código genético* (grifo do autor)."⁹ (p. 169)

Assim, o princípio de realidade do homem contemporâneo e a relação que estabelece com o seu corpo estão condicionados a uma repressão de sua expressão própria, aliada ao princípio de rendimento na produção. Culpa-se, humilha-se, diminui-se aquele que não produz o proposto e não consome o estipulado, submetendo cada homem aos critérios do *status quo*, e não mais aos da relação estabelecida, em sua totalidade, entre o corpo, a natureza e a cultura.

O corpo doente no hospital deve, portanto, submeter-se às intervenções propostas e pré-programadas, pois a cura advém de procedimentos científicos legitimados pela prática, e a rotina hospitalar é condição para a efetivação dessa lógica. O homem hospitalizado tem de ser um homem entregue de modo passivo à conduta hospitalar para que sua volta à normalidade se efetive rapidamente; seu corpo não pertence a si mesmo, mas aos procedimentos científicos.

HOSPITAL MODERNO: O CORPO DOENTE COMO PATOLOGIA E COMO MERCADORIA

"O olhar do médico é uma parcimônia bastante rigorosa nas trocas contábeis de um mundo liberal..."⁷ (p. 97)

O imaginário social atual sobre o hospital e sobre o corpo doente está permeado de conceitos constituídos historicamente: o corpo doente é improdutivo e deve ser resgatado rapidamente para a volta ao trabalho; o hospital assusta a todos, pois a doença é sempre relacionada à morte; a doença é externa ao sujeito, faz parte do contexto da patologia, que deve ser cerceada e eliminada; o doente deve se submeter passivamente aos procedimentos médicos e à rotina hospitalar; o hospital é um local que deve ser purificado, o doente, isolado, sem contato com outros aspectos da vida que não têm a ver com a doença.

O corpo como objeto da intervenção no hospital contemporâneo é das patologias para as atividades médicas e do lucro para a administração, ou seja, a patologia é mercadoria. Essa mercadoria é vasculhada em suas partes e minúcias, com fins de diagnóstico e possível lucro. Nesse processo, a intimidade da pessoa doente é violada; há uma separação do corpo e da mente, e os procedimentos geralmente são impessoais e invasivos. Aliado a esses aspectos, muitas vezes, o ambiente hospitalar é mórbido: suas salas, corredores, quartos e enfermarias apresentam uma estética que só lembra a doença; as expressões de alegria, como a música e a presença de visitas e acompanhantes, são proibidas; a rotina está voltada apenas para os procedimentos de intervenção e, finalmente, há uma grande dificuldade de comunicação entre o paciente e seus familiares e as equipes médicas, de enfermagem, de reabilitação, entre outras. Todos esses aspectos têm seus fundamentos na história, como já foi visto, além de terem justificativa econômica; porém, o que não se pode negar são as consequências disso na subjetividade do indivíduo hospitalizado.

No hospital, o sujeito doente inicia um processo de ruptura com a vida cotidiana, vivencia o desconforto da doença, é dominado pela dor, passa a sentir que sua vida está em jogo, que depende de socorro externo para tê-la de volta e sucumbe à hospitalização. Quando há uma radicalização dessa ruptura e da falta de controle sobre a própria vida, ocorre também uma ruptura com a identidade, permeada por noções do que é o corpo doente. Assim, o indivíduo é incapaz, está dissociado das suas capacidades mentais, do seu eu como um todo, tem de se despojar do controle sobre si mesmo, deve se submeter à rotina e aos procedimentos hospitalares, visando ao resgate da boa forma. Com isso, a capacidade de agir do sujeito é freada, seja em decorrência da própria doença, da disciplina e das intervenções hospitalares. O sintoma, a dor e os sentidos da doença não estão para a instituição hospitalar como estão para a pessoa doente. A interação entre a pessoa doente e os seus sintomas e dores gera tristezas e, muitas vezes, medo diante do que essa vivência lhes reserva. Para o equipamento hospitalar, o objeto da intervenção é algo externo ao sujeito, ou seja, a patologia.

Os interesses do paciente estão relacionados à cura, ao bem-estar; os do hospital, como administração, estão ligados ao lucro. Quanto aos interesses das equipes de intervenção clínica, há uma dupla finalidade: a cura e a otimização do recurso hospitalar, necessária à obtenção de lucro. Muitas vezes, essa distância de interesses dentro do universo hospitalar cria impasses. Espinosa¹¹ afirma que uma paixão no corpo produz um efeito na alma e uma paixão na alma produz um efeito no corpo, ou seja, os afetos vividos pelo corpo, os sintomas e as dores produzem determinado efeito na alma, como, por exemplo, o medo de morrer. E esses afetos não podem ser desconsiderados.

Pergunta-se, então: como romper com essas práticas hospitalares decorrentes de uma visão de corpo separada da visão de mente?

O Corpo em Espinosa, o Corpo Relacional: Pistas para a Superação dos Impasses Vividos na Intervenção Hospitalar Moderna

Temos em Espinosa uma perspectiva diversa da óptica de Descartes sobre o corpo, do corpo-máquina proposto por este, de um corpo separado da alma, base de todo modelo de intervenção da ciência moderna. Conseqüentemente, sobre os modelos de intervenção nos hospitais, temos:

"... que a alma e o corpo são uma só e mesma coisa, que é concebida ora sob o atributo do pensamento, ora sob o da extensão. Daí resulta que a ordem ou o encadeamento das coisas é a mesma, quer se conceba a natureza sob um atributo, quer sob outro, e, conseqüentemente, que a ordem das ações e das paixões do nosso corpo é, de sua natureza, simultânea à ordem das ações e das paixões da alma." (p. 185)

Então, o que é o corpo para Espinosa? Segundo Chauí, o corpo, para o filósofo, é:

"... relacional: é constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções*, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e de ser afetado por eles sem se destruir, regenerando-se com eles e regenerando-os. O corpo, sistema complexo de movimentos internos e externos, pressupõe e põe a intercorporeidade como originária." (p. 54)

Com a idéia de intercorporeidade, do corpo em interação consigo mesmo e com os outros corpos, do corpo como totalidade, como relacional, temos uma crítica ao mecanicismo cartesiano, pois o corpo do indivíduo é considerado uma estrutura, uma organização constituída de partes relacionadas entre si de forma inteligível, nas suas relações internas e externas. O corpo é um sistema complexo, e não uma soma de partes justapostas umas às outras. Toda ação externa tem conseqüências sobre ele, ou seja, o que ocorre ao seu redor o afeta, assim como ele afeta o seu entorno.

* "Afecção: toda mudança, alteração ou modificação de alguma coisa, seja produzida por ela mesma, seja causada por outra coisa" (Chauí, 1995:105).

A experiência do corpo no hospital é, do ponto de vista espinosiano, a vivência das paixões tristes, as quais potencializam o medo: medo da morte, medo do desconhecido, medo do futuro, medo do presente, medo das intervenções clínicas, medo da impotência.

Em Espinosa¹², o combate das paixões tristes só é possível com base em uma paixão oposta de mesma intensidade, de uma paixão alegre. A doença é a falta da alegria, que decompõe ou diminui o *conatus*, que, segundo Chauí¹¹, é o termo latino que significa “esforço de ou para”. Na filosofia do século XVII, ele é usado a partir da nova Física, que, ao apresentar o princípio da inércia (um corpo permanece em movimento ou em repouso se nenhum corpo atuar sobre ele modificando seu estado), torna possível a idéia de que todos os seres do universo possuem a tendência natural e espontânea à autoconservação e se esforçam para permanecer na existência. Assim, se a tristeza não for combatida, ela tende a permanecer; portanto, é necessário o enfrentamento das paixões tristes.

A potencialização do *conatus* por meio das paixões alegres visa fortalecer o indivíduo, celebrar sua volta à boa saúde ou, ainda, o alcance da cura, mas a cura das causas verdadeiras do sofrimento. O sofrimento pode decorrer de “imaginações” sobre o que está acontecendo, e não de razões verdadeiras. Se a imagem que o paciente tem do hospital é a de um espaço do qual ele se vale quando corre risco de vida, pode ser que sua doença não seja tão grave e que, na verdade, ele esteja imbuído do sentimento de medo. Assim, o processo de cura requer a indução do primeiro impulso rumo à autonomia, à autodeterminação e à busca do conhecimento sobre si mesmo e sua história.

Com a atual soberania dos procedimentos tecnicistas dentro dos hospitais, tem-se a submissão daquele que deveria ser o agente do processo de cura. Ao paciente, que desconhece a si e ao seu corpo e que deve se submeter passivamente aos procedimentos, resta a submissão. Nesse sentido, ele não é um homem livre, mas um homem despojado de seus desejos.

Para Espinosa, o homem das paixões tristes é o escravo; o que explora essas paixões, pois necessita delas para estabelecer o seu poder, é o tirano; o homem que se entristece com a condição humana, o sacerdote. Transpondo essas imagens para o campo da saúde e, mais especificamente, para o universo do hospital, não é possível enxergar algumas semelhanças? A ação terapêutica nunca se desvincilhou de sua origem histórica no sacerdócio. O agente curador, seja ele quem for, médico, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, pode referir-se aos homens que se entristecem com a condição humana. Ao mesmo tempo, talvez exista outra possibilidade: o agente curador pode estar no lugar do tirano,

expresso pela burocracia, da impessoalidade presente no ambiente hospitalar ou até mesmo nos custos desse recurso. Já no caso do "paciente", a própria designação expressa a condição do sujeito: "aquele que é passivo, que recebe". Como sujeito passivo, ele é alvo do exercício do poder, e a relação terapêutica se transforma numa relação do tirano com o escravo. O medo alimenta e medeia essas relações.

Em Espinosa, o que está em pauta são os acontecimentos dotados de significado em cada história, sua imanência. Assim, entender o que está se passando consigo, o que é a sua doença, como o seu corpo funciona, o que significa para si e para os outros, apropriar-se de possibilidades de solução, enfim, introduzir na terapêutica um fio condutor cujo princípio seja desvelar o verdadeiro problema e propor novos sentidos é a meta da intervenção dirigida à cura¹³. Esse processo se dá por meio de bons encontros entre todos os envolvidos.

No hospital, esses encontros podem estar relacionados à efetivação de um processo de comunicação entre as equipes, das equipes com os familiares e com os pacientes. Desvelar o processo de cada caso abordado no hospital pode passar, dentro desse processo de comunicação, por vários atos de desvelamento dos sentidos que essas vivências têm para todos e de resignificação.

O combate às paixões tristes pode se dar por um processo de humanização do hospital, com a entrada de visitas; a permanência de familiares no espaço de internação; a reorganização da parte burocrática e a facilitação dos procedimentos administrativos e econômicos, favorecendo aos usuários a reorganização da estética do ambiente, alegrando-o com cores, móveis e objetos artísticos; propiciando momentos de relaxamento com música e teatro. Enfim, a estada no hospital, quando necessária, deve ser um tanto quanto breve, porém, quando efetivada, deve ser a mais agradável, produtiva, comunicativa e suave possível, ou seja, momentos em que os bons encontros se efetivem, visando fortalecer a potência de cada corpo na direção da cura.

"... Ninguém, na verdade, até o presente, determinou o que pode o corpo, isto é, a experiência não ensinou a ninguém, até o presente momento, o que, considerado apenas como corporal pelas leis da natureza, o corpo pode fazer e o que não pode fazer, a não ser que seja determinado pela alma. Efetivamente, ninguém até o presente conheceu tão apuradamente a estrutura do corpo que pudesse explicar todas as suas funções, para já não falar do que se observa, freqüentes vezes, nos animais e que ultrapassa de longe a sagacidade humana, nem do que fazem muitas vezes os sonâmbulos durante o sono, e que não ousariam fazer no estado de vigília"¹. (p. 180)

Referências Bibliográficas

1. ESPINOSA, Os Pensadores. Trad. e notas de Marilena Chauí Berlinck. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
2. ZANINI, H. C. *Retaguarda: Uma Análise Social da Proposta*. Dissertação (mestrado). São Paulo: [s.n.], 1988. 120p.
3. FOUCAULT, M. *O Nascimento do Hospital*. Palestra sobre a História Social da Medicina, realizada em out./nov. de 1974. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. (mimeo.).
4. ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. *Filosofando: Introdução à Filosofia*. São Paulo: [s.n.], 1986. 443p.
5. LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152p.
6. ROCHA, E. F. *Corpo Deficiente: Em Busca da Reabilitação? Uma Reflexão a partir da Óptica das Pessoas Portadoras de Deficiências Físicas*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: [s.n.], 1990. 310p.
7. FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. 241p.
8. CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico [Le Normal et le Pathologique]*. Trad. Maria Thereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978. 270p.
9. CHAUÍ, M. *Repressão Sexual: Essa Nossa (Des)conhecida*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984. 234p.
10. DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. 3. ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1988.
11. CHAUÍ, M. *Espinosa: Uma Filosofia da Liberdade*. São Paulo: Moderna, 1995.
12. CHAUÍ, M. Sobre o medo. In: CARDOSO, S. et al. *Os Sentidos da Paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. p. 35-75.
13. ROCHA, E. F. *Do corpo orgânico ao corpo relacional: uma proposta de deslocamento dos fundamentos e práticas de reabilitação da deficiência*. Tese (Doutorado). São Paulo, [s.n.], 1999. 231p.