

IMAGINÁRIO E SIMBÓLICO EM PACIENTES COM CÂNCER: ANÁLISE DE DUAS NARRATIVAS

José Miguel Rasia¹

RESUMO

O presente artigo apresenta uma discussão feita a partir de dois casos que se apresentaram como paradigmáticos das relações entre o imaginário e o simbólico em doentes com câncer. A pesquisa foi feita num hospital público de Curitiba, e teve como objetivo analisar as formas de sociabilidade entre pacientes com longos períodos de internamento. A discussão desses dois casos separados dos demais se deve ao fato de suas falas ilustrarem com clareza a função do imaginário entre doentes de câncer e as dificuldades de simbolização da doença e da morte. No primeiro caso a paciente fica presa ao imaginário; no segundo, temos uma travessia para o simbólico, ou seja, o paciente que num primeiro momento se encontra submetido às pressões do imaginário, num segundo consegue simbolizar a doença e seus efeitos.

Palavras-chave: Imaginário, simbólico, pacientes com câncer

ABSTRACT

This article is a discussion based on two paradigmatic cases in regard to what is imaginary and symbolic to cancer patients. The research was carried out in a public hospital in the city of Curitiba and was meant to analyze forms of sociability among patients during long period of internment. The choice upon these two distinct cases lies on the fact that the patients' discourses clearly illustrate the role of the imaginary and the difficulties they have for symbolizing the illness and the death. While one of the patients is oppressed by the imaginary, the other is able to use and easily symbolize the disease and its effects.

Keywords: Imaginary, symbolic, cancer patients

¹ Titular em Sociologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).
e-mail: jrasia@ufpr.br

INTRODUÇÃO

Apresentamos aqui a discussão de duas narrativas coletadas em uma pesquisa sobre as formas de sociabilidade entre pacientes de câncer que passam por longos internamentos durante o período de tratamento. A pesquisa foi realizada num hospital público de Curitiba e teve como princípios metodológicos que a nortearam a construção etnográfica e a análise qualitativa dos dados. As narrativas foram selecionadas num conjunto bem maior de dados², na medida em que se constituem em exemplos ilustrativos e paradigmáticos do papel do imaginário e do simbólico em pacientes com câncer. Para sermos mais precisos, ilustram a forma como o imaginário e o simbólico atuam na situação de tratamento com longos internamentos.

O objetivo deste artigo é discutir a ação do imaginário e do simbólico na presença de doença grave. Quando pensamos o imaginário aqui estamos pensando em construções discursivas e imagéticas sobre a doença que se produzem em contextos sociais muito específicos, onde o câncer é tomado como doença incurável, como doença que conduz à morte. Estas construções, que se manifestam através de falas particulares, são na verdade produzidas socialmente. Ou seja, o imaginário social sobre o câncer é reatualizado no nível individual, e atua sobre a subjetividade do doente produzindo efeitos de negação e alienação da doença.

A análise do simbólico, por sua vez, exige do doente que ultrapasse os conteúdos imaginários, os juízos do senso comum sobre o câncer e reorganize sua experiência de doente, não só como um fenômeno no corpo, mas que também possa entendê-lo desde as formas através das quais sua subjetividade é afetada. O que implica reorganizar-se desde o ponto de vista simbólico. Esta reorganização só se torna possível quando o doente consegue, através da palavra, atribuir um sentido particular ao que está sendo vivido, diferente daquele produzido pelo imaginário. Ou seja, ascender ao simbólico implica num trabalho de criação de uma narrativa através da qual consiga apresentar-se ao outro resignificando sua experiência de doença.

Dentre as contribuições teóricas sobre o imaginário e o simbólico que orientam este artigo estão as elaborações de Durand (1984) e Castoriadis (1987); sobre o sofrimento destacamos a contribuição de Ricoeur (1994). O que podemos concluir, só para citar brevemente, foi a descoberta de que o imaginário sobre o câncer atua no doente

² Os dados a que nos referimos aqui fazem parte de uma pesquisa que se desenvolveu durante quatro anos. Nos primeiros dois anos da pesquisa, trabalhamos com doentes em tratamento quimioterápico e com longos internamentos, analisando as formas de sociabilidade possível entre doentes portadores de neoplasia. Ver Rasia, J.M. (1996). Num segundo tempo da pesquisa trabalhamos pacientes em tratamento radioterápico. Dentre estes, estudamos as representações da radioterapia e a possibilidade de produzirem metáforas que lhes permitissem dar significado ao tratamento radioterápico. Sobre este ponto ver Rasia (apud MERCER V.R., no Prelo).

produzindo comportamentos de negação da doença, de recusa à palavra e à interação e, ao mesmo tempo, de uma certa alienação em relação a sua condição subjetiva. Já quando consegue atravessar as barreiras impostas pelo imaginário o doente simboliza a doença e seus possíveis desdobramentos, o que se vê claramente na necessidade de narrar seu sofrimento atribuindo-lhe um conjunto de significados, que possibilitam a compreensão da doença como experiência subjetiva.

A PRISÃO DE YERMA³

Quando Yerma chega ao hospital já tem uma trajetória percorrida em relação ao câncer: apresenta-se com um diagnóstico de tumor de ovário de células granulosas infiltrando intestino. Havia feito cirurgia em sua cidade de origem e foi internada para tratamento no Serviço de Quimioterapia; católica, casada pela segunda vez, possui dois filhos do primeiro casamento.

O caso nos revela uma face do que é o sofrimento e de como este se apresenta para Yerma, fazendo-a assumir atitudes de conformismo e ao mesmo tempo um certo não querer saber da doença. Talvez um disfarce que mascara para ela o que se passa em seu corpo:

- *Eu não fiquei nervosa com o diagnóstico. Meu marido ficou muito mais que eu. Eu só queria era ficar boa logo para poder cuidar dos meus filhos e do meu marido. É só neles que eu penso. Penso que o que estou passando vai se resolver logo e vou poder voltar para eles rapidamente.*
- *Você sabe o que tem?*
- *Estou sabendo mais ou menos. Sei que é um tumor, acho que é maligno. Também não quero pensar muito sobre ele. Não quero saber muito também. Acho que o que sei já é suficiente. Sei que tenho uma doença, que é um rumor na barriga, que preciso tratar e isto chega... Quero pensar que preciso ficar boa para criar os filhos.*
- *E sobre o tratamento?*
- *A Dra me falou, mas eu não lembro muito, eu nem quis ouvir. Só sei que meu cabelo vai cair e que eu tenho que fazer o tratamento para ele (o tumor) não voltar. Tem gente aí que diz que pode voltar em outro lugar mas isto eu não acredito e sei que não vai acontecer comigo. Nem ando muito pelos corredores você ouve coisas que não servem pra nada. Prefiro ficar calada no meu canto. Isto sempre fiz, quando uma coisa não me agrada fico quieta que é melhor.*

³ Os nomes dos pacientes utilizados aqui são fictícios.

- *Você sabe que doença é tratada neste hospital?*
- *Acho que é câncer, não é? Mas sei que tem de vários tipos... Dizem que o meu tumor é um câncer, mas isso eles dizem.*
- *E quanto ao tratamento?*
- *O quê?*
- *O que você sabe?*
- *Sei que tenho que ficar internada aqui enquanto tomo esse remédios, que dizem que podem me curar. Mas não quero nem saber o que é. Quando me falaram sobre o tratamento logo esqueci. Sei que me dá vontade de vomitar e que vou perder o cabelo. Quem está me tratando deve saber. Estou tranqüila porque sei que vou ficar boa para voltar para meu marido e meus filhos.*

Já na segunda vez que conversamos, Yerma começa a revelar uma atitude aparentemente enganosa sobre o sofrimento. Afirma estar tranqüila em relação ao que se passa, diz não se lembrar direito do que ouviu sobre o tratamento, embora saiba o tipo de doença que é tratada no hospital. Ao mesmo tempo passa a impressão de que o que está acontecendo com ela, com exceção da queixa pela perda do cabelo e pela vontade de vomitar, é problema de quem está tratando dela. Deixa transparecer que o câncer e o tratamento quimioterápico são problemas dos outros. Coloca-se em certa medida como que exterior à doença, ao câncer. Recorrendo-se a uma “escuta” mais afinada do que Yerma afirma, foi possível perceber que foi assim que ela se comportou em outros momentos de sua vida:

Meu primeiro casamento não deu certo.. Meu marido me maltratava, chegava a me bater e eu agüentei tudo quieta, até que um dia o meu marido foi embora. Me deixou com as crianças, nunca mais veio nem para ver os filhos...

Depois apareceu na minha cidade, não foi ver nem eu nem as crianças, mas quem viu ele disse que parecia um bicho. Quando estava comigo tinha que ser tudo limpo e arrumado. Queria andar sempre bem vestido.

Não sei se já não tinha outra. Mas também não fui tirar a limpo. Não me interessei por saber se ele tinha ou não. Dei graças a Deus quando ele foi embora.

Yerma suporta o sofrimento, apesar de contá-lo agora, até o momento em que o marido que a maltratava resolve abandoná-la. Repetem-se no tratamento e no que sabe sobre o câncer as atitudes de submissão e de alienação. As questões que envolviam uma relação conjugal conturbada parece que não lhe diziam respeito. Podemos identificar aí os mesmos traços de subjetividade encontrados agora diante do tratamento e do câncer: *Meu marido era mau. Mas era o pai das crianças e era ele que trabalhava para sustentar a família.*

O segundo casamento é com um homem 40 anos mais velho, o que lhe dá em certa medida uma garantia de tranqüilidade: *ele é mais um pai para mim* - afirma. Hoje ela diz suportar o tratamento porque precisa ficar boa para criar os filhos. No caso de Yerma estamos diante de alguém alienado em sua subjetividade, entregue ao que dela esperam os outros. Yerma não consegue (ou recusa-se?) a colocar-se como sujeito em suas interações com os outros. Foi assim com o antigo marido (*agüentei tudo quieta*) e é assim também diante do atual (*ele é mais um pai para mim*).

Na medida em que conseguimos acompanhar Yerma em seus internamentos para tratamento quimioterápico, fomos percebendo que ela suporta o sofrimento, sem construir uma narrativa que lhe dê sentido e não consegue agir no sentido de revelar algo de seu próprio sofrimento. Ao falar do antigo marido e do atual, fala sempre passivamente. O mesmo acontece quando fala da doença e do tratamento. Quando se toca na possibilidade de que a verdadeira dimensão de seu sofrimento venha à tona, Yerma se recusa a continuar a conversa.

– *Como você se sente aqui no hospital?*

– *Bem... Não presto atenção no que acontece por aí. Não quero saber.*

– *Você tem conversado com os outros doentes de sua enfermaria?*

– *Não! Nunca fui de muita conversa.*

– *E com o pessoal da enfermagem e os médicos?*

– *Sempre fui assim. Só respondo o que me perguntam. Não gosto de puxar conversa ainda mais aqui que não conheço ninguém. Sempre fui muito quieta.*

Ao contrário de outros doentes, Yerma não estabelece interações significativas com ninguém do universo hospitalar, nem com outros doentes com quem divide a enfermaria nem com quem é responsável pelos cuidados e pelo tratamento. Não reconhece nesse espaço nenhuma possibilidade de alteridade, de troca com o outro e nem mesmo de identificar o seu sofrimento com o sofrimento de outros doentes.

Yerma fala até um determinado momento do processo, depois disso se cala, tomada pelo imaginário do sofrimento que sua situação comporta. Ao calar-se, reafirma sua impotência de agir e de narrar o que está se passando com ela. Ricoeur (1994) nos ajuda entender esta situação ao afirmar que o sofrimento produz uma separação entre o eu e o mundo, incluindo-se aí obviamente o outro:

- a) no mais baixo grau (de sofrimento) se coloca o fato de que aquele que sofre não pode ser substituído, o sofredor é único; b) no grau seguinte o sofrimento é solitário, no sentido de que o que se vive é incomunicável. O outro não pode nem compreender,

nem ajudar. As barreiras entre o eu e o outro são intransponíveis; c) num grau já mais intenso o outro se apresenta como o inimigo do eu que sofre, é ele quem faz sofrer; d) no último grau se desencadeia um sentimento fantasmático de se ter sido escolhido para sofrer. (RICOEUR, 1994, p.60-1)

O último encontro com Yerma marca a pressão do imaginário sobre seu sofrimento. O imaginário é que a faz encerrar qualquer possibilidade de interação e de diálogo no sentido da construção de uma narrativa que resulte em atribuição de significados para sua doença e seu tratamento, para o sofrimento por que passa:

- *Você está preocupada com a quimioterapia?*
- *Não sei. Só me preocupo em ficar boa para criar meus filhos. Não gosto de pensar nessa coisa preta pendurada entrando pela minha veia (referindo-se ao medicamento que está recoberto por um envoltório plástico, pois deve ser protegido da luz para que conserve suas propriedades). Isso é um veneno!*
- *Por que, você não gosta do preto?*
- *Não gosto nem de olhar para esse plástico preto...*
- *Por quê?*
- *Não sei... não sei...*

Depois de vários encontros com Yerma, ela insistia sempre em não falar sobre o preto, sobre a cor preta e sobre o que representava para ela o plástico e sua cor, que envolviam o frasco de medicamento. A partir do quarto ciclo de quimioterapia (cada ciclo com sete dias de internamento) todas as tentativas de continuar a conversar com Yerma se revelaram infrutíferas. Sempre algum motivo a impedia de conversar: *Estou muito mal, passe outra hora; agora não posso porque quero ver a novela; agora não posso por que já vem a enfermeira da Quimioterapia...*

Diante desses depoimentos podemos perceber que Yerma vai emudecendo e se recusando a falar a partir do momento em que entra na sua fala o preto, cor do envoltório de sua medicação. A hipótese que se pode levantar é óbvia, mas não deixa de ser importante: Yerma possui no nível imaginário um registro de que o “preto” remete à perda, à dor, ao sofrimento e, no limite, à morte.

São nos significados contidos no plástico preto, enquanto imagem noturna do imaginário, e na progressiva recusa de Yerma em falar, que se revela a toda a extensão de sua imaginação do sofrimento e da morte. Nesse sentido, embora ela não o expresse verbalmente, o preto faz lembrar o universo “desconhecido”, que se articula na dor, no vômito, na queda do cabelo, no emagrecimento, na gravidade da doença, na possibilidade da morte.

Ao regime heróico da antítese (das imagens de regime diurno) sucede o regime do eufemismo (das imagens noturnas do imaginário). Não somente a noite sucede o dia, mais ainda e sobretudo as trevas nefastas... Nós assinalamos o deslizamento progressivo do mal metafísico ao pecado moral pelo jogo sugestivo das próprias imagens. E como a psicanálise coloca (...) em evidência, Chronos e Thanatos se conjugam a Eros...

É sobre esta ambivalência essencial de Eros que vamos insistir, não para nos interrogar sobre esta duplicidade da pulsão primitiva, mas para fechar sobre ela mesma o estudo da valorização negativa das imagens noturnas. (DURAND, 1984, p.220)

Nesse registro, sua relação com o imaginário pode ser entendida como a relação com as imagens noturnas, tal qual as descreve Durand (1984) quando fala do regime das imagens: de um regime diurno ligado à luz e de um regime noturno expresso pelas imagens “obscuras” ligadas às trevas. O desfecho não pode ser outro: se por um tempo Yerma se debate entre uma experiência conjugal de violência (primeiro casamento) e agora uma outra de sofrimento causado por uma doença grave, ao emudecer e não poder narrar seus sofrimentos o que triunfa na luta entre Eros e Thanatos é certamente este último.

Assim, podemos observar em Yerma um aprisionamento ao imaginário e seu regime noturno de imagens, no qual os símbolos se expressam na decomposição do corpo ameaçado pela doença. São estes símbolos que parecem provir de uma região desconhecida que a fazem calar-se. O outro da interação fica excluído de seu universo, na medida em que Yerma, presa ao imaginário, não constrói uma narrativa endereçada ao outro. Ocorre o que Ricoeur (1994) considera o desastre narrativo:

Os desastres de narrar se assentam sobre o eixo eu-outro. O sofrimento aí aparece, como ruptura do fio narrativo, resultante de uma concentração extrema, de uma focalização pontual, sobre o instante (*do sofrer*). O instante, é necessário sublinhar, é outra coisa que o e momento presente, tão magnificamente descrito por Agostinho em *As Confissões*: assim, se o presente se nutre da dialética entre a memória (que ele chama presente do passado), a espera (presente do futuro), a atenção (ou presente do presente)⁴, o instante é arrancado desta dialética do triplo presente, o que não é senão interrupção do tempo, ruptura da duração; é por esta via que todas as conexões narrativas se acham alteradas. A relação ao outro é tão alterada quanto a impotência de narrar e

⁴ Em francês, no texto original temos esta forma: “[...] la mémoire (le présent du passé), l’attente (ou présent du futur), l’attention (ou présent du présent).” Talvez facilitasse a compreensão se optássemos por traduzir “présent” por “presença”, que tornaria mais fácil a compreensão para os falantes de português. Mas decidimos manter “présent” para evitar qualquer alteração de sentido, dado que o que está em jogo na passagem citada remete aos tempos do sofrimento.

narrar-se, na medida em que a história de cada um está imbricada na história dos outros... (RICOEUR, 1994, p.63).

É o preto (representando a morte) o grande agenciador desses símbolos no imaginário de Yerma, cujo sentido ela está impedida de verbalizar, mas cujos efeitos se inscrevem em sua subjetividade. A cor preta do plástico que envolve o frasco de medicamento lhe infunde tanto pavor, que para Yerma continuar o tratamento foi necessário colocá-lo atrás do leito, de modo que não ficasse visível para ela. Os enfermeiros fizeram um rearranjo dos equipamentos para tornar invisível o que a remete de forma constante ao imaginário, ao qual sua subjetividade está presa.

Há em Yerma um registro imaginário da doença, da hospitalização, da medicação que domina sua subjetividade, representados pela cor que Yerma “não pode nem ver”, ao mesmo tempo em que afirma: *não sei... não sei ...*

Yerma deixa claro que não consegue articular uma narrativa de apresentação de si ao outro que lhe dirige a palavra e pede que fale. Não há laço possível com Yerma devido ao desastre narrativo causado pelas pressões do imaginário que possui da doença e do tratamento. Não foi possível com Yerma a criação de um conjunto de significados e de sentidos novos a partir daqueles que circulam livremente no imaginário social sobre o câncer, o sofrimento e a morte. Ao calar-se, Yerma não faz senão ceder às pressões do imaginário, colocando para longe de si qualquer possibilidade de simbolização.

A TRAVESSIA DE BERNARDO

Na discussão da narrativa de Yerma, procuramos estabelecer a força do imaginário sobre a subjetividade da paciente e como ela se mantém enredada nas formulações e nas imagens que regem as construções imaginárias, sem poder portanto simbolizar a doença e o tratamento.

A narrativa de Bernardo nos aponta um outro percurso. Este vai do imaginário ao simbólico, realizando uma travessia subjetiva que implica na elaboração dos sentidos e significados de sua doença e da morte que se aproxima. A transcrição não será feita em bloco, mas em partes para facilitar a análise do que está contido em cada fragmento.

Bernardo é um moço com 16 anos, possui três irmãos mais novos, vem de uma pequena cidade do interior. Filho de operário e dona de casa, estudou até a sexta série do primeiro grau e pertence à Assembléia de Deus. Possui um carcinoma difuso de abdômen e está internado para o segundo ciclo de Quimioterapia.

Encontro Bernardo no leito. Deitado, com os pés sob a cabeça como se fosse um contorcionista, grita desesperadamente. Do corredor se ouvem seus gritos. Médicos e enfermeiros não conseguem aliviá-los; segundo Bernardo, são gritos de dor. Vou até seu

leito, atendendo ao pedido de uma das enfermeiras que diz estar *com muita pena de Bernardo, que não pára de gritar*. Mesmo a morfina que lhe é administrada não dura o tempo previsto e entre uma dose e outra são administrados analgésicos menos potentes.

A postura de Bernardo no leito nos prova a descoberta de Jacobi (1994):

O que dá especificidade à queixa é a imagem de interpelação, de reconhecimento e evocação do outro. Este reconhecimento, antes de utilizar a palavra, terá por mediador o próprio corpo. O uso do corpo suporta e precede a palavra sobre o corpo, dirigida ao outro. (JACOBI, 1994, p.119).

Assim, tento conversar com Bernardo na primeira vez que o vejo, mas não consigo, ele só grita. Fico com ele 45 minutos e nenhuma palavra, só gritos.

Encontrar o espaço para uma palavra (em presença da) ruína do corpo, na aflição psíquica mais evidente, manifesta classicamente na queixa a presença de um sujeito na linguagem. Este trajeto do corpo à palavra, do grito à linguagem do sofrimento, traça no essencial o percurso da queixa... A queixa pode remeter ao próprio corpo ou ao corpo do outro; ela inscreve o sujeito na linguagem e no simbólico, visando permitir o reencontro do outro. (JACOBI, 1994, p.116-17).

Antes de apresentar a narrativa, pensamos ser possível levantar aqui a hipótese de que o sofrimento de Bernardo é o de um sujeito que busca a própria palavra para, de posse dela, poder dizer o que se passa consigo e, ao mesmo tempo, poder restabelecer-se significativamente para o outro. Em certa medida esta hipótese está também presente na discussão de Ricoeur (1994, p. 62-3), para quem “correspondem ao sofrer todas as feridas que afetam o poder de narrar e de narrar-se, o poder de fazer, o poder de estimar a si mesmo como agente moral sobre o sofrimento”. O que Bernardo experimenta é algo que está inscrito em sua subjetividade, um sofrimento que neste momento só pode ser expresso pelo grito, que funcionará, como veremos, como pedido de ajuda.

Quando volto no dia seguinte, Bernardo está gritando, posso ouvi-lo do corredor da ala. Entro na enfermaria, me aproximo de seu leito. Bernardo continua gritando. Escuto durante longo tempo seus gritos. De repente me arrisco a perguntar porque grita tanto.

- *Bernardo, por que você grita?*
- *É a dor, me responde.*
- *Volto a insistir na conversa:*
- *Como é essa dor?*
- *Parece um fogo correndo dentro da minha barriga.*

- Pergunto, entre um grito e outro, se ele associa essa dor com alguma cor.
- Deve ser preta, da cor do vômito. Tenho vomitado muito, um vômito preto e a dor deve ser igual ao vômito.

Bernardo recomeça a gritar sem parar, mesmo estando sob efeito da morfina que tomou há duas horas. Fico ouvindo seus gritos por mais um tempo. A seguir faço uma nova intervenção:

- Você não quer conversar um pouco?
- Não adianta conversar, a dor não passa. Conversar o quê?
- O que você quiser... você escolhe.
- Não tenho vontade de conversar. Primeiro preciso tomar o remédio para a dor.
- Bernardo, não está na hora do remédio, faz pouco que você tomou.
- Se me derem o remédio eu durmo e a dor passa, aí a gente conversa.
- Mas se você dorme a gente não pode conversar.
- Mas não adianta conversar com essa dor.

Bernardo se encolhe na cama e recomeça seus gritos. Não consegui ir além disso.

A partir desse primeiro segmento podemos afirmar com Ricouer (1994):

[...] desde que a dor tenha seu lugar no corpo inteiro, o sofrer se somatiza de maneira eletiva ao nível da mímica e mais particularmente no espaço da face; desta maneira a expressão do sofrer se redobra sobre o grito e as lágrimas. (RICOEUR, 1994, p.62).

Identificamos aí a primeira questão importante que o caso levanta. Bernardo não está somente com dor; está passando por um sofrimento que se expande para além da dor e que toma de assalto sua subjetividade. A impotência de narrar⁵ o sofrimento e narrar-se ao outro está dada nesta situação e, ao mesmo tempo, a impotência de agir e suportar. A impotência de agir e suportar produz o efeito de impossibilitar qualquer ação de Bernardo no sentido de diminuir seu sofrimento. A única coisa que consegue fazer além de gritar é pedir medicação. Em certa medida Bernardo sabe que é responsabilidade do corpo médico-hospitalar, este outro que toca seu corpo doente, submete-o a exames, exige que se alimente, demanda dele que pare de gritar, que seja bonzinho e não perturbe os outros doentes - aliviar seu sofrimento e por isso pede medicação. Nesse pedido Bernardo interpela o outro no que diz respeito ao seu sofrimento. A questão que fica é a de saber em que medida este outro interpelado pela queixa

⁵ A impotência de narrar e a impotência de agir e suportar fazem parte dos eixos pelos quais Ricouer (1994) analisa o sofrimento. O outro eixo é o da relação do eu e com outro

consegue entender que nela existe algo mais do que o pedido imediato por mais medicação.

Observando outros pacientes em situações de internamento e sofrimento intenso, descobrimos que estes necessitam de garantia (RASIA, 2002), em relação ao tratamento. Esta garantia se expressa pelo reconhecimento de que alguém (que não precisa ser do corpo médico-hospitalar), mas que está constantemente presente no hospital, oferece-lhe a segurança de que seu tratamento está sendo bem conduzido. Esta função que identificamos como garantia, não é senão a exigência de que alguém assuma a condição de fiador simbólico para o paciente, das práticas a que está sendo submetido.

A partir do que consideramos como garantia, podemos nos perguntar por que Bernardo irá conversar comigo se sou apenas mais uma das tantas pessoas que entram e saem de sua enfermaria a cada dia? A “aparente recusa” em conversar, por um lado decorre da impotência de narrar, por outro lado, para que dirigir a palavra a um estranho? Todos são estranhos, Bernardo ainda não conseguiu estabelecer laço com ninguém no hospital, dado que ninguém ainda conseguiu compreender a significação de seu grito, ninguém entendeu que sua verdadeira demanda está disfarçada no pedido por “mais medicamento”.

Bernardo trabalha aqui no sentido de construir uma demanda⁶, de fazer um pedido mas ao mesmo tempo está impedido de usar a palavra. Sabe o que o faz sofrer, mas não consegue nomeá-lo. E se volta sobre suas representações e seu imaginário, que o fazem debruçar-se sobre o próprio eu, vendo o outro com estranhamento: “Conversar o quê? ... Não adianta conversar...” Nega a relação com o outro, que exige dele atitudes que não sejam somente as representadas por sua posição de contorcionista. Reconhecer o outro, estabelecer interações, exigiriam de Bernardo superar duas situações a que está subsumido: a impotência de narrar e a impotência de agir. Bernardo permanece dobrado sobre si mesmo e metaforicamente dobrado sob o imaginário que o encobre. Há em Bernardo uma subjetividade dominada pelos conteúdos imaginários.

O que acabamos de descrever nos faz pensar como o hospital e a ordem médica⁷ não conseguem manejar uma situação como esta:

- a) Primeiro, há uma constante queixa de enfermeiros e médicos que não conseguem suportar os gritos de Bernardo, que estes gritos, em certa medida, atrapalham a realização das tarefas de rotina da ala;

⁶ Nem sempre é possível ao paciente ser entendido em sua verdadeira demanda, como nos mostra Mannoni (1995, p. 121): “[...] se o saber médico, às vezes se transforma em derrisão para o paciente, é que este saber não serve para nada a ele, sujeito, se se sentir excluído ao ser tratado como objeto com os quais os especialistas que o cercam se entretêm entre si.”

⁷ sobre a ordem médica consultar: Clavreul (1993), Lazzaretti (2007), Foucault (1983, 1979).

- b) A queixa de que seus gritos atrapalham o repouso de outros doentes próximos à sua enfermaria;
- c) Ao gritar sem parar, Bernardo é um doente que incomoda, não só por seus gritos, mas porque exigiria um tempo de trabalho dos médicos e enfermeiros de que esses não dispõem;
- d) Há um ritmo e uma rotina estabelecidos para as visitas médicas e para todo o trabalho hospitalar que obedecem a uma administração burocrática do tempo, o que impede qualquer atenção que não seja a de rotina para este tipo de situação enfrentada por Bernardo, que, segundo os médicos enfermeiros, não se configura como uma situação de emergência.

Volto no dia seguinte. Tudo continua igual. Bernardo grita, a equipe de enfermagem reclama que não agüenta mais ouvi-lo gritar. Doentes de enfermarias vizinhas dizem o mesmo. Dizem que gritou a noite inteira e não deixou ninguém descansar.

...Bernardo no leito na posição de contorcionista. Quando percebe que estou lá fixa o olhar em mim. Aproveito e pergunto quem lhe ensinou a ficar naquela posição na cama:

– Eu mesmo aprendi. Aprendi depois que fiquei doente, depois que tive que ficar na cama. É um jeito da dor não doer tanto.

Manteve-se calmo e continuou a conversar sobre a família. Contou-me do pai e da mãe, disse que tem três irmãos e que ele é o mais velho. Falou sobre o trabalho do pai e disse que já ajudou o pai, que já havia começado a trabalhar antes de ficar doente, que o serviço que fazia era pesado.

Em seguida começa a gritar novamente. Fiquei um tempo com ele, mas a conversa não continuou. Despeço-me, dizendo que volto no dia seguinte para nosso quinto encontro. Bernardo continua gritando.

Quando volto para nova visita no dia seguinte, Bernardo está gritando. Como sempre consegue-se ouvi-lo do corredor da ala. Falo com a enfermeira-chefe no posto de enfermagem e esta me diz que nada mudou, que continua gritando... Quando entro na enfermaria e Bernardo percebe minha presença, abre os olhos, pára de gritar, me olha e de repente começa novamente com sua gritaria..

Mesmo que ele continue gritando, pergunto:

– O que foi, Bernardo?

– É a dor que continua igual. Não adianta, não passa de jeito nenhum.

Chego perto e pergunto se ele sabe que doença tem.

– Sei, é um tumor na barriga.

Quando Bernardo responde dizendo que sabe o que tem, percebo que começou a estabelecer minimamente um laço comigo. Já não lhe sou tão estranho assim. Mas o que é mais importante neste momento é como manter este laço que se esboça, para poder fazer com que Bernardo consiga recuperar sua “potência de narrar”, de dizer de si ao outro, recuperando o espaço da alteridade (do reconhecimento de si e do outro) e da interação através da palavra que me dirige e tendo como objeto desse processo seu sofrimento, as condições de sua doença e não somente o imaginário no qual está envolto.

As poucas palavras que dirige a mim são acolhidas não como parte da queixa, mas com significações muito próprias, que dizem de uma potência de agir perdida com a doença: *já trabalhei, já ajudei meu pai, sei o que tenho...*

A “potência de agir,” que começa a recuperar, é ainda muito limitada, assim como a “potência de narrar-se” ao outro que Bernardo começa a reconhecer, mas que lhe é quase um estranho e como tal pode ser também uma ameaça, tanto que nesse dia tudo o mais que proponho Bernardo não é aceito. Ao retomar seu grito ele marca que ainda necessita de um tempo para continuar a reconstrução de uma segurança maior em relação ao outro para poder restabelecer alguma forma de sociabilidade:

Proponho um exercício respiratório para ver se alivia a dor. Bernardo se recusa, dizendo que não adianta e começa a gritar novamente. Fico com ele mais um tempo. Bernardo não pára de chorar e gritar. Pergunto se gostaria de ver seus pais. Não me responde. Grita...Tem saudade de sua mãe? Grita...Quando pára de gritar diz:

– Eles moram muito longe e não podem vir me visitar. Está tudo bem no hospital.

O senhor pode ir, se a dor parasse a gente poderia conversar mais um pouco.

Bernardo recomeça a gritar, eu o deixo gritando.

Volto no dia seguinte. Como nos dias anteriores Bernardo está gritando. Quando me vê fala imediatamente:

– Me internei para o segundo ciclo de Quimioterapia, mas acho que não vou fazer. Do jeito que eu estou não vai dar. Acho que os médicos vão suspender. O senhor poderia chamar a enfermeira para me fazer outra injeção. O senhor poderia ir embora, porque se a enfermeira vier eu vou tomar a injeção e dormir.

Volto dizendo que a enfermeira já vem. Nesse tempo Bernardo retomou seu grito.

Me dispensa...

Não vou visitá-lo no dia seguinte.

A garantia que se esboçava através da interação entre nós de repente se vai. Bernardo me dispensa e recolhe-se novamente sobre si mesmo. Ou seja, sua condição de sofrimento impõe-lhe um novo dobrar-se sob as pressões do imaginário.

Permito me perguntar se agora o estágio já é outro. Bernardo já consegue optar entre falar ou gritar, entre interromper o diálogo e dispensar o interlocutor, correndo o risco de não tê-lo mais à disposição. Esta atitude é reveladora da emergência das potências de agir e de dizer (de narrar seu sofrimento e narrar-se ao outro).

Dispensar o interlocutor, correndo o risco de perdê-lo é a prova que Bernardo precisa dar a si mesmo de que está conseguindo “desdobrar-se”. A questão que fica posta nesta atitude revela um ponto de luta com o próprio imaginário. O outro, que o vem observar e “escutar,” coloca-se à disposição para que ele refaça sua relação com o mundo. Para que recupere, pelo menos em parte, a subjetividade que foi esfaçalhada pelo sofrimento.

...Dois dias depois quando chego descubro que Bernardo mudou de ala e que foi feita uma cirurgia. Vou até a ala em que está e o encontro na numa das enfermarias. Diz que depois da cirurgia a dor passou um pouquinho.

– Mas você está chorando?

– É que agora ela voltou.

– Bernardo, você está chorando por quê?

– É a dor. Sabe quando a gente tem uma ferida, tira a casca e joga álcool por cima?. É assim que é minha dor.

– Mas a cirurgia não está ajudando?

– Na cirurgia só foi feito um desvio do intestino...

– Por que você continua chorando?...

Aqui podemos fazer um novo recorte no depoimento de Bernardo para nos debruçarmos um pouco sobre o que ele já sabe de sua dor e da cirurgia a que foi submetido. Conhece a dor, sabe que ela faz parte de seu sofrimento, mas que seu sofrimento não se reduz à dor. Como nos diz Ricoeur (1994) “o sofrimento não é a dor”. O sofrimento comporta a dor, mas ultrapassa-a. Inscreve-se o sofrimento pelo que podemos perceber nesta narrativa, um pouco além do universo físico do doente. Ou seja, o sofrimento físico aqui é apenas parte de um sofrimento que se aninha na subjetividade de Bernardo, dominada pelo imaginário. Não conseguir domar completamente o imaginário traduzindo-o através da linguagem, nomeando-o, para utilizarmos a expressão de Manoni (1995), é outra dimensão do sofrimento de Bernardo. Não que sua dor não seja importante. Isto fica claro na seqüência do depoimento: *A dor não passa e estou com pena do meu pai. Pobre, trabalha, ganha pouco e ainda tem que gastar comigo. Antes eu ainda ajudava, agora não posso pois estou doente...*

A verdadeira dimensão do sofrimento de Bernardo está dada no fragmento acima. Acompanha a dor um processo de culpabilização pelo fato de estar doente, impedido de trabalhar e de ajudar o pai, que apesar de pobre, ganhar pouco, ainda tem gastar com ele. Bernardo sempre soube das dificuldades e da pobreza da família, mas agora é que consegue dizer o que sabe.

[...] Bernardo retoma o choro. Pergunto:

- *O que foi?*
- *A dor que não passa.*
- *Você está com saudade de casa?*
- *Não, não é saudade.*
- *É medo?*
- *O Sr. está perguntando se eu estou com medo de morrer?*
- *Não. Eu perguntei se você está com medo. Agora, se você quiser falar sobre a morte, você pode falar.*
- *Eu já falei com a minha mãe que do jeito que eu estou é melhor morrer. E eu sei que vou morrer, meu pai também sabe, minha mãe sabe. Os médicos já disseram. Quando eu falei para o meu pai... Eu disse pra eles que aqui é só sofrimento e que é melhor morrer. Eles se abraçaram em mim e começaram a chorar. Eles choram muito.*
- *E aí o que você fez?*
- *Aí eu disse: 'Mãe, a gente é crente e sabe que no outro mundo é só felicidade. Não tem sofrimento. Por isso eu não tenho medo da morte.'*
- *Você acha que vai morrer?*
- *Não sei. Não sei também se vou conseguir trabalhar. A mão amortece. Antes de ficar doente eu era forte. Já perdi 20 quilos. Olhe como estão meus braços. Não sei se vou voltar a ser como antes. Posso até ficar bom, mas não sei se volto a ser forte [...].*

Neste momento chega o lanche, Bernardo come. Explico que tenho um compromisso e que preciso deixar o hospital.

Volto no dia seguinte Bernardo já não grita mais. Diz que ainda chora um pouco, mas que com o remédio a dor tem diminuído muito. Continuo acompanhando Bernardo por mais duas semanas diariamente, quando ele deixa o hospital e vai para casa. Toda vez que chegava lá conseguia conversar, contava histórias de sua infância, de sua cidade, de seus irmãos e de seu tio. Na semana da Páscoa Bernardo vai para casa, mas antes me pede que compre um chocolate para levar para a irmãzinha menor. Em sua dignidade me oferece o dinheiro para pagar. Diz que vai comer metade e a outra metade dará para a irmã. Recuso o dinheiro e com permissão médica compro um chocolate para ele e um para a irmã. Um mês depois recebemos no hospital a notificação que Bernardo morrerá em seu domicílio.

O acompanhamento de Bernardo em seu narrar-se nos mostra algo surpreendente. Ao nomear aquilo que está na essência de seu sofrimento, Bernardo realiza a travessia do imaginário ao simbólico, recuperando a potência de narrar-se ao outro e de agir diante da própria morte. Reconstrói apesar do sofrimento sua subjetividade. O fato de Bernardo ter recuperado minimamente através da palavra e da narrativa sua história de vida, suas relações com o mundo, seu próprio sofrimento, coloca-o em relação com o simbólico. Na tentativa de agir diante da tristeza dos pais, dos irmãos e de si mesmo pela certeza da morte próxima e do conjunto de perdas que se anunciam, Bernardo encontra no sagrado o ancoradouro simbólico para sua travessia: ... *a gente é crente e sabe que no outro mundo é só felicidade...*

O encontro de Bernardo com o sagrado tem a função de recobrir a experiência de abismo vivida por ele em sua trajetória de doente de câncer:

A religião dá nome ao inominável, representação ao irrepresentável, lugar ao não localizável. Ela satisfaz simultaneamente a experiência do *Abismo* e a recusa a aceitá-lo, circunscrevendo-o – pretendendo circunscrevê-lo -, dotando-o de uma ou mais figuras, designando os lugares que ele habita, os momentos que ele privilegia, as pessoas que o encarnam, as palavras e os textos que o revelam. A religião ...consiste numa ‘forma de compromisso’, que combina ao mesmo tempo a impossibilidade, para os seres humanos de se confinarem ao aqui-agora de sua ‘existência real’ e sua impossibilidade de aceitar a experiência do *Abismo*... (CASTORIADIS, 1987, v.2, p.387)

O que importa ainda afirmar mais uma vez é a impotência da ordem médica e do *ethos* hospitalar de trabalharem com o sofrimento para além da queixa. A hipótese que poderíamos levantar é que avançar no sentido de uma compreensão da queixa para além de seus aspectos físicos coloca problemas de duas ordens: a) como manter a rotina do trabalho no interior do hospital sem rupturas; b) como incorporar o imaginário dos doentes à razão técnica e científica, que orienta a ação médica.

Não estarão os médicos e enfermeiros também eles, impotentes para agir, dizer e relacionar-se com o outro diante de situações como esta, que se caracterizam como situações limites para o homem e não só para a prática da medicina no interior do hospital?

REFERÊNCIAS

- CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto*. Rio: Paz e Terra, 1987. v.2
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- DURAND, Gilbert. *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. 10. ed. Paris: Dunod, 1984.
- ELIADE, Mircea. *Mito e realidade*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- _____. *O sagrado e o profano: a essência das religiões*. Lisboa: Livros do Brasil, [19—].
- FOUCAULT, Michel. *La naissance de la clinic*. Paris: PUF, 1983.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- JACOBI, Benjamin. La plainte. *Souffrances*. Corps et âme, épreuves partagées, Paris, n.142, p.116-27, 1994.
- LAZZARETTI, Claire T. O discurso médico e os signos da doença. In: RASIA, J.M.; GIORDANI, Rubia C. F. (Org.). *Olhares e questões sobre a saúde, a doença e a morte*. Curitiba: Ed.UFPR, 2007.
- MANNONI, Maud. *O nomeável e o inominável: a última palavra da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- RASIA, J.M. *Hospital: sofrimento e socialidade*. 1996. Tese (Concurso de Prof. Titular em Sociologia) - UFPR, Curitiba, 1996.
- RASIA, J.M. As mulheres do Radinho In: MERCER, V. R. (Org.). *Hospital e subjetividade*. Curitiba: Travessa dos Editores. no prelo.
- RASIA, J.M. O doente hospitalizado: o sonho de Angelina. *Revista Brasileira de Sociologia das Emoções*, João Pessoa, v.1, p.378-405, 2002.
- RICOEUR, Paul. La souffrance n'est pas la douleur. *Souffrances*. corps et âme, épreuves partagées, Paris, n. 142, p.58-70, fév.1994.