FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
MANOEL RIBEIRO DE MORAES JÚNIOR
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)

# SAÚDE PÚBLICA

## Temas Emergentes



EDITORA

# SAÚDE PÚBLICA

*Temas Emergentes*

# SAÚDE PÚBLICA

## *Temas Emergentes*

**FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS**
**MANOEL RIBEIRO DE MORAES JÚNIOR**
**ELÓI MARTINS SENHORAS**
**(organizadores)**

BOA VISTA/RR
2024

**Editora IOLE**

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.




EXPEDIENTE

Revisão
Elói Martins Senhoras
Maria Sharlyany Marques Ramos

Capa
Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e Diagramação
Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial
Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Le6 LEMOS, Flávia Cristina Silveira; MORAES JÚNIOR, Manoel Ribeiro; SENHORAS, Elói Martins (organizadores).

Saúde Pública: Temas Emergentes. Boa Vista: Editora IOLE, 2024, 333 p.

Série: Saúde. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-85212-80-9
https://doi.org/10.5281/zenodo.10642783

1 - Brasil. 2 - Estudos de Caso. 3 - Saúde Pública. 4 - Teoria.
I - Título. II - Lemos, Flávia Cristina Silveira. III - Saúde.. IV - Série

CDD–614

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores



# EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazerem contribuições para o avanço da reflexão e das práxis em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capitalização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

*Prof. Dr. Elói Martins Senhoras*

(Editor Chefe)

Copyright © Editora IOLE
2024

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO | 09

CAPÍTULO 1 |
Organização, Sofrimentos e Prazeres no Trabalho de
Profissionais da Atenção Básica Paraense na Pandemia da Covid-19 13

CAPÍTULO 2 |
A Escuta das Dores na Clínica Médica:
A Importância da Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar 47

CAPÍTULO 3 |
Aconselhamento Centrado na Pessoa no
Cuidado a Mulheres-Mães Vivendo com HIV/AIDS 75

CAPÍTULO 4 |
Brinquedoteca Hospitalar:
O Brincar como Possibilidade de Ressignificação da Doença 99

CAPÍTULO 5 |
Análise de uma Santa Casa de Misericórdia: Contribuições de uma
Leitura Marxista para o Trabalho em uma Unidade Hospitalar 121

# SUMÁRIO

CAPÍTULO 6 |
Interseccionalidade na Saúde Coletiva e Mental de Mulheres Vítimas de Acidente com Motor de Barco na Amazônia: Aspectos Psicossociais das Dores do Escalpelamento 151

CAPÍTULO 7 |
Precarização da Saúde no Trabalho da Enfermangem de um Hospital Público da Amazônia 171

CAPÍTULO 8 |
Um Território Sensível no Campo da Saúde: Religião e Espiritualidade em Preocupações quanto às Diversidades 217

CAPÍTULO 9 |
Cura, Corpo e Morte: Os Cuidados Espirituais em Tempos de Pandemia 245

CAPÍTULO 10 |
O Samba de Cacete Como Ferramenta Terapêutica e Seu Valor Imaterial: Relato de Experiência 263

CAPÍTULO 11 |
O Paradigma do *Recovery* em Pesquisas Latinoamericanas em Saúde Mental 287

SOBRE OS AUTORES | 319

# INTRODUÇÃO

# INTRODUÇÃO

O objetivo do presente livro é discutir temas que têm adquirido crescente relevância no campo da Saúde Pública, partindo de estudos de casos relacionadas à promoção de estratégias de diagnóstico, prevenção e solução de problemas, distúrbios e doenças físicas e mentais, os quais tomam como referência uma leitura pautada por plurais recortes teórico-metodológicos que valorizam a multidisciplinaridade.

A reflexão empreendida sobre o contemporâneo estado da arte da Saúde Pública foi empreendida no contexto empírico da realidade social, alicerçando-se em um panorâmico mapeamento de temas que são estudados por meio de variadas abordagens, técnicas e procedimentos teórico-metodológicos de natureza qualitativa quanto aos meios e natureza exploratória e descritiva quanto aos fins empreendidos.

Neste sentido, as discussões e resultados apresentados ao longo deste livro somente foram possíveis de estruturação em razão de um trabalho coletivo focalizado em agendas temáticas da área de Saúde Pública por trinta e oito pesquisadores com distintas formações acadêmicas e expertises profissionais, oriundos das macrorregiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil, bem como da Colômbia, o que propiciou um olhar diferenciado sobre seus impactos na sociedade.

A organização deste livro, "Saúde Pública: Temas Emergentes", em onze capítulos, traz consigo relevantes discussões e experiências regionais, relacionadas ao papel e à importância que a Saúde Pública possui, como campo epistêmico simultâneo de pesquisas e atuação profissional para descrever e prescrever linhas de ação para um conjunto de diferentes atores em distintas realidades empíricas da sociedade.

Alicerçado em estudos que combinam uma natureza empírica e teórica, o livro trata-se de uma obra indicada para estimular o leitor a reflexões e ao debate, possuindo reverberação, descritiva e prescritiva sobre as agendas teóricas e empíricas sociais a partir do olha epistêmico da Saúde Pública, atendendo assim aos interesses de leitura para, tanto um público geral, quanto um público de especialistas e profissionais que atua na própria área.

Com base nas discussões apresentadas nesta obra, por meio de uma didática abordagem e uma fluida linguagem, este livro é indicado a um potencial amplo público leitor, corroborando assim para a produção de novas informações e conhecimentos sobre a Saúde Pública contemporânea, a partir de estudos representativos nos planos teórico e empírico que podem potencializar novas apreensões sobre a temática.

Ótima leitura!

*Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos*

*Prof. Dr. Manoel Ribeiro de Moraes Júnior*

*Prof. Dr. Elói Martins Senhoras*

(organizadores)

# CAPÍTULO 1

*Organização, Sofrimentos e Prazeres no Trabalho de Profissionais da Atenção Básica Paraense na Pandemia da Covid-19*

# ORGANIZAÇÃO, SOFRIMENTOS E PRAZERES NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA PARAENSE NA PANDEMIA DA COVID-19

*Elon de Sousa Nascimento*

*Eric Campos Alvarenga*

A atenção básica (AB), também referida como atenção primária à saúde (APS), faz parte da rede de atenção à saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de ser o primeiro contato da comunidade aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a atenção básica tem também como finalidade ser a responsável pelo cuidado integral e contínuo da população dentro de um território, ou seja, por meio da vinculação entre trabalhadores e comunidade, realizando a implementação e a manutenção de processos de proteção e promoção da saúde da população, além de prevenção de doenças, riscos e agravos (BRASIL, 2017).

O cuidado que na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é estabelecido como dever da atenção básica, na verdade, é realizado por pessoas. Sendo assim, as trabalhadoras e os trabalhadores necessitam, por ser característica do serviço, manejar tecnologias leves de cuidado como o vínculo "que sempre guardará um forte componente de espontaneidade, de empatia, de troca" (CECÍLIO; LACAZ, 2012, p, 19) entre usuários e profissionais envolvidos no setor da saúde.

Esse vínculo é fundamental para que o serviço nas unidades básicas de saúde (UBS) seja realizado, pois nesse âmbito da Rede de Atenção à Saúde, tem-se a diretriz da longitudinalidade. Portanto,

pressupõe-se que servidores da saúde mantenham uma relação vindoura e que possibilite o cuidado centrado na pessoa, a fim de compreendê-la em sua integralidade e partilhar através do tempo as melhores formas de cuidado preventivo e continuado para cada pessoa, família e comunidade (BRASIL, 2017).

Por outro lado, Cecílio e Lacaz (2012) evidenciam algumas problemáticas cada vez mais presentes na realidade da Atenção Básica e do sistema público de saúde brasileiro: o acelerado processo de precarização das relações de trabalho no setor público e de introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional, o que impacta na autonomia de como os trabalhadores exercem suas atividades. Sob essa ótica, esse processo se intensificou ainda mais no ano de 2020 com o estado calamitoso ao qual se chegou por meio da pandemia de Covid-19, causada pela disseminação do vírus SARS-CoV-2, com alto potencial de contágio.

Na conjuntura pandêmica, apesar de considerados "heróis" pelo enfrentamento diário contra o vírus da Covid-19, os profissionais da saúde exercem muitas vezes suas atividades em condições insalubres tanto para um contexto pandêmico quanto para dias "normais", haja vista o subfinanciamento, a baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) e estruturas físicas precarizadas das unidades básicas de saúdes, além das interferências políticas, dentre elas, as indicações para postos de trabalho.

Diante disso, os trabalhadores se deparam com diversas formas de sofrimento, sejam físicos ou mentais que muitas vezes levam ao adoecimento e a paralização do trabalho. Nessa perspectiva, os profissionais da saúde buscam formas de lidar com o sofrimento acarretado por estarem imersos em condições que ultrapassam a capacidade individual de cada um para resolvê-las, mas que em grande parte são consequências de interesses políticos, restrição de investimentos em políticas sociais e desigualdades

características dos municípios brasileiros (MENDONÇA; GONDIM; GIOVANELLA, 2018). Características essas que se agravam no território amazônico, devido os seus indicadores sociais serem muito díspares, segundo Garnelo (2019, p. 01), "crescimento demográfico e econômico acelerado, mas com massiva concentração de renda e condições de vida amplamente desfavoráveis para a maioria da população". Território no qual esta pesquisa foi realizada.

Na perspectiva de Christophe Dejours, autor da Psicodinâmica do Trabalho, abordagem teórica que guia essa pesquisa, o trabalho é aquilo que o sujeito acrescenta de si mesmo para realizar as atividades confiadas a ele (DEJOURS, 2012a). E é por causa do fracasso tentando fazer o que está prescrito como sua atividade, que ele busca soluções, a partir de suas vivências, ou melhor, sua subjetividade, para a questão que o aflige. Portanto, é primeiramente no campo afetivo que o trabalho é experenciado pelos trabalhadores (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016).

A partir do exposto, Dejours (2012a) define dois conceitos que irão mediar o trabalhar: o trabalho prescrito e o trabalho real. O primeiro é o que está escrito nos protocolos e políticas, a Política Nacional de Atenção Básica, no caso da Atenção Básica, além daquilo que se espera previamente que o/a trabalhador/a realize, assim sendo, o que a organização do trabalho designa que faça sem levar em consideração as dificuldades diárias do serviço. Já o trabalho efetivo, por outro lado, é o real do trabalho onde se põe em prática as formas possíveis que cada trabalhador/a encontra diante das barreiras diárias, portanto, os imprevistos, os acidentes, as condições de trabalho e o dia a dia dele (DEJOURS, 2012b). Sendo assim, o trabalho tem como características a subjetividade e intersubjetividade, pois trabalhar é uma forma de se relacionar com outros, e como explicitado em Dejours et al. (2016, p, 232), o trabalho é o "principal contexto da vida onde podemos exercitar a democracia", pois é lá que ordinariamente se mantém relações

interpessoais, disputas de poder, e possibilidades de cooperação a fim de enfrentar as dificuldades.

Nessa lógica, o sofrimento e o prazer são aspectos presentes no trabalho, pois o primeiro é inerente a ele, mas também é o que impulsiona os trabalhadores a procurarem uma solução à adversidade. Já o segundo pode ser proporcionado a partir de várias origens, sendo a principal delas o reconhecimento, do/da trabalhador/a para si mesmo ao transformar-se e descobrir novas sensibilidades criadas de seu esforço e mobilidade subjetiva, que agregaram à sua identidade (DEJOURS *et al*., 2016), mas também, e principalmente através do olhar do outro, em especial os seus pares e seus superiores (DEJOURS, 2012).

Ainda sobre o reconhecimento, quando o outro reconhece o seu trabalho, além do sentido financeiro do termo, isso tem um valor simbólico de constatação da realidade criada com a contribuição do sujeito e de gratidão por essa participação na organização do trabalho. O valor simbólico é um ganho no registro da identidade dos trabalhadores (DEJOURS, 2012b). Contudo, quando o reconhecimento é negado ao/a trabalhador/a, "isso acarreta um sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental" (DEJOURS, 2007, p. 34), uma vez que ao não ter seu trabalho, sofrimentos e angústias reconhecidos, o sujeito enfraquece parte de sua identidade, a qual "constitui a armadura da saúde mental" (DEJOURS, 2007, p. 34).

A partir disso, Dejours assume três formas de sofrimento: o criativo, o patogênico e o sofrimento ético. Esse último será um dos focos de análise desse artigo, uma vez que são escassas as referências de publicações acerca do sofrimento ético na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho na área da saúde (AMBRÓSIO; LIMA; TRAESEL, 2019), e, apesar de uma quantidade maior, também são poucas as de sofrimento ético com trabalhadores de outras áreas (NOGUEIRA; OLIVEIRA; BELLOC, 2020; ROLO, 2013).

Mas o que é o sofrimento ético? Para Dejours (2007), ele é fruto de atitudes eticamente reprováveis pelos trabalhadores que as realizam, mas para permanecer no mesmo cargo ou progredir, as fazem. Nesse sentido, surge neles a possibilidade de perder a própria dignidade e ir contra seus valores, experiência vivenciada pelos trabalhadores por meio de expressões de angústia, medo, vergonha e insegurança (VASCONCELOS, 2013).

Contra os sofrimentos advindos da vida no trabalho, recursos são construídos por trabalhadores, de forma individual e coletiva. Estes minimizam a percepção do sofrimento funcionando, por exemplo, através da recusa da percepção daquilo que faz sofrer (MORAES, 2012). O sofrimento eufemizado traz uma armadura para o psiquismo, possibilitando que o trabalhador e a trabalhadora consigam se manter numa normalidade sofrente. Moraes (2012) afirma que quando as estratégias funcionam somente enquanto uma operação mental, elas não têm efeito direto nos elementos que agravam o sofrimento. Desta forma, elas proporcionam um equilíbrio frágil, porém que acaba evitando descompensações.

De acordo com Merlo, Bottega e Perez (2019), as estratégias coletivas de defesa possuem papel de extrema importância de resistência aos efeitos nocivos da organização do trabalho, porém estão perdendo espaço para o individualismo e a solidão. Para os autores, a solidariedade e cooperação estão desaparecendo e para que realmente possamos trabalhar de forma coletiva é preciso atenção e respeito ao outro. Contudo, a valorização da competição tem produzido a banalização e a indiferença frente ao sofrimento alheio (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2019).

Dessa forma, a partir de um olhar clínico, a Psicodinâmica do Trabalho se dedica a relacionar as mobilizações subjetivas do sujeito ao estar diante do sofrimento e o prazer no trabalho, com os modos que a organização do trabalho possibilita que ele exerça suas atividades de forma eficaz e digna. Com isso, neste capítulo

pretende-se analisar a organização e as condições de trabalho de profissionais da Atenção Básica do Pará, durante a pandemia da Covid-19. Como objetivos específicos, verificaremos as vivências de sofrimento ético e outras formas de sofrimento, além de vivências de prazer, reconhecimento no trabalho e as estratégias individuais e coletivas mobilizadas para se proteger do sofrimento.

## MÉTODO

A presente pesquisa se utiliza do método qualitativo, o qual é caracterizado como "aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social" (TAQUETTE; MINAYO, 2016), ou seja, aspectos incapazes de serem mensurados em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2001).

Nesse sentido, utilizando-se da internet como ferramenta de pesquisa social, pode-se chamar esse tipo de investigação, segundo Flick (2013) de "pesquisa on-line". De forma ampla, esse tipo de pesquisa tem como característica a possibilidade de encontro entre pesquisador e participantes de forma virtual, ou melhor, à distância, além de economia de custos e tempo. Contudo, na presente pesquisa o fator primordial para que ela fosse feita por meio da internet foi a pandemia da Covid-19, a qual, em escala global, instaurou à população um estado de isolamento social, o que, consequentemente, dificulta o encontro físico de todos os integrantes da pesquisa.

Em meio à crise desencadeada pela pandemia, toda atividade não essencial foi proibida, inclusive as idas programadas às unidades básicas de saúde, além das futuras intervenções a serem realizadas nas equipes de saúde. Assim, nesse contexto, buscando preservar a saúde da equipe de pesquisa, decidiu-se realizar as entrevistas à

distância por meio do software de videochamada Zoom Meetings. A divulgação da pesquisa ocorreu principalmente pelo compartilhamento de cartazes digitais em redes sociais, sobretudo no WhatsApp. Utilizou-se, portanto, a pesquisa online como método a fim de possibilitar o encontro do entrevistador e participante, de forma síncrona, ou seja, conectados ao mesmo tempo dialogando, como recomenda Flick (2013).

De um grupo de 14 profissionais que participaram da pesquisa, para este recorte foram selecionados uma técnica de enfermagem e um médico. Como critério de inclusão foi estabelecido ser profissional da saúde em serviço na Atenção Básica do Pará, exercendo função enquanto o estudo estivesse sendo realizado, além de que, fosse identificado em seus discursos relatos e situações relacionados à sofrimento ético. Logo que os interessados entraram em contato com o professor-coordenador da pesquisa, os encontros virtuais foram agendados de acordo com a disponibilidade de ambos os envolvidos. Fez-se 3 encontros para entrevista que duraram aproximadamente 50 minutos com o médico e 4 encontros com a técnica de enfermagem. No total, trabalhamos neste capítulo com um material contendo por volta de 6 horas de gravação.

A fim de possibilitar análise posterior das entrevistas, elas foram gravadas em áudio e, em seguida, transcritas. Durante o processo de análise, utilizou-se a Análise de Núcleo de Sentido (ANS) de Mendes (2007). Ela é definida como "um desmembramento do texto em unidades, em núcleos de sentido formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressalentes do discurso" (MENDES, 2007, p. 72). Assim, a análise persistiu em múltiplas leituras das transcrições e discussão entre a equipe de pesquisa acerca do material produzido. Em função disso, os elementos relatados nas entrevistas foram comparados e explorados, de forma a extrair deles categorias de análise condizentes aos conceitos-chave da Psicodinâmica do Trabalho.

Dessa maneira, estabeleceu-se quatro principais categorias conceituais, identificadas a partir dos relatos dos participantes e orientadas de acordo com o objetivo do estudo: organização do trabalho, sofrimento e prazer no trabalho, reconhecimento e estratégias de defesa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará por meio do parecer de número 4.011.027. Além disso, foi encaminhada aos participantes a versão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via e-mail, o qual detalha o estudo e seus objetivos, mas também as contribuições e os riscos que a participação de cada um deles oferece. Por fim, logo ao iniciar a primeira entrevista, os pontos principais do documento foram revisados em conjunto e de comum acordo entre entrevistador e participante, a fim de informar ao participante de que sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento se assim ele desejasse.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se utilizar os conceitos da Psicodinâmica do Trabalho como aportes para dar significado aos discursos proferidos pelos entrevistados, é importante enfatizar que eles, assim como na teoria, não são dissociados na prática do dia a dia. Aqui serão descritos e discutidos resultados a partir dos conceitos de organização do trabalho, sofrimento ético, estratégias individuais e coletivas de defesa, prazer e reconhecimento.

## Aspectos da Organização Real do Trabalho

Diante do cotidiano do trabalho, cada servidor da atenção básica está imerso em uma série de regras a serem seguidas, dentre elas o horário de chegada e saída, as suas funções e a divisão de tarefas. Contudo, estão imersos também na imprevisibilidade do real do trabalho, ou seja, ao descontrole e imprevistos que as regras e normas não são capazes de abarcar, já que essas estão no campo do prescrito e não no contexto real daqueles que trabalham.

Primeiramente, observa-se que a divisão de tarefas entre a equipe sobrecarrega a técnica de enfermagem. Em consequência disso, esta relata ter desenvolvido processos de adoecimento a ponto de quase pedir demissão. A atitude de colegas que agem como se não estivessem percebendo que alguns colegas da equipe estão sobrecarregados, faz com que ela sofra ainda mais:

> Porque eu adoeci mentalmente mesmo no meu trabalho; muita pressão, muito trabalho, muito trabalho mesmo, muita desvalorização. E eu cheguei ao ponto de não aguentar mais, eu acho que foi essa minha maior doença do trabalho; foi a doença mental, assim, aquela doença psicológica que é a depressão (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

> A falta de proatividade de algumas pessoas assim... porque, não digo todos, mas tem dois ou três lá que ele tem lá que ficam sentado, mexendo no celular. Tipo, se elas tiverem morrendo, elas não te ajuda, entendeu? Tipo assim, não que seja obrigação, mas é tão bom quando você é proativo" (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Já o médico, além de reconhecer a grande carga de trabalho também evidencia que ela não se limita ao espaço da unidade básica de saúde, já que leva o trabalho para casa a ponto de não saber diferenciar o que é trabalho e o que é lazer:

> Eu acabo chegando do trabalho com muita carga, porque acaba, eu tento passar o menos tempo possível lá na unidade, né? Que é umas das recomendações inclusive do Ministério da Saúde, que a gente evite a permanência longa, né? E... já entro correndo, saio correndo, falo... Convivo pouco com os trabalhadores lá. Assim, só um café, porque não tem como. Tá todo mundo de máscara o tempo inteiro [...] Volto pra casa e acabo trazendo trabalho. Às vezes, eu trago produção pra fazer em casa, né? (MÉDICO).

> E meio que essa rotina de trabalho ela se estende, mesmo quando eu não trabalho na ESF, ela se estende de forma meio estranha. Assim, eu não consigo delimitar o começo e o fim dela. Eu não consigo dizer quando eu tô trabalhando, quando eu tô no celular conversando com algum amigo e que tá me cobrando de trabalho [...] Até às vezes eu pego 11 da noite e ainda tô respondendo coisa no WhatsApp (MÉDICO).

> E o que realmente interessa para o Ministério da Saúde e para prefeitura é tá funcionando os programas: o de diabetes, pressão alta, gestante e vacinação. Então, essas coisas têm, só que pra fazer uma abordagem mais de grupo mesmo, tentar fazer uma coisa de educação coletiva, essa parte já é bem mais precária (MÉDICO).

Portanto, a sobrecarga de trabalho é muito presente nos casos estudados, a ponto de causar extremo sofrimento e incapacidade de

delimitar o que é trabalho ou não. O uso das redes sociais aumentou as jornadas de trabalho ao trazerem para dentro de casa, fora do horário de trabalho, demandas que chegam pelos aplicativos como o WhatsApp. As pessoas parecem ter perdido a noção de quando é hora de trabalhar e quando não é. Mensagens sobre o trabalho chegam a qualquer hora e dia, demandando respostas imediatas. Outro ponto que deve ser discutido é o quanto o uso de máscaras e o distanciamento social produzido pela pandemia prejudicou o contato humano no dia a dia do trabalho. Nos tornamos mais distantes, sem poder nos abraçar e até ver o movimento dos lábios por estarem cobertos pela máscara. Isto sem falar no quanto o online aumentou neste período, aumento mais ainda a distância física entre os trabalhadores e trabalhadoras.

Contudo, além da sobrecarga de trabalho, o médico também relata ser impedido de realizar seu serviço de forma mais autônoma, em virtude de outros trabalhadores da unidade já possuírem outra forma de trabalhar:

> E aí, essa relação com o enfermeiro... O enfermeiro e a enfermeira, ela... Os dois profissionais com ensino superior, é um pouco mais complicada porque eles estão lá há mais tempo, dois anos, os dois, né? E eles criaram uma forma de trabalhar que funcionou pro... pro momento que eles estavam lá, né? Na maioria das vezes, com médico flutuante, com uma galera que não se importa tanto, com médico que só quer atender as demandas mais específicas, o menor... menor quantidade de trabalho pra ele melhor... Então, eles aprenderam a lidar com os médicos de uma forma, né? (MÉDICO).
>
> Então uma resistência muito grande de eu ter uma autonomia de conduzir o processo de trabalho, de eu construir o meu próprio processo de trabalho, né? Eles querem que eu fique muito dependente do que

> eles já faziam, né? Eu acho totalmente compreensível também, né? Mas aí eu tô tentando sempre mudar aos poucos... Tentando é... Estimular uma mudança" (MÉDICO).

Sendo assim, o trabalho deixa de ser somente um espaço para exercer distintas atividades, mas também, onde é necessário lidar com as diversas pessoas com as quais se deve cooperar, a fim de realizar um bom serviço. Nesse sentido, para poder contribuir efetivamente com a organização do trabalho, o médico necessita mobilizar-se afetivamente, o que também é fonte de sofrimento e, como será visto mais à frente, de prazer simultaneamente.

Ademais, outro aspecto da organização do trabalho foi a falta de protocolos de enfrentamento da Covid-19, sendo que o médico relatou como a secretaria municipal de saúde praticamente não deu nenhum apoio nesse sentido:

> [...] não tem nem uma organização da secretaria de saúde, nenhum protocolo, nada, nem uma... nem um treinamento foi feito para os ACS's, nada pra a Atenção Básica no combate à Covid, absolutamente nada (MÉDICO).

O que, assim, denota um processo de desorganização do trabalho por parte órgãos superiores responsáveis, ainda que o trabalho de coordenação e orientação seja, em parte, deles, como previsto no artigo 10, incisos XI e X na PNAB de 2017, sendo o primeiro: "organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde". (BRASIL, 2017), e o segundo: "desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos

profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas" (BRASIL, 2017).

Além disso, a influência político partidária também é explicitada, já que tanto o médico quanto a técnica de enfermagem citam a recorrência de cargos que são dados a pessoas por terem alguma conexão com políticos, principalmente vereadores:

> Temporária... Eu sou contratada da Prefeitura, mas antes que alguém, qualquer pessoa, as pessoas me fazem várias perguntas... Eu não tenho vínculo com politicagem nenhuma, com político nenhum. Eu gosto mesmo de me gabar, de dizer que eu tô aqui pela minha boa eficiência, não por "colegagem" de político nenhum, não. Foi por causa do meu currículo que quiseram me contratar (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

> Cada ACS e pessoa que tá ali, ele foi colocado por um vereador (MÉDICO).

Por fim, outra realidade evidenciada foram os constantes assédios morais e sexuais vivenciados pela técnica de enfermagem, a qual relatou-os com frequência diária, sendo que além dela, outras colegas de trabalho também passam pela mesma situação:

> No começo eu enfrentei algumas barreiras, sofri muito assédio moral e assédio sexual... palavras ruins... Sou testada várias vezes, né? É comum as pessoas fazer isso com as outras. Só que pra mim, eu sinto que hoje eu conquistei meu espaço, e é muito gratificante trabalhar lá.

> Se for como uma ação, se você falar o assédio moral em ação, isso acontece a cada dois dias, ou pelo menos uma vez por semana acontece. Mas se for por meio de olhares que deixa a mulher desconfortável, de ações tipo de morder beiço, de passar a língua na boca, isso é todo dia (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

> Eu ia trabalhar, eu chorava na minha sala sozinha; fiquei assim muito abalada mesmo. Eu sentia esse assédio moral todo e meu chefe era uma pessoa ignorante, machista. E aquilo ficou em mim, sabe? Ficou me sentindo desvalorizada mesmo, não é drama, é a realidade! E o psicológico foi me afetando também, né, fazendo aquele problema que era desse tamanho aqui, fazendo maior ainda. E tive até crise, uma vez eu fui pro trabalho, me deu uma crise de nervoso do nada, comecei a chorar, chorar, chorar; eu queria vir para casa. Aí eu falei que eu não tinha condições de trabalhar (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Levando em consideração esses relatos, o que se observa é que o trabalho real dos servidores ultrapassa o que está prescrito como sua função, uma vez que trabalhando eles entram em contato com interferências políticas, sobrecarga de trabalho, a pandemia da Covid-19, os assédios sexuais e morais, além de contratos de trabalho temporários, ou seja, sujeitos a demissão a qualquer momento.

Nesse sentido, a diferença entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho dos servidores é visível e adoecedora, sendo a primeira a que formaliza o devido financiamento e fomento a infraestrutura adequada para o bom funcionamento das UBS's e o atendimento integral aos usuários (BRASIL, 2017), enquanto que a organização é fruto de um sistema

público de saúde em processo de sucateamento antes mesmo da pandemia, como explicita Souza (2020, p. 03):

> A situação do SUS pregressa à epidemia já era bastante preocupante, ainda mais considerando a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, quando se aprofundaram as medidas de austeridade econômica ao congelar os "gastos" públicos por vinte anos, a contar de 2018.

Com base nisso, é notório o adoecimento mental e físico nos trabalhadores da Atenção Básica entrevistados, já que eles possuem condições de trabalho adoecedoras, tal como a precarização do trabalho que tem como seu primeiro efeito "a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo" (DEJOURS, 2007, p. 51). Nessa lógica, não ter o devido suporte de outras instituições, como o caso do médico, e os constantes assédios sexuais e morais sofridos pela técnica de enfermagem, o sofrimento deixa de ser impulso de mobilização subjetiva e passa a ser um "círculo vicioso e dentro em breve desestruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar à doença mental" (DEJOURS, 2007, p. 35).

## ASPECTOS DO SOFRIMENTO ÉTICO NO TRABALHO

> Eu não quero fazer nada por conta própria... e isso me incomoda nos colegas. Chega alguém com dor, com vômito, com alguma coisa e eu tenho que saber, eu tenho que me virar, tipo, fazer um plasil, fazer uma dipirona, sendo que eu não sou médica pra tá passando quantidade de remédio; eu sou só uma

> técnica, sabe? Tipo... aí eu tenho medo (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

O relato acima traz uma situação de sofrimento ético na realidade da técnica de enfermagem, a qual, assim como o médico, está imersa em sobrecarga de trabalho e em precárias condições de trabalho que os fazem escolher cotidianamente entre seguir seus valores éticos ou manter funcionando a lógica da unidade em que estão inseridos. Condições essas que variam entre cada realidade dos entrevistados.

Ainda sobre a técnica de enfermagem, ela relatou os precários Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), sendo um deles a máscara feita de material frágil e com ligas de borracha, as quais são usadas comumente para amarrar notas de dinheiro e machucam muito as orelhas de quem as usa. Assim, a técnica expõe na entrevista todo o sentimento de culpa por achar que ela foi quem passou o coronavírus para sua família por não se sentir segura com esses equipamentos:

> [...] Todo mundo aqui na minha casa tá com coronavírus: a minha família, a minha mãe tá com coronavírus, a minha irmã, o meu irmão, o meu pai [...], a minha sobrinha, entendeu? E eu me sinto culpada porque eu acho que eu que trouxe pra cá pra casa... [...] dá vontade de [...] pegar as minhas coisas e vim me bora, mas eu não posso... [...] se o coronavírus não me matar, eu tenho que ser alguém... Se eu morrer amanhã, ok..., Mas se eu não morrer, a vida tem que continuar... (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Portanto, há a introjeção de uma responsabilidade externa à trabalhadora, proporcionando impactos à sua autopercepção e

perspectiva de vida, o que a levou aos prantos enquanto relatava tal situação do seu cotidiano. Afinal, carregar consigo a responsabilidade sobre a vida ou morte de alguém querido pode ter como consequência diversos agravos à saúde mental do sujeito.

Somado às situações da técnica de enfermagem, o médico também tem grandes conflitos éticos em virtude de condições de trabalho e falta de um suporte institucional digno para que exerça sua função de forma satisfatória, uma vez que se encontra diversas vezes em situações como a seguinte:

> Uma senhora que me procurou, porque a filha dela tava apanhando do marido, e ele é da facção, do Comando Vermelho. [...] Aí ela tava apanhando dele, só que ela também dependia dele, financeiramente, [...] E ela também ajudava ele a vender (drogas), então é... eu não podia simplesmente denunciar na polícia a agressão, porque ela não queria envolver polícia, porque ela também era do Comando Vermelho. [...] Ela não tá afim de trazer problema pra ela, né? E eu me vi nessa situação de... "O que que eu vou fazer, né?" Tem uma mulher que pode morrer e a violência doméstica é notificação obrigatória na Atenção Primária. Se eu sei disso e não to dando notificação, não dou caminho, eu posso ser responsabilizado por isso inclusive, né? E eu sei que isso tá acontecendo, mas eu sei também que o cara é um cara preto, de lá do bairro que eu já vi por lá, (...) ele tá no regime semiaberto. Então, se eu denunciar ele, ele vai voltar lá pra dentro. Então... qual é a saída, né? Ou eu mando ele pro inferno, pro campo de concentração do Bolsonaro de novo, que tá sendo um presídio, né? Ou eu corro o risco dela morrer, né? Ai isso me deixou em parafuso uns três dias, assim... nem consegui dormir mesmo. Falei assim: "Pesado, né?" (MÉDICO).

Nesta citação é evidente o dilema ético em que ele se encontrou, uma vez que enquanto a prescrição do trabalho diz para ele denunciar o caso senão ocorrerá sua responsabilização, ele pensou na situação da mulher agredida em um contexto mais amplo. No caso, um homem negro, esposo da usuária, provavelmente iria para prisão, o que sustentaria a lógica do sistema carcerário de homens negros e periféricos presos, com pouco ou nenhum processo de ressocialização, como visto no Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2020), no qual consta, com dados de 2019, que 66,7% da população encarcerada são homens pretos ou pardos. Nesse contexto, o médico reconhece que um maior suporte institucional iria ajudá-lo a lidar com todas essas questões que o cercam, possibilitando, assim, uma atuação dinâmica e passível de construir encaminhamentos psicossociais, legais ou jurídicos à comunidade que ele atende. Dessa forma, o trabalho do médico em saúde mostra-se conflituoso eticamente, pois esse compreende que seu serviço é limitado frente à ampla demanda dos usuários, mesclando, assim, necessidades fisiológicas às noções de direitos básicos, tais como à segurança social, como apresentado na Declaração Universal dos Direitos Humanos no artigo 22:

> Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade (ONU, 1948).

E, por fim, o médico também relata a sua dificuldade em trabalhar com os EPI’s, já que sente que isso o afasta da população:

> E eu acho que o pior disso é que para mim é ter que me vestir [...] capote, máscara, luva, gorro, protetor facial... tudo isso é muito ruim pra mim, porque [...] eu não acho que era necessário, eu sempre relativizei um pouco certas medidas de biossegurança em determinados contextos porque eu acho que isso distanciava muito, né? Tudo aquilo que eu fui aprender na universidade, no meu processo de formação, onde eu poderia entregar o retorno [...] e agora chego lá e tenho que fazer tudo isso e sinto no diálogo com as pessoas que isso cria um distanciamento, assim.. Eu vejo algumas pessoas falando assim: "mas será que ele tá achando que eu sou nojento? Que eu sou sujo? Que eu sou impuro?". Todas essas imagens que surgem fazendo quando a gente fala disso. E aí eu fico arrasado com isso porque a minha habilidade maior acho que dentro da profissão era justamente produzir essa aproximação com as pessoas, com essas que eu tava conversando. E aí na hora substitui uma ferramenta dessa não tem muito o que fazer, né? Vou ter que lidar com esse distanciamento mesmo (MÉDICO).

Dessa forma, é cabível reconhecer que os sofrimentos éticos, apesar de serem parte integrante do íntimo de cada sujeito, estão relacionados diretamente com a organização real do trabalho e as condições de trabalho com as quais eles necessitam lidar diariamente. Então, diante desses sofrimentos, por meio do quê e como eles conseguem lidar ou não com essas situações? A resposta está envolta em três conceitos: estratégias de defesa, prazer no trabalho e reconhecimento.

## Estratégias Individuais e Coletivas de Defesa

> Por mais que lá no momento tenha essa carga, é também um alívio. Eu acho meio contraditório, né? Dentro do consultório, é um alívio essa parte mais técnica. Assim, porque tira um pouco as coisas da cabeça, joga no papel, toma decisões, age um pouco com essa necessidade de tomar decisões (MÉDICO).

O que o médico relatou acima é um exemplo de como ele lida com a carga mental advinda do trabalho, a qual é posta de lado quando ele se põe a fazer o trabalho puramente técnico, a fim de não ser mais impactado afetiva e emocionalmente pelas situações em que se encontra paralisado, e migra para atividades mais técnicas em que poderá tomar decisões. Assim, é perceptível que diante de tantos sofrimentos os trabalhadores muitas vezes buscam fugir de seus problemas, já que em alguns momentos não conseguem ficar de frente com eles por mais tempo.

Além dessa realidade, o médico também se utiliza do consumo de drogas para aliviar sua tensão, ainda que ele reconheça que esse consumo tenha aumentado consideravelmente com a chegada e persistência da pandemia da Covid-19:

> E isso também tem afetado muito a minha relação com as drogas assim, né? Porque, por exemplo, eu não encontrava problemas com a maconha e o sono: não era um problema (MÉDICO).

> Então, tô sentindo também que vai acumulando e meio que essa carga vai dando vazão principalmente no cigarro, que tem um efeito muito assim... não diria ansiolítico pra não ser abusado, mas tem uma coisa de

> um relaxamento, de uma respiração e tal, então..." (MÉDICO).
>
> E isso tem me ajudado muito a lidar com essas questões principalmente, né? Principalmente pra me tranquilizar: "olha, é isso. Não é que não dê, é que não dá, né? Deixa rolar e tal (MÉDICO).
>
> Mas eu comecei a, comecei a fumar com mais frequência desde o ano passado pra cá, acho que novembro..., mas também, questões envolvendo a vida pessoal... separação, situações que me colocaram numa situação de ansiedade mais forte, né? (MÉDICO).

Com base nesses últimos relatos, verificamos que apesar da estratégia individual de defesa do médico arrefecer a angústia e a tensão, ela também é prejudicial a sua saúde. Assim, nem toda estratégia de defesa é totalmente livre de prejuízos, o que no caso do médico, é uma realidade já que o livra de pensar a todo momento nos problemas, mas intoxica seu organismo pelo consumo excessivo de tabaco e maconha.

Entretanto, também existem as estratégias individuais e as coletivas de defesa que podem ser consideradas saudáveis, como as que a técnica de enfermagem se utiliza. No caso dos abusos sexuais que ela e suas colegas de equipe vivenciam, elas desenvolveram um sentimento de grupo, o qual as faz se manterem unidas e se protegendo, evitando entrar em contato com o agressor, ou então mobilizando-se para reportar os casos à coordenação da equipe de saúde, apesar da mesma não ter tomado nenhuma providência, como explicitado nas citações a seguir:

> Então, assim, quando eu vou trabalhar, eu tento manter distância deles, sabe? A gente... Eu quando eu chego, eu dou "bom dia", eu sou educada, só que eu não quero ter aquela aproximação com ele, não quero ter amizade com ele que nem eu tenho com elas, entendeu? Eu não quero que ele sente na nossa roda de conversa (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

> A gente se juntou e falou com a coordenação, só que não foi tomada nenhuma providência contra ele (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Ainda sobre a técnica de enfermagem e a sua relação com o grupo de mulheres, evidencia-se que esse sentimento de grupo possibilitou também a cooperação no trabalho, pois a partir do momento em que as mulheres começaram a se proteger, estipularam também métodos de trabalho conjuntos, confiança e reconhecimento das funções exercidas, em prol da saúde mental e preservação física delas. Sendo assim, reitera-se que mesmo diante de entraves do trabalho, os profissionais da saúde da atenção básica buscam cotidianamente métodos, invenções e alternativas para eliminar os sofrimentos presentes e alavancar o prazer no trabalho, muitas vezes, por meio das relações com os seus colaboradores de serviço.

Imersos em tamanho sofrimento, até o que era normal para o médico, passou a ser utilizado de forma abusiva: substâncias psicoativas, como a nicotina e a maconha. Sobre isso, em Dejours *et al.* (2016) denota-se que de frente a tantas pressões e sofrimentos, os trabalhadores recorrem cada vez mais às substâncias psicoativas a fim de manterem a performance e não paralisarem. Assim, o médico se utiliza de uma estratégia individual de defesa contra o sofrimento que o faz continuar suportando o real do trabalho em detrimento da sua saúde com uma possível dependência ou intoxicação.

Ainda sobre as estratégias defensivas, é denotado que elas, segundo Dejours (2007, p. 36): "podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético", tal como os assédios sofridos pela técnica de enfermagem que ao não querer ter qualquer tipo de relação com seu agressor, prefere não revelar ao secretário de saúde os delitos a fim de preservá-lo de uma possível demissão. Assim, ela encontra, até então, uma justifica para manter a tensão provocada por seu agressor, o que poderia ser sanado se a coordenação da equipe de saúde tivesse feito sanções contra as atitudes dele.

## PRAZER E RECONHECIMENTO NO TRABALHO

Outra dimensão importante para a saúde mental no trabalho é o prazer e o reconhecimento. Estes são meios essenciais para uma psicodinâmica menos violenta do trabalho. Em meio a condições extenuantes de trabalho e vivências de sofrimento, os trabalhadores relatam a presença destes dois aspectos. No caso da técnica de enfermagem, ela sente enorme prazer quando trabalha com crianças, pois brinca, usa da criatividade para entretê-las, e por isso tem muito reconhecimento por parte da população infantil, mas também das mães das crianças que ela atende, como visto a seguir:

> Eu pego no colo, eu dou brinquedo; no Natal ano passado, dei um monte de brinquedo pra cada um deles que tava na minha lista que vacina comigo, eu dei brinquedo, bombom. Eu pergunto pra mãe "posso dar bombom?", "pode", aí eu dou. Eu faço... eu encho balão, eu faço aquelas bexigas, assim, eu faço o animal, dou pra eles, eu pinto o rosto de tinta guache,

> faço animal no rosto (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).
>
> Para mim, fazer esse trabalho com eles é uma retribuição, mas de alguma forma elas me retribuem também. Elas levam roupa para mim, eu ganho roupa no meu trabalho, eu ganho comida, eles me dão banana, açaí, eles levam café da manhã pra mim [...]. Pra mim, é gratificante demais. Eu me sinto muito feliz porque, de certa forma, eu acho que eu causei alguma diferença ali, talvez eu não vou... Nada é pra sempre nessa vida, né? Pode ser que eu não esteja lá naquele trabalho daqui a um ano, mas eu sei que a minha marca já deixei ali (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

O reconhecimento tem um potencial muito forte de transformação, haja vista o seu caráter simbólico (DEJOURS, 2012), contudo, é importante também que haja o reconhecimento material ou financeiro do trabalhador, o que é uma queixa forte da técnica de enfermagem:

> A gente não tem o retorno [...]. Eles pegam o nosso dinheiro. Olhe, onde já se viu um técnico de enfermagem? A gente vai em cima das pessoas que estão com Covid, a gente faz os primeiros socorros, a gente leva pra ambulância que nem eu já tô acostumada a fazer. [...] e a pessoa trabalha até não sei que horas e eu recebo novecentos reais por mês? Isso é sacanagem! (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Já na experiência do médico, o prazer no trabalho surge quando relata que se sente bem em realizar as visitas domiciliares,

pois é neste momento que adentra na casa das pessoas e se sente privilegiado de poder partilhar com elas algo de suas vidas:

> Essa parte de entrar na casa das pessoas e conhecer a rotina delas é uma parte muito especial principalmente quando se trata das velhinhas do bairro. [...] Aprender também com eles esse convívio assim, eu sinto que é um tesouro, essa possibilidade que é um privilégio que eu tenho de poder entrar em qualquer casa (MÉDICO).

Notadamente, estar na casa da população tem caráter simbólico, uma vez que contribui para a vinculação entre profissionais de saúde e usuários, apresentando não só sua residência, mas também muito da sua subjetividade, história, fragilidades e conhecimentos. Assim, a Política de Atenção Básica alcança consegue alcançar o cotidiano da vida das pessoas, onde as pequenas ações de saúde previnem a necessidade de intervenções mais complexas, invasivas e custosas.

Dessa maneira, o prazer e o reconhecimento se mostram maneiras eficazes de aguentar e ressignificar o sofrimento no trabalho. Mas também, durante as análises das entrevistas é notório que predominantemente os trabalhadores entrevistados convivem muito mais com aspectos do sofrimento, sejam eles éticos ou não, do que com o prazer, e muito esporadicamente relatavam o reconhecimento advindo de seus colegas de trabalho ou chefes, como a técnica de enfermagem relata a seguir tanto em uma situação cotidiana quanto após ter reconhecimento de alguém da esfera estadual pela forma como mantém a sua área de trabalho:

> Ela falou pra mim “olha você é uma boa técnica, viu, você é muito responsável pela sua... muito

> organizada, gosto muito do seu jeito de trabalhar (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).
>
> E ele reuniu toda a equipe, né, aí me parabenizou falou que eu tava de parabéns, e eu fiquei muito feliz nesse dia, eu nunca tinha sido aplaudida assim, né? [...] Foi muito bom. Vou guardar esse dia (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Diante do exposto, é possível discutir que parte do sofrimento, incluindo o ético, é dissipado, principalmente pelo reconhecimento e prazer proporcionados pelo trabalho com a população, que retribui simbolicamente com elogios e materialmente com roupas e alimentos à técnica de enfermagem, enquanto que o médico se sente muito satisfeito em atuar conhecendo os mínimos detalhes que fazem parte do dia a dia nas casas dos usuários, os quais partilham conhecimentos sobre ervas e perspectivas de vida. O que reforça a importância do vínculo entre usuário e servidor como proporcionador de saúde, tanto para um quanto para o outro (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

Ainda acerca do reconhecimento, quando ele advém de um superior hierárquico, ele constata-se como transformador de sofrimento em prazer e em uma enorme fonte de saúde mental e satisfação. No caso da técnica de enfermagem entrevistada, houve também a sensação de conquista de espaço no local de trabalho, assegurando, portanto, a contribuição do campo do trabalho na construção identitária dela, em função desse reconhecimento (DEJOURS *et al*., 2016). No caso do médico, a oportunidade de adentrar às casas da comunidade mostra-se como uma vivência de prazer enquanto profissional de saúde, ou seja, e isto parece contribuir para a manutenção do seu desejo de continuar trabalhando e fornecendo o melhor atendimento possível, ainda que sob condições de trabalho limitadas e, muitas vezes, conflituosas. Esta

presença na casa dos usuários, faz também aumentar o reconhecimento provido pela população. E o reconhecimento, seja de onde for, em qualquer que seja o seu formato, possibilita que o trabalhador vislumbre não só o sofrimento, mas também o prazer no trabalho (DEJOURS, 2012b).

Assim, apesar do reconhecimento entre colegas de trabalho e o prazer não ser tão presente quanto o sofrimento, é notório o seu potencial como provedores de saúde mental e transformação do sofrimento em prazer. Além dessas fontes de saúde mental, por fim, a Psicodinâmica do Trabalho levanta a importância das estratégias coletivas de defesa, como a da técnica de enfermagem e suas colegas se manterem unidas, uma vez que:

> A proteção da saúde mental não depende apenas do talento de cada indivíduo, que explicita suas defesas maleáveis e eficientes, essa proteção passa também pelas "estratégias coletivas de defesa", que desempenham um papel relevante nas capacidades de cada um na resistência aos efeitos desestabilizadores do sofrimento (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p. 19).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas com servidores públicos da Atenção Básica forneceram material para pesquisa e análise das condições, relações e organizações de trabalho que levam esses agentes do Estado a sofrer no trabalho, em especial, eticamente.

Nessa perspectiva, ao se encontrarem diariamente entre a organização prescrita do trabalho e o real do trabalho, ainda mais na pandemia da Covid-19, os trabalhadores sofrem de diversas formas,

incluindo o sofrimento ético. Sofrimentos esses expressos em crises de identidade, angústia, medo e uso de substâncias psicoativas. Dessa forma, os trabalhadores mobilizam-se subjetiva e intersubjetivamente por meio de estratégias individuais ou coletivas de defesa, posto que assim conseguem dinamizar as sensações de prazer e sofrimento, a ponto de arrefecer esses sofrimentos e reduzir processos adoecedores, como a falta de reconhecimento e condições precárias de trabalho.

Ademais, além do sofrimento vivenciado pelos trabalhadores, o prazer no trabalho também é uma realidade que pode ser encontrada, apesar de não ser tão presente quanto o sofrimento. Portanto, sugere-se que haja mais estudos na área do sofrimento ético e do prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, haja vista a importância e o papel dos dilemas éticos no trabalho, os quais podem ser provedores de contribuições saudáveis para o sujeito e à organização do trabalho, quanto podem ser extremamente adoecedores e frutos de precarizados sistemas de trabalho que prejudicam a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da atenção básica e por conseguinte o direito à saúde da população atendida.

Recomenda-se também maiores investimentos nas condições de trabalho dos servidores da Rede de Atenção à Saúde como um todo. Sugere-se também a adoção de estratégias que visem mitigar as influências político-partidárias na gestão da atenção básica, além de programas de cuidado à saúde mental que ofereçam espaços de escuta dos sofrimentos dos trabalhadores. Nossa experiência com este projeto de pesquisa e intervenção tem sido bastante positiva neste sentido.

Apesar das contribuições, o estudo tem limitações como a impossibilidade de acompanhar as atividades presencialmente dos profissionais escutados e suas relações de trabalho, além da

inviabilidade de realização de atividades em grupo, como proposto na metodologia da Psicodinâmica do Trabalho.

## REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, E. G.; LIMA, V. M.; TRAESEL, E. S. "Sofrimento ético e moral: uma interface com o contexto dos profissionais de enfermagem". **Trabalho (En) Cena**, vol. 4, n. 1, 2019.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DEJOURS, C. **Sexualidade e trabalho**. Brasília: Editora Paralelo 15, 2012.

DEJOURS, C.; BARROS, J. O.; LANCMAN, S. "A centralidade do trabalho para a construção da saúde". **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, vol. 27, n. 2, 2016.

DEJOURS, C; **Trabalho e emancipação**. Brasília: Editora Paralelo 15, 2012.

DUARTE, R. "Constrangimentos organizacionais, distorção da comunicação e sofrimento ético: o caso dos centros de atendimento telefónico". **Laboreal**, vol. 10, n. 1, 2014.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Editora Penso, 2013.

GARNELO, L. "Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 35, n. 12, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. "Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 4, 2020.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MENDES, C. M. "A pesquisa on-line: Potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual". **Hipertextus**, n. 2, 2009.

MERLO, A.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. "Clínica psicodinâmica do trabalho: limites e possibilidades de intervenção na realidade de trabalho brasileira". *In*: MONTEIRO, J. K. *et al*. (orgs.). **Trabalho que adoece**: resistências teóricas e práticas. Porto Alegre: Editora Fi, 2019.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MORAES, R. "Estratégias defensivas". *In*: VIEIRA, F. O. *et al*. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

NOGUEIRA, L. S. M.; OLIVEIRA, P. T. R.; BELLOC, M. M." Segurança e saúde no trabalho e o sofrimento ético". **Revista do NUFEN**, vol. 12, n. 2, 2020.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948.

SCHLINDWEIN, V. D. C. "Assédio moral como estratégia de gestão no serviço público". **Trabalho (En) Cena**, vol. 4, n. 1, 2019.

SOUZA, D. O. "O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 30, n. 3, 2020.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. "Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013". **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 26, 2016.

VASCONCELOS, A. C. L. "Sofrimento Ético". *In*: VIEIRA, F. O. *et al*. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Editora Juruá, 2013.

# CAPÍTULO 2

*A Escuta das Dores na Clínica Médica: A Importância da Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar*

# A ESCUTA DAS DORES NA CLÍNICA MÉDICA: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO HOSPITALAR

*Francineti Maria Rodrigues Carvalho*

O capítulo *a escuta das dores na clínica médica*: a importância da avaliação psicológica no contexto hospitalar teve como objetivo refletir sobre a importância da avaliação psicológica no contexto hospitalar.

Elias (2008, p. 01) menciona que Freud demonstrou através da psicanálise:

> o quanto o hospital pode revelar-se como um espaço fértil para se observar o sujeito humano diante do que mais o atinge: sua fragilidade psíquica acometida por um acontecimento somático que se inscreverá irremediavelmente no campo da fala e da linguagem.

O atendimento psicológico diário de pessoas acometidas por sintomas de ansiedade, medo e dor e que tiveram na escuta psicológica o suporte para enfrentar e superar esses sintomas foi o motivador para transformar os registros dos atendimentos clínicos em estudos de casos que poderão contribuir para a produção e o acúmulo de conhecimento científico, para a pesquisa e para o ensino da avaliação psicológica no contexto hospitalar. Durante anos de atendimento como psicóloga hospitalar percebemos que o sucesso das intervenções psicológicas realizadas muito se deve a realização de uma boa avaliação, pois é através da mesma que o psicólogo

conhece a história de vida, detecta quadros reativos ou patológicos e elege os focos a serem trabalhados junto ao paciente. Porém, poucos são os artigos que exploram o tema da avaliação psicológica no contexto hospitalar. Neste sentido, este artigo a escuta das dores na clínica médica teve como objetivo refletir sobre a importância da avaliação psicológica no contexto hospitalar. Utilizando a metodologia de estudo de caso foi possível exemplificar formas de atuação do psicólogo na avaliação psicológica de pacientes hospitalizados, bem como destacar a funcionalidade da técnica da entrevista no contexto de avaliação psicológica no hospital.

## METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a qualitativa de estudo de caso. Foram descritos quatro casos clínicos, cujo trabalho psicológico ocorreu na clínica médica de um hospital público no Estado do Pará, entre os meses de janeiro a julho de 2019. Eles ilustram diferentes queixas e problemáticas psicológicas relacionadas ao adoecimento e à hospitalização e principalmente o processo de avaliação psicológica no contexto hospitalar. Para Moreira e Pamplona (2006), na psicanálise costumamos usar o estudo de caso, a partir do método clínico, o que significa que durante o tratamento ocorrem simultaneamente a intervenção terapêutica e a pesquisa. Foi exatamente o que ocorreu neste estudo. Ao mesmo tempo que avaliamos e atendemos nossos quatro pacientes, realizamos a pesquisa que descrevemos neste estudo. Na descrição e análise desses atendimentos, utilizamos nomes fictícios para garantir o anonimato dos pacientes. As narrativas são apresentadas aqui respeitando os pressupostos teóricos da teoria psicanalítica para discutir e problematizar fragmentos de falas dos pacientes. Como fontes de informação utilizamos os registros documentais realizados

durante os atendimentos, nos quais foram transcritas as entrevistas realizadas durante o processo de avaliação e fragmentos de atendimento psicológico com as seguintes informações: identificação do usuário e da demanda; estado emocional geral; postura frente à doença e a vida; registro da evolução dos atendimentos, exame psíquico, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados; registro de encaminhamentos realizados, além de outras informações que ajudem na elaboração do plano terapêutico.

Em conformidade com as orientações da Resolução 001/2009, do Conselho Federal de Psicologia, que considera o registro documental dos atendimentos psicológicos valioso para o psicólogo e para quem recebe o atendimento e, ainda, para as instituições envolvidas, bem como um instrumento útil à produção e ao acúmulo de conhecimento científico, à pesquisa e ao ensino, realizamos o registro documental de todos os atendimentos de prestação de serviços psicológicos aos pacientes. Antes de iniciarmos a elaboração do texto deste trabalho apresentamos aos pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando os riscos e benefícios de participarem deste estudo, em seguida solicitamos a autorização da utilização de fragmentos de seus atendimentos para pesquisa e publicação. Os pacientes assinaram o TCLE autorizando a utilização de seus registros documentais desde que preservado o anonimato e o sigilo de seus nomes e dados pessoais.

## OS PERSONAGENS DA CENA HOSPITALAR

No capítulo abaixo apresentamos os quatro casos clínicos que deram origem a este estudo acompanhados de nossas reflexões teóricas com base na relação da psicanálise com a Psicologia

Hospitalar. Trata- se de quatro pacientes internados em um hospital público no Pará. Todos estes pacientes foram submetidos à avaliação psicológica. As técnicas utilizadas nestas avaliações foram entrevistas e observação. Utilizamos o modelo de roteiro de exame e avaliação psicológica proposto por Sebastiani e Fongaro (2017) que sugerem o uso do roteiro como uma forma de organização dos registros e de auxílio ao desenvolvimento do raciocínio clínico para os trabalhos de avaliação e intervenção do psicólogo hospitalar.

## Hefesto: o carpinteiro

> Se você quer construir um navio, não chame as pessoas para juntar madeira ou atribua-lhes tarefas e trabalho, mas sim ensine-os a desejar a infinita imensidão do oceano (Antoine de Saint-Exupéry).

Hefesto. 41 anos. Profissão: carpinteiro. Residente em uma comunidade ribeirinha de Belém do Pará com a esposa e os três filhos menores de idade. Grau de instrução: apenas alfabetizado, escrevia pouco, mas sabia ler. Diagnóstico médico: Osteomielite em quadril à direta. Tempo de internação: seis meses.

Para a avaliação deste paciente utilizamos a técnica de entrevista, bem como a aplicação de um roteiro semiestruturado. Após a avaliação decidimos realizar atendimento psicoterápico individual, e oferecer atendimento de suporte aos seus familiares. Nesse período realizamos vinte atendimentos psicológicos individuais com o paciente, dois atendimentos a sua esposa e dois ao filho primogênito do casal.

Meu primeiro contato com Hefesto foi no leito. Fui atendê-lo após solicitação de avaliação psicológica feita pela médica que o

acompanhava. Ela relatava que ele era um paciente deprimido e a equipe de enfermagem o descrevia como um paciente difícil por ser irritado, agressivo e refratário à equipe. Tinha um aspecto sujo e malcuidado. Não permitia que a equipe de enfermagem fizesse sua higienização. Reclamava muito de dor, embora fizesse uso constante de Tramadol[1]. Durante os curativos, costumava xingar e falar palavrões. Também não aceitava fazer fisioterapia, embora houvesse indicação para essa terapêutica.

> A agressividade dirigida ao ambiente poderia, então, ser interpretada como uma forma do paciente tentar proteger-se, não só das agressões que sente que o meio lhe impõe, mas também das agressões que a doença e seus sintomas estão lhe causando (SEBASTIANI, 2003, p. 55).

No caso de Hefesto essas agressões eram enormes. Na entrevista ele relatou que antes do seu adoecimento trabalhava como carpinteiro, tinha uma vida laboral ativa, sentia muito orgulho de sua profissão e de construir casas e barcos. Sustentava sua família com o seu trabalho, porém a doença, além de causar-lhe muitas dores, retirou sua capacidade de mobilidade e independência e o impediu de exercer sua profissão, alterou sua vida financeira e o deixou dependente da esposa e do filho.

Na avaliação foi possível observar a presença dos seguintes mecanismos de defesa: regressão e negação, também constatamos que o estado emocional geral era muito ruim, pois apresentava humor deprimido, auto estima reduzida e profundo grau de

[1] Tramadol é um opioide usado principalmente como analgésico de ação central que alivia a dor atuando sobre células nervosas específicas da medula espinhal e do cérebro. O Tramadol se combina com os receptores opioides do cérebro e bloqueia a transmissão de estímulos de dor.

desamparo com risco médio de suicido, além da dependência de drogas. Avaliar a dependência de drogas foi fundamental na orientação da equipe médica sobre os cuidados para iniciar o desmame do Tramadol. Estes indicadores me fizeram optar por atendê-lo diariamente, mostrando interesse e disposição para ouvir suas histórias e seus medos. Ele me falava sobre seus ressentimentos, angústias, culpa e raiva. Contou-me da mãe que não aparecia para visitá-lo. Expressou toda a sensação de abandono que o perturbava. Relatou-me que era alcoólatra e que maltratou muito a esposa e os filhos. Chegou a dizer que não precisava deles para nada. Por isso, tinha medo de que sua família o abandonasse.

Após duas entrevistas com o paciente e sua esposa, concluímos a avaliação com a elaboração de seu plano terapêutico no qual definimos como conduta acompanhamento e apoio psicoterápico intensivo ao paciente, apoio e orientação à esposa e aos seus filhos, além de orientação à equipe multidisciplinar para estar presente junto ao paciente mesmo quando este insistia em se mostrar refratário aos seus cuidados.

Iniciamos os atendimentos psicoterápicos, durante os quais Hefesto viveu profunda instabilidade emocional, alternava agressividade e apatia. Às vezes era refratário ao contato comigo, outras vezes buscava insistentemente por apoio e amparo. Durante vários atendimentos ele me falava sobre o seu ofício de carpinteiro. Contava que esse trabalho envolve frequentemente a utilização de esforço físico e trabalhos ao ar livre. Sorria quando contava do seu trabalho e das noites que dormia ao ar livre olhando o céu. Falava orgulhoso que seu filho mais velho estava seguindo sua profissão. Mas também lamentava o fato de o filho ter abandonado os estudos.

Dizia que ele havia estudado pouco porque não teve oportunidade. Cedo ingressou no trabalho infantil e abandonou a escola, mas queria muito que a história de vida dos seus filhos fosse diferente da sua história. Desejava muito que eles pudessem concluir

os estudos. Durante seu período de internação, Hefesto passou por cinco cirurgias. Na primeira vez que foi submetido a uma cirurgia, viveu um medo intenso. Preocupado e com medo de morrer, ele deprimiu muito. Tornou-se apático, triste, com baixa autoestima, insônia e sem apetite. Dizia estar sem nenhuma esperança. Um dia manifestou o desejo de ver seu filho caçula. No hospital só era permitida a visita de crianças a partir dos doze anos de idade, porém seu filho tinha apenas nove. Então eu sugeri que a mãe da criança pedisse ao garoto que ele fizesse um bilhete para o pai. No atendimento seguinte Hefesto me mostrou sorridente um desenho que o filho havia mandado. No desenho o garoto havia escrito: "Te amo, papai. Volte logo para casa". Ele me disse que esse bilhete havia despertado nele a vontade de resistir e ficar melhor.

Nesse dia conversamos muito sobre sua relação com os filhos e a esposa. Ele passou todo o atendimento contando o quanto foi grosso com os filhos e com a esposa. Disse que tinha muita dificuldade de falar de amor. E que acreditava que essa dificuldade se devia à difícil relação com sua mãe. Durante muitos momentos ele falava da mãe e de sua ausência. Chorava feito uma criança desamparada. Outras vezes se mostrava com muita raiva da mãe, da doença e da vida.

Em seu livro *Vocabulário da psicanálise*, Laplanche e Pontalis (1992, p. 112) definem desamparo como: "O estado do lactante que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação de suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna". Afirmam ainda que, "para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora da angústia".

Os atendimentos de Hefesto confirmavam a tese psicanalítica de Simonetti (2018; p. 104): "o adoecimento remete o indivíduo a um estado de desamparo tanto biológico quanto existencial. Ao

adoecer o sujeito revive sua condição de insuficiência psicomotora originária em relação ao seu corpo".

Eu estava atenta para escutá-lo em seu desamparo. À medida que o processo terapêutico avançava, Hefesto demonstrava melhora do humor, porém surgiu a necessidade de realizar uma nova cirurgia, fato que o afetou drasticamente. Ele voltou a ficar calado e agressivo. A única pessoa que ele autorizava que realizasse sua higiene pessoal era sua esposa, porém esta já se mostrava exausta. Durante seus curativos e higiene pessoal, ele gritava de dor e parecia desistir de viver. Como recusava-se a fazer as sessões de fisioterapia e não permitia que a equipe de enfermagem tentasse mudar sua posição, começou a apresentar muitas escaras.

Entrevistei sua esposa para entender como era Hefesto antes da doença e tentar encontrar algo que o motivasse. Ela me relatou que ele era uma pessoa difícil, bebia muito, fazia farras. Era grosseiro com ela e com os filhos, mas sempre foi muito trabalhador. Era o melhor carpinteiro de sua localidade. Portanto, a falta de uma atividade laboral prejudicava em muito a sua capacidade de superar as perdas ocasionadas pela doença. Então montei um plano terapêutico para Hefesto que incluiu solicitação de acompanhamento da terapia ocupacional com sugestão de trabalhar atividades manuais. Articulei com o serviço social para viabilizar o pedido de benefício de prestação continuada (BPC) tendo em vista que uma das maiores preocupações de Hefesto era a dependência financeira.

A necessidade de articular e interagir com outras profissões é condição essencial para o êxito de um bom plano terapêutico que leve em conta as diferentes dimensões do paciente. O psicólogo cuida de uma pessoa total, e não apenas de sua doença. No caso de Hefesto, muitas eram as perdas impostas pelo processo de adoecimento e tais perdas o fizeram rever suas antigas perdas. O uso do método de associação livre ofereceu a ele a oportunidade de falar sobre suas perdas: a perda de sua infância em virtude de uma entrada

precoce no mundo do trabalho; a perda da esperança de ver os filhos tornarem-se doutores e a perda da mobilidade e da capacidade laboral. A avaliação psicológica de Hefesto indicou que ele precisava ser estimulado para falar de sua história de vida e dos seus sentimentos.

Observamos também que algo que muito o entristecia era a saudade do filho caçula, que não tinha permissão de visitar o pai por ser menor de doze anos. Então, junto com a assistente social, conseguimos flexibilizar uma regra da instituição e liberar a visita da criança na véspera da segunda cirurgia de Hefesto. Após a visita da criança, Hefesto apresentou melhora surpreendente. Tornou-se mais resistente à dor e mais aderente ao tratamento. Também observamos que a leitura da Bíblia o deixava mais calmo, então passamos a incentivá-lo a ler. A esse respeito, Simonetti (2018) nos alerta para o fato de que a ideia de que o analista apenas escuta e interpreta não é aplicável ao hospital. É necessário ir além do simbólico. Muitas vezes há necessidade da palavra vir aliada ao gesto. Essa é uma das diferenças da clínica psicanalítica no hospital, já que no consultório o analista não intervém na realidade concreta da vida do paciente, e no hospital o psicólogo geralmente faz algo além de escutar e interpretar.

O atendimento de Hefesto mostra claramente a atuação do psicólogo entre a escuta e o gesto. Além de oferecer escuta terapêutica, houve a necessidade de articular ações concretas junto com outros profissionais da clínica médica com o objetivo de alcançar resultados importantes para a vida prática do paciente, e consequentemente para melhorar a sua qualidade de vida. Todos estes focos a serem trabalhados foram detectados durante o processo de avaliação de Hefesto o que reforça a importância do uso da entrevista como ferramenta de intervenção psicológica que ajuda o psicólogo a eleger os principais focos a serem trabalhados além de oportunizar o paciente a falar.

Aos poucos Hefesto foi apresentando melhora do humor, passou a permitir que a equipe de enfermagem fizesse sua higiene pessoal, melhorando assim sua aparência e autoestima. Após a quinta cirurgia, iniciamos a preparação de Hefesto para a alta hospitalar e para o processo de reabilitação. Depois de seis meses de internação, finalmente Hefesto recebeu alta hospitalar. Ele então me relatou que conseguia ver o lado bom de sua doença. Eu perguntei o que seria esse lado bom e ele me falou da melhora em sua relação com a esposa e com os filhos. Disse que durante sua internação aprendeu a conversar com seus filhos, algo que não sabia fazer antes de seu adoecimento.

Acompanhamos a evolução do paciente no enfrentamento de suas limitações e no modo de lidar com sua ansiedade e com a dor. A diminuição da ansiedade, da raiva e do medo colaboraram muito para minimizar o seu sofrimento. O apoio familiar e a psicoterapia de base psicanalítica foram essenciais para o tratamento, facilitando o enfrentamento dos medos e o aumento de sua capacidade de resiliência. A fala de Hefesto demonstra que, através de uma escuta acolhedora, nós psicólogos podemos ajudar a fortalecer a resiliência de nossos pacientes, ajudando a enfrentar o sofrimento e a angústia da internação.

> A sua profissão é igual a minha. Eu construo casas, barcos. Trabalho com a madeira maciça e em seu estado natural. É preciso paciência para transformar madeira bruta em objetos belos e úteis. Você transforma pessoas. Escuta, cuida. Faz gente grossa torna-se melhor (*sic*).

Hefesto aponta para o fato de que o trabalho do psicólogo, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida do paciente,

também ajuda em sua transformação. A esse respeito Simonetti (2018; p. 127) argumenta:

> A clínica psicanalítica no hospital não almeja uma transformação do sujeito. Essa transformação às vezes acontece, pois, ao atravessar o adoecimento, o sujeito não sai do outro lado do mesmo jeito que entrou, mas isso é consequência, não uma meta a ser perseguida, como se dá em uma análise tradicional.

## Morfeu: o que não queria dormir

Se eu pudesse conversar com sua alma
Eu diria: Fique calma, isso logo vai passar
Eu daria um conselho: Chore mesmo!
E enquanto chora, aproveita pra orar
Porque quem chora pra Deus é consolado
É bem-aventurado e Deus não desamparará
Ele mesmo enxugará as tuas lágrimas
Então desabafa e deixa ele te abraçar
Calma, calma
Não se preocupe, tenha calma
Calma, calma
Eu dedico esse refrão pra sua alma
(Leandro Borges)

Morfeu. 41 anos, profissão trabalhador rural, residente no interior do Pará com a esposa e os três filhos menores de idade, grau de instrução, ensino fundamental incompleto, diagnóstico: câncer de estômago, tempo de internação: 30 dias.

A avaliação foi baseada em uma observação em entrevista com o paciente e outra com o seu irmão que o acompanhava. O paciente encontrava-se muito debilitado fisicamente e apresentando comprometimentos de funções psíquicas e comportamentais. Conduta prescrita: trabalhar elaboração da angústia de morte do paciente; realizar acompanhamento e apoio psicológico ao paciente; bem como, realizar interconsulta com a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos.

Meu primeiro contato com Morfeu foi durante minha visita ao seu leito. Ele estava acompanhado do seu irmão gêmeo. Desorientado, choroso e com muitas dores. Estava sob efeito de fortes doses de morfina.[2] Não dormiu a noite toda. Seu irmão me disse que ele não dormia porque estava com medo da sua alma sair do corpo.

Com a voz embotada e confuso, Morfeu, então, começou a narrar que na noite anterior teria vivido uma experiência estranha, sua alma teria deixado o corpo e viajado pelo espaço, de tal modo que ele viu o seu corpo deitado na cama, passeou pela enfermaria, viajou até a cidade onde morava e fez muita briga e confusão. Perguntei se ele estava com medo de morrer. Ele balançou a cabeça afirmativamente.

Sebastiani (2003, p. 51), ao comentar sobre a depressão maior, coloca a insônia como um dos principais sintomas e destaca o fato de "o sono estar, para certos pacientes, associado à morte, e o medo desta impõe o quadro de insone". Morfeu era católico e para a

[2] A morfina é um fármaco narcótico de alto poder analgésico utilizado para aliviar dores muito fortes.

Igreja católica somos formados de duas realidades distintas e unidas: corpo e alma; cuja separação significa a morte da pessoa. No momento em que Morfeu relatava ter visto seu corpo afastado da alma, ele demonstrava um grande medo de morrer durante o sono.

Na visita seguinte, ele estava agoniado e reclamando de dor. De acordo Gimenes (2019), os pacientes em estágio terminal vivenciam etapas do processo de passagem entre a vida e a morte. A primeira etapa é caracterizada pela agonia e pelo sofrimento quando a pessoa entra em contato com a irreversibilidade da doença. Sebastiani e Fongaro (2017), ao descreverem a angústia de morte como uma sensação que se instala a partir da vivência intensa de ameaça à vida, chamam a atenção para a necessidade de o psicólogo possibilitar o enfrentamento dessa angústia e a elaboração do desapego, atenuando assim o sofrimento emocional do paciente em estágio terminal.

Neste sentido, buscando atenuar a angústia de morte vivenciada por Morfeu, perguntei se ele queria ouvir uma música. Ele disse que sim. Coloquei uma música gospel chamada "Um refrão para sua alma". Ficamos calados escutando a música. Ele segurou nas minhas mãos e chorou. Gimenes (2019) sugere o uso de diferentes estratégias para tornar as etapas do processo, entre a vida e a morte, menos angustiantes. Por exemplo, o uso de metáforas como pequenas histórias, técnicas artísticas e uso da música para a expressão de pensamentos e sentimentos. Após escutarmos a música, Morfeu mostrou-se mais tranquilo e adormeceu.

Aproveitei para entrevistar o seu irmão gêmeo. Ele falou que Morfeu estava muito preocupado com a esposa e com os filhos e como sua família iria sobreviver após a sua morte. Orientei a família a cuidar das situações pendentes junto ao sindicato de trabalhadores rurais ao qual Morfeu era associado para que ele pudesse ficar mais tranquilo com relação à situação de sua família. O irmão gêmeo de Morfeu também recebeu escuta. Durante um de nossos atendimentos

ele me falava da culpa que sentia por ter se afastado de Morfeu por um longo período. Contou-me histórias da infância dos dois, quando ambos viviam no interior. Sorria ao narrar as brincadeiras que ele fazia com as pessoas por ser idêntico a Morfeu, mas fazia questão de destacar que a semelhança entre ambos ficava resumida aos aspectos físicos, pois Morfeu sempre foi uma pessoa muito séria e responsável, enquanto ele ganhou o mundo, gostava de farra e de bebida.

Ele também me falava do medo de vir a ter câncer, já que na infância eles costumavam apresentar as mesmas doenças. Em uma de minhas visitas a Morfeu, vi seu irmão se jogar sobre ele chorando e pedindo perdão por ter ficado tanto tempo longe. Após assistir a essa cena, perguntei a ele se ele queria conversar. Ele então disse que sim e me falou sobre o medo de perder seu irmão. Gimenes (2019), ao falar sobre a filosofia dos cuidados paliativos, alerta para a necessidade de o psicólogo trabalhar situações não resolvidas como a culpa e o arrependimento, além de dores emocionais relacionadas ao apego à existência presente.

Também participei de interconsulta com a equipe médica objetivando auxiliar a equipe no tratamento de Morfeu e intermediar a relação entre os envolvidos na situação (equipe de saúde, pacientes e familiares), facilitando a comunicação, a cooperação e a elaboração de conflitos.

De acordo com Maciel e Alves (2017, p. 224), o papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos não se restringe ao atendimento do paciente, porém abarca papéis importantes no cuidado do paciente, da família e da equipe com a qual trabalha. “O psicólogo, ao utilizar o recurso mais importante de que dispõe – a escuta, ele poderá dar voz a estes atores, fazendo com que se sintam amparados e compreendidos”.

O diagnóstico de câncer em uma família mobiliza sentimentos e diferentes estratégias de enfrentamento da dor. No caso de Morfeu, a equipe multidisciplinar decidiu realizar uma reunião com a família para comunicar o seu diagnóstico e prognóstico negativo. Dessa reunião, participaram a esposa do paciente e seus nove irmãos, que foram comunicados sobre a irreversibilidade da doença. A equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicóloga e assistente social, conversou com a família sobre a necessidade de Morfeu entrar em cuidados paliativos. Explicamos a eles o que são os cuidados paliativos:

> A medicina paliativa é a área voltada ao cuidado de pacientes na fase terminal da doença. Entretanto, ampliando o conceito de medicina paliativa, que restringe seu foco de atenção ao alívio de sintomas físicos, à filosofia dos cuidados paliativos que implica disponibilizar atendimento às necessidades físicas, emocionais e espirituais do paciente fora da possibilidade de cura (GIMENES, 2019).

Os familiares de Morfeu demonstraram muitas preocupações relacionadas à própria saúde de cada um deles. Cada irmão mostrou interesse de fazer investigação de hereditariedade para o câncer.

Observamos que o irmão gêmeo que assumiu o papel de cuidador era o familiar mais próximo do paciente e que, embora tenha assumido essa tarefa espontaneamente, houve sobrecarga para ele. Desta forma, muitas vezes foi necessário oferecer-lhe escuta.

A espiritualidade já era uma prática do paciente e foi impulsionada em decorrência da descoberta do câncer. Então, um dia após receber a visita de um padre, Morfeu finalmente pôde ter sua alma separada do corpo. Ele partiu tranquilo e sem agonia.

## Aquiles e a dor de perder o pé

> Perder dói! Não adianta dizer não sofra, não chore; só não podemos ficar parados no tempo chorando nossa dor diante das nossas perdas (Lya Luft).

Aquiles. 51 anos, profissão agricultor, casado e pai de três filhos menores de idade, grau de instrução ensino fundamental incompleto. Diagnóstico: diabético insulino – dependente com complicações circulatórias periféricas. Residente no interior do Pará. Tempo de permanência no hospital: 40 dias. Conduta: psicoterapia breve.

Meu primeiro encontro com Aquiles foi durante minha visita ao seu leito. Ele apresentava humor deprimido com sintomas de insônia, falta de apetite, apatia e tristeza. Falava pouco, respondia de maneira monossilábica, porém referiu saudades dos filhos e preocupação com sua esposa, que estava internada em função de ter feito uma cirurgia. A avaliação se iniciou antes de sua cirurgia de amputação do pé esquerdo e foi mantido durante o pós-operatório e preparação para a alta.

> Ao longo da experiência de internação a pessoa pode passar por momentos absolutamente distintos que influenciam e mudam seus estados emocionais e a própria relação criada pela pessoa com todo o processo a que está submetida. Tanto para melhor quanto parar pior, o que impõe ao psicólogo a necessidade de observações evolutivas considerando, por exemplo, mudanças de focos, intercorrências internas e externas que levam a pessoa a ressignificar sua doença e etc. Além disso, é claro, de processos intrínsecos ao próprio tratamento como por exemplo,

> pré, peri e pós-operatório ou respostas neuropsíquicas a fármacos ou procedimentos terapêuticos (SEBASTIANI; FONGARI, 2017, p. 14).

Desta forma, durante a entrevista, Aquiles trouxe muitas questões relacionadas à necessidade de mudar de hábitos e realizar adaptações necessárias em sua vida prática que o ajudassem a lidar com as perdas ocasionadas pela amputação do pé.

Neste sentido, a entrevista teve a função de orientadora de foco. Com relação ao trabalho realizado no período pós-procedimento foi tão importante quanto o pré-operatório, pois ajudou Aquiles a falar de sua angústia e de suas perdas. Ele expressou sua dificuldade em organizar as novas rotinas e lidar com as mudanças. No caso de Aquiles foi necessário trabalhar a mudança de hábitos cotidianos, em especial, os alimentares, tendo em vista o fato de que ele é diabético.

Rocha (2011, p. 186). menciona que: "O diagnóstico do diabetes possibilita aos sujeitos a manutenção da vida na proporção direta do controle da doença. Após o diagnóstico, controlar a glicemia de algum modo será efetivamente uma decisão entre a vida e a morte".

Durante nossos atendimentos, Aquiles falava de sua busca de motivações para viver após a amputação de seu pé. Perder um órgão do corpo é difícil para qualquer pessoa, mas a perda de um pé para quem vive da lavoura é muito pior. Ele também falava sobre a necessidade de melhorar sua qualidade de vida. Aquiles é diabético, porém não tratava a diabetes. Não fazia controle alimentar e não tomava os cuidados necessários para evitar ferimentos. Em função da inadequação de seus hábitos acabou tendo necessidade de realizar a amputação do pé. Foi internado e afastado de sua família, de sua cidade e de seu labor.

Acostumado à vida laboral ativa, Aquiles ficou muito impactado com a redução de sua mobilidade. Ele era trabalhador rural, possuía um pequeno terreno onde cultivava sua plantação e com a internação, foi obrigado a deixar seu terreno abandonado. Durante os atendimentos ele costuma falar do medo de perder o pouco que possuía e tanto investiu para cuidar. Falava também do medo de tornar-se um "aleijado".

A este respeito Rocha (2011) esclarece que o processo de luto demanda tempo, pois se trata de um processo doloroso de investimento e desinvestimento das representações dos objetos perdidos. Momentos delicados. Esses momentos foram enfrentados por Aquiles com o apoio da psicoterapia breve e da atenção dada por sua família. Durante nosso último atendimento psicológico Aquiles me agradeceu e verbalizou que jamais se esqueceria de mim e de nossas conversas. Afirmou que aprendeu a lidar com seus limites e perdas e decidiu que a única coisa que desejava agora era voltar para sua casa e viver.

Rocha (2011, p. 187), ao se referir ao processo de elaboração do luto vivido por diabéticos ao entrar em contato com as perdas ocasionadas por sua doença, nos diz que "em algum momento, há o reconhecimento que a perda é irrefutável, e o sujeito em uma posição ativa cede, consente, abre- se à possibilidade de poder prosseguir a sua vida de um jeito diferente, integrando a doença e os seus limites.

## Apolo: O Cantor

Eu canto porque o instante existe
e a minha vida está completa.
Não sou alegre nem sou triste:

sou poeta [...]

Sei que canto. E a canção é tudo.

Tem sangue eterno a asa ritmada.

E um dia sei que estarei mudo:

— mais nada

(Cecília Meireles)

Apolo. 68 anos, divorciado, grau de instrução ensino médio completo, profissão músico, pai de filho único. Hipótese diagnóstica: doença do aparelho digestivo, sem muitas especificações. Conduta, psicoterapia breve de base psicanalítica.

A avaliação psicológica de Apolo foi solicitada pela equipe médica, pois ele não conseguia realizar o exame de ressonância magnética. Em nosso primeiro contato, Apolo nos informa que é cardiopata e que já enfrentou duas cirurgias cardíacas, mas que essa internação não está relacionada ao seu problema cardíaco, e sim ao fato de que vem perdendo sangue pelas fezes, mas não sabe por que, e gostaria muito de saber o que está provocando sua doença.

Refere que é ex-fumante e que teve uma vida desregrada, pois trabalhava como cantor, vivia na noite, bebia e fumava exageradamente. Abandonou um emprego de carteira assinada e optou pela música. Sofreu muitas perdas, mas foi feliz. Então eu questiono: "Foi feliz? Não é mais?" "Felicidade para mim é um estado de espírito", ele me responde, e complementa com a voz embargada: "No momento não me sinto feliz. Não posso mais cantar. Estou doente e não sei o que está causando essa doença".

No dia seguinte, não encontro Apolo no leito. Ele havia sido levado para realizar uma ressonância com contraste. Sigo minhas visitas aos leitos dos outros pacientes. E nesse dia não nos vemos. No outro dia, encontro Apolo na sala de tv. Ele me conta que não

conseguiu realizar seu exame pelo segundo dia consecutivo. Eu pergunto o que houve. Na primeira tentativa de realizar o exame, quando foi indagado se tinha alergia a algum medicamento, ele respondeu que sim, porém não conseguia lembrar a qual medicação. Na segunda vez tomou café da manhã e o exame precisava ser feito em jejum. Então eu perguntei se ele já havia feito esse exame alguma outra vez. Ele disse que não.

Em seguida começou a me contar sobre o seu passado. Ele sempre lembrava que foi cantor e que sua vida era a noite. Falou-me que pertenceu a uma banda de música, que tocava músicas internacionais e que era fã dos Beatles. Mostrou fotos dele quando jovem e de sua banda. Ele ressaltava: "Eu passei a minha vida cantando. Eu tinha um sonho de ser famoso. As pessoas diziam que eu era louco e que vivia sonhando, mas a vida é feita de sonhos e quem não sonha não é feliz" (*sic*).

Simonetti (2018) nos alerta:

> a psicanálise não se encanta tanto com o conceito de doença como a medicina, que faz dele o seu norte. O analista vai escutar o paciente sobre sua doença, mas o escutará sobre qualquer coisa; a doença é tema privilegiado no hospital, mas não é essencial para o trabalho psicanalítico. Se o paciente quiser falar de outra coisa, o analista o ouvirá (p. 84).

Perguntou se eu gostaria de ouvir uma das músicas que ele compôs e gravou. Eu disse que sim. Ele ligou o celular e ficamos ouvindo. Em seguida, ele disse que queria me mostrar uma música de que ele gostava muito. A música era "Hear me now", e traduzindo o refrão a frase dizia: "Se você me ouvir agora todos os seus medos irão desaparecer". Eu perguntei a ele: "Quais são os seus medos?".

Ele sorriu e afirmou: “Eu só tenho um medo. O mais terrível de todos. O medo da morte”. Então voltou a falar sobre sua doença.

Eu perguntei sobre o que o médico havia lhe falado sobre o seu diagnóstico. Ele então falou que ainda não era possível fechar um diagnóstico sem realizar uma série de exames, entre eles a ressonância com contraste que ele não havia conseguido fazer. Eu comecei a falar sobre a importância de realizar esse exame, demonstrando uma certa irritação, ele me disse: “A culpa não foi minha de não fazer o exame, ninguém me disse que eu precisava ficar em jejum”. Eu esclareci que não estava falando de culpa, mas talvez de um certo medo de enfrentar o exame. Então perguntei se ele sabia como era esse exame. Ele respondeu que não e eu expliquei com detalhes. Disse que se tratava de uma ressonância que é um exame que não dói e que a única diferença é que esta seria feita com contraste, uma substância química utilizada, por via oral ou endovenosa, com o objetivo de diferenciar tecidos e órgãos, tornando mais fácil visualizar possíveis tumores.

Também esclareci que o único problema desse exame é que o contraste pode gerar certo desconforto. Uma sensação estranha de aquecimento do corpo. Nesse instante ele lembrou que há alguns anos ele já havia feito uma ressonância e, como não tinha sido avisado sobre a possibilidade de sentir esse mal-estar, tomou um grande susto quando sentiu a sensação de calor. Achou que estava tendo um infarte. Entrou em pânico e teve um aumento brusco de pressão. Após esse relato entendi que não foi por acaso que Apolo esqueceu que já havia feito esse exame, esqueceu as medicações que lhe causavam alergia, esqueceu que precisava estar em jejum.

No livro *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana*, Freud ([1901] 1987; p. 53) explana sobre “ a natureza tendenciosa do funcionamento de nossa memória”. Ele aborda os chamados lapsos ou atos falhos, expressões que englobam perturbações da memória, da linguagem, da leitura, da escrita e do controle motor. No caso de

Apolo, esquecer foi uma forma de evitar o exame e o profundo medo que ele havia causado. O mais terrível de todos: o medo da morte. E de morrer sem ter se tornado famoso.

O trabalho em hospital impõe muitas tarefas ao psicólogo, entre elas a de preparar o paciente que passará por um procedimento invasivo, evitando dessa forma que o procedimento possa desencadear algum tipo de ansiedade ou medo. É muito importante acolher e orientar o paciente. Nesse dia, eu expliquei para Apolo todas as etapas e possíveis sensações produzidas pelo exame e ouvi seus medos. O uso do método de associação livre no atendimento de Apolo fez o inconsciente se manifestar tornando consciente a angústia que o impedia de realizar o exame de ressonância. O esquecimento de Apolo é um bom exemplo de como o adoecimento de uma pessoa pode ser marcado pelo inconsciente.

> O inconsciente não é patológico, ele não produz a doença, o modo de lidar com ela é que pode ser profundamente marcado pelo inconsciente. A linguagem do inconsciente é indireta e bastante individual, de modo que o significado inconsciente da doença tem de ser pesquisado através das associações do paciente, e não anunciado pela pretensa sabedoria do psicanalista (SIMONETTI, 2018, p. 97).

Depois de Apolo perceber que estava com medo de realizar o exame e falar sobre seus medos, ele finalmente concluiu sua avaliação diagnóstica, aderiu ao tratamento, recuperou a saúde e recebeu alta hospitalar.

## CONCLUSÃO

Nesse percurso dos atendimentos de quatro pessoas com idades diferentes, patologias e histórias de vida diferentes, pude vivenciar a importância da fala para a minimização da angústia de cada um deles. Em nenhum dos casos estudados os pacientes demandaram pela avaliação psicológica. Todas elas ocorreram por solicitação de outro profissional, seja médico ou enfermeiro, ou ainda pelo oferecimento do próprio psicólogo.

Cada paciente reagiu ao adoecimento e à internação de maneira diferente, uns foram mais resilientes, outros mais ansiosos e deprimidos, porém todos relataram a sensação de desamparo. A avaliação psicológica foi essencial para o psicólogo fazer o diagnóstico diferencial entre quadros reativos ou patológicos, conhecer a estrutura psicodinâmica do paciente, eleger os focos a serem trabalhados e acima de tudo conhecer a história de vida de cada paciente, facilitando a elaboração do plano terapêutico.

Para todos foi oferecido escuta e oportunidade de falar livremente. Como nos ensina Simonetti (2018): “O psicanalista trabalha no caso a caso [...]. Entendendo que não existe o jeito certo de adoecer, e que o objetivo do psicanalista é ser uma espécie de acompanhante na travessia do adoecimento, nunca o guia” (p. 126).

Acompanhemos a travessia de todos os quatro pacientes durante sua internação. A cada atendimento ficava mais claro que “é a associação livre que cria a magia da psicanálise” (SIMONETTI, 2018, p. 145). Falando do meu lugar de psicóloga hospitalar, posso dizer que é preciso muita reflexão e análise pessoal para não nos deixarmos envolver pela lógica hospitalar e focar na doença. Muitas vezes foi necessário fazer essa parada e voltar para a escuta. No hospital há o desconforto de nos defrontarmos com a nossa própria

finitude, há a necessidade de enxugar lágrimas, dar colo, abraçar e saber ouvir a verdade do sentimento das pessoas.

## REFERÊNCIAS

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Resolução n. 001, de 01 de abril de 2009**. Brasília: CFP, 2009. Disponível em: <www.cfp.org.br>. Acesso em: 23/09/2023.

ELIAS, V. A. "Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud". **Revista SBPH**, vol. 11, n. 1 2008.

FREUD, S. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1987.

GIMENES, M. G. G. "A atuação do psicólogo no contexto da transição entre a vida e a morte". *In*: ANGERAMI, V. A. **A Psicologia da saúde na prática**. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. L. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1992.

MACIEL, S. C.; ALVES, R. S. "A arte de cuidar: contribuições do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos". *In*: ASSUMPÇÃO, A. *et al*. **E a Psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2017.

ROCHA, L. "O paciente diabético: a doença como metáfora (ou uma vida nada doce)". *In*: BATISTA, G. **Psicanálise e Hospital 5**: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2011.

SEBASTIANI, R. W.; FONGARO, M. L. “Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral”. *In*: ASSUMPÇÃO, A. *et al*. **E a Psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2017.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. “Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico”. **Acta Cirúrgica Brasileira**, vol. 20, 2005.

SIMONETTI, A. **A Cena Hospitalar, psicologia médica e psicanálise**. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2018.

# CAPÍTULO 3

*Aconselhamento Centrado na Pessoa no Cuidado a Mulheres-Mães Vivendo com HIV/AIDS*

# ACONSELHAMENTO CENTRADO NA PESSOA NO CUIDADO A MULHERES-MÃES VIVENDO COM HIV/AIDS

*Dorotéa Albuquerque de Cristo*

HIV significa, em inglês, vírus da imunodeficiência humana. O vírus é causador da aids (em inglês, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), estágio mais avançado da infecção por HIV, que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. A aids é caracterizada pelo enfraquecimento do sistema de defesa do corpo e pelo aparecimento de doenças oportunistas. Ainda não existe cura para o HIV, nem uma vacina, porém há muitos avanços científicos nessa área que possibilitam que a pessoa com o vírus tenha mais longevidade e qualidade de vida (BRASIL, 2016).

O vírus passou a ter visibilidade mundial na década de 1980, quando surgiu uma pandemia, que até hoje já matou mais de 40 milhões de pessoas em todo o mundo. Durante aquela década, o Brasil passava por um processo de redemocratização, após os governos militares, com o fim do Ato Institucional nº 5 (AI5) em 1979, o mais repressor da nossa história. Os movimentos sociais se fortaleciam, a reforma sanitária estava em curso, tendo como marco a 8ª Conferência de Saúde (1986); e uma nova Constituição nascia (1988), juntamente com o Sistema único de Saúde (SUS), que estava sendo implantado, inaugurando um novo paradigma para a saúde, como um direito de todos e um dever do Estado.

Nesse contexto de redemocratização do país, uma nova doença surgia no mundo, letal e desconhecida, com grande repercussão nas mídias, após a morte de pessoas famosas, e que se caracterizava por acometer grupos restritos da sociedade, como

homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, trazendo junto com a pandemia, o preconceito, o estigma e a discriminação contra as pessoas infectadas.

O preconceito advinha do fato de que, se o vírus era disseminado pela falta de cuidado das pessoas em relações sexuais desprotegidas ou pelo compartilhamento de seringas contaminadas no uso de drogas injetáveis, logo, a responsabilidade pela pandemia estava nas pessoas usuárias de drogas, em profissionais do sexo e em homossexuais masculinos, primeiro segmento de pessoas infectadas no mundo. O medo da contaminação era tão grande, e as informações tão escassas, que os doentes eram isolados, dando origem ao fenômeno da morte social, antes da morte física.

> A morte social que, não se constitui social como uma morte em si, mas um paradoxo que revela como que o biológico e o social se fundam. A morte ocorre quando determinadas perdas de funções – sejam elas físicas e/ou sociais – acarreta interdições, no sentido de que há um rompimento dos papeis desempenhados pelo indivíduo num determinado grupo. E ainda, esse tipo de morte atrela-se ao fato do indivíduo tornar-se improdutivo e, por não desempenhar os papeis postulados pela sociedade de consumo, permanece, diante dela, marginal e à parte da vida social. Dessa forma, tal fato torna o sujeito oculto e despojado de direitos, especialmente o direito à sua individualidade (AREDES, 2014).

Na década de 1980 e 1990, a morte social estava ligada ao preconceito, inclusive na linguagem falada, como o uso do termo muito usado pela mídia na época, “praga gay”, assombrando as pessoas e contribuindo para o crescimento da homofobia e da transfobia, já que os primeiros casos de aids divulgados no mundo,

eram de homossexuais masculinos. Esse período de terror e pânico geral, aumentava o medo de ficar perto de pessoas infectadas. Na maioria dos casos, as pessoas doentes eram internadas em um hospital, aonde eram isoladas, definhando e deteriorando até a morte física.

Durante esse período, para jovens e adolescentes, tudo era assustador, e essa geração ficou profundamente marcada psicologicamente, assim como a sexualidade. Tudo era exposto na mídia como uma punição pelos excessos das décadas passadas, as décadas de 1960 e 1970, marcadas pela busca do sexo livre, e das experiências de alteração da consciência, através das drogas alucinógenas, o que era até então, um símbolo de libertação da opressão vivida nas décadas anteriores. O ponto positivo foi a quebra de alguns tabus, como o tema sexo, que passou a ser debatido nos lares, como forma de alerta.

O lançamento da pílula anticoncepcional, na década de 1960, representou uma verdadeira revolução nas práticas sexuais do mundo ocidental. Os movimentos de contracultura, estudantis, hippie, feministas, raciais, homossexuais, movimentos de valorização do corpo, das experiências esotéricas e das drogas psicodélicas, eram os sinais da mudança dos tempos, e do espírito libertador da época. Todas essas tendências emergentes combatiam os modelos tradicionais de família, igreja, escola, governo, enfim, de todas as instituições conservadoras e repressoras, pregando o amor livre. A geração, dos anos 80, foi considerada a geração perdida, após o advento da pandemia de aids.

A AIDS surgiu como uma pandemia devastadora que limitava a sexualidade e o amor livre. Trouxe consigo uma avalanche de significados e revolta nos mais jovens. Após a primeira internação do cantor Cazuza (1958 - 1990), antes do diagnóstico da aids, ele deu o seguinte depoimento, numa entrevista em 1986:

> [...] A AIDS é um complô contra a sacanagem e eu não admito abandonar a sacanagem, em hipótese alguma. Isso é coisa do papa e do Reagan contra a sacanagem. Mas passarinho que come pedra sabe, não é? Eu não vou ter AIDS (ARAÚJO, 1997, p. 195).

Em julho de 1990, infelizmente, o cantor Cazuza faleceu de complicações da aids, comovendo uma legião de fãs. Foi um dos primeiros artistas a revelar seu diagnóstico em dezembro de 1988, num programa de televisão, mesmo sabendo do preconceito e julgamento moral da época. Em abril de 1989, a revista Veja, na matéria de capa, que traz uma chamada para uma entrevista de Cazuza nas páginas amarelas, trouxe como título "Cazuza- uma vítima da Aids agoniza em praça pública", com uma foto do cantor que, na época pesava cerca de 40 quilos. Uma matéria desrespeitosa, sem ética, e que provocou grande sofrimento no cantor, já bastante debilitado, sendo necessário sua hospitalização (ARAÚJO, 1990).

Esse cenário, a princípio, não comovia a sociedade em geral com as pessoas afetadas. Naquele período, algumas pessoas diziam que os usuários tinham culpa de estarem doentes, por escolha própria, por seu comportamento promíscuo e irresponsável. Para alguns grupos fundamentalistas religiosos, os doentes estavam sendo castigados pela ir de Deus, por seus pecados.

Somente com a explosão de casos no mundo, acometendo pessoas de todas as famílias, de diversas orientações sexuais, incluindo mulheres casadas e crianças, começa a haver uma pressão, não só dos movimentos sociais, mas de toda a população, pelo controle da pandemia. Em 1988, é criado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, tendo como objetivo criar ações de combate à doença.

O perfil epidemiológico das pessoas infectadas, no entanto, foi mudando ao longo dos anos, não só no Brasil, mas no mundo

todo, com as ações de prevenção em vários grupos, antes considerados vulneráveis. Atualmente no Brasil, a epidemia é caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização (BRASIL, 1999).

Este texto tem como objetivo trazer a contribuição do aconselhamento psicológico centrado na pessoa, para a escuta de mulheres-mães em crise existencial após o diagnóstico de HIV, fundamentado em artigos científicos e Leis, além da experiência da autora dentro de uma Unidade de Referência Materno Infantil, no Estado do Pará.

## ANGÚSTIA DA MULHER-MÃE VIVENDO COM O HIV

A sociedade brasileira foi construída dentro de moldes patriarcais, cabendo à mulher papeis de mãe zelosa, esposa e dona de casa, tendo sua sexualidade voltada apenas à reprodução. Essa posição passiva da mulher a deixa numa situação de vulnerabilidade em relação às ações de prevenção ao HIV, já que terá dificuldade de propor ao homem práticas preventivas, por medo do julgamento. Também implica uma repressão da sexualidade feminina, que só pode ser exercida "livremente" com o aval do amor romântico que, para muitas, assume um sentido de anulação, negando a si mesmas em função do outro (BARBOSA; VILELLA, 2017).

No início da pandemia de aids no mundo, no auge do movimento feminista brasileiro, as políticas de saúde voltados para a mulher focavam apenas alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal. Após forte atuação do movimento de mulheres, foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à

mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, e outras (GARCIA, 2013).

Somente em 2010, o teste de HIV passou a ser obrigatório no pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As mulheres grávidas passaram a fazer o exame na primeira consulta e no último trimestre (BRASIL, 2010). A obrigatoriedade do teste no pré-natal trouxe mudanças significativas na prevenção da doença, contribuindo para a redução da transmissão vertical (da mãe para o filho) e para a descoberta de parceiros soropositivos, que desconheciam seu diagnóstico.

No caso de parceiros masculinos, existe outro agravante. A maioria dos homens no Brasil, adentram a saúde pela alta complexidade, quando os problemas já estão instalados e agravados, então raramente procuram realizar exames preventivos, ou buscar ajuda na atenção primária.

De acordo com as pesquisas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o homem se percebe como invulnerável e não procura se cuidar, assim como se expõe mais aos riscos, incluindo sexuais, porém seu comportamento ainda é visto pela sociedade como reflexo da sua virilidade. Com este comportamento, os homens passam a ser mais vulneráveis, e morrem mais cedo que as mulheres, por agravos e doenças que poderiam ser prevenidas (CRISTO, 2021), além de deixarem suas companheiras expostas a diversos riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Quando a descoberta do HIV se dá no pré-natal, as mulheres, muitas vezes, entram em desespero, por não saberem como significar essa nova realidade. Seus projetos, relações, crenças, valores, enfim, todo seu mundo de significados, fica alterado. Já não conseguem perceber novas possibilidades de existir naquela situação. A ameaça da morte também está presente, assim como o medo de transmitir o

vírus ao filho. Um grande dilema é: Como revelar ao parceiro ou aos familiares?

Quando não existe suporte profissional ou familiar, a angústia dessa mulher é solitária e dolorosa, com um misto de raiva, culpa e medo. Para passar uma imagem de bem-estar para os outros, as mulheres apresentam reações incongruentes, por medo do preconceito, trazendo mais sofrimento ainda, sem poder expressar o que realmente estão sentindo. Viver com o vírus é se deparar com escolhas difíceis e dolorosas.

Uma escolha necessária nesse momento é abrir mão do parto natural para evitar transmissão vertical, outra é não amamentação. Após a infecção pelo vírus HIV, e pelo risco da transmissão vertical também pela amamentação, é necessário mudar a forma de perceber o leite materno, que é geralmente significado como fonte de vida e saúde, assim como o ato de amamentar, que é visto como um gesto de amor. Nesse momento, a amamentação significa risco de doença e de morte, e por isso mesmo, precisa ser suspensa.

Para Teixeira *et al*. (2017), a não amamentação devido à soropositividade acaba levando as mães a tentarem explicar para a sociedade sua escolha. Como a soropositividade é carregada de estigmas, as mães são, muitas vezes, obrigadas a criar situações para justificar a não amamentação, principalmente por medo do julgamento familiar e social.

> A não amamentação constituiu-se num conflito entre o desejo de amamentar e o desejo de manter a saúde de seus filhos(as) gerado pela condição de soropositividade para o HIV ou para o HTLV. O amamentar foi um sonho não realizado, uma vontade reprimida e um querer sufocado devido a sua soropositividade (TEIXEIRA, 2017, p. 04).

O sentimento de culpa atravessado nas relações com a criança, que pode ser infectada ou que já foi infectada, além de toda a angústia que acompanha essa mulher, parece provocar comportamentos de defesa diversos, tanto de superproteção, como até de distanciamento da criança.

Outra situação afetada pela descoberta do HIV, são as relações conjugais e afetivas. A vergonha de comunicar ao parceiro seu diagnóstico, ou mesmo a mudança do comportamento do parceiro após a descoberta, afeta a vida sexual do casal, com redução do desejo, além da dificuldade de iniciar novos relacionamentos. Muitas mulheres enfrentam a falta de afeto dos parceiros e parceiras, fazendo com que não se sintam mais desejadas (TEIXEIRA, 2017).

Ao se depararem com o vírus as mulheres sentem que suas possibilidades ficam reduzidas e, consequentemente, suas possibilidades de escolha.

> É como se, nos momentos de angústia, o indivíduo se sentisse sufocado, como se a passagem do ar se tornasse impossível e a conexão com o cosmos diminuísse, trazendo uma sensação de desolamento e aniquilação. O indivíduo tem a sensação de desamparo e solidão; nesta situação, ele se encontra isolado em sua emoção, fechado em si mesmo (OLIVIERI, 2007, p. 35).

Acompanhando mães e crianças soropositivas, numa unidade de referência, em um serviço de aconselhamento, desde 2019, a autora se deparou com um grande desafio, envolvendo questões biológicas, sociais, de gênero, psicológicas e espirituais. A população atendida são de pessoas residentes nos diversos municípios do Estado do Pará, que não possuem um Centro próprio de Aconselhamento e Testagem para atendimento às crianças

soropositivas. No início da sua carreira como psicóloga, teve uma experiência com pessoas doentes por complicações da aids, num período em que não havia ainda tratamento, ou seja, bastante diferente do cenário atual. Naquele período, a escuta visava acompanhar de forma humanizada o usuário que experienciava sua terminalidade.

Apesar de já ter trabalhado em Unidade Básica de Saúde, em Centro de Atenção Psicossocial, e ter atuado na Educação e na Clínica, trabalhar com aconselhamento com mulheres, nesse período de crise existencial, foi percebido como um desafio, e sentido como uma necessidade de prestar uma assistência humanizada a essas mulheres, oferecendo uma escuta sensível, aberta e respeitosa, possibilitando o enfrentamento da situação e a descoberta de novas possibilidades de existir.

## ACONSELHAMENTO NO ÂMBITO DO SUS

Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), vinculados às Secretarias de Saúde dos municípios atendem em nível ambulatorial, através de uma equipe multiprofissional, aos portadores de doenças infecto parasitárias, como HIV/AIDS. A equipe geralmente é formada por médica infectologista, enfermeira, psicóloga, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, dentre outras.

Importante destacar a importância da clínica ampliada dentro do sistema de saúde, facilitando não só a autonomia da usuária, mas a integração entre diferentes saberes e áreas assistenciais. A clínica ampliada não desvaloriza nenhum saber, busca integrar as várias profissões, possibilitando um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Integração entendida como ato de incorporar

diversos elementos num só, de tal forma interligadas, que se completem, formando uma totalidade.

Integralidade no SUS é complexo e abrange desde questões da equipe e sociais, até administrativas e políticas, além de considerar a subjetividade de cada mulher, com suas necessidades pessoais e coletivas. A integralidade caminha juntamente com outros princípios fundamentais e doutrinários do SUS (BRASIL, 1990), como a universalidade (saúde como direito de todos) e a equidade (significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior).

O aconselhamento psicológico no âmbito da coordenação nacional DST/AIDS é definido como uma escuta ativa, individualizada, e centrada nos usuários, objetivando o resgate dos recursos internos deles para que tenham a possibilidade de reconhecer-se como sujeitos de sua própria saúde e transformação.

O aconselhamento no âmbito da política procura auxiliar os usuários a lidarem com as questões emocionais decorrentes da descoberta do vírus e da vivência com ele; provê informações sobre o HIV e a doença, a aids, esclarecendo de forma individual e facilitando aos usuários a verbalização de suas dúvidas e receios, desenvolvendo a capacidade pessoal de reconhecer situações de risco e tomar decisões sobre as opções de prevenção mais convenientes para si (BRASIL, 1999).

O aconselhamento está presente desde a testagem. Diante de um resultado positivo, o profissional deve oferecer apoio emocional, desmistificando sentimentos que associam HIV/AIDS à culpa, rejeição, punição, degenerescência, morte e outros. Deve lembrar à usuária que um resultado positivo significa apenas que ela é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida, o que demanda novos exames a serem realizados nos serviços de assistência (BRASIL, 1999).

O aconselhamento precisa oferecer também orientação sobre a necessidade de comunicar o resultado ao(s) parceiro(s) atual(ais), disponibilizando o serviço para este fim, quando necessário. Orientar quanto ao acompanhamento para profilaxia do filho pequeno. Refletir junto sobre a importância da busca de tratamento e/ou monitoramento do estado clínico, enfatizando a importância da adesão ao tratamento, dentre outros trabalhos educativos (BRASIL, 1999).

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de 2018 do Ministério da Saúde (MS), até aquele ano, o número de mulheres vivendo como HIV era de 77.812 (31,4%), sendo 169.932 (68,6%) casos em homens. No mundo, 54% de todas as pessoas vivendo com HIV eram mulheres e meninas.

O número de grávidas com HIV no Brasil vem crescendo desde 2008, de acordo com os últimos dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids divulgados pelo Ministério da Saúde. Em 2008, foram registradas 6,7 mil gestantes com HIV, o que representava 2,1 casos para cada 1 mil pessoas. Em 2018, esse número passou para 8,6 mil, o equivalente a 2,9 casos a cada 1 mil pessoas.

Viver como o vírus HIV não significa apresentar a doença aids ou os sintomas associados a ela. Nos dias de hoje, viver com o HIV implica em fazer acompanhamento regular de saúde, incluindo o tratamento com medicamentos antirretrovirais, que mantém o HIV sob controle, reduzindo a multiplicação do vírus no organismo, além de fazer acompanhamento periódico com equipe de saúde e realizar exames de controle (BRASIL, 2008).

O objetivo do acompanhamento é manter a carga viral indetectável, ou seja, reduzir a quantidade de vírus no sangue para níveis que não são identificados por testes laboratoriais padrão. A boa notícia é que pessoas com carga viral indetectável em seu sangue

não transmitem o vírus sexualmente, e isso é libertador para as mulheres, além de poderem manter sua saúde e qualidade de vida, com seu sistema imunológico fortalecido (UNAIDS, 2017).

As formas de transmissão mais comuns são: relações sexuais desprotegidas, acidentes com materiais perfurocortantes, compartilhamento de seringas contaminadas, ou por transmissão vertical, ou seja, da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2017).

Atualmente as mulheres grávidas atendidas pelo SUS fazem o teste de HIV obrigatoriamente. Os casos positivos são notificados e medidas profiláticas são tomadas para evitar a transmissão vertical. A obrigatoriedade do teste no pré-natal, faz com que muitas mulheres só descubram o HIV quando engravidam, o que provoca uma ressignificação da experiência materna, já que a gestação do filho vem associada com a descoberta de uma ameaça mortal, de um vírus com o qual será obrigada a conviver para sempre, e ainda carregado de estigmas.

A boa notícia é que no Brasil a taxa de transmissão vertical caiu de 3,6 mil casos para cada 100 mil habitantes em 2008, para 1,9 mil casos em 2018, o que corresponde a uma queda de 47,2%, porém ainda uma taxa alta considerando muitos países que já zeraram a transmissão vertical (GARCIA, 2013).

Descobrir o vírus no momento da gestação traz uma série de mudanças para as mulheres, com parceiro fixo ou não. O aconselhamento tem uma importância central no apoio a essa mulher, na busca de sentido para essa nova vida, agora marcada por toda a história que tem o vírus, que provoca uma pandemia de AIDS desde a década de 80. A Organização Mundial de Saúde estima que hoje 38 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2021).

De acordo com UNAIDS (2019), diversas formas de estigma e discriminação afetam pessoas vivendo com o HIV, como exclusão social, assédio moral, violência física e psicológica, dentre outras. Essas mulheres são atravessadas pelo medo de sofrer discriminação, vergonha e culpa por estar vivendo com o vírus, e sensação de desamparo. Viver com o vírus afeta a relação com outros e consigo mesma.

## ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO CENTRADO NA PESSOA

O Aconselhamento na Psicologia originou-se com Frank Parsons, em 1909, com o objetivo de promover ajuda a jovens em processo de escolha da carreira e em face à emergência de novas profissões e ocupações devido à Revolução Industrial. Foi o estudo de Carl Rogers (1902-1987), que promoveu essa ampliação no campo do aconselhamento e a sua maior aproximação com a área da Psicologia Clínica (SCORSOLINI-COMIN, 2014).

A Psicologia Humanista Centrada na Pessoa é uma abordagem criada pelo psicólogo norte americano Carl Rogers, que iniciou seu trabalho de aconselhamento num centro de tratamento para crianças na década de 30, adotando uma orientação psicanalítica, com largo uso de instrumentos diagnósticos e aconselhamento diretivo.

Na década de 40, numa palestra em Minnesota sobre tendências em psicoterapia, Rogers percebeu que estava propondo algo diferente, uma terapia relacional. Passou a enfatizar que o maior potencial de mudança de uma pessoa residia na capacidade de reorganizar sua própria experiência, mudar e crescer (Tendência

Atualizante), a função do terapeuta seria de um facilitador desse potencial.

Dentro de cada ser humano existe uma força que o move na direção do crescimento, da reprodução e da sobrevivência. É um fluxo subjacente de movimento em direção à realização construtiva das possibilidades que lhe são inerentes, chamada tendência atualizante (ROGERS, 1983).

A ACP tem como alicerce a confiança na capacidade humana de autocompreensão e transformação, desde que seja proporcionado um clima facilitador de segurança à pessoa, através de atitudes como aceitação positiva incondicional, empatia e autenticidade por parte do terapeuta. Dentro deste clima facilitador de aceitação e empatia, a pessoa se torna cada vez mais ela mesma.

Numa relação de ajuda a mulheres-mães soropositivas, através do aconselhamento centrado na pessoa, as atitudes da psicóloga, enquanto facilitadora, são de abandono de qualquer atitude reducionista em relação à pessoa e ao seu diagnóstico de soropositiva, suspendendo toda postura tecnicista. Aqui o exercício da atenção e do cuidado é livre de expectativas do que será feito ou de resultado, a usuária é convidada a assumir sua própria existência, levada a compreender seus limites e suas possibilidades. A partir da relação facilitadora, essa mulher buscará novas respostas às suas novas questões.

No serviço de aconselhamento no SUS, a escuta dessas mulheres passa a ser de extrema importância; a oportunidade de falar e expressar suas experiências permite que deem sentido a elas, e possam ressignificá-las. Ressignificar é atribuir um novo significado a alguma experiência, porém, para que uma nova percepção surja, é preciso compreender o significado da experiência anterior. A escuta empática vai além do que apenas ouvir o que é dito por essas

mulheres, mas busca ouvir aquilo que ela quer dizer, com seu jeito singular de ser.

Mauro Amatuzzi (2001) afirma que ouvir realmente significa entrar em contato com o mundo da pessoa, e estamos falando do mundo fenomenológico, mundo de significados. Compreender aquilo que dá sentido à existência dessas mulheres, a forma como organizaram seu mundo, aquilo que lhe é sagrado, ou as coisas e pessoas pelas quais existe e luta, e que agora, após seu diagnóstico, estão abalados, a deixando num vazio existencial. A profissional acompanha a usuária, participando existencialmente desse processo, em um "movimento de gestação ou parto no plano do sentido", e não um guia que direciona a pessoa.

Rogers (1983) relata que foi ouvindo pessoas que aprendeu tudo o que sabia sobre elas e sobre as relações interpessoais. Estava se referindo a uma escuta sensível e profunda, e com isso, queria dizer que ouvia as palavras, os pensamentos e o significados pessoais. Em algumas ocasiões, podia ouvir por trás de uma mensagem superficial, até considerada pouco importante, mas que seria, na verdade, um grito humano profundo.

> Quando percebem que foram profundamente ouvidas, as pessoas quase sempre ficam com os olhos marejados. Acho que na verdade trata-se de chorar de alegria. É como se estivessem dizendo: "graças a Deus, alguém me ouviu. Há alguém que sabe o que significa estar na minha própria pele" (ROGERS, 1983, p. 06).

Ainda no pré-natal, durante a gestação, o HIV é descoberto e passa a fazer parte da existência dessas mulheres. A crise existencial é considerada esperada diante de uma situação desesperadora, que paralisa momentaneamente sua vida de até então, ficando o medo

diante de escolhas antes impensadas, em relação a si mesma e ao filho que vai nascer. Numa sociedade patriarcal, racista, misógina e homofóbica, é muito mais difícil resolver a crise, já que as necessidades de pertencimento, de aceitação e de reconhecimento, estão entre as necessidades humanas. Construir novos sentidos sobre suas vivências após o diagnóstico da infecção não é só para resolver uma crise, passa a ser questão de sobrevivência.

Enquanto conselheira- facilitadora, o papel é de oferecer condições para o crescimento e transformação dessa pessoa, confiando na sua capacidade de escolher os melhores caminhos para si mesma. O diagnóstico de HIV exige novas escolhas, e o medo de escolher, se perder nessas escolhas ou fazer uma escolha equivocada passa a fazer das vivências dessa mulher.

A nova realidade se impõe e a mulher questiona os próprios fundamentos de sua vida e qual seu novo lugar nesse mundo. A partir daquele momento só tem a si mesma para responder. Inicia aí um processo de libertação da fachada de ser o que esperam que ela seja. A escuta psicológica gira em torno da busca de novos sentidos para sua existência, uma existência mais autêntica e cheia de desafios.

Quando essa usuária experiencia durante essas escutas um clima de segurança e empatia, ela tende a se afastar do que não é. O processo para se tornar mais autêntica é difícil, mas nesse momento a usuária percebe que é a única pessoa com quem pode contar para fazer suas escolhas. Ela pode até não saber para onde está indo ou o que realmente é, mas já sabe que não é aquilo que desejam e esperam que ela seja.

A partir do momento que percebe que pode vivenciar suas experiências sem ter que ser nada específico, moldado, a mulher começa a descobrir novas formas de ser, e passa a se sentir melhor e mais satisfeita consigo mesma, mais livre das formas definidas pelo mundo exterior.

O filósofo existencialista Sören Kierkgaard teve a angústia como tema central em suas reflexões. Para o filósofo, o indivíduo sente angústia até o momento que se liberta enquanto indivíduo. Sendo o sentimento de angústia importante e necessário no processo de construção da subjetividade. "A possibilidade da liberdade não coincide, porém, com o poder de escolher entre o bem e o mal. [...] a possiblidade está em poder" (KIERKEGAARD, 1968 *apud* OLIVIERI, 2007, p. 34).

A usuária caminha para a autonomia, objetivo da política de saúde no Brasil, tornando-se, aos poucos, mais responsável por si mesma, num ganho de liberdade existencial acompanhada por uma responsabilidade crescente. Ser autêntica não significa que estará autocentrada, fechada em si mesma, mas sim que, justamente por assumir responsabilidade pessoal por suas escolhas, já não atribui aos outros essa responsabilidade, e passa a se responsabilizar pelo efeito de suas escolhas nos outros. Ser o que se é tem seu ônus, porém é mais libertador.

A angústia, que até então era percebida apenas como sofrimento, dor, vazio, passa a ser possibilidade de autoconhecimento e as aproxima de sua autenticidade, as alçando à sua condição de livre existencialmente. Com essa liberdade, a usuária do serviço não aceitará uma escolha pronta e definida, de como deve resolver sua crise, os movimentos que acontecem no aconselhamento e na própria experiência pessoal, levam à ressignificação da experiência e à mudança. A mudança vai acontecer no processo, numa eterna busca de vir a ser.

O aconselhamento, no âmbito do SUS, não visa somente trabalhar as questões emocionais das usuárias, mas tem também um papel educativo, como já foi visto anteriormente, e de prover informações sobre a doença aids e o vírus HIV, esclarecendo dúvidas, e favorecendo à usuária o reconhecimento de situações de

risco, facilitando a tomada de decisão sobre as opções de prevenção mais convenientes para si.

O aconselhamento é a forma de cuidado empregada pelos profissionais de saúde na atenção à saúde de mulheres e mães vivendo com o HIV.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil vem avançando desde a década de 80, porém seu impacto vem reduzindo a partir das respostas institucionais e da mobilização social, que contribuiu para a redução do número de novos casos, além de proporcionar maior qualidade de vida e maior longevidade às pessoas infectadas.

Este texto destaca, contudo, que o perfil epidemiológico mudou desde o auge da pandemia, nos anos 80 e 90 no Brasil e no mundo. No Brasil, a tendência de crescimento é entre mulheres, principalmente as mais jovens e mais pobres. A feminização do HIV/Aids ainda é um desafio da saúde, considerando a vulnerabilidade das mulheres em nossa sociedade, e a dificuldade de levar as ações de prevenção até os municípios mais distantes.

Como o número maior de infectados ainda está entre os homens, as mulheres não são alvo das campanhas de prevenção, ou quando estão incluídas, não tem adesão da maior parte das mulheres, já que se sentem protegidas pelo casamento ou uniões estáveis, e confiam na fidelidade do parceiro. Se não confiam, tem medo de se posicionar, e se arriscar a perder o parceiro. Esse comportamento passivo contribui para a falta do uso do preservativo nas relações sexuais, o que poderia evitar o risco da infecção.

O aconselhamento é uma modalidade de atendimento clínico, presente em vários espaços, e já foi prática de psicólogo antes

mesmo da psicoterapia, que era considerada nos Estados Unidos e outros países, como uma atividade médica e só reservada aos médicos. É Rogers quem aproxima o aconselhamento da psicoterapia que, apesar das diferenças, não se diferenciam na abordagem, na forma entrar em relação intersubjetiva, dialógica.

O aconselhamento Centrado na Pessoa presente nos serviços de aconselhamento e testagem do SUS facilita às mulheres resolverem a crise de angústia através da reflexão e compreensão de como organizam seu mundo, como usam seu potencial para sua transformação, e de como podem se libertar das condições às quais se submeteram para serem aceitas pelos outros.

O papel das profissionais da Psicologia, enquanto conselheiras em saúde é cuidar, escutar essas mulheres, antes de tudo. Essa escuta empática acolhe, alivia as dores e ajuda a ressignificar esse momento. Essa escuta sensível e acolhedora é psicológica e espiritual, afetando a totalidade da pessoa.

As profissionais de saúde são ao mesmo tempo terapeutas e educadoras e, através da palavra, pretendem ser facilitadores do crescimento e da autonomia, como agentes de transformação humana.

Destaca-se a necessidade de dirigir as pesquisas ao segmento das mulheres e mães vivendo com o HIV, para que possam refazer o sentido da sua existência. Destaca-se ainda, a necessidade de voltar as ações preventivas para meninas e mulheres no Brasil, em todos os municípios, até os mais distantes do país.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. **Cazuza**: só as mães são felizes. São Paulo: Editora Globo, 1997.

AREDES, J. “Um morrer em vida: a morte social na esfera da saúde”. **Observatório Da Diversidade Cultural** [2014]. Disponível em: <www.observatoriodadiversidade.org.br> Acesso em: 03/10/2023.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. “Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, 2017.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 03/10/2023.

BRASIL. **HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 03/10/2023.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28de dezembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Acesso em: 03/10/2023.

BRASIL. **Política Nacional de DST/ AIDS**: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 03/10/2023.

BRASIL. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis**: Síndrome da imunodeficiência adquirida. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 03/10/2023.

BRASIL. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 03/10/2023.

GARCIA, P. T. (org.). **Saúde da mulher**: geral. São Luís: Editora da UFMA, 2013.

OLIVIERI, M. F. "Angústia existencial sob a ótica reflexiva de Sören Aabye Kierkegaard". **Controvérsia**, vol. 3, n. 2, 2007.

ROGERS, C. R. **Um jeito de ser**. São Paulo: Editora EPU, 1983.

SCORSOLINI-COMIN, F. "Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos". **Contextos Clínicos**, vol. 7 n. 1, 2014.

TOKARNIA, M. "Número de grávidas com HIV aumenta quase 40% em dez anos". **Agência Brasil** [2020]. Disponível em: <www.agenciabrasil.ebc.com.br>. Acesso em: 12/10/2023.

UNAIDS. "Estatísticas globais de HIV e AIDS, OMS". **UNAIDS** [2021]. Disponível em: <www.unaids.org.br> Acesso em: 12/10/2023.

UNAIDS. "Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – Brasil". **UNAIDS** [2019]. Disponível em: <www.unaids.org.br> Acesso em: 12/10/2023.

UNAIDS. "O que significa estar com a carga viral indetectável?". **UNAIDS** [2017]. Disponível em: <www.unaids.org.br> Acesso em: 12/10/2023.

# CAPÍTULO 4

*Brinquedoteca Hospitalar: O Brincar como Possibilidade de Ressignificação da Doença*

# BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: O BRINCAR COMO POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO DA DOENÇA

*Luciana Batista da Silva*

*Camila Oliveira Livramento*

*Carolina Alves de Oliveira Praeiro*

*Júlia Camargo Ribeiro*

A brincadeira é uma atividade fundamental na vida de toda criança. Além de ser uma forma de diversão, o brincar tem uma relação estreita com a cultura, pois pode envolver jogos e brinquedos, com regras e formas de brincar que são passadas para as crianças através da linguagem, ou seja, do contato direto com outras crianças, seus pais, familiares ou cuidadores.

No entanto, quando uma criança precisa ser hospitalizada, sua rotina se transforma radicalmente, e a brincadeira pode ser deixada de lado em meio às preocupações com a saúde. É nesse contexto que a brinquedoteca hospitalar surge como uma ferramenta importante para auxiliar no tratamento médico e no bem-estar emocional dos pacientes.

Neste capítulo, será explorado o papel do brincar no desenvolvimento global do sujeito que brinca bem como o funcionamento da brinquedoteca hospitalar e seus desafios de implementação. Além disso, será apresentado um relato de experiência na brinquedoteca de uma instituição hospitalar, destacando a importância da brincadeira no processo de cura e

recuperação dos pacientes, e o brincar, como mecanismo ou possibilidade de ressignificação da doença.

## O BRINCAR

O brincar é um todo inseparável para aquele que brinca na medida em que, através do "faz-de-conta", cria-se um universo onde tudo é possível. Isto é, o sujeito articula os materiais, o tempo, o espaço, as circunstâncias e tudo aquilo que é relacionável com o ato lúdico (SANTIN *apud* ALVES; SOMMERHALDER, 2006). Dessa forma, o brincar transborda os limites da realidade física, pois sua essência não é o material concreto, ele representa a possibilidade de imaginação.

Pode-se dizer que o brincar tem uma ligação com a criatividade, pois a criança ao brincar, cria meios de fantasiar construindo um cenário que faz circular o seu desejo e muitas vezes dá sentido às experiências vividas no seu cotidiano. Ao se relacionar com pessoas adultas de seu convívio que atuam como mediadores na sua interação com o mundo, a criança usa o recurso do brincar para representar essas relações, experimentando a perspectiva deles na sua fantasia. Ela pode se colocar muitas vezes no lugar dos pais, dos professores, dos médicos e enfermeiros. Segundo Levin (*apud* ALVES; SOMMERHALDER, 2006), o ato de brincar é entendido como um espelho simbólico, e não somente imaginário, sendo possível transformar o pequeno em grande e o grande em pequeno, por exemplo.

A partir da percepção de que o brincar traz um leque de significações e interpretações sobre ele, considera-se importante destacar que diversos teóricos estudaram o brincar, a brincadeira e o

brinquedo, e contribuíram com conceituações pertinentes de serem aqui abordadas.

Entre elas, há a conceituação winnicottiana do brincar, desenvolvida em diversos tempos, e que faz referência à relação mãe-bebê. O primeiro tempo apresentado por Winnicott (1975), corresponde ao momento quando objeto e bebê estão fundidos e a visão que este tem daquele, é subjetiva. A mãe suficientemente boa faz uso do que Winnicott (1975) chamou de criatividade primária, ou seja, ela apresenta ao bebê, ou melhor, concretiza, aquilo que ele está pronto para encontrar. Já em um segundo tempo, o objeto mãe é rejeitado pelo bebê, repudiado por não ser ele mesmo, e então, depois, novamente aceito e percebido como o que é, um objeto, diferenciado de si próprio. Esse processo todo é compreendido como sendo uma brincadeira primitiva.

Caso a mãe tenha sucesso em oscilar entre os papéis de ser o que o bebê tem capacidade para encontrar e ser ela própria, o bebê vivenciará a experiência de onipotência, extremamente essencial para a posterior desilusão necessária. Quando a mãe consegue entrar em sintonia com o bebê, é possível o estabelecimento da confiança e, quando há confiança, o bebê se sente seguro para brincar com a realidade. Essa brincadeira "primitiva" é fonte de muito prazer para o pequeno indivíduo já que se configura como um jogo entre realidade de objetos externos e subjetividade emergente, o que dá a sensação de detenção de controle.

Ademais, o epistemólogo suíço Jean Piaget, pontuou como o brincar está ligado ao processo de assimilação, aproximando-se do que acontece no processo de aprendizagem. Isso diz respeito àquilo que a criança faz de forma espontânea, construindo conhecimentos, manifestando conduta lúdica e obtendo prazer (KISHIMOTO, 2005).

Para Vigotski (2007), a brincadeira se inicia com a frustração de um desejo que não foi possível de se concretizar na realidade, destacando assim, que a criança vivencia dentro da fantasia aquilo que não pode realizar no mundo externo. Dessa maneira, a criança se introduz em um mundo imaginário que é chamado de brinquedo, permitindo que ela imagine que está executando aquilo que quer e obtendo prazer com a ação, sem de fato realizá-la. No entanto, ressalta que é insuficiente ver o brincar como uma atividade puramente prazerosa, pois a brincadeira também pode gerar grande frustração, por exemplo quando o objetivo do jogo não é alcançado e a criança perde. Além disso, o autor relembra que há outras formas de obter prazer que são mais facilmente atingidas e com maior intensidade do que apenas o brincar, como o ato de chupar chupeta.

Ainda sobre o mundo ilusório, é visível que, por mais que a brincadeira seja imaginária, ela pode ser carregada de um sentido do real. Exemplificando, ao se brincar de mãe, a criança seleciona as regras do comportamento maternal, remetendo à conduta da mãe que ela vê em sua realidade. A partir disso, entende-se que "o brinquedo cria na criança novas formas de desejos. Ensina-a a desejar, relacionando seus desejos a um "eu" fictício, ao seu papel no jogo e suas regras" (VIGOTSKI, 2007, p. 118). Assim, é a percepção que a criança tem do mundo que fica evidente nos conteúdos que surgem no ato de brincar.

Tendo em vista a característica simbólica do brincar, um dos seus aspectos é ser flexível quanto às atribuições de papéis. Mesmo que seja mais comum a criança se colocar no lugar do adulto, as pessoas simbolizadas na brincadeira também podem estar em diversos outros tipos de papéis, inclusive o da própria criança. Dito isso, esse movimento também se mostra também de extremo valor analítico para a psicanalista Melanie Klein (1991), pois, quando a criança o faz nas brincadeiras ou jogos pode expressar sua vontade de reverter os papéis. Com isso, ela é capaz de liberar seus

sentimentos, sendo muito comum a agressividade e projeção de ataques aos brinquedos.

Seguindo a abordagem psicanalítica kleiniana, entende-se a necessidade de interpretar fantasias, sentimentos e ansiedades que se expressam no brincar infantil. Para isso, na clínica, mais especificamente, os brinquedos utilizados devem se distanciar de elementos que podem indicar ocupações profissionais ou representações de papéis sociais. Isto permite que a criança projete seus conteúdos inconscientes nos brinquedos de forma menos enviesada, melhorando a observação e análise desses conteúdos. A inibição do brincar também foi muito analisada por Klein, o que reforça a potência da ação (KLEIN, 1991).

Tendo em vista que o brinquedo representa um conteúdo na mente da criança, quando há a projeção de um teor agressivo na realidade e os brinquedos são danificados, isso é um indício de que existem questões a serem trabalhadas. Posteriormente a destruição, a criança se encontra tendo que lidar com as consequências de sua ação, para Klein (1991), nesse momento, surge uma gama de sentimentos na criança, como a culpa. Esses sentimentos dizem respeito ao dano ao brinquedo no sentido material, e principalmente também ao fato de que no momento da agressão, os brinquedos não eram apenas peças de tecido ou plástico, mas estavam simbolizando uma pessoa do seu convívio.

Assim, a forma como a criança age após danificar um brinquedo diz muito sobre ela mesma, o sentimento que expressou e o conteúdo latente dessa ação. Com a possibilidade de conserto do brinquedo, manifesta-se o sentimento de reparação simbólica que também se faz muito significativa, acarretando mudanças na maneira que a criança se relaciona com o mundo exterior (KLEIN, 1991).

## POSSIBILIDADES DO BRINCAR NO DESENVOLVIMENTO GLOBAL DO SUJEITO QUE BRINCA

Na literatura, como já visto anteriormente, a brincadeira é vista como meio de estímulo do desenvolvimento da criança além de se caracterizar como um facilitador da aprendizagem escolar. Quando se fala de um desenvolvimento global do sujeito que brinca, deve-se ter como pressuposto teórico a máxima de que esse desenvolvimento está apoiado em contextos sociais, históricos e culturais. É importante salientar que a brincadeira não pode ser delimitada, é espontânea e livre.

Isso posto, diante da realidade de que a brincadeira é, ou deveria ser, a atividade principal da infância e de que é inegável que ela exerce influência direta no desenvolvimento de um indivíduo, Vigotski (2007) salienta que a brincadeira produz zonas de desenvolvimento proximal as quais produzem saltos qualitativos na aprendizagem e no desenvolvimento infantil.

De igual modo, para Leontiev (1994), é durante a brincadeira que ocorrem as transições para níveis mais elevados de desenvolvimento. Com isso, a criança descobre através da atividade lúdica, as relações que existem entre os indivíduos do seu círculo social, além de conseguir colocar à prova suas habilidades, ativando um mecanismo de comparação. Concomitantemente a isso, a criança se apropria dos papéis sociais e da cultura na qual está inserida, o que impulsiona o seu desenvolvimento.

Destarte, independente da fase na qual a criança se encontra e o tipo de brincadeira que se faz mais presente; em todas, mesmo sem intencionalidade, acontece forte estímulo de aspectos que dão suporte para o desenvolvimento social e individual do sujeito. Logo, o brincar amplia também experimentações sensoriais e físicas, haja

vista a aquisição que lhe é proveniente de aspectos ligados à percepção, resistência, força e habilidades motoras.

Questões simbólicas referentes à cognição, sociabilidade e linguagem também são melhoradas durante o brincar. Isso pois, durante uma brincadeira ou um jogo, são formuladas estratégias e vivenciadas situações e interações entre os participantes, as quais impactam positivamente a capacidade de comunicação da criança por meio da expansão de seu vocabulário, por exemplo.

Para mais, em uma brincadeira, a criança consegue testar relações de causa e efeito, exercitando seu desenvolvimento intelectual. Além disso, em um jogo, as ações interferem no resultado, o que torna imprescindível a elaboração e aplicação de estratégias. Isso faz com que a criança teste suas próprias vontades e as relacione com os resultados obtidos. Em um grupo que joga, o infante exerce seu convívio social e aprende na prática, formas de lidar com conflitos.

Em suma, o desenvolvimento infantil só pode ser compreendido se analisado em seu conjunto e não de forma estratificada, conforme afirma Vigotski (2007). Por isso, ao se falar de desenvolvimento global da criança por meio da brincadeira, é possível abordar os ganhos sociais, físicos, intelectuais, emocionais e psicológicos que a ação de brincar proporciona às crianças.

## A BRINQUEDOTECA

Partindo do pressuposto de que a brincadeira não é um mero passatempo, mas, comprovadamente uma influenciadora do desenvolvimento das crianças, característica de um estado de saúde, pode-se discorrer sobre as brinquedotecas, espaços que detém brinquedos, jogos, livros, entre outros materiais utilizados

livremente por crianças e até mesmo adultos, em sua atividade de brincar.

Como descreve Neide Noffs (2000), foi em Los Angeles, no ano de 1934, que surgiu a primeira ideia de brinquedoteca como tentativa de solucionar o problema recorrente dos furtos cometidos por crianças em lojas de brinquedos. A solução encontrada foi desenvolver um esquema de empréstimo de brinquedos para as crianças da comunidade.

O plano obteve muito sucesso e, por isso, a iniciativa se estendeu para a Europa. Foi em 1963 na Suécia que se inaugurou a primeira "Ludoteca", e na Inglaterra, em 1967, as primeiras "Bibliotecas de Brinquedos". No que tange ao Brasil, a ideia se difundiu por meio da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) que, em 1973 implantou uma ludoteca na qual funcionava o sistema de empréstimo de materiais pedagógicos e brinquedos (NOFFS, 2000).

Em suma, a criação das brinquedotecas representou um grande avanço social quanto ao desenvolvimento infantil, já que as crianças passaram a ter a possibilidade ampliada de aprender de forma mais prazerosa. Vale ressaltar ainda, que hodiernamente, existem diversas brinquedotecas funcionando, entre elas a localizada no ambiente escolar, a que fica no ambiente hospitalar e também a inserida no contexto social.

De acordo com Noffs (2000), as brinquedotecas de creches e escolas são mais utilizadas com objetivos pedagógicos. Nesses ambientes é proporcionado às crianças maior interação social, aperfeiçoamento de seu raciocínio lógico e desenvolvimento de sua coordenação motora. Um de seus benefícios é justamente a capacidade de desenvolver essas atividades em um espaço mais descontraído do que a sala de aula.

No contexto social de bairros e comunidades, a brinquedoteca assume, sobretudo, papel de destaque no estímulo às relações interpessoais das crianças que ali habitam, auxiliando no aperfeiçoamento de sua sociabilidade. Nessa conjuntura, há a possibilidade de inserção de brinquedotecas ou iniciativas de ações envolvendo o brincar em CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Nesses espaços, serão apoiados de maneira geral, o fortalecimento das relações familiares, o desenvolvimento da comunicação, bem como, da mesma forma que na brinquedoteca escolar, o acréscimo intelectual e criativo.

Ademais, vale destacar que "brinquedista", segundo Neide Noffs (2000), é o nome que se dá para o profissional que trabalha na brinquedoteca. Para exercer seu papel com qualidade, é preciso que ele próprio resgate sua capacidade de brincar, muitas vezes perdida com o passar dos anos. Na brinquedoteca, sua função é propor atividades e manter um espaço enriquecedor e de qualidade para todos os usuários, de forma a estimular interações sociais entre as crianças, bem como sua criatividade e curiosidade, contudo, não deve nunca agir de forma a forçar uma resposta por parte da criança, esta deve ter sempre liberdade nesse lugar.

É digno de ressalva também que, por ambiente enriquecedor, não se deve entender um lugar luxuoso, cheio de materiais; mas sim um espaço com brinquedos que permitam tão simplesmente a exploração da linguagem gestual, corporal, escrita, entre outras. Inclusive, há brinquedotecas que contam com a presença em seu interior de "Sucatecas", depositários de sucata pronta para ser transformada em um brinquedo por uma criança (NOFFS, 2000).

Por fim, no que se refere à participação do adulto, este pode se fazer presente em uma brincadeira, e é inclusive, recomendado em alguns casos, com a finalidade de estreitar os laços familiares. O envolvimento do adulto pode facilitar as trocas do mesmo com a

criança, bem como prepará-lo melhor para lidar com possíveis conflitos que venham surgir; já diria Winnicott (1975, p. 63) “a brincadeira é universal e é própria da saúde: o brincar facilita o crescer, logo a saúde”.

## COMO FUNCIONA A BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: DESAFIOS NA SUA IMPLEMENTAÇÃO

Segundo Rita Aragão e Maria Rita Azevedo (2001) em seus estudos sobre o brincar no hospital, a brinquedoteca hospitalar é muito importante para aliviar o sofrimento das crianças institucionalizadas, pois, funciona como um meio da criança poder viver sua infância, com brincadeiras e construções criativas, apesar de estar em um ambiente separado na sociedade. Nelas, alguns instrumentos hospitalares podem ser utilizados como brinquedos e, ao utilizá-los, a criança se coloca como agente e não mais como passiva dos “procedimentos médicos” que serão representados por meio do brincar. Isso auxilia na elaboração, na assimilação e reflexão da experiência de estar doente e de ser cuidado, trazendo enormes ganhos para o psiquismo.

Segundo Costa (*et al*., 2014), a criação das brinquedotecas hospitalares está atrelada à eficácia do brincar no desenvolvimento saudável de crianças, já que proporciona um espaço de expressão de fantasias, emoções, desejos, ansiedades e medos, que são gerados pela internação. Além do que, para a criança, a falta de informação a respeito da sua própria doença e os procedimentos que serão realizados é vista como grande fonte de estresse, e o brincar na brinquedoteca pode ajudar tanto no alívio da ansiedade, quanto ao informar sobre sua situação de uma forma apropriada à sua capacidade de compreensão (ARAGÃO; AZEVEDO, 2001).

Dessa forma, a brinquedoteca dentro dos hospitais se faz indispensável, pois proporciona prazer para as crianças que se encontram em um ambiente muitas vezes hostil, além de reforçar laços que foram rompidos com o isolamento. O brincar no hospital cumpre com uma função terapêutica atenuando os traumas emocionais ao permitir a expressão dos seus sentimentos e viabilizar uma socialização entre profissionais brinquedistas, outras crianças e suas famílias (SOSSELA; SAGER, 2017).

Como desafio para sua implementação, é válido citar a atuação do psicólogo hospitalar infantil que atua na brinquedoteca da instituição como brinquedista. Isso porque, seu manejo com os pacientes deve levar em conta algumas noções sobre o brincar, como por exemplo a de que se o analista ele mesmo não pode brincar, neste caso simplesmente não serve para o ofício, pressuposto que surge a partir dos estudos de Winnicott (1975) sobre o brincar. Ele muda a noção de sessão analítica quando sugere que ela ocorreria a partir da sobreposição de duas áreas do brincar: do paciente e do analista. Nesse viés, o escopo do analista, caso um paciente se encontre impossibilitado de brincar, seria justamente o conduzir a sair dessa situação, para que possa brincar livremente.

Além desse desafio, a implementação de uma brinquedoteca hospitalar envolve uma série de questões logísticas e administrativas como a delimitação de seu espaço físico que, apesar de não ser luxuoso, como dito anteriormente, deve ser minimamente adequado e equipado com brinquedos, jogos e materiais gráficos apropriados para diferentes idades. Para isso, investimentos são precisos, e nem sempre o planejamento financeiro do hospital consegue priorizar as demandas da brinquedoteca.

Outrossim, a adesão dos pacientes ao uso da brinquedoteca pode ser um desafio, sobretudo, em casos onde há impossibilidade de locomoção em decorrência de dor, necessidade de repouso devido a procedimento cirúrgicos e uso de soro intravenoso, por exemplo.

A forma como a filosofia da medicina age na instituição hospitalar também é vista como um desafio. Sua lógica restringe-se somente a uma busca pela cura dos sintomas orgânicos, excluindo a subjetividade da equação do tratamento. Com isso, a prática dos trabalhadores do hospital é muitas vezes elencada com a ideia de não afetação pelos sentimentos. Assim, entende-se que essa forma de pensar atinge a psicologia hospitalar, podendo ter sua importância facilmente minimizada, especialmente no trabalho com crianças (SIMONETTI, 2013).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA BRINQUEDOTECA DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

A experiência que será relatada a seguir foi vivenciada em uma instituição hospitalar por estagiários do curso de psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

Inicialmente, os estagiários trabalharam na montagem da brinquedoteca, que havia sido desativada anos antes. A primeira ação executada foi analisar os materiais que restaram do projeto anterior. Nesse processo, muitos itens estragados foram descartados e mantidos apenas aqueles jogos e lápis que estavam em boas condições de uso.

Os itens separados foram levados até a nova sala disponibilizada para se tornar a brinquedoteca. Todavia, ainda não havia mesa, nem tapete para receber as crianças, por isso, as primeiras interações com os pacientes foram feitas somente nos próprios leitos. Mais tarde a UNESP disponibilizou material gráfico e uma mesa infantil com 4 (quatro) cadeiras, o que permitiu que as interações no ambiente da brinquedoteca fossem possibilitadas.

Além desse empréstimo, diversas doações de brinquedos e livros foram realizados por funcionários do hospital e voluntários.

No início das intervenções, muitas crianças desenhavam principalmente com canetinhas e lápis de cor e tinham preferência por folhas coloridas e não brancas. As crianças menores encontravam prazer em simplesmente bater a canetinha na folha e jogar os lápis para fora da mesa. Um movimento que se mostrou bastante comum entre as crianças pequenas foi o de colocar e retirar os lápis e outras peças de brinquedos do pote que guardava os lápis. Esse comportamento se deve pela fase do desenvolvimento em que a criança se encontrava, por ser pequena, muito ligado ainda a estímulos motores.

Os recortes nos papéis também ocorreram bastante, desde recortar pedaços de cores diferentes para montar um personagem até recortar a própria folha e colar esse retalho nela, desenhando por cima. Muitos dos desenhos eram feitos sem nenhuma intenção estética, apesar disso, muitas se frustraram com os resultados de suas produções, causando extrema angústia.

Essa mesma dualidade apareceu nas interações com jogos. O jogo mais escolhido foi o Jogo da Vida com personagens do desenho do Bob Esponja. Muitas crianças se interessavam por ele devido ao personagem ser querido e ignoravam as regras próprias do jogo. Já as crianças de idades menores jogavam mais livremente, muitas vezes de faz-de-conta com as peças do jogo e com as imagens estampadas no tabuleiro, não se importando com seu objetivo original.

Das crianças que jogavam pelas regras originais, algumas lidavam bem com não ganhar e perder seu dinheiro, mas muitas se estressavam e expressavam tristeza, o que também era contornado rapidamente com outra atividade. O Jogo da Vida possibilitava que as crianças se colocassem em outros lugares, como por exemplo o

de adultos que detinham dinheiro, e isso é uma dinâmica de reversão de papéis, comum na brincadeira.

As crianças que escolhiam outros brinquedos, se mostravam interessadas nas peças de cozinha contendo fogão, geladeira, carrinhos de diversos tamanhos, e, os menores de 5 anos, se interessavam imensamente pelos brinquedos de encaixar, onde neles haviam buracos de diferentes formatos e peças correspondentes. Algumas precisavam de ajuda tanto para segurar este cubo de encaixar quanto para encontrar o buraco em que a peça encaixava; outras conseguiam encontrar sozinhas depois de obter ajuda. Muitas das crianças que brincavam com esse cubo aproveitavam para descontar sua raiva e, para encaixar, ao invés de empurrar as peças, batiam nelas com muita força.

Uma condição importante de se atentar foi à tala presa a uma das mãos das crianças pequenas, durante a experiência com a brinquedoteca. Essa tala servia para imobilizar a mão da criança a fim de que o acesso não saísse do lugar, evitando que ela precisasse ser perfurada mais de uma vez. Porém, isso limitava o movimento e muitos dos pacientes se sentiam angustiados por não conseguir movimentar a mão de forma livre, enquanto outros brincavam despreocupadamente.

Em relação aos acompanhantes das crianças, notou-se que alguns pais se deslocavam até a brinquedoteca com seus filhos, mas nenhum deles permaneciam lá por muito tempo, com exceção das mães de bebês. Muitos jogavam com os filhos por alguns minutos, e depois aproveitavam a atenção às crianças, oferecida pelos estagiários, para realizarem alguma atividade de autocuidado, como por exemplo, tomar um banho. A maioria das crianças não se importavam com essa saída, outras até se demonstraram tristes, mas a brincadeira sempre seguia.

É importante frisar que foi percebido que na brinquedoteca, quando é usada pelos pais com as crianças, as brincadeiras se dão de formas diferentes do que quando usada apenas com as brinquedistas. Certa vez, os estagiários, a criança internada e sua mãe estavam jogando Banco Imobiliário. A mãe jogou algumas rodadas e, depois, foi para o quarto tomar banho, minutos depois da sua saída, a criança se permitiu transgredir as regras de forma muito explícita e inventou outra regra que validava sua ação. Esse comportamento não seria tolerado na presença da mãe, que mantinha a brincadeira sob seu controle, falando para o filho o que fazer e o que não fazer.

Ainda, conseguimos ver o desconforto das mães com as transgressões de regras dos filhos, como quando em uma situação a mãe de uma criança, após ter passado um tempo fora, entrou na brinquedoteca e se deparou com uma enorme bagunça de brinquedos, papéis e cadeiras fora do lugar e espalhados no chão e na mesa. Face a isto, ela permaneceu lá por alguns minutos, não para interagir com o seu filho, e sim arrumar sua bagunça, retirando os brinquedos do chão e os guardando.

Dessa forma, fica nítido que a presença dos pais, apesar de nunca negada pelos filhos, se mostrava como um pequeno impeditivo para um brincar mais simbólico, à conversas mais pessoais e ações com liberação de raiva e frustração, facilmente reprimidas pela figura de autoridade. Como também, a expectativa de acerto é aumentada nas crianças quando estão com seus pais, isso devido a baixa tolerância deles e suas proibições impostas. Um exemplo disso pôde ser visto em duas situações: uma delas aconteceu quando um pai ao entrar na brinquedoteca para verificar o que seu filho de 7 anos estava produzindo, percebeu erros gramaticais em uma carta endereçada ao médico que o tratou, esse, por sua vez, apagou suas palavras e determinou que as refizesse. A criança se mostrou claramente desapontada e demorou até conseguir escrever novamente o que queria; por outro lado, quando uma

criança de 3 anos estava brincando de bola sem a presença dos responsáveis na brinquedoteca, notou que poderia transgredir as regras diante dos estagiários, dizendo “eu quero errar”, e assim o fazia.

Diante a esses aspectos supracitados, foi consenso entre as brinquedistas que as brincadeiras nos leitos se mostravam sempre um pouco mais difíceis. Isso porque os pais, presentes nos quartos, muitas vezes se revelavam pouco receptivos às atividades propostas, condenando as transgressões, as manifestações de raiva e erros dos filhos, que se retraíam ou se enfureciam.

Por fim, é importante registrar que todas as intervenções realizadas durante esse estágio surtiram efeitos positivos na experiência de internação das crianças acolhidas. Como último exemplo, menciona-se o caso de um garoto de 3 anos que, pela impossibilidade de locomoção em decorrência de uma cirurgia de hérnia, foi atendido em seu leito. Ao conversar com ele, o garoto mostrou seu dinossauro de brinquedo chamado Bafo, e disse aos estagiários que Bafo estava muito bravo. Aqui, ficou evidente que ele estava na verdade falando dele mesmo, projetando toda a sua raiva de estar internado. O garoto demonstrou estar bastante ansioso e nervoso durante todo o tempo em que as brinquedistas interagiram com ele. Foram levados até o seu leito diversos jogos, bem como canetinhas e folhas. Todos os brinquedos e materiais foram usados e, com as brincadeiras, a ansiedade do paciente foi sendo amenizada. Como prova disso, quando os estagiários foram se despedir e perguntaram como estava Bafo, o dinossauro, o menino afirmou que ele não estava mais bravo, que agora estava feliz.

Isso posto, em síntese, as intervenções foram bem sucedidas, tipicamente elevando o grau de atividade das crianças a um nível mais adequado: as que se mostravam muito apáticas, se tornavam mais participativas; já as mais agitadas, se encontravam mais calmas ao fim das intervenções. Ou seja, como resultado, observou-se a

atenuação do sofrimento das crianças internadas, por meio das intervenções lúdicas e psicológicas; o projeto cumpriu com seu escopo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a brinquedoteca hospitalar é uma importante ferramenta no desenvolvimento global do sujeito que brinca, e o brincar, um instrumento fundamental para o processo de ressignificação da doença. O brincar tem um papel fundamental no processo de humanização do ambiente hospitalar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares durante o período de internação. A brinquedoteca é um espaço que oferece possibilidades de brincadeiras e atividades lúdicas que promovem o desenvolvimento cognitivo, motor, emocional e social das crianças hospitalizadas. No entanto, a implementação de uma brinquedoteca hospitalar é um desafio que exige investimento financeiro, profissionais capacitados e uma gestão comprometida com o projeto.

Tendo em vista esses aspectos, para que as crianças tenham condições adequadas que visem possibilitar a expressão de seu inconsciente e de suas angústias dentro de um ambiente hostil, é imprescindível realçar a necessidade da presença de profissionais preparados para lidar com crianças institucionalizadas. Isso pois, nesse período, elas enfrentarão situações desconfortáveis e incômodas, geradoras de grande ansiedade.

Assim, para que essas experiências possam ser simbolizadas e ressignificadas, o trabalho cuidadoso de um brinquedista é fundamental, de preferência um psicólogo hospitalar, para que, dentro de seu manejo, ele consiga captar e interpretar as angústias

trazidas pelas crianças e devolver esses conteúdos simbolizados para elas, auxiliando na redução da resistência e medo suscitados em relação ao ambiente hospitalar.

Por fim, é preciso que haja a continuidade do trabalho realizado pela equipe da brinquedoteca e, para isso, é inegociável que as instituições de saúde invistam em projetos com crianças internadas, visando à integralidade de sua saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, F. D.; SOMMERHALDER, A. "O brincar: linguagem da infância, língua do infantil". **Motriz: Journal of Physical Education**, vol. 12, n. 2, 2006.

ARAGÃO, R. M.; AZEVEDO, M. R. Z. S. "O brincar no Hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças". **Estudos de Psicologia**, vol. 18, n. 3, 2001.

COSTA, S. A. F. *et al*. "Brinquedoteca Hospitalar no Brasil: reconstruindo a história de sua criação e implantação". **História da Enfermagem: Revista eletrônica**, vol. 5, n. 2, 2014.

KISHIMOTO, T. M. "O jogo e a educação infantil". *In*: KISHIMOTO, T. M (org.). **O jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

KLEIN, M. "A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado". *In*: KLEIN, M. **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1991.

LEONTIEV, A. N. “Os princípios psicológicos da brincadeira pré-escolar”. *In*: VIGOTSKI, L. S. *et al*. (orgs.). **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Editora Ícone, 1994.

NOFFS, N. A. “A brinquedoteca na visão pedagógica”. *In*: OLIVEIRA, V. B. (org.) **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2013.

SOSSELA, C. R.; SAGER F. “A criança e o brinquedo no contexto hospitalar”. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, vol. 20, n. 1, 2017.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2007.

WINNICOTT, D. W. “O brincar: A atividade criativa e a busca do Eu (Self)”. *In:* WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. “O brincar: Uma exposição teórica”. *In:* WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1975.

# CAPÍTULO 5

*Análise de uma Santa Casa de Misericórdia: Contribuições de uma Leitura Marxista para o Trabalho em uma Unidade Hospitalar*

# ANÁLISE DE UMA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA: CONTRIBUIÇÕES DE UMA LEITURA MARXISTA PARA O TRABALHO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

*Maico Fernando Costa*

*Waldir Périco*

*Silvio José Benelli*

Esta reflexão é um dos resultados da tese de doutorado do primeiro autor, com contribuições dos outros dois autores. O ponto de partida deste trabalho se deu em uma experiência profissional, enquanto psicólogo, em um Estabelecimento institucional hospitalar. Sustentamos a postura de uma prática de saúde, a qual, necessariamente, é orientada pela obra de Karl Marx e por específicas leituras derivadas de seu legado. Destacamos que exercemos uma interpretação livre das contribuições de Marx, mais ancorados em seus pressupostos éticos, de denúncia e oposição aos modos de produção da vida material e social capitalista, do que em uma exegese conceitual ortodoxa-conservadora de seus textos. Entendemos que cumpre nos beneficiarmos de suas análises, utilizando-as para os problemas relacionados às aparências contemporâneas do capital na conjuntura brasileira (COSTA, 2021).

Desta forma, o objetivo do artigo é apresentar algumas bases teóricas iniciais para uma práxis exercida, sob o método expositivo e investigativo, em uma Santa Casa de Misericórdia. Pensamos sobre a experiência de psicólogo, procurando problematizar os conceitos de saúde e doença numa perspectiva histórico-materialista.

As questões levantadas são oriundas da vivência de trabalhador na Santa Casa em um município do Interior Paulista.

Utilizamos as referências de Marx e de autores brasileiros que possuem uma leitura crítica e materialista da realidade. A pretensão foi de nos servirmos das suas investigações e, por meio de cenas de trabalho, examinar a nossa experiência, os seus limites, os problemas, os avanços e as proposições alternativas à atual conjuntura. Durante o percurso do artigo optamos por apresentar uma leitura histórica da noção de Hospital, conciliando com isso a exposição e investigação crítica das práticas hospitalares de tratamento, possuindo como núcleo principal de discussão a vivência do coletivo de trabalhadores em relação ao seu fazer-saber. Durante a escrita do texto, como forma de privacidade das pessoas atendidas e dos trabalhadores, escolhemos nomes fictícios para representá-las na exposição das situações de conflito. Junto a isso, a intercessão-pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética universitário, sob o número de parecer: 4.977.508.

Dirigimo-nos, em especial, aos atores dos Estabelecimentos hospitalares que atuam em qualquer função, seja ela direta ou indiretamente vinculada ao contato com o povo. Sendo assim, o texto pretende ser um instrumento, um guia para o reconhecimento de campo, bem como, para as suas possíveis mudanças na atividade vital do trabalho.

Duas foram as perguntas, suscitadas pelo trabalho na Santa Casa, que impulsionaram a escrita deste artigo, sendo que a resposta da primeira abriu caminho para a solução da segunda: quais são e como se relacionam os modelos de tratamento em Saúde no hospital? Quais os diferentes tipos de produção de saúde desses modelos de Atenção? Acrescentaríamos finalmente duas perguntas, para arrematar as inquietações que nos mobilizam como trabalhadores: qual é o modo de atendimento hegemônico na Saúde hospitalar? E a qual lógica de sociabilidade ele responde? As interrogações nesse momento podem nos auxiliar a notarmos a realidade das instituições de uma forma mais complexa.

O trabalho no cotidiano dos hospitais se demonstra exaustivo, impondo aos agentes institucionais muitas responsabilidades e obrigações diante das demandas surgidas. Reconhecemos a pertinência desta reflexão ao discutirmos a necessária análise institucional, histórica e social de um Estabelecimento hospitalar de média e alta complexidade. Assim, é importante percebermos a história em seu caráter de movimento, em suas crises e em suas intensificações (Carlson, 2007). Justificamos tal preocupação com o não desconhecimento de que existem ideias, interesses e valores que suplantam as diferentes práticas de saúde. Indicamos essa nuance como indispensável, se atuamos no campo da Saúde. E por fim, julgamos válido difundir a acepção de que há uma grande influência do Modo de Produção Capitalista (MPC) nas técnicas e teorias erigidas para atender a população.

## HOSPITAL: INSTITUIÇÃO E HISTÓRIA SOCIAL

Associamos a Santa Casa de Misericórdia, conhecida simplesmente como Santa Casa (tomada como instituição e Estabelecimento), com o conceito de hospital. Temos o intuito de notarmos, na sua intensificação histórica de acolhimento às pessoas tidas como "doentes", os aspectos de seu funcionamento que dizem respeito ao hospital contemporâneo. Sob a perspectiva do complexo lógico-categorial marxiano (PETO, 2018) e da análise das instituições, procuramos, tendo por base a práxis, compreender o hospital por meio da luta de classes e da crítica ao MPC, modelo hegemônico de produção da vida material e social (MARX, 1857-1858/2011a). Esse estudo tem a sua legitimidade por abordar o Equipamento de Saúde em sua estrutura lógica [histórica] de organização.

Com isso, suscitamos a pergunta: por que precisamos conhecer a história dos hospitais? Respondemo-la com um antigo ditado, "é importante conhecer o passado para entendermos melhor o presente". Conferimos ao ditado o nome de adágio, pois, também há neste uma ascese, eis um dos motivos para não desprezarmos a sabedoria popular. Se estamos falando de tempos antigos, que se atualizam diferentemente no presente, segue uma citação interessante sobre a etimologia da palavra "Hospital", em um texto escrito e editado pelo Ministério da Saúde na década de 40:

> A palavra hospital é de raiz latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como nosodochium quer dizer – receber os doentes (BRASIL, 1944, p. 07).

A história dos hospitais, numa análise possível, pode explicar muito das práticas e compreensões que possuímos acerca da doença, do doente e dos seus tratamentos. Pela história, vamos de uma concepção místico-religiosa (da Grécia antiga, por exemplo), e uma relação não distanciada das pessoas com a figura dos discípulos e do próprio Deus Asclépio (que vinha em sonhos instruir o sujeito, para que ele mesmo realizasse os procedimentos necessários na cura de suas feridas), até as técnicas de assepsia médica, existindo no médico a referência soberana de condução dos procedimentos de curar a doença. Nossas conjecturas vão nessa direção: o campo hospitalar da Saúde, localizado nos seus Estabelecimentos e se tecendo no transcorrer dos séculos, é uma metonímia do modo de produção dominante em seu tempo histórico. Em sua forma hegemônica, os

hospitais são como as linhas de um novelo que se constituem numa trama de instrumentais científicos, alvejam a contenção, o controle e a manipulação da afecção corporal. Eles foram e são até o momento norteados por interesses de cunho ideológico, ideias a respeito de saúde e doença.

O mito de Asclépio é um exemplo interessante que nos ajuda a compreender as concepções de doença e de cura que havia na Grécia antiga. Asclépio (depois reverenciado como um Deus) foi um mortal na antiguidade grega, exímio na arte da cura. Ele teria despertado a ira dos deuses ao ressuscitar um homem. Os templos Asklepieia, construídos em memória do mito Asclépio, eram Estabelecimentos destinados, por intercessão divina, à cura dos moribundos. Os enfermos deviam dormir nos templos para serem curados, dizia-se que em sonho o próprio Asclépio se apresentava para o "doente" com o intuito de o ajudar na cura de seu mal-estar. Os sinais eram emitidos pelo Deus Asclépio, de modo que em vigília o enfermo pudesse realizar os procedimentos devidos a sua recuperação. Muitas vezes esses sonhos eram induzidos pelos próprios sacerdotes do templo, garantindo invariavelmente certa lógica na atenção prestada às mazelas do corpo. A população também fazia suas preces à Higeia, filha de Asclépio, responsável e identificada como aquela que iria garantir a manutenção da saúde, e, Panaceia, mencionada como representante da cura das enfermidades. Por intermédio de uma livre interpretação e exercício reflexivo, pode ser oportuno lermos a medicina assistencial e curativa como representada em Panaceia, enquanto a medicina preventiva em Higeia. E não nos faltam autores que escreveram sobre o campo da Saúde, delineando a medicina curativista e preventiva, respectivamente, como saberes que se esmeram por pretender a cura de todas as doenças ou por evitar incessantemente o adoecimento do corpo humano (AROUCA, 2003; DONNANGELO, 2014).

Avançando um pouco mais no tempo, na Roma antiga existiam os Valetudinaria, por volta dos séculos I a.C. e I d.C., eram arquitetadas tendas, espaços destinados a atendimentos aos militares, doentes, feridos, próximos aos campos de guerra. A medicina era voltada somente para militares. A atenção hospitalar não era ofertada nas cidades, pois, se tinha o costume de tratar os "doentes" em casa (ANTUNES, 1991).

Se na Grécia antiga se cunhou o tratamento aos enfermos na pessoa de uma entidade divina ou sacerdotal, na Roma antiga se constituiu uma Atenção institucional, a configuração de um espaço próprio para os atendimentos médicos. Em Roma, o cristianismo começava a influenciar uma atenção hospitalar estendida também aos "pobres", ou seja, a toda a população em geral.

No império Romano, com a adoção e instituição do cristianismo como sua religião oficial, os principais Estabelecimentos que tratava os doentes eram cristãos. Os "doentes", entregues a toda a sorte, eram acolhidos para os cuidados hospitalares, independente de sua classe social. Da antiguidade cristã à idade média, inúmeros hospitais foram construídos sob a batuta do cristianismo. Contudo, o saber médico era incipiente, ainda que tivessem em si o fervor da caridade e proporcionassem atendimentos zelosos, tendo em vista a carência do conhecimento científico, isso não era o bastante.

Com a assunção da idade moderna, percebemos que as origens do Hospital contemporâneo (exemplar a essa passagem é o *Hôtel-Dieu*) coincide com a estrutura arquitetônica dos atuais Hospitais Gerais. O *Hôtel-Dieu*, em Paris, é inaugurado por volta do século VII, mesclando em sua organização os atendimentos baseados na caridade e a atenção aos doentes, "esse hospital teria se apegado a um propósito medieval e extemporâneo – o de promover assistência de modo indiscriminado a todos os necessitados; uma inesgotável vocação caridosa que em outros países, ante o novo

contexto social, teria sido abandonada como inoperante" (ANTUNES, 1991, p. 141). O *Hôtel-Dieu* ultrapassava em muito a sua capacidade máxima, o ambiente não tinha controle mínimo de higiene e das morbidades, as camas coletivas comportavam até oito pessoas e o número de mortes dentre os sujeitos atendidos era elevadíssimo. Com esse cenário, e depois de ter sofrido muitos incêndios, no decorrer dos anos de sua existência, em meados do século XIX a realeza francesa conseguiu fechar o hospital (ANTUNES, 1991).

Encontramo-nos ainda no século XIII, marcado pela tomada dos hospitais pelos regimes de governo das cidades. Este foi o período histórico que anunciou o que se consolidaria em fins do século XVIII: a derrocada dos hospitais cristãos. Os Estabelecimentos hospitalares serviam para controlar o perímetro urbano, livrando-o do abarrotamento de mendigos, eram um importantíssimo instrumento de controle da população, da doença, da saúde e de vidas (FOUCAULT, 1978).

Com as dissensões na igreja católica e reorganização dos complexos hospitalares, os médicos investiam no aprimoramento de suas práticas para curarem rapidamente seus enfermos, a estratégia era: quanto mais rápida a liberação de leitos, menos superlotados os hospitais ficariam e menos gastos os governantes teriam. Na idade moderna os ditos "mendigos" (pessoas em situação de rua), imigrantes, vadios, loucos, não mais seriam atendidos pelos principais hospitais do seu tempo. No século XVI, as transformações econômicas e sociais advindas do Renascimento, período das revoluções científicas (KUHN, 1991), alcançaram o hospital. A instituição hospitalar não era mais destinada aos desprovidos e, com o êxodo rural, sobretudo nas grandes cidades, as intenções da ascendente burguesia se dedicavam a limpar as ruas.

A organização dos hospitais contemporâneos, em fins do século XIX e início do século XX, não se deu somente por um

atributo de melhoria nos procedimentos médicos, visava-se a um aprimoramento e intensificação das suas dependências, bem como dos seus atendimentos. Ceder a gestão aos médicos era o ideal a se fazer, colocando-os na hierarquia funcional dos trabalhadores hospitalares. Em parte, isso se deu por conta da profissionalização e fixação da classe médica à Atenção hospitalar. A clínica médica encontrou o sítio para a sua formação e as faculdades de medicina se aliaram aos hospitais. Mais do que um local para se tratar do doente e da doença, o hospital se tornara um ambiente asséptico, terapêutico e de cura, coerente com uma sociedade arregimentada na cultura de massa. Essa sua forma de funcionamento não diferia de muitos sistemas prisionais da época (ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 1963/1998).

Portanto, nos hospitais contemporâneos a doença não é mais vista como uma evolução consequente da vida orgânica do doente. Porém, ao retornarmos para os templos *Asklepieia*, vimos que na antiguidade grega os "[...] doentes ali atendidos não eram pacientes e sim agentes de suas curas" (ANTUNES, 1991, p. 21). Posto isto, o que teria mudado na sociedade, em particular a ocidental, para que a vida em sua constante transformação, em seus baixos e altos níveis, passasse a ser entendida sob os juízos de valor: boa ou má capacidade de viver, sadio ou doente? Canguilhem (1982) constrói críticas à psicopatologia que transforma uma condição, que é imanente à vida humana, em uma concepção de patologia, de um mal que precisa ser extinto. O hospital contemporâneo, então, acompanhando as revoluções científicas e o desenvolvimento do MPC, teria separado o doente da doença, deixando-o alheio dos movimentos de seu próprio corpo, separando-o de seu mal-estar? Com a evolução dos hospitais, a eliminação da doença se mostra como o investimento inequívoco para a reintegração da vida em sociedade.

Em suma, os primeiros hospitais dos quais se tem informações tinham um caráter religioso, seja nos templos da Grécia antiga ou no império romano (com a adoção do cristianismo). Os Estabelecimentos de tratamento ao sofrimento humano eram respaldados de maneira fundamental nos valores da religião, nas crenças em entidades transcendentais, divinas e espirituais, porém, não eram delegados de todo à entidade divina (ANTUNES, 1991; TOMASCHEWSKI, 2007).

Como exemplo de um hospital cristão, existem as Santas Casas de Misericórdia, que desde a sua fundação no ano de 1498 em Lisboa, possuem uma característica filantrópica. No início de sua fundação, recepcionavam os "loucos", os pobres, os escravizados, os tubérculos, os doentes de diversas espécies, as mulheres, as crianças e os imigrantes. As provedorias desses Estabelecimentos hospitalares eram [e ainda são] realizadas por sujeitos de grande destaque na sociedade, com grande aquisição financeira em bens e dinheiro. Este fato também foi verdadeiro na Santa Casa onde trabalhamos: os traços de um hospital contemporâneo, operando pela lógica capitalista de produção, misturados com os resquícios de uma instituição caridosa.

## MÉTODO EXPOSITIVO E INVESTIGATIVO: ANÁLISE DO CAMPO HOSPITALAR DE ATENÇÃO AO SOFRIMENTO

A Ciência da História em Marx foi a ferramenta analítico-teórica que utilizamos, para compreender as mudanças nas formas de se entender a "doença" e a organização social dos hospitais. Acreditamos que o método expositivo e investigativo de Marx (1857-1858/2011a) é primordial na análise das formações sociais e das suas respectivas instituições. O complexo lógico-categorial marxiano nos permite conhecer a práxis e vislumbrar as possíveis

intercessões a serem provocadas a partir dela. O estudo dos Estabelecimentos institucionais requer esse nível de abstração. Neste sentido, intensificar as categorias conceituais com que trabalhamos, do abstrato ao concreto, não é menos do que refletir sobre a singularidade da experiência, pois "o método de ascender do abstrato ao concreto é somente o modo do pensamento de apropriar-se do conceito" (MARX, 1857-1858/2011a, p. 54-55). Nessa concepção de práxis, apropriar-se do fazer é poder pensar e saber sobre as formas de produção engendradas no trabalho, os seus princípios e em que tipo de formação social este está colocado.

Logo, optamos por ser marxianos nesse percurso. Buscamos não realizar uma aplicação leviana, inocente ou descontextualizada da obra de Marx, para refletir sobre o que fazemos. Encontramos nos escritos marxianos, antes de tudo, um modelo heurístico de tratar dos problemas oriundos do MPC. Em essência, o do qual falou Marx, global e hegemonicamente, salvo as características particulares de seu tempo histórico, é o mesmo que o nosso: sustenta-se na exploração, no trabalho forçado e no acúmulo de riquezas nas mãos de poucos. A história na lógica apresentada ganha o status de movimento, repete-se de diferentes formas. Assim, resolvemos interpretar os textos de Marx segundo a nossa questão, nosso objeto, preocupando-nos em não distorcer a originalidade da sua teoria. Escolhemos no momento categorias mais gerais do que foi a práxis no hospital, na Santa Casa do município de Areias, situado no Interior do Estado de São Paulo. Estas categorias são representativas dos tipos de relacionamento existentes na sociedade capitalista: a população, a divisão social do trabalho, o trabalho e o Estado (MARX, 1852/2011b).

Em relação à primeira, definimos "população" como um determinado número de sujeitos que habitam uma mesma área geográfica. No tocante à população frequentadora do hospital, dividimos ela entre os seus trabalhadores (contratados, estagiários,

voluntários e pesquisadores), os sujeitos do tratamento, os demais trabalhadores da Rede e os visitantes sazonais (as figuras políticas do cenário "burguês", em sua maioria, interessados em realizar doações), diga-se de passagem, bem esporádicos. Com exceção dos médicos, da Diretoria, da provedoria e de algumas pessoas atendidas via convênio, a grande maioria das pessoas que circulava pelo hospital era de uma classe social categorizada como baixa financeiramente: mulheres e pessoas pretas (marcador social que queremos destacar).

Sendo o máximo possível fiéis à realidade concreta, estes são marcadores sociais que merecem ser expostos. Portanto, cabem-nos as interrogações: por que será que a maior parte da população que frequentava e era atendida no hospital possuía baixo poder aquisitivo monetário? O que justificaria este nítido fato? Para Marx (1857-1858/2011a, p. 54): "Se consideramos um país de um ponto de vista político-econômico, começamos com sua população, sua divisão em classes, a cidade, o campo, o mar, os diferentes ramos de produção, a importação e a exportação, a produção e o consumo anuais, os preços das mercadorias etc". Segundo a nossa interpretação, o autor ainda responderia às perguntas, afirmando que nos mantemos numa noção puramente abstrata de população quando não incluímos as classes que a constituem. Por conseguinte, fica difícil responder às nossas perguntas sem introduzir a noção de luta e de classes (MARX, 1857-1858/2011a).

Nesta perspectiva, as classes sociais estão indeterminadamente em conflito, uma detém os meios de produção, o poder de compra das mercadorias (especialmente a força de trabalho), enquanto a outra subordinada serve a primeira. Os sujeitos do polo subordinado foram historicamente destituídos dos seus meios de produção, recebendo, por sua vez, apenas uma pequena parte daquilo que ele próprio produziu para a classe que é a dominante. A expropriação de uma classe pela outra é o que ajuda a

definir o MPC, estruturando-se por meio da desigualdade social. Isso responderia a uma terceira pergunta, sobre o motivo pelo qual as pessoas em condição precária de vida eram as que mais adoeciam, a ponto de serem conduzidas ao serviço (no sentido degradado do termo) de Urgência e Emergência.

Na cidade de onde se originava a população a qual referimos, bem como as demais da mesma região, tinha na agricultura a sua principal economia, possuíam em seu Território indústrias agrícolas que eram de grande renome, plantações de cana-de-açúcar, de soja e de milho. O dado curioso é que os proprietários das terras, das indústrias e dos comércios do município eram justamente representados pelos nomes mais influentes na política local.

Por outro lado, no que se refere às categorias "divisão do trabalho" e "trabalho", percebemos que ambas estão articuladas com a análise empreendida da população e de sua constituição por classes. Nesta esfera de análise, o que alguns conseguem ler como acaso ou detalhes sem importância, entendemos por um conjunto de elementos que compõem um modo de funcionamento societário que é histórico, político e econômico. Chamamos essa leitura que realizamos de lógica-histórica-estrutural e, portanto, materialista (COSTA-ROSA, 2013a).

Conforme Braverman (1987), a divisão do trabalho é uma das características da sociedade presente nas mais diversas formações sociais conhecidas. Assim sendo, falar em divisão do trabalho é expressar a sociabilidade que lhe é própria, esta divide a sociedade por ocupações, cada qual responsável por um pedaço da produção. Dentre os ramos da produção, citamos os setores de: alimentos, roupas, habitação, de saúde, educação e de cultura.

Em cada tempo histórico, diferentes civilizações produziram e criaram os meios necessários de subsistência para os seus povos, dividiam-se para a produção da vida material e social. Todavia, a

divisão do trabalho no MPC tem aquilo que lhe é de mais próprio: a cisão entre o saber e o fazer. Na Santa Casa de Areias, por exemplo, no ramo da produção de saúde, havia as especialidades médicas e as suas equipes de enfermagem. Em relação à medicina, ressaltamos o médico clínico geral, o cirurgião ortopedista, o médico cardiovascular, o pneumologista, o otorrinolaringologista, o médico obstetra e o oftalmologista. No atendimento ao público, cada especialidade médica era incumbida de uma parte do corpo em "disfunção", que exigia uma intervenção para que a saúde física fosse restabelecida, todas as ocupações citadas possuíam como subordinados os seus enfermeiros, técnicos e auxiliares. Os médicos especialistas avaliavam e diagnosticavam, prescreviam e determinavam que as equipes de enfermagem aplicassem as medicações. Na realização das cirurgias o procedimento era parecido, o médico definia e intimava, a cada instante de seus comandados, qual instrumento queria para o específico momento da incisão cirúrgica.

Esta parte da cadeia de produção era referente ao contato direto com o produto do trabalho, os sujeitos em sofrimento sendo tratados e "normalizando", na melhor das hipóteses, os seus quadros clínicos. Na relação indireta com a produção de saúde havia os especialistas, responsáveis, das tarefas administrativas, de manutenção da infraestrutura, de telefonia, de recepção ao grande público, de costura e de lavagem das roupas dos sujeitos em tratamento. Existiam também os profissionais que cozinhavam, o nutricionista, o farmacêutico e outros.

Portanto, na oficina (entendida como um espaço de onde se exerce um ofício, ou aonde se concerta veículos automobilísticos), as ocupações especializadas são inerentes à sociedade capitalista, nesta, cumpre afirmarmos que o trabalhador não consegue acompanhar qualquer processo completo da produção (BRAVERMAN, 1987).

Por hora, sem ainda trazermos as repercussões dessa organização de trabalho à produção de saúde, indagamos, qual a crítica que subjaz ao particular modus operandi tão universalizado em nossa sociedade? Recorrendo a Marx (1844/2010), descobrimos que a divisão do trabalho é justamente o que empobrece o trabalhador, o reduz à condição de máquina, é o preço pago para o aprimoramento e aumento das riquezas da sociedade. O porquê da estratificação do trabalho no campo da Saúde é a geração de mais-valor (mais trabalho explorado) e, por conseguinte, mais capital acumulado; o corpo cada vez mais fragmentado, não devido às exigências dele mesmo, mas, do mercado. Indo mais longe, o corpo, deste modo, é só uma peça, para ajuste ou desajuste, a ser vendido e devolvido à sociedade em um estado perfeito, para ser consumido e se consumir.

Destacamos, semelhante ao que falávamos sobre a população, no hospital, a divisão de classes era flagrante entre as profissões e as suas ocupações. Os colegas que possuíam cargos de menor "relevância social", por exemplo, os que atuavam em serviços gerais e de limpeza, segundo o que nos revelavam, eram das camadas populares. Assim como eles, grande parcela dos técnicos e auxiliares de enfermagem precisavam estar em mais de um trabalho, para não deixarem as suas famílias desprovidas materialmente.

Aliada à divisão do trabalho, é de extrema relevância recorrermos a um marcador social singular a realidade brasileira: a divisão de raças. Na história do Brasil, colonizado pelos portugueses até o século XIX, concomitante ao florescimento da primeira revolução industrial europeia, a colonização dos povos originários e da população preta é um registro significativo e inquestionável a resvalar na mão-de-obra escravizada. A população branca europeia subjugava os povos do "mundo novo" por terem uma cultura e uma cor de pele diferente da sua (JESUS, 2016).

O racismo, em sua especificidade, é um assunto a ser lembrado em nossos problemas de intercessão-pesquisa. Em especial, é digno de menção nos darmos conta de que a maior parte do povo brasileiro é representada pela população preta. A prova disso é não deixarmos de reconhecer o número de assassinatos ocorridos no país nos últimos dois anos, dos quais, 71% eram de pessoas pretas. Adicionamos a essa informação o dado de que no Brasil, em vinte anos, houve um aumento de 429% de assassinatos de jovens pretos, sem contar os índices de desigualdade social que também atingem as raças: na área da educação e nos quesitos de renda, de trabalho e de participação política, as pessoas pretas possuem menor acesso em relação às brancas.

Esses dados não podem ser isolados da história, antes, trazem uma divisão de raças, conectada à divisão do trabalho na sociedade capitalista. Os elementos da experiência nas instituições constatam essas evidências (GONZALEZ, 2018; PETO, 2020). Na Santa Casa, por exemplo, os cargos de menor expressão social, braçais e de menores remunerações, eram em sua maciça maioria ocupados por pessoas pretas, assim como, dentre a população pauperizada atendida, o maior número era de pessoas pretas. O que constatamos em nossa prática laboral vai ao encontro do que é discutido por Ribeiro (2017).

A investigação teórica que construímos acerca da exposição dos acontecimentos, não os enxerga como deslocados da história ou como fenômenos descontextualizados de outros determinantes sociais. “No contexto colonial, o colono só dá por findo seu trabalho de desencantamento do colonizado quando este último reconhece em voz alta e inteligível a supremacia dos valores brancos [capitalistas]” (FANON, 1968, p. 32). Resende (2017), referenciando-se em Frantz Fanon, explica os comportamentos dos pretos e colonizados como o resultado de uma relação desigual.

Insistimos que em nenhum momento queremos ficar no terreno das coincidências ou dos acasos. Para tanto, é providencial uma análise materialista da perspectiva da unidade e luta de contrários. Concebemos que se há uma verdadeira guerra, esta é derivada da luta que se trava entre a classe social dominante (capitalista) e a classe social dominada (explorada e superexplorada). Identificamos as pessoas superexploradas na população mais pobre que, muitas vezes, também possuem características sociais que carreiam dificuldades que se somam à já difícil situação econômica, características relativas aos chamados grupos minoritários: árabes, ciganos, indígenas, quilombolas, LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersex, Agêneros e Assexuados). Destarte, os grupos minorizados pela sua condição de classe, de raça, de gênero ou de sexo, são os mais atingidos pela exploração econômica e pelas opressões sociais (KAWAHALA; SOLER, 2010).

Segundo nossa análise, há na divisão de classes outras determinações sociais que são intrínsecas às relações que constituem o trabalho na instituição. Desta maneira, o trabalho enquanto categoria abstrata, constitutivo da subjetivação humana, conquista no capitalismo globalizado um caráter de exaustão, de degradação e de anulação das potencialidades de existir (ZIZEK, 2011).

Em Marx (1844/2010), a noção de trabalho humano é vital, pois expressa uma interconexão com a natureza que é o seu corpo inorgânico. Isso quer dizer que o sujeito é parte da natureza e se subjetiva na medida em que se objetiva nela e a essa atividade é dado o nome de trabalho no modo Art. De acordo com Braverman (1987), também lembrando que para Marx essa capacidade humana é chamada de "força de trabalho", o ato laborativo é uma atividade consciente, ultrapassando o que é meramente instintivo. De forma notável, com a assunção do MPC, o trabalho no modo Art é estranhado nele mesmo, o sujeito se vê estranho de seu próprio

corpo, estranhado daquilo que ele próprio produziu (MARX, 1844/2010).

Diariamente no início do turno, do plantão, encontrávamos com os colegas da enfermagem, sobretudo, técnicos e auxiliares, no extremo do cansaço físico e psíquico, como diziam eles. Os seus plantões eram de doze horas por trinta e seis: trabalhavam doze horas seguidas e descansavam as outras trinta e seis. No entanto, considerando os seus salários baixíssimos, os auxiliares e técnicos de enfermagem recebiam cerca de mil e cem reais, e precisavam trabalhar mais nos períodos que seriam os seus horários de descanso. Nas horas vagas, realizavam plantões extras ou eram contratados para trabalhar em residências, como cuidadores de idosos acamados, ou em outros hospitais do município e região.

Os trabalhadores da Santa Casa admitiam atuar com sono, e muitas vezes precisavam se drogar, ingerir altas doses de cafeína (café e refrigerante combinados) para aguentarem a alta carga de trabalho. Em todos os setores do hospital o quadro de funcionários era o mínimo, visto que com frequência era alto o fluxo de pessoas que circulava pelo Estabelecimento. Muitos técnicos adquiriam lesões musculares na coluna, nas pernas e nos joelhos, por ficarem o tempo todo de seu turno deslocando os sujeitos de um leito ao outro, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para as consultas médicas na parte superior do prédio, para a realização de exames, de cirurgias, ou por darem banhos naqueles acamados, mais debilitados, que não conseguiam se lavar sozinhos.

Retratamos uma cena. Escutamos uma mulher de aproximadamente setenta anos, que estava internada há mais de trinta dias devido a uma fratura de fêmur. Os técnicos reclamavam muito de atendê-la, arguindo que ela constantemente os ofendia, gritava com eles. Certo dia, de caso pensado, sabendo que os trabalhadores no hospital se vinculavam muito uns aos outros, e aos sujeitos em tratamento, por meio da identificação, resolvemos

partilhar com os técnicos um pequeno detalhe da história de Maria Paula: o fato de que ela era aposentada e durante trinta anos trabalhou como auxiliar de enfermagem. Disse-nos uma técnica ao ouvir a sua história, "tá vendo, trabalhamos tanto, ganhamos tão pouco, desgastamos nosso corpo e depois acabamos como a Maria Paula: numa cama de hospital". A ironia no discurso da trabalhadora apontava para a seguinte interrogação: como era possível um local aonde se tratava das "doenças" produzir adoecimento naqueles que atuavam para eliminá-las? O mote imbricado neste aspecto da discussão ilustra o que é o trabalho no MPC.

O trabalho no MPC tem a artimanha de se intensificar em trabalhadores assalariados, os que poderiam ser os donos dos meios de garantia das suas subsistências (lê-se "meios de produção"). De produtores, aqueles que não possuem "patrão", a trabalhadores que servem às ordens de um chefe, esta é a única liberdade que os trabalhadores possuem, logo, o que lhes resta é trabalhar ou morrer de fome.

> Em geral, a escravidão disfarçada dos assalariados na Europa necessitava, como pedestal, da escravidão sans phrase do Novo Mundo. Tantae molis erat [tanto esforço se fazia necessário] para trazer à luz "as eternas leis naturais" do modo de produção capitalista, para consumar o processo de cisão entre trabalhadores e condições de trabalho, transformando, num dos polos, os meios sociais de produção e subsistências em capital, e, no polo oposto, a massa do povo em trabalhadores assalariados, em "pobres laboriosos" livres, esse produto artificial da história moderna. Se o dinheiro, segundo Augier, "vem ao mundo com manchas naturais de sangue numa de suas faces", o capital nasce escorrendo sangue e lama por todos os poros, da cabeça aos pés (MARX, 1867/2013, p. 829-830).

Marx (1867/2013) aponta como um evento sem precedentes, o movimento histórico em que os trabalhadores são transformados em "trabalhadores assalariados", esta passagem é interpretada por historiadores burgueses como a liberação da servidão dos antigos senhores feudais. A parte não contada dessa história, que alcança proporções mundiais, é que com a ausência das instituições feudais os meios de produção desses trabalhadores, outrora camponeses, lhes foram tirados, possuindo neste momento nada a não ser a si mesmos para venderem. Os traços de sangue e fogo, aos quais Marx se refere, datados da 2ª metade do século XIV à 2ª metade do século XIX, não parecem ter se esmaecido, foram inscritos na história da humanidade por um regime societário que se mantém, reproduz e progride pela exploração.

Encontramo-nos em pleno século XXI e pouco nos veio de notícias, sobre uma civilização que, para se reproduzir enquanto sociedade, não se baseasse no sistema capitalista. Para Zizek (2011), o MPC tem uma capacidade imensa de se entranhar em qualquer cultura, quanto mais acesso ao espaço público universal o sujeito tem, mais esse espaço é privatizado. Neste modo de produção existem significantes, representações de valores e de desejos, que inscrevem uma posição nas relações sociais. E o dinheiro, existente noutras épocas, associando-se ao capital, escorre pelas mãos dos trabalhadores, assujeitando-os a relações dominantes (ZIZEK, 2011; MARX, 1844/2010; MARX, 1857-1858/2011a).

A saída para os membros componentes das classes populares, diante da ampla concorrência e privações, é trabalharem cada vez mais para ganharem cada vez menos e, sob os efeitos da ideologia, sentirem-se agradecidos com "um sorriso nos lábios". Lembramos do que disse uma das colegas de equipe:

> Trabalho que nem uma condenada e ganho uma merreca no final do mês: da região é o hospital que

> paga menos. Mal consigo pagar minhas contas; chego arrebentada em casa. Não tenho nada que é meu, nem a casa onde eu moro. Mas não posso reclamar não, tá cheio de gente procurando emprego lá fora, tenho que levantar as mãos para o céu e agradecer que tenho um.

Os discursos dos trabalhadores não eram somente palavras, escancaravam as mazelas de uma classe administrada pelo Estado moderno capitalista hipermoderno. A categoria de Estado é analisada, na presente intercessão-pesquisa, na medida em que estamos discorrendo sobre a sua versão contemporânea de "Estado mínimo". Esta compreensão também não deixa de ser controversa, pois, ainda estamos falando de um Estado que se organiza pela economia capitalista, tal como historicamente se erigiu, investindo na iniciativa privada em detrimento dos interesses coletivos, contendo gastos para gerir recursos, coletando tributos e acumulando riquezas. Na Santa Casa, por se tratar de uma Organização Social de Saúde (OSS), esta lógica se enxergava com clareza. Não havia sequer um trabalhador do Estado. Embora o dinheiro, consideravelmente, fosse de origem estatal, a responsabilidade pela produção de Saúde no Estabelecimento era da "empresa", termo que os próprios colegas o tempo todo utilizavam.

O sentido dicionaresco do conceito afirma que o Estado é a organização dos poderes políticos de uma nação (FERREIRA, 2001). Ultrapassando a definição corrente e a destituindo do seu aspecto de neutralidade, por outro lado, em outro dicionário, do pensamento marxista (BOTTOMORE, 1988), o Estado é uma instituição que tem como função precípua conservar a dominação e a exploração de classe por meio da estabilidade da ordem social, objetivando apaziguar a luta de classes.

O que não é um governo executivo e suas medidas austeras, seus posicionamentos ultraconservadores, privilegiando entes

familiares consanguíneos em cargos federais e cultuando políticas governamentais privatistas, senão um Estado burguês capitalista? Aqui conservamos o significante "burguês", em sua representação comum de designar todo aquele que é detentor dos meios de produção, ou age como se o fosse, empregando o trabalho assalariado (MARX; ENGELS, 1848/2009). Neste sentido, o Estado que se ampara em ideias repressivas, mantenedoras de ideais mercadológicos, reconhece na máquina pública a sua propriedade privada e nos trabalhadores apenas os seus servos. O Estado no MPC, como dito, tem um papel nevrálgico para a sustentação dos interesses da classe dominante.

> Tendo o Estado o poder de decretar impostos, regular o comércio internacional, as terras públicas, o comércio e o transporte, a manutenção das forças armadas, e o encargo da administração pública, tem servido como um aparelho para drenar a riqueza para as mãos de grupos especiais, tanto por meios legais como ilegais (BRAVERMAN, 1987, p. 242).

Contudo, vejamos que as suas ações não são sem o consentimento da população. Como forma de compreender isso, beneficiamo-nos do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) de Gramsci e do uso que Costa-Rosa (2013a) fez deste para analisar o campo da Saúde Mental Coletiva. Através de suas instituições, o Estado transmite um tipo de política de Atenção que é por meio do suprimento das demandas populacionais. A intenção é que haja um conjunto de práticas com o alvo de fixar em equilíbrio a formação social, os interesses dominantes e subordinados, "hipostasiá-los". O PEH se caracteriza pela estratégia e táticas existentes em uma prática institucional, cujo objetivo é a

manutenção da hegemonia dos interesses de um polo social dominante (COSTA-ROSA, 2013b).

E como o poder do PEH se exerce no Estado capitalista? A efetividade do domínio se faz pela ideologia. Marx e Engels (1845-1846/2007, p. 87) afirmam que, "[...] quase toda a ideologia se reduz ou a uma concepção distorcida dessa história ou a uma abstração total dela. A ideologia, ela mesma, é apenas um dos lados dessa história". A citação nos auxilia a justificar a contradição nos discursos de alguns colegas trabalhadores da Saúde, muitos asseguravam que perto do que a sua função exigia do corpo e de seu conhecimento, o que recebiam como salário da gestão era irrisório, porém, alegavam que não podiam reclamar, tinham que ser gratos pela oportunidade de trabalho que receberam.

O trecho relatado nos dá mostras do que julgamos ser a parcela distorcida da história e nos dá a oportunidade de formularmos uma questão: por que será que no lugar de ser enfatizada a exploração da sua força de trabalho o que aparece é a gratidão por poderem desempenhar o seu ofício? Não encontramos outra resposta que não passasse pela própria argumentação de Marx e Engels, complementando que a distorção da história corresponde a uma abstração total dela. A real concretude de sua expressão, portanto, é escamoteada por ideais socioculturais hegemônicos que acabam por constituir uma realidade não reconhecida em sua singularidade por aqueles que nela vivem (ZIZEK, 1996).

Ressaltamos que a reflexão sobre o Estado capitalista é justificada pelo fato de que, na altura de realização da nossa práxis, as suas características eram as que mais prevaleciam no governo em exercício, tanto no que toca às práticas de saúde quanto no que diz respeito à vida em sociedade. Nestes termos, recuperamos o propósito de nossa questão de pesquisa, atravessando-nos sempre em nosso cotidiano, que tem como um de seus objetos o trabalho no campo da Saúde, de não esquecer que qualquer uma de suas práticas

não pode prescindir dos princípios fundamentais do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 1990). No entanto, é inevitável que ao estarmos sob o regime de um Estado capitalista, sabemos que mesmo os Equipamentos públicos, entre os variados setores das Políticas Públicas, dificilmente atuam de maneira elementar a partir do SUS e da Constituição Cidadão de 1988, quiçá então, uma OSS como a Santa Casa, um dos hospitais de *Areias* (COSTA, 2016; PÉRICO, 2014; SOUZA, 2015).

Posto isto, tínhamos nos perguntado a respeito da mudança provocada na sociedade, em relação a vida humana que passou a ser reconhecida em torno da concepção binária "saúde e doença". Questionamos o que havia mudado, provocado essa transformação, por exemplo, na Grécia e Roma antigas os sujeitos, independente da classe social de sua origem, recebiam os mesmos tratamentos hospitalares, dos quais, possuíam uma participação ativa, não eram meramente passivos às intervenções exógenas.

A intensificação das noções de saúde e doença, de tornar o processo de adoecimento como um evento externo ao sujeito e dentro de um padrão de anormalidade, solavancada nos hospitais contemporâneos, é acompanhada pela assunção do MPC. Deste modo, parte das nossas teorizações se direciona para uma interpretação de saúde enquanto um campo, atravessado e erigido das formações sociais, por onde perpassa a luta de classes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, adiantamos que há, pelo menos, duas formas possíveis de produção e intercessão de trabalho em Saúde, uma aliada (conduzida) aos interesses do capital e outra posicionada com base nas demandas e desejos da população. É sabido, e é um fato,

que esses diferentes modos de conceber a saúde e a doença coexistem por tempos indeterminados.

À vista disso, admitimos que no decorrer deste artigo pouco, ou nada, apresentamos um modo de operar na Unidade hospitalar com as concepções de saúde e doença que não fosse aquele regido pelos ditames do capital. Neste caso, acreditamos ser importante o estudo de modelos alternativos ao capitalista, embora, saibamos que boa parte do trajeto necessário a ser percorrido para uma práxis para além do capital passe pela exposição e análise crítica de suas formas e aparências.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Editora Letras e Letras, 1991.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora da UNESP, 2003.

BOTTOMORE, T. (org.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1988.

BRASIL. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

**BRASIL**. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto,1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1982.

CARLSON, D. G. **A commentary on Hegel's Science of Logic**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2007.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares**: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente (Tese de Doutorado em Psicologia e Sociedade). Assis: UNESP, 2021.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento**: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente (Dissertação de Mestrado em Psicologia e Sociedade). Assis: UNESP, 2016.

COSTA-ROSA, A. "A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade". *In*: COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora da UNESP, 2013b.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora da UNESP, 2013a.

COSTA-ROSA, *A*. **Narcisismo e hipermodernidade**: o corpo em evidência no culto da imagem bela e nas práticas auto-supliciantes de conjuração da angústia do corpo real. São Paulo: Editora da UNESP, 2014.

DONNANGELO, C. "A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico". *In*: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. **O social na epidemiologia**: um legado de Cecília Donnangelo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1968.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: o minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1998.

GONZALEZ, L. G: **primavera para as rosas negras**. São Paulo: Editora UCPA, 2018.

JESUS, A. V. "Violação do direito às terras tradicionais dos povos originários". *In*: CRPSP - Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.). **Povos indígenas e Psicologia**: a procura do bem viver. São Paulo: CRPSP, 2016.

KAWAHALA, E.; SOLER, R. D. V. "Por uma psicologia social antirracista: contribuições de Frantz Fanon". **Psicologia e Sociedade**, vol. 22, n. 2, 2010.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1991.

MARX, K. “A assim chamada acumulação primitiva”. In: MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Editora Boitempo, 2013.

MARX, K. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. São Paulo: Editora Boitempo, 2011a.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Editora Boitempo, 2010.

MARX, K. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Editora Boitempo, 2011b.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). São Paulo: Editora Boitempo, 2007.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Editora Escala, 2009.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicotherapia outra**: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva (Dissertação de Mestrado em Psicologia e Sociedade). Assis: UNESP, 2014.

PETO, L. C. “A superexploração da força de trabalho da população preta no Brasil”. **Revista Izquierdas**, n. 49, 2020.

PETO, L. C. “Elementos lógico-categoriais acerca do problema da corporeidade em uma perspectiva marxista”. **Emancipação**, vol. 18, n. 1, 2018.

RESENDE, A. C. Z. “Frantz Fanon e a alienação do negro e do branco no sistema colonial”. **Revista da ABPN**, vol. 9, n. 21, 2017.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Editora Letramento, 2017.

SOUZA, W. A. **A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS**: um campo de intercessão (Dissertação de Mestrado em Psicologia e Sociedade). Assis: UNESP, 2015.

TOMASCHEWSKI, C. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência**: a Irmandade da Santa Casa de Pelotas - RS (1847-1922) (Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Ibéricas e Americanas). Porto Alegre: PUCRS, 2007.

ZIZEK, S. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Editora Boitempo, 2011.

ZIZEK, S. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1996.

# CAPÍTULO 6

*Interseccionalidade na Saúde Coletiva e Mental de Mulheres Vítimas de Acidente com Motor de Barco na Amazônia: Aspectos Psicossociais das Dores do Escalpelamento*

# INTERSECCIONALIDADE NA SAÚDE COLETIVA E MENTAL DE MULHERES VÍTIMAS DE ACIDENTE COM MOTOR DE BARCO NA AMAZÔNIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DAS DORES DO ESCALPELAMENTO

*Anne Carolline Dias Pragana*

*Alcindo Antônio Ferla*

*Flávia Cristina Silveira Lemos*

*Jureuda Duarte Guerra*

*Manoel Ribeiro de Moraes Júnior*

Este ensaio traz uma discussão das Políticas Públicas, em específico, a Política de saúde mental e coletiva para as mulheres vítimas dos acidentes de motor de embarcação com escalpelamento no Pará com algumas reflexões a respeito da dimensão de interseccionalidade de gênero, raça/etnia, escolaridade, território, faixa etária e classe.

A vulnerabilidade social e econômica do "Povo das Águas" dessa região do Brasil tem uma história de uma relação política, econômica, social, cultural e ligada às dimensões do mercado e de colonialidades que trazem inúmeras restrições, violências, violações de direitos e estigmas para os povos das Amazônias, em especial. Entre estas questões dramáticas, é possível afirmar que se encontram as mulheres vítimas de escalpelamento por acidente de motor de embarcação que se tornaram recorrentes e podem até ser fatais, além de causarem inúmeras sequelas graves em diversos aspectos das vidas das mulheres vítimas.

Essa realidade nos leva a perceber a necessidade de intervenção do Estado com cidadania, políticas públicas equitativas, das universidades, de ONGs, da população, dos movimentos sociais e de organizações internacionais referentes à quebra da expropriação das Amazônias, de seus povos e territórios. Também é crucial atuar para romper preconceitos, estigmas, discriminações, colonialidades de gênero, de raça/etnia, de classe, de faixa etária, de território, na sexualidade, de saberes e capacitistas para interseccionalmente enfrentar as realidades vividas por amazônidas como efeitos de séculos de pilhagem e exploração por grupos, corporações, países, lógicas militares de ocupação, agronegócio, mineradoras, hidrelétricas e grandes projetos desenvolvimentistas feitos para interesses de pessoas e em prejuízos diversos para as populações das Amazônias.

No caso do escalpelamento, são necessárias ações mais efetivas de prevenção, promoção, garantia e defesa da saúde mental e coletiva articuladamente com a educação, a assistência social, a mobilidade, acessibilidade, alimentação, habitação, liberdade de expressão e combate às violências e violações de direitos que afetam corpos e territórios amazônidas. Especificamente, é fundamental romper com as colonialidades em uma perspectiva interseccional nas tecnologias do cuidado e com o respeito aos saberes locais e aos modos de vida no cotidiano dos povos, das mulheres, em especial porque se tornam extremamente vulneráveis diante dos fortes ataques às Amazônias na sanha capitalista de exploração da biodiversidade e no deixar morrer, após a realização da expropriação constante.

Os danos de acidentes de motos de barco com escalpelamento de mulheres são brutais e causam dores diversas que trazem sofrimentos intensos para as vítimas por toda a vida. Assim, os cuidados não podem ser paliativos e nem desconsiderarem a

interseccionalidade presente nos modos de vida e nas relações sociais, culturais, econômicas e políticas realizadas.

## HISTÓRIA DO TERMO ESCALPELAMENTO

Dados históricos associam a ação de escalpelar com inícios bem longínquos em meados do século XIV, no período de Guerras, na América do Norte, no qual o escalpo dos inimigos era reconhecido como um verdadeiro troféu. Segundo a enciclopédia Delta Universal (1982), os europeus costumavam pagar aos povos indígenas pelos escalpos de seus inimigos, uma prática bastante costumeira. Durante o período de colonização, essa prática se intensificou naquele momento entre os séculos XVI e XVII por intermédio dos colonizadores europeus e por indígenas norte-americanos. O scalping se tornou uma ação importante e relevante na região como ação do colonialismo (GUIMARÃES, 2008).

Etimologicamente, a palavra Escalpelamento é oriunda de *Scalp* (inglês) que é associada à *Skin* (pele), *Scalping*, couro cabeludo. O escalpelamento por motor de embarcação é uma lesão grave não somente de cunho físico, este acidente traz consigo outros tipos de lesões e agravos tanto para suas vítimas quanto para seus familiares. Este tipo de acidente tem seus primeiros registros médicos, em 1970, todavia, acredita-se que eles já ocorriam, desde a década 1960 com o advento da industrialização e com a substituição dos remos nas embarcações pelos motores de eixos rotativos. Seus maiores índices acometiam as populações tradicionais, onde se inclui, em especificamente, a população ribeirinha, a qual chamo de "Povos das Águas" (GUIMARÃES, 2008).

Segundo Hage (2006), a heterogeneidade dos povos tradicionais está expressa no grande número de povos indígenas,

com diferentes etnias, línguas e costumes. A etnodiversidade amazônica se manifestou por meio da expressão das:

> [...] populações caboclas ribeirinhas [...] habitando as várzeas, desenvolveram todo um saber na convivência com os rios e com a floresta. [...] Eles possuem uma visão e uma prática nas quais solo, floresta e rio se apresentam como interdependentes, dos quais todo um modo de vida e de produção foi sendo tecido, combinando essas diferentes partes dos ecossistemas com agricultura, extrativismo e pesca (HAGE, 2006, p. 06).

O Brasil possui uma extensa rede fluvial com cerca de 50.000 km e apenas na Amazônia essa concentração é de 25.000 km, o que muitos autores consideram como a maior bacia hidrográfica do mundo (MARTINS; SILVA, 2013). O acidente ocorre nos meios de transportes fluviais e em embarcações, geralmente de pequeno porte, onde o motor é colocado dentro do casco da embarcação de madeira e este é separado somente por uma tábua. Por vezes, esta proteção é rudimentar e improvisada, sendo utilizada como acento para transporte de passageiros, que por um descuido leva ao acidente com o enroscamento dos cabelos junto ao eixo do motor (GUIMARÃES, 2008).

As vítimas desse acidente vivem situações muito delicadas que não são restritas às sequelas físicas (perda de cabelo, do couro cabeludo, sobrancelha, orelha e afins), mas também psicológicas, sociais e financeiras tendo em vista que esses outros segmentos da vida são afetados devidos os traumas irem muito além do exterior, do visível e do palpável. Segundo Beckaman e Santos (2004), o tratamento clínico deve seguir os seguintes objetivos:

> Após o acidente deve-se realizar a hemostasia por compressão, ou seja, conter o sangramento. Posteriormente, a vítima deve ser encaminhada ao serviço de urgência e emergência. No hospital, a conduta inicial para o tratamento do escalpelamento deve ser sob condições assépticas, investigando-se principalmente se há fraturas ou afundamento da caixa craniana ou perdas de massa encefálica (BECKAMAN; SANTOS, 2004, p. 23).

A produção de vulnerabilidade do "Povo das Águas" dessa região do Brasil impõe inúmeras restrições de ordem social, política, tecnológica e cultural, o que pode se apresentar como um fator para que problemas como o escalpelamento por acidente de motor de embarcação sejam recorrentes e causem tantas vítimas com alguns casos fatais. Isso nos leva a perceber a necessidade de intervenção do Estado de forma mais efetiva, não apenas paliativamente, como também e, sobretudo, preventivamente no combate a esses acidentes e seus danos. Segundo uma estimativa realizada pela revista Proteção (2011) existem, no Brasil, o equivalente a 3 mil vítimas de escalpelamento desde o surgimento dos primeiros casos registrados, principalmente, nos estados do Pará, Amazonas e Amapá.

Estabelecem-se as Leis nº 11.970/2009 onde se torna obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis das embarcações e a Lei nº 12.199 que institui a data de 28 de agosto como o Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento. (BRASIL, 2009; 2010).

Pudemos identificar algumas ações voltadas para a prevenção ao escalpelamento desenvolvidas por parte do Estado/instituições ou órgãos estatais e empresas privadas, ONG'S e Associações, tais como: articulação da Comissão Estadual de Erradicação dos Acidentes de Motor com escalpelamento (CEEAE) que irá propor a criação do Plano Estadual de Enfrentamento aos

Acidentes com Escalpelamento, plano este coordenado pela SESPA desde o ano de 2010, que possui em sua composição mais 20 entidades como FSCMP (Espaço Acolher), SEASTER, DPU, Marinha do Brasil – Capitania dos Portos da Amazônia Oriental (CPAOR), FUNDACENTRO/PA, SEJUDH, SEDUC, ORVAM, UNICEF, MP-PA, HMUE, SINDMEPA, CRP10, COSEMS, SESMA, UFPA, SPP, MPT, Ong Amigos Voluntários do Pará, vale ressaltar que o Estado do Pará está à frente na organização e iniciativas em âmbito nacional, pois, o Grupo de Trabalho (GT) interministerial para a formulação do Plano de enfretamento ao Escalpelamento só foi criado e aprovado no dia 1º de setembro de 2021 por meio do Decreto nº 10.784, que está na pasta do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) e é composto por mais sete Ministérios.

## O CUIDADO E A INTERSECCIONALIDADE NA SITUAÇÃO DO ESCALPELAMENTO

Identificar a temática acidente por motor com escalpelamento nos Rios Paraenses se dá de forma necessária, a fim de entender, criar e corroborar com mecanismos de defesas que possam ser utilizados para a diminuição dos casos e/ou extinção desse problema que é predominante dentre alguns estados da Região Norte.

O escalpelamento é um acidente com trauma que gera avulsão parcial ou total do couro cabeludo, iremos nos deter em específico aos de motos com embarcação que reflete um número expressivo dentro os que chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS) e me seus mecanismos de atendimento desde a Unidade Básica de Saúde (UBS), Hospitais Regionais ou Hospital Metropolitano de

Urgência e Emergência (HMUE) e até propriamente a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).

Este tipo de acidente, geralmente acontece com a população ribeirinha ou Povos das Águas onde seu principal meio de locomoção são as embarcações ou quase sempre é o único meio de transporte. Este fato traz o racismo ambiental e a interseccionalidade como aspecto a ser pensado e considerado em uma política pública. A maior parte dessas embarcações miúdas que possui várias nomenclaturas (rabudo, rabeta, cascudinho) e que são utilizadas pelos ribeirinhos é de uso familiar e construída de forma rudimentar e artesanal onde em sua construção deixa o eixo do motor que gira a hélice exposta (PAIVES/ FSCMP, 2008).

Podemos enfatizar e correlacionar a alguns fatores a incidência nessa região Norte, em específico, o Estado do Pará devido muitas embarcações não terem a devida proteção como dispositivo de segurança, o transporte de passageiros próximo ou em contato com o eixo do motor bem como fatores culturais e de cunho religioso, as mulheres terem o costume de usarem cabelos longos e soltos (CUNHA *et al*., 2012).

Para Kilomba (2019, p. 34) “no racismo, a negação é usada para manter e legitimar estruturas violentas de exclusão racial”. Quando se ignora que as mulheres ribeirinhas, em geral, pobres, negras, do território da floresta e com baixa escolaridade é vítima de escalpelamento tem-se o retrato do drama de ser vítima e culpada pela realidade em que se vivencia.

As mulheres que são vítimas, as citamos no feminino, pois estas são em massa os maiores números desse tipo de acidente com motor de embarcação por escalpelamento devido as sequelas físicas tem sobre elas olhares diferenciados, pois há várias mudanças nas suas características exteriores, após serem modificados nos padrões estéticos exigidos pela sociedade com as cirurgias plásticas que são

realizadas de reparação dos danos causados pelo acidente e também de melhoria das condições de saúde das vítimas (SILVA; BARROSO, 2013).

O escalpelamento atinge em maior número o sexo feminino, geralmente, na faixa etária de 03 a 21 anos, visto que, possuem os cabelos longos. O trauma nessa faixa atinge não somente a estética e afeta no crescimento e convívio social, como também o aspecto psicológico e emocional das jovens que, por muitas vezes ficam conhecidas como "meninas de turbante", pois, passam a utilizar lenços e chapéus para esconder as sequelas do acidente (BECKMAN; SANTOS, 2004).

Mota (2000) é um dos autores pioneiros na área e afirma que "as vítimas apresentam sintomatologia álgica frequente, principalmente, nos músculos trapézios e supraespinhosos e cefaleias tensionais intensas pós-traumáticas, o que dificulta o processo de recuperação e interfere diretamente na qualidade de vida".

Segundo Vale (2007), ocorrem sentimentos diversos após o acidentes, tais como: fragilidade emocional, sentimento de culpa e vergonha, sendo estes alguns dos sofrimentos psíquicos que as vítimas carregam consigo e que demandam cuidados psicossociais ao longo da vida, após o acidente. Por medo da rejeição e do abandono, muitas mulheres que sofreram escalpelamento acabam por se isolarem socialmente/familiarmente, desencadeando pensamentos suicidas.

No que concerne aos traumas físicos, psicológicos, emocionais e socioeconômicos ocasionados nas vítimas afetadas pelo escalpelamento, o acidente de barco a motor com escalpelamento passou a ser considerado um problema de saúde pública (FEIO, 2017). Diante desta realidade, vale afirmar que há um correlato desdobramento de fundamental importância, o da saúde

mental que, segundo Amarante (2007), implica em criação de interfaces políticas da saúde coletiva com a mental, no Brasil, a fim de construir um objetivo e um projeto de luta com a construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental que são vítimas de escalpelamento.

Pensando nesse espaço, território, cultura, geografia, religiosidade, sociabilidade, sem nos esquecer das especificidades da região Paraense com seus rios, nascentes, afluentes e diversos povos tradicionais Amarante conclui que o lugar da saúde mental deve considerar as comunidades e povos nas suas dimensões éticas e nos seus contextos (AMARANTE, 2007).

Segunda Almeida (2016), ao realizar busca no Google Acadêmico e na CAPES, poucas e escassas produções científicas foram encontradas sobre a temática "escalpelamento de meninas em pequenas embarcações nos rios da Amazônia", abrangendo diversas áreas do conhecimento, tais como: Psicologia, Enfermagem, Políticas Públicas, Geografia, Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Jornalismo, Estética, Letras, Educação Hospitalar e a área de Educação Formal, conforme a tabela abaixo, valendo ressaltar que nenhuma em Serviço Social e nenhuma tese entre estas.

Segundo Chiaratti (2012) o tema justifica-se pelo escalpelamento ser um problema que envolve toda uma sociedade e que mantém relevância para a saúde pública, de caráter social, principalmente, na região Amazônica. Para Feio (2017), este drama Amazônico, muitas vezes é divulgado nas mídias regionais, porém, passa despercebido pelo restante do país por meio da história do racismo ambiental. Enquanto não se consegue abolir completamente o escalpelamento, são necessárias ações e estudos sistemáticos referentes à assistência das mulheres que foram vítimas, acolhendo-as e escutando-as em suas demandas, sofrimentos e no tratamento das sequelas que vivenciam.

## ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

O território não é apenas a representação tecno-geográfica com que se costuma delineá-lo; é um lugar usado e criado. O território é o laboratório das alquimias da vida e da saúde de cada pessoa e coletividade (FERLA, 2023). Há uma dimensão do cuidado integral e equitativo nos modos de vida e no cotidiano da vida nos territórios em que os corpos podem sentir, pensar, agir, se relacionar, habitar e ocupar como bem-viver. O território não é apenas paisagem e cartão postal, estes artefatos já são filtros e feitos de práticas que transformam a complexidade dos territórios em negócio, em turismo, em empreendimento, em lugar de circulação e, muitas vezes, de expropriação e violências (SANTOS, 2023).

As populações ribeirinhas fazem parte das chamadas populações tradicionais, que tiveram pela primeira vez na história a existência formal de todas as chamadas populações tradicionais reconhecidas pelo Decreto nº 6.040/2007, conforme o art. 3º "I - Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição" (BRASIL, 2007).

É por meio da criação dos lugares de escuta e das possibilidades de ocupação dos espaços de participação social que se torna possível fazer a diferença para a inclusão, garantia e o fortalecimento da saúde mental, no Sistema Único de Saúde e dentro da sociedade brasileira. Para atender a integralidade do cuidado em saúde mental e coletiva é relevante produzir mecanismos de resistência, luta e persistência nos modos de produção de vida,

principalmente, no contexto das populações ribeirinhas, na Amazônia.

> A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa e a individuação do corpo. Outra e a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade e essencialmente fabricada e modelada no registro do social (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 31).

Escutar a história dessas mulheres é compreender as tramas dos meios de transporte e da acessibilidade limitada dos corpos em territorialidades específicas, em que o acidente do qual são vítimas ocorre nos rios, lugar que tem para elas vida e é travessia entre ilhas, furos de rios, baías e áreas ribeirinhas.

A vulnerabilidade é produzida por invisibilidades que resultam de um processo histórico de violência de gênero, de racismo, de preconceitos de classe e de território. A história de racialização dos corpos nos territórios que habitam, gerando saberes e ações de segregação, de discriminação e preconceituosas são repletas de colonialidades (BENTO, 2014). Logicamente, a vulnerabilidade não é fruto da condição da mulher negra, ribeirinha e pobre que sofre escalpelamento, mas produzida por mecanismos racistas e de gênero, associados à classe por uma intersecção de preconceitos, segundo Schucman (2014).

Este ato de escuta deve considerar as especificidades do acontecimento na esfera da violência de gênero e do racismo ambiental, tendo em vista que a população que sofre o acidente de motor de embarcação com escalpelamento mais acometida é formada não apenas por mulheres, mas, em geral, mulheres pobres,

amazônidas, negras, ribeirinhas e com baixa escolaridade, que vivem em regiões com pouco acesso às políticas públicas e infraestrutura.

A maior das embarcações utilizadas pelas mulheres são miúdas e possuem várias nomenclaturas (rabudo, rabeta, cascudinho) e são usadas pela população ribeirinha no contexto familiar. São meios de transporte construídos de forma artesanal, sendo que, em sua construção, em geral, deixa-se o eixo do motor que gira a hélice exposto. É possível enfatizar alguns fatores que incidem nos acidentes por escalpelamento na região Norte, em específico, o Estado do Pará, tais como: muitas embarcações não terem a proteção necessária como dispositivo de segurança, o transporte de passageiros próximo ou em contato com o eixo do motor e fatores culturais e de cunho religioso, como as mulheres terem o costume de usarem cabelos longos e soltos (FEIO, 2017).

A rede hidrográfica do estado integra duas das maiores bacias hidrográficas brasileiras: Amazônica e do Tocantins-Araguaia. Os principais rios do Pará são o Amazonas, Jari, Xingu, Tapajós e Tocantins. Fica no litoral paraense, próximo do Amapá, a ilha de Marajó, maior ilha do país. Quase 70% da população paraense se declaram como pardos; 21,81%, como brancos; 7,24% como negros; e 0,52%, como indígena. Em valores absolutos, a população indígena do Pará é a terceira maior da região Norte, com 51.217 pessoas (IBGE, 2020).

Quando se pensa que o pacto de branquitude que está relacionado com a interseccionalidade no escalpelamento é uma violência que afeta diretamente as mulheres, é possível destacar que este se estabelece pelo patriarcado e se organiza como mito, como afirma a psicanalista Neusa Santos (2021, p. 54), “é uma fala, um discurso que objetiva escamotear o real, produzir o ilusório, negar a história, transformá-la em natureza”.

> Negação (*denial* em inglês, no sentido de recusa) é um mecanismo de defesa do ego que opera de forma inconsciente para resolver conflitos emocionais através da recusa em admitir os aspectos mais desagradáveis da realidade externa, bem como sentimentos e pensamentos internos. Essa é a recusa em reconhecer a verdade (KILOMBA, 2019, p. 43).

As ações de campanhas e fiscalização dos barcos da Marinha são importantes no combate e prevenção ao escalpelamento, porém, não se deve nem se pode minimizar a dimensão da saúde mental e coletiva junto com a de interseccionalidade e a do racismo ambiental para que não neguemos a realidade, coisificando mulheres que são vítimas e sofrem bastante com este acidente grave (CUNHA; ROSA, 2016). Está na hora do Estado brasileiro realizar a reparação às mulheres negras, ribeirinhas, pobres, do território das águas e das florestas vítimas de escalpelamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Reparação, então, significa a negociação do reconhecimento. O indivíduo negocia a realidade. Nesse sentido, esse último estado é o ato de reparar o mal causado pelo racismo através da mudança de estruturas, agendas, espaços, posições, dinâmicas, relações subjetivas, vocabulário, ou seja, através do abandono de privilégios (KILOMBA, 2019, p. 46).

O território não é somente o loco, mas tudo que permeia e faz parte dessas histórias e afluentes, devendo ser pensado na relação com gênero, classe, raça/etnia, orientação sexual, faixa etária, saberes, gestos, olfatos, gostos, olhares, principalmente pelos

saberes das mulheres que o habitam quando se trata de pensar na condição de escalpelamento, na Amazônia que afeta prioritariamente, mulheres negras, pobres, ribeirinhas e com baixa escolaridade de modo interseccional. É importante notar a relação entre território e corpos, em especial, das mulheres vítimas de escalpelamento, na ligação entre racismo e ambiente, ou seja, caracterizando o chamado racismo ambiental acoplado de uma violência de gênero, pois, mulheres sofrem e são acometidas de forma dramática por este acidente que se tornou uma questão grave de saúde pública a ser enfrentada urgentemente e prevenida, além de cuidada em outros aspectos.

O feminismo negro de Collins (2019) nos ajudou como dispositivo de enfrentamento ao racismo na Amazônia e a nos solidarizar com as mulheres ribeirinhas vítimas de acidente de barco a motor que sofrem com o escalpelamento como violência de gênero, racismo, preconceito territorial, estigma de classe e etarismo. A negligência em relação a esta realidade e negação dela pode ser considerada um racismo ambiental, um aspecto patriarcal do Estado e um viés de classe nas políticas públicas que privilegia uns setores em detrimento de outros no orçamento, fazendo um filtro desigual e de iniquidades quanto à prioridade de acesso também a profissionais e à própria infraestrutura e acessibilidade que torna a vida digna como bem-viver.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. N. **O corpo escalpelado**: Possibilidades e desafios docentes no cotidiano de Meninas ribeirinhas na amazônia paraense. Pará: Editora da UFPA, 2016.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

BECKMAN, K. A. F.; SANTOS, N. C. M. "Terapia Ocupacional: relato de caso com vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco". **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, vol. 12, n. 1, 2004.

BENTO, M. A. "Branqueamento e Branquitude no Brasil". *In*: CARONE, I.; BENTO, M. A. (orgs.). **Psicologia Social do Racismo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

BRASIL. **Decreto n. 10.784, de 01 de setembro de 2021**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2009. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

BRASIL. **Lei n. 11.970, de 06 de julho de 2009**. Brasília: Planalto, 2009. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

BRASIL. **Lei n. 12.199, de 14 de janeiro de 2010**. Brasília: Planalto, 2010. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 07 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2023.

CHIARATTI, M. "Scalps ahoy: shoddy amazon boats Will pull your face off". **Vice**, vol. 19, n. 8, 2012.

COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Editora Boitempo, 2019.

CUNHA, J. O.; ROSA, M. R. S. **Experiência de mulheres escalpeladas acerca da alteração de imagem corporal** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem). Belém: UFPA, 2016.

ENCICLOPÉDIA DELTA UNIVERSAL. **Enciclopédia Delta Universal**: 15 vols. Rio de Janeiro: Editora Delta, 1982.

FEIO, S. C. S. **Avaliação da cefaleia e qualidade de vida em mulheres vítimas de escalpelamento na Amazônia** (Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde). Macapá: UNIFAP, 2017.

FERLA, A. A. "Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo". **Saberes Plurais**, vol. 5, n. 2, 2021.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

GUIMARÃES, A. G. M. **Mulheres na Amazônia**: O drama do escalpelamento. Fortaleza: Editora da UECE, 2010.

HAGE, S. M. "Por uma Educação do Campo na Amazônia: currículo e diversidade cultural em debate". *In*: CORRÊA, P. S. A. (org.). **A Educação, o Currículo e a Formação dos Professores**. Belém, Editora da UFPA, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. "Cidades: Pará". **IBGE** [2020]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 20/03/2022.

KILOMBA, G. **Memórias de uma plantação**: Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

MARTINS, M. M.; SILVA, M. A. "Possibilidades de atuação da enfermagem em situações de escalpelamento". **Estudos**, vol. 40, n. 4, 2013.

MOTA, M. A. **A contribuição da fisioterapia no tratamento de vítimas de escalpelamento** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia). Belém: UEPA, 2000.

REVISTA PROTEÇÃO. "Tarde do dia 24 teve palestras sobre teatro de rua e escalpelamento". **Revista Proteção** [2011]. Disponível em: <www.protecao.com.br>. Acesso em: 04/09/2023.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Editora da USP, 2023.

SCHUCMAN, L. V. "Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana". **Psicologia e Sociedade**, vol. 26, 2014.

SILVA, S. P.; BARROSO, I. C. "O padrão estético como fator estigmatizante de mulheres vítimas de escalpelamento em áreas ribeirinhas de Macapá e Santana". **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, n. 6, 2013.

VALE, J. C. C. **A compreensão do sofrimento no escalpelamento**: um estudo utilizando o grafismo e o teste das fábulas (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Belém: UFPA, 2007.

# CAPÍTULO 7

*Precarização da Saúde no Trabalho da Enfermangem de um Hospital Público da Amazônia*

# PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMANGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA AMAZÔNIA

*Taís Poncio Pacheco Diniz*

*Vanderléia De Lurdes Dal Castel Schlindwein*

O trabalho na área da saúde, de forma geral, é considerado estressante e propício a desencadear quadros de sofrimento psíquico, não somente devido a todo o contexto de adoecimento e dor que os trabalhadores vivenciam cotidianamente na relação com os pacientes e familiares, mas também devido às condições de trabalho a qual estão submetidos, especialmente no campo da saúde pública.

Vários autores denunciam a situação de precarização do trabalho na saúde, como a degeneração dos vínculos através da negação ou omissão sobre os direitos constitucionais dos trabalhadores e as dificuldades no âmbito da gestão que se mantém ainda de forma autoritária (BARROS *et al*., 2007; PITTA, 1999; SANTOS-FILHO, 2011). Situação que dificultam as mudanças inerentes à implementação da atenção integral à saúde e à humanização das práticas, ainda mais, que, no modelo de gestão neoliberal, os trabalhadores necessitam desenvolver habilidades complexas, para superar as dificuldades existentes na realidade de trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

O trabalhador da enfermagem lida frequentemente com situações nas quais o trabalho prescrito no manual tem que ser reinventado durante a execução do trabalho real. Essa possibilidade de criação já está imbuída de atributos benéficos à saúde mental do trabalhador, porém existem outras demandas envolvidas nesses

locais de trabalho que ocasionam sofrimentos, como situações de dor e morte ao lidarem com os pacientes, as frustrações quando não se atinge os objetivos, ainda pela falta de condições de trabalho e outras.

Ainda, para agravar a situação cotidiana dos trabalhadores da enfermagem enfrentam os cortes orçamentários na saúde pública, no contexto do Sistema de Saúde Único – SUS. Lamentavelmente, o governo brasileiro tem priorizado um Estado mínimo, fruto dos desígnios neoliberais. Situação que repercute nas condições e precarização das condições de trabalho, contribui para a duplicidade das jornadas laborais; turnos desgastantes (noturno, fins de semana e feriados); a multiplicidade e o acúmulo de funções; a separação entre o trabalho intelectual e o manual; o controle por parte das chefias, individualismo e competitividade e, ainda ambientes propícios a violências e assédio moral nas relações de trabalho (LEITE, 2012; SILVA; SCHLINDWEIN; MATOS; FRAMIL, 2020).

A precarização das condições de trabalho na enfermagem da região norte foi amplamente discutida nos estudos de Pacheco e Schlindwein (2016), nele apresentam o quantitativo dos afastamentos num hospital público entre os servidores da enfermagem, no período de janeiro a dezembro de 2011, registrados no setor de Gestão de Pessoas. Constatou-se que o hospital tinha um total de 480 servidores de enfermagem, sendo 69 enfermeiros, 310 técnicos e 101 auxiliares. Os enfermeiros foram os que mais solicitaram afastamento por adoecimento (69,56%), seguido dos auxiliares de enfermagem (61,39%) e os técnicos de enfermagem (60,32%). No entanto, os técnicos de enfermagem possuíam a maior média de dias com licença médica (44,7 dias). Somente durante o ano de 2011, 297 servidores deste hospital tiraram licenças médicas, totalizando em 9.425 dias de afastamento, em média 32 dias de licença médica por trabalhador.

O estudo sinalizou que tal realidade pode ser relacionada às exigências inerentes à atenção integral à Saúde e à humanização das práticas necessárias às atividades dos trabalhadores da enfermagem, os mesmos necessitam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias bastante complexas para superar os desafios existentes no cotidiano do trabalho. Evidencia-se que a equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) são os profissionais que se colocam na "linha de frente" da atuação, estão diretamente ligados à assistência aos pacientes e se veem constantemente no lugar de "dar um jeitinho" visando ao atendimento de forma eficaz e resolutiva. A situação representa o alto grau de sofrimento dos trabalhadores da enfermagem nesta região.

Nesta perspectiva, compreende-se que a saúde não pressupõe a ausência de sofrimento no trabalho, mas as possibilidades de o trabalhador transformá-lo, essa relação é dinâmica e está sempre em movimento. A saúde na abordagem dejouriana é concebida como um processo dinâmica e de luta contra o sofrimento no trabalho, e o adoecimento como resultante do fracasso dessa batalha. Sendo assim, o prazer existe nas vitórias, na medida em que podem ser modificadas as situações causadoras do sofrimento.

Portanto, o trabalho apresenta a potencialidade de conduzir tanto à emancipação quanto à alienação, pode favorecer a saúde ou desencadear a doença, dependendo dos processos psicodinâmicos desenvolvidos no confronto da subjetividade com a organização do trabalho. Neste processo, a normalidade seria a convivência aceitável no trabalho com o sofrimento, porém nessa dinâmica incessante da busca pela emancipação (DEJOURS, 1992; 2011a).

A partir dessa problematização o estudo teve como objetivo compreender como as condições e organização do trabalho contribuem para os processos de saúde e/ou adoecimento entre trabalhadores da enfermagem de um hospital da rede pública de saúde do Estado de Rondônia (PSRN).

## MÉTODO

O estudo foi qualitativo, descritivo-exploratório e desenvolveu-se a partir de instrumentos e técnicas de entrevista semiestruturadas e, em complementariedade, realizou-se observação participante com gestores e enfermeiros do PSRN, que direcionou o olhar da pesquisadora sobre o ambiente de estudo, bem como realizou-se encontros através de grupo focal com os técnicos de enfermagem.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o PSRN era caracterizado em 2012 (ano de realização da pesquisa) como uma Unidade de Média Complexidade, com o fluxo de clientela atendida por demanda espontânea e referenciada. Possuía 127 leitos cadastrados, sendo 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 95 leitos de clínica geral e 32 leitos de cirurgia geral. O PSRN possuía oito setores, sendo: uma sala de emergência - denominada sala de sutura; PSI – setor de internação dos pacientes que sofreram situações de traumas; PSII – setor de internação dos pacientes com patologias clínicas; Ala I – enfermarias de internação feminina; Ala II – enfermaria de internação pós cirúrgica; Ala III – enfermaria de internação masculina; UTI – setor fechado para pacientes críticos; UCE – setor fechado para pacientes considerados semicríticos.

Na época de realização da pesquisa, o PSRN tinha um total de 480 servidores de enfermagem, sendo 69 enfermeiros, 310 técnicos e 101 auxiliares. Considerando o quantitativo dos profissionais e a forma de distribuição na equipe (geralmente 1 enfermeiro por setor), optou-se por realizar entrevistas com os enfermeiros e grupos focais com os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Como estratégia para a efetivação dos Grupos, foi realizado convite em cada setor do hospital no dia de cada encontro. A priori os grupos foram pensados para um mínimo de 5 e máximo de 10 pessoas e todos os grupos tiveram como base o mesmo roteiro, porém, como acontece com técnicas grupais, mudanças aconteceram durante a execução do procedimento de acordo com a demanda do coletivo. Os participantes selecionados foram os que estavam de plantão no Hospital no dia de realização do grupo. Realizou-se grupos nos períodos vespertino e noturno, visando abarcar todos os horários dos plantões da enfermagem.

Algumas dificuldades aconteceram no percurso da pesquisa, e ao total conseguiu-se realizar 5 grupos, sendo que em 2 momentos não houve o quantitativo mínimo para caracterizar a técnica, mas, ainda assim, o roteiro de entrevista individual foi aplicado com os participantes que se fizeram presentes. Na tabela 1 apresenta-se o quantitativo de participantes para cada instrumento aplicado.

**Tabela 1 - Relação de Entrevistas e Grupos Focais realizados no PSRN em 2012**

| Técnica | Qualificação | Quantitativo | Idade | M | F |
|---|---|---|---|---|---|
| Entrevista | Diretor Geral | 1 | 53 | 1 | - |
| | Gerente de Enfermagem | 1 | 37 | - | 1 |
| | Enfermeiros | 8 | 25 a 54 | 3 | 5 |
| Grupo Focal | Técnicos de Enfermagem | 18 | 22 a 61 | 1 | 17 |
| **Total** | - | 28 | - | 5 | 23 |

Fonte: Elaboração própria.

Alguns setores demonstraram maior resistência à participação no grupo, como as Alas I e III, local onde os servidores recusaram-se ou prometiam comparecer, mas não apareciam. Na Ala II as servidoras mostravam-se mais receptivas ao convite e à participação, assim como os setores fechados (UTI e UCE). Quanto aos setores da porta de entrada (PSI e PSII) houve a participação de alguns trabalhadores, porém verificou-se a dificuldade de maior adesão devido à grande demanda de pacientes internados naqueles locais. A sala de emergência foi o único local em que não foi possível a presença de representantes nos grupos, devido à dificuldade maior para os técnicos se ausentarem por um longo tempo.

Como procedimentos éticos de realização da pesquisa foi necessário a apresentação da mesma para o Diretor do Hospital, que autorizou e assinou a documentação, como também o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Como uma das pesquisadoras já havia trabalhado na instituição hospitalar por dois anos, facilitou sua entrada na Unidade. Já a análise dos dados coletados será realizada a partir da divisão em categorias temáticas, seguindo o modelo proposto por Bardin (2011).

Considerando o objetivo de compreender como a organização do trabalho contribui para os processos de saúde e/ou adoecimento entre trabalhadores da enfermagem de um hospital da rede pública de saúde do Estado de Rondônia, dividiu-se os dados das entrevistas individuais e em grupo obtidos durante as entrevistas e os grupos focais realizados em três categorias temáticas: organização do trabalho; sofrimento no trabalho; satisfação no trabalho; estratégias de defesa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organização do trabalho: “a gente ainda está subordinada à vontade do gestor, nem sempre a gente tem autonomia para decidir alguma coisa”.

Para entender o modo de gestão do PSRN, é necessário visualizar, a partir da perspectiva dos participantes, o contexto da rede de saúde na qual o hospital encontra-se inserido, além da divisão de poderes e a percepção dos trabalhadores sobre as mudanças que devem ocorrer no hospital.

De acordo com Barros *et al*. (2007, p. 62):

> [...] discutir a gestão em saúde terá de passar, necessariamente, pela problematização das escolhas que fazemos de como lidar com o que constitui, a nosso ver, como vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações).

Segundo Campos (2007) a organização moderna ainda tem o autoritarismo como marca central e sua forma clássica de divisão de poder é a partir de núcleos de gerências. Assim, observa-se que o PSRN se organiza hierarquicamente da seguinte forma: direção geral, direção executiva, gerência administrativa, gerência médica, gerência de enfermagem e os núcleos de outros setores que podem ser coordenados por uma das gerências ou diretamente pela Direção do hospital. Nessa pesquisa realizou-se entrevista somente com o diretor geral e a gerente de enfermagem, pois se considera que são

os gestores diretamente relacionados com o trabalho da equipe de enfermagem.

Uma das participantes diz que "[...] o PSRN foi considerado o pior hospital do Brasil". Esta expressão, foi repetida por vários trabalhadores que participaram da pesquisa. A imagem negativa da sociedade descrita pela trabalhadora se deve às condições de atendimento oferecidas pelo hospital, à superlotação da unidade e outros fatores políticos, sociais e regionais associados.

Na tentativa de buscar causas para a situação do hospital os trabalhadores e gestores recorrem ao contexto econômico e social vivenciado pelo estado:

> O hospital foi criado há 20 anos atrás para atender 40 pacientes para usina e hoje é um hospital que é referência para 52 municípios e às vezes nós recebemos alguns pacientes que vem do Amazonas, é do Acre, e até do país vizinho que é da Bolívia [...] (LUIS).
>
> O PSRN tem uma estrutura muito antiga, além de uma estrutura antiga, ele foi projetado para uma população, um número de pessoas totalmente inferior ao que a gente encontra hoje. Então ele não tem uma estrutura para receber a população da capital, do interior do Estado e vou mais além, do interior do Amazonas, porque a gente recebe paciente, porque é perto vir de Lábrea e Humaitá do que ir para Manaus, tem também pela fronteira com a Bolívia né, muitas pacientes que vem de Guaiará Mirim. Então, o pronto socorro não tem como atender essas pessoas [...] (NELSON).

Observa-se a visão dos trabalhadores e até dos gestores sobre a Organização do Trabalho na Rede de Saúde do estado. Os gestores

da unidade se dizem impotentes para resolver algumas situações no PSRN devido ao contexto burocrático do serviço público:

> [...] eu vejo só o que não conseguimos dar um passo para frente é justamente na questão da gestão, porque você é o gestor, mas você não tem, eu digo aquela gestão plena na questão da parte financeira, orçamentária e contábil, você depende. Então, para mim, comprar hoje um copo descartável eu dependo da SESAU, porque o gestor pleno seria o secretário estadual de saúde, mas eu tenho obtido muito apoio do governador, do secretário estadual de saúde e da minha equipe (LUIS).

Os trabalhadores falam sobre a preocupação de serem penalizados judicialmente pelo Ministério Público por algum prejuízo ao paciente, consequências para eles das condições precárias de atendimento no PSRN:

> [...] às vezes acontece algum problema e você tem que ir à corregedoria prestar a ocorrência, tudo, de fatos que ocorreram aqui e familiares do paciente ou mesmo funcionários entraram com recurso no Ministério Público, processo e tal, então você tem que ir prestar esclarecimentos. Isso é desgastante para o funcionário, por que além de você trabalhar nessas condições, você ainda tem que tirar o dia da sua folga, entendeu, para ir lá prestar um esclarecimento de uma coisa que, às vezes, tudo bem, você poderia ter resolvido, realmente possui uma influência direta dos teus atos, mas a maioria das coisas é de ações, são de efeitos que estão além da tua capacidade de decisão (NELSON).

Ingride fala, também, sobre situação na qual os pacientes ou acompanhantes tem que subsidiar medicamentos e materiais que estão em falta no hospital:

> [...] e tem as famílias que vão comprar, mas não é obrigação dela, se ela está aqui nossa constituição diz que o estado tem que sustentar, é um direito e um dever do estado, educação, saúde e para onde vai isso? Aí o pessoal que fica aqui tem que comprar? Claro que não, se ele está aqui é um dever do estado sustentar. A maioria é do interior, aí o pessoal gasta com estadia, com alimentação e ainda vai gastar com material que não é barato, é tudo caro aí vem a pessoa gastar o olho da cara para comprar um material para sarar o ferimento, eu acho isso muito injusto (INGRIDE).

Observa-se, de modo geral, a perspectiva negativa dos trabalhadores sobre a atuação dos gestores e o sentimento de impotência e descrença quanto a mudanças futuras nas políticas de saúde e na realidade do hospital. Nessa perspectiva, Barros e Barros (2007, p. 65) afirmam que "a construção de políticas públicas deve estar conectada, comprometida com a coletivização da gestão, com a publicização das relações entre trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos)".

Luis também informou sobre o que já começou a realizar no PSRN desde sua entrada no setor, visando modificar a situação do hospital:

> [...] os pacientes nós conseguimos tirar (do chão), mas há uma cultura aqui de muitos anos que o acompanhante ele vem para o hospital e já traz,

> inclusive, um colchãozinho inflável. Nós já nos reunimos com a nossa equipe de CCIH, do controle de infecção hospitalar, que isso aí não pode ser atendido com o colchão no chão, conseguimos com o apoio da sociedade, da receita federal, do tribunal regional do trabalho, doações de cadeiras. Nós estamos implantando para as acompanhantes cadeiras, isso vai facilitar inclusive a limpeza do hospital, a sua desinfecção e vai melhorar, inclusive, o ambiente de trabalho e até de conforto para as pessoas que venham aqui no PSRN (LUIS).

Observa-se que os gestores percebem a importância da mobilização subjetiva dos trabalhadores visando seu engajamento na tarefa. Dejours (2011c, p. 84) aponta que é importante "saber como proceder para não quebrar a mobilização das inteligências e das personalidades", aspectos importantes que devem ser refletidos pelos gestores, já que tem de mobilizar mudanças em cada trabalhador, visto que cada um na equipe desempenha um papel estratégico no grupo.

Na fala de Sara observa-se, também, essa preocupação, principalmente para atender aos pedidos dos trabalhadores na escala de serviço:

> [...] a gente faz uma escala de serviço que cumpra as 40 horas, mas muito direcionada também para o servidor. Eu tenho servidores que trabalham só noite, eu tenho servidores que trabalham só dia, eu tenho servidores que trabalham mais fim de semana. Puxa! mas eu e as meninas que trabalham na gerência, a gente enlouquece para fazer a escala, mas a gente procura escutar ao máximo (SARA).
>
> [...]eu tenho dificuldade de conseguir enfermeiro para trabalhar na sala de sutura, nem todo mundo quer: eu

> não quero. O que é que eu faço: eu pego o enfermeiro X coloco três plantões, o Y três plantões, o Z três plantões. Como que pode? Sim, ele tem 12 plantões no mês, ele fica três na ala I, três na sutura, três... Eu posso futuramente ser chamada por isso. Posso, mas ele está cumprindo carga horária e eu estou preservando o lado emocional dele, estou cobrindo o setor e estou descentralizando para não sobrecarregar um, né. A gente tem esse cuidado. Eu sei que a enfermeira Z só trabalha na emergência se ela tiver algum colega, ela sozinha não trabalha. A enfermeira A desenrola 24 horas só, mas ela é uma pessoa (SARA).

Percebe-se que ela busca atender aos pedidos individuais dos colegas, ao invés de entender o contexto geral dos trabalhadores. Segundo Barros *et al*. (2007, p. 201), "é preciso que o trabalho seja gerido com todos os trabalhadores e não por eles ou para eles, do contrário ficarão sujeitos à execução de tarefas prescritas, repetitivas e, potencialmente, adoecedoras, pois os trabalhadores não terão seus saberes e anseios expressos e vinculados às regulamentações do seu trabalho".

Os gestores se posicionam como descentralizadores e participativos, porém percebe-se que os trabalhadores têm outra visão sobre o modelo de gestão do hospital. Na fala da técnica Helena podemos visualizar esse outro lado: "Então é uma coisa assim de hierarquia total mesmo [...]". Outros trabalhadores também se posicionam sobre a hierarquia do hospital e a forma de contato com o gestor:

> [...] para te falar a verdade, o meu relacionamento com o gestor é com a gerência de enfermagem só (BIANCA).

> [...] eu posso ter uma ligação com o gestor do hospital, mas eu não tenho essa ligação, primeiro eu levo meus problemas para a gerência e eles distribuem entende. Tem essa hierarquia, que não é muito bom, mas, enfim, funciona assim (RICARDO).
>
> Não, não tem aproximação de contato. A ordem que vem lá de cima e acabou-se, não tem um meio termo (HELENA).
>
> Tudo que acontece a gente sempre comunica a enfermeira chefe, então ela que entra mais contato com a gestão do que nós (DAIANA).

Aparentemente os trabalhadores se colocam de forma distanciada da gestão do hospital. Em algumas falas eles dizem o que pensam da gerência de enfermagem e da direção do hospital:

> [...] a nossa gerente é muito acessível, tanto que o que a gente precisar falar pode ligar até mesmo no telefone particular dela, ela não se importa, é muito boa assim a gestão, a atual está melhor. Com o diretor anterior tinha problemas, parece que ele não gostava do povo da enfermagem, parece que a equipe de enfermagem tinha que se lascar, a prioridade dele era ter médico, parece que ele não percebia que para os médicos trabalharem precisava da equipe de enfermagem (BIANCA).
>
> E, é muito tranquilo, eles me escutam, eu sei que eles não conseguem resolver todos os problemas que eu levo para eles, mas tentam resolver alguns. E eu sei que o problema que está aqui eles não conseguem resolver sozinhos entendeu. É problema de material, de licitação, que tem que ser feito compra, que tem que ser feito planejamento de estoque, que tem que ser feito compra de material adequado, de material que seja viável, que tenha durabilidade (RICARDO).

> Olha, a gestão atual eu considero, desde que eu entrei no PSRN, a melhor porque a gente consegue conversar, a gente conversa bastante e o pessoal da gerência hoje que está no PSRN eles ouvem a gente, eles tentam, a gente percebe que embora muitas vezes eles não consigam atender os nossos pedidos, as nossas reivindicações, mas eles tentam entendeu, a gente observa isso, eles tentam (NELSON).

> [...] é uma relação de cobrança né, mas a gestão é assim, a gestão, vamos dizer assim, primária que está mais próxima de você, imediata, é tão refém do sistema como você que está na assistência. Então as decisões são tomadas a nível terciário, quaternário (ANTONIO).

> [...] às vezes a gerência, realmente é boa com relação às necessidades do colega ou algo parecido, mas em compensação tem outros momentos ela não vê porque não desce, infelizmente, a gerência dificilmente desce para ver a situação (PAULA).

Os trabalhadores parecem gostar dos gestores, mas citam a impotência desse nível de gestão para resolver os problemas do hospital. Essa situação já foi também relatada pelos próprios gestores, como exposto anteriormente. Na última fala, da técnica Paula, é citada também a distância da gestão em relação aos problemas da assistência, quando é dito que "a gerência dificilmente desce para ver a situação".

Podem-se ver em algumas falas essas dificuldades em relação aos gestores:

> Eu vejo assim a galera está muito revoltada por que só cobra, só cobra, só cobra e na hora de vir aqui para frente, quem fica na linha de frente somos nós (BIANCA).

> [...] foram feitas reformas que disseram que ia melhorar as condições do PSRN, mas eu não vejo melhorias eu vejo que manteve uma estrutura que foi separada em salinhas, salinhas e salinhas, e naquelas salinhas se acomodam pessoas. "ah não, é provisório, é provisório" e aquilo ali vai ficando continuo [...]. [...] falta uma administração hospitalar, que realmente não aja por politicagem, né, que ela implante as coisas e que ela tente resolver os problemas dos setores e até do hospital sem ter a politicagem [...] (CARLA).
>
> [...] dá apoio e ao mesmo tempo não dá, entendeu. Por que eles não veem a necessidade de extras sendo que a gente vê a necessidade de ter mais funcionários (PAULA).

Dejours (2011a) afirma que a relação entre a organização do trabalho e os trabalhadores é dinâmica, ou seja, está em contínuo movimento. Eventualmente pode acontecer algo que trave esse movimento e isso já é esperado, porém se esse bloqueio perdurar por muito tempo então ocorrem as crises na produção. Nas falas dos trabalhadores do PSRN em comparação aos gestores, percebe-se essa dinâmica de aproximação e distanciamento da compreensão do modelo de gestão do hospital, apesar de os trabalhadores conseguirem se enxergar melhor no pólo de execução da atividade.

Todos os trabalhadores percebem que as decisões que tem que tomar na execução de sua atividade está inter-relacionada com vários fatores burocráticos do hospital, como: na gestão da política pública de saúde no estado, no modelo de organização da gestão do trabalho, nas condições precárias de trabalho como, também, nos hábitos indisciplinados, cristalizados na execução da tarefa e outros.

Os enfermeiros enfatizam o quanto os problemas acima citados interferem e limitam a sua autonomia e as tomadas de decisões no hospital:

> [...] eu tenho autonomia para desempenhar o meu trabalho em alguns aspectos e em outros não. Se eu não consigo fazer uma coisa, por várias questões, materiais, de infraestrutura e tal, eu estou perdendo a minha autonomia de trabalho por que eu não vou estar sendo respeitado na minha função de trabalho e o paciente está sendo privado dessa assistência. Nesse sentido eu perco a minha autonomia (RICARDO).
>
> Decisão técnica limitada porque não tem os aparatos necessários pra realizar um trabalho ideal (ANTONIO).

Observa-se que os gestores nem sempre se posicionam de uma maneira aberta e democrática e os trabalhadores sentem dificuldades para serem incluídos nos processos de tomada de decisão, em alguns momentos até os próprios gestores sentem-se excluídos quando se visualiza a gestão da rede de saúde como um todo.

Toda organização do trabalho é desestabilizadora para a saúde, ou seja, sempre envolve um sofrimento, o diferencial é que alguns modos de gestão são mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento. "A saúde, o prazer no trabalho, a realização de si mesmo, a construção da identidade é ganhos com relação ao sofrimento, componente básico da relação de trabalho" (DEJOURS, 2011d, p. 434).

## Sofrimento no trabalho: "[...] a pessoa emagrece aí dentro, um povo forte que quando vê está só os pavios".

Para Dejours (2011b) o trabalho tem potencial para causar o pior na saúde do ser humano, mas também tem o mesmo potencial

no outro extremo, levando o ser humano a atingir o seu melhor. Para o autor, "sofrimento e prazer apontam a experiência do sujeito em função do fracasso ou do sucesso de seus esforços para resolver suas contradições" (DEJOURS, 2011b, p. 341).

Nesse sentido, vários são os relatos de mal-estar decorrentes do trabalho. É recorrente a queixa de dores na coluna devido às condições posturais em que realizam o trabalho no hospital, no qual devem realizar a assistência em posições que não lhes favorecem, por exemplo, quando atendem o paciente no chão ou têm que fazer força para remover o paciente da maca para o leito.

Os relatos sobre as dores osteomusculares no dia-a-dia de trabalho no PRSN são condizentes com os encontrados na pesquisa de Barros *et al*. (2007), na qual observaram grande incidência de transtornos osteomusculares entre os trabalhadores, além de queixas sobre o tempo excessivo que permanecem em pé e a necessidade de levantar peso durante a atividade.

Outro adoecimento muito descrito foi relacionado à questão respiratória, como gripe, pneumonia, viroses e infecções de garganta. Alguns trabalhadores consideram esse tipo de adoecimento como parte da rotina do hospital e alguns relatam que chegam a trabalhar quando estão acometidos desse tipo de adoecimento mais "leve". Enfatizam, ainda que continuam a trabalhar devido à escassez de profissionais no hospital.

Os relatos abaixo demonstram como as condições de trabalho no hospital impactam na saúde dos profissionais. Um ponto marcante nas falas é a negação de influências na questão emocional de cada um:

> Eu saio de lá acabada [risos], cansada, saio muito cansada. Assim quanto a questão emocional não

> tenho muito o que reclamar não, mas cansaço físico é muito (NAIARA).
>
> O que eu levo, às vezes, é o cansaço físico, não o mental, não é questão do mental. Como eu disse a você, às vezes eu estou com adrenalina, super adrenalina ainda, a minha mente custa a acalmar, a se desligar. Não levo o estresse, eu levo o cansaço, o cansaço físico, talvez minha impaciência seja o cansaço físico, né, mas geralmente eu não levo (HELENA).

Apesar dessa negação de influências no psiquismo, em outros momentos, percebe-se que o emocional também é afetado pelo trabalho. Em algumas falas do grupo, os trabalhadores descrevem sobre o impacto na saúde mental:

> [...] teve colega que veio bater na psiquiatria (BERNARDO); Pela pressão, eles não aguentaram e surtaram (CARLA); Tem colegas da gente que chega a surtar aqui [...] (PAULA); Tudo virando paciente psiquiátrico (JOANA); A gente está conversando com um colega da gente, a gente vê que ele não está falando mais... (LUANA); Coisa com coisa (PAULA); Normal, está desorientando (JOANA); A gente trabalha muito tempo junto que a gente percebe, isso assusta (PAULA).

Trabalhar em um hospital, de forma geral é lidar com dor e sofrimento, uma situação cotidiana é ter que lidar com a morte. No PSRN os trabalhadores também citaram esse aspecto. Em algumas falas pode-se perceber o sofrimento dos trabalhadores por atuarem em um ambiente como o PSRN que não oferece as condições

necessárias para realizarem a assistência ao paciente da forma como deveriam.

Na pesquisa de Barros *et al*. (2007), também, constataram que os trabalhadores não estavam satisfeitos com a qualidade da sua assistência ao paciente devido a falta de condições de trabalho. Os trabalhadores do PSRN relatam sobre os sentimentos e sensações antes de entrar ou após sair de um plantão: [...] a sensação que a gente tem, por exemplo, de passar o plantão é como se eu tivesse pego uma bomba relógio e entregue para o outro, agora toma que a bomba é sua, no outro dia se eu assumo o plantão a bomba volta para mim (BIANCA).

Em algumas falas é explícito o sofrimento dos trabalhadores:

> Quando acontece algum problema assim que vê: "nossa do céu", você respira fundo para não chorar e cair fora daqui. Qual medo tem plantão que dá vontade de você sair correndo, sério (DAIANA).

> [...] a gente fica nessa frustração que é uma frustração de todos, não existe ninguém que trabalha aqui dentro do hospital PSRN que possa falar que está feliz [...]. Dá vontade de chorar, porque muitas vezes aqui é considerado como um campo de guerra (BERNARDO).

> [...] parece que o servidor está lá incluso naquela lama, eu acho que é assim que a enfermagem se sente no PSRN, ela está presa naquela areia movediça puxando para baixo, porque olha para os quatro cantos e só vê as coisas difíceis, e assim, quase sem esperança de ser resgatado (SARA).

Sara fala sobre o seu sofrimento em trabalhar na gerência de enfermagem:

> Você imagina ser gerente de enfermagem de uma enfermagem do pronto socorro daquele jeito. Às vezes tem gente que pensa assim, "não sei como você aguenta". Porque às vezes dá vontade assim de ir lá para fazer uma greve de fome em frente ao palácio, para dizer assim: alguém está olhando para a enfermagem do PSRN, pelo PSRN, pelos pacientes? (SARA).

Observa-se, também, que a rotina de cuidados se mostra como um trabalho repetitivo em alguns setores. Pelo discurso dos profissionais podemos perceber a automatização dos gestos na execução das atividades. Nesse assunto a técnica Joana fala que isso é "Rotina contínua, pode ser que a gente faz sem sentir [...]". A gestora Sara mostra preocupação com essa questão que ela denomina de mecanização do trabalho da enfermagem.

Os trabalhadores e a gestora comparam os profissionais a uma máquina, para dizer de uma atividade repetitiva e fria, sem contato afetivo com o paciente. Dejours (2011c) afirma que quando o trabalho é somente execução da prescrição então é uma atividade desumana que pode ser realizada por uma máquina, para o trabalho ser da dimensão do humano deve existir uma dimensão subjetiva de implicação na atividade, e parece que é justamente esse aspecto que está se desgastando no PSRN.

Os trabalhadores referem terem percebido mudanças no seu modo de ser devido ao trabalho no PSRN e, também, falam sobre o fato de levarem para casa as dificuldades vivenciadas no hospital. Os trabalhadores falam ainda sobre o acúmulo das situações vivenciadas

no trabalho com as situações familiares e como o trabalho influencia nestes aspectos:

> O meu esposo ele fala, compara, um dia antes de chegar o meu plantão ele fala: "o antes do PSRN e o pós PSRN", ele fala. Porque é, realmente, tem sobrecarga em casa, porque, você como, é, por exemplo, hoje é o meu primeiro dia, amanhã é o segundo, então ontem foi aquilo, né, você fica aquela tensão: “eita PSRN amanhã” (DAIANA).

> Eu falo para o meu marido que ele, quando ele sai do trabalho dele, acabou o trabalho dele e eu não, quando eu saio do meu trabalho eu continuo trabalhando em casa (AMANDA).

Observa-se a impossibilidade de separação entre trabalho e vida fora do trabalho. Para Dejours (2011c) o funcionamento psíquico não se segmenta, portanto, uma esfera de atuação sempre irá interferir em outro campo da vida do sujeito. Nesse assunto, a gestora Sara fala sobre sua percepção de que os trabalhadores da enfermagem têm muitas dificuldades pessoais, como se a luta da categoria também se estendesse para uma luta em sua casa.

Em outro ponto citado refere a estarem desmotivados devido às condições às quais estão submetidos no PSRN. Nessa direção surgem queixas também sobre a falta de reconhecimento no trabalho. Essa queixa é um ponto fundamental para compreender a situação vivenciada pelos trabalhadores, pois, para Dejours (2012), o reconhecimento é imprescindível no trabalho já que tem o potencial de transformar o sofrimento em prazer. O reconhecimento é uma retribuição simbólica direcionada à atividade executada pelos profissionais.

Nessa questão, observa-se também a falta de reconhecimento do papel executado pelo PSRN na rede de saúde. Alguns trabalhadores falam sobre a dificuldade que é trabalhar no PSRN devido à imagem que a população tem do hospital e acaba refletindo em quem está lá na assistência:

> [...] é um lixo ficar trabalhando aqui, porque aqui é um local horrível e nós que estamos trabalhando aqui é como se fosse um lixo também. [...] uma pessoa assim que eu encontro e eu falo de trabalho e elas falam de uma forma ruim e aí diz "ah, você faz isso, isso, isso, você dá banho no paciente, limpa cocô, pega em sangue", tudo que é de ruim coloca, vendo essa parte aí, mas não vê o outro lado também (TANIA).
>
> É eu [falo que] trabalho no PSRN, com um medo, é porque vai saber se o cara já não passou por aqui, aí depois vai descascar em cima de mim (INGRIDE).
>
> É humilhante a gente falar que trabalha aqui (SABRINA).

O gestor Luís também fala sobre essa situação:

> [...] eu tenho iniciado as atividades e busquei realmente, primeiro, é, levantar a autoestima dos servidores do PSRN, por que o PSRN tinha uma situação assim, todo mundo quando fala assim do PSRN acha que é um hospital tipo de guerra, que é um hospital de carnificina, que chega aqui e todo mundo fica abandonado, e a gente via essa desmotivação dos servidores (LUIS).

Essa desmotivação dos trabalhadores pode ser devido a falta do reconhecimento de seu trabalho. Segundo Dejours (2011d) o trabalho é um *continuum* e a desvalorização decorrente do não reconhecimento influencia também o tempo do não trabalho e outros aspectos da vida cotidiana do trabalhador. Para o autor, "sem reconhecimento só há sofrimento patogênico e estratégias defensivas, sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização" (DEJOURS, 2011d, p. 307).

Todas as questões sobre o trabalho no PSRN, condições inadequadas, carência de recursos humanos, acabam por aumentar a demanda de trabalho causando sobrecarga nos trabalhadores. Além da sobrecarga de trabalho, devido a superlotação e às condições do hospital, ainda há a questão da carga horária de trabalho da equipe de enfermagem, pois muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício ou acabam por fazer um número de plantões excessivo para complementar a renda.

Essa sobrecarga do trabalho pode impactar na qualidade do atendimento, segundo Pitta (1999) a utilização do horário de trabalho para realizar o repouso que deveria ser vivenciado nos dias de folga é prática comum nos hospitais. Além dos plantões extras, que oficialmente podem chegar até sete, de doze horas cada, alguns trabalhadores se submetem aos plantões pagos, quando um profissional paga o outro para realizar o plantão no seu dia de trabalho.

Pitta (1999) afirma que o trabalho em turnos amplia a possibilidade do aumento da jornada de trabalho pela submissão do trabalhador a mais de um emprego, que geralmente acontece devido aos baixos salários da categoria. Com esse aumento da jornada também se amplia a potencialidade de adoecimento do profissional.

Além disso, o trabalho no PSRN também está permeado por riscos. Os trabalhadores relatam que o ambiente hospitalar é

considerado contaminado e isso implica na possibilidade de adquirir alguma doença. Alguns trabalhadores falam sobre o medo que sentem de adquirir alguma doença no hospital. Segundo os trabalhadores, o PSRN é um local onde entram pacientes com todos os tipos de doença e isso expõe os profissionais ao risco de contaminação, principalmente pela falta de equipamentos de proteção. Outra situação relatada é quanto aos acidentes de trabalho, os trabalhadores se referem principalmente a acidente com material pérfuro cortante (agulhas e outros).

Percebe-se, nesta categoria, que o sofrimento advém de diferentes fontes e, em algumas falas, parece até improvável pensar em algum aspecto que possa favorecer a saúde dentro do PSRN. Ainda assim, foi possível encontrar relatos de satisfação e prazer relacionados à atividade de trabalho, conforme exposto abaixo.

## Satisfação no trabalho: "Acho que o trabalho aqui é dor, sofrimento, angústia, desespero, também alegria, vida e morte"

A relação prazer-sofrimento faz parte do trabalhar, uma evidência desta relação é, mesmo com todas as situações vivenciadas no hospital e todo o sofrimento envolvido nessa atividade, ainda foi possível ouvir dos trabalhadores sentimentos positivos do trabalho, pois os próprios trabalhadores demonstram, em alguns momentos, gostar e sentir-se feliz trabalhando no PSRN.

Dejours (2012) auxilia na compreensão desta questão, para ele o trabalho desempenha uma função psíquica por ser uma das bases para a constituição do sujeito, sendo assim a dinâmica entre prazer e sofrimento também irá interferir nesse processo de forma positiva e negativa. Assim, "processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados

à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade" (DEJOURS, 2012, p. 38).

O reconhecimento é uma retribuição esperada pelos trabalhadores, mas que nem sempre acontece. Esse ato é um recurso indispensável para fazer funcionar o processo de trabalho e manter a mobilização da inteligência criativa dos profissionais, pois se relaciona aos esforços e contribuição deles à instituição, ainda, a gratidão por essa contribuição (DEJOURS, 2012).

As poucas falas que remetem a um ato de reconhecimento partem dos próprios trabalhadores sobre eles mesmos. Isso pode sinalizar para a existência do julgamento de beleza, que, segundo Dejours (2012) é o reconhecimento do trabalho pelos pares e isso marca o pertencimento do trabalhador a um coletivo ou uma comunidade. Eles esclarecem os sentimentos de reconhecimento envolvidos no seu trabalho com os pacientes:

> [...] quando um paciente chega para você e fala "oh, obrigado enfermeiro por você ter ajudado quando eu estava precisando aqui", isso para gente vale até muito mais que o salário. Eu acho que muitas vezes é por isso que a gente continua trabalhando aqui, por que se fosse só pelo salário mesmo, vai vender cachorro quente que você ganha mais (BERNARDO).

> [...] por mais difícil que seja, a dificuldade de doze horas que você passa aqui, nós somos unidos, nós nos amamos, nós nos gostamos cada um da equipe, é a família. É a nossa segunda família, isso que é gostoso, porque você está em casa, você está trabalhando, mas você está em casa. Você está no meio da sua família, então isso é o gostoso (DAIANA).

> É bom, é bom, porque envolve a tua imaginação e também o teu conhecimento. Você não está bitolado

> só aquilo, entendeu. Você abre a sua imaginação e você tem que criar, e isso aí é bom, por que você se sente útil, mesmo na ausência de um material, você se sente assim confortável porque, poxa, eu assisti o meu paciente, ele está assistido (REGINA).

Ao analisar as falas, abaixo, se observa a falta de reconhecimento no trabalho. Os trabalhadores destacam mais a frustração de não encontrar reconhecimento pelos esforços que mobilizam para desempenhar suas atividades. Algumas falas enfatizam a importância de serem reconhecidos e valorizados pelo trabalho da enfermagem. Outros técnicos citam a importância do reconhecimento do trabalho pelos pacientes.

Percebe-se, então, que existe o sofrimento, mas a satisfação advém do sucesso na resistência ao sofrimento, na busca de soluções, o que está relacionado à inteligência criativa dos trabalhadores. Dejours (2012, p. 18) enfatiza que o trabalho vivo, "[...] é, em essência, a resistência ao fracasso, a capacidade de demonstrar obstinação neste confronto com o real [...]".

Os trabalhadores relatam se sentirem realizados ao perceberem a melhora no quadro dos pacientes. A satisfação também se relaciona ao sentimento de utilidade por poder fazer algo pelos pacientes, envolvendo também a necessidade de criação no trabalho. Pitta (1999) corrobora essa ligação da profissão da enfermagem com sentimentos de amor pelo outro. A autora afirma que o ato de cuidar de uma pessoa doente está ligado a valores morais e éticos valorizados socialmente, pois se relacionam à piedade e solidariedade com o próximo.

Apesar de todas as dificuldades envolvidas, os trabalhadores relatam gostar de atuar no PSRN e citam o hospital como fonte de satisfação. Alguns trabalhadores relatam que já tiveram

oportunidade de sair do PSRN para outra unidade, mas optaram por continuar no local. Alguns profissionais citam a equipe como um ponto positivo para continuar na unidade. Percebe-se que os profissionais se identificam com o hospital e valorizam os trabalhadores que ali encontram-se. Os trabalhadores relatam em vários momentos o gosto por atuar no PSRN, mesmo diante de todas as adversidades possíveis, às vezes associadas a uma guerra.

Observa-se que o trabalho representa também fonte de sobrevivência e sustento material. Alguns enfermeiros situam o trabalho como central e essencial para sua vida. Outros trabalhadores definem trabalho como a busca por se sentirem úteis na sociedade, terem um objetivo a cumprir. Essa sensação de utilidade se relaciona ao fato de o trabalho ser uma forma importante do sujeito contribuir para a evolução da sociedade, exercendo um papel tanto na realização de si quanto um mediador de ação social (DEJOURS, 2011a).

A técnica Joana tem um dos relatos mais significativos do sentido do trabalho no PRSN, enfatizando o caráter contraditório do trabalho e a inter-relação entre prazer e sofrimento neste local: "Acho que o trabalho aqui é dor, sofrimento, angústia desespero, também alegria, vida e morte" (JOANA). Dejours (2012, p. 341) afirma o caráter dialético do trabalho. Para ele, o sofrimento ou o prazer, depende da experiência do sujeito em função do fracasso ou do sucesso de seus esforços para resolver suas contradições.

Conclui-se que vários são os aspectos que contribuem para o sentimento de satisfação, prazer no trabalho. Para Dejours (2012, p. 151), existem "três dimensões essenciais sem as quais o trabalho não pode ser efetuado: a engenhosidade, a cooperação e a mobilização subjetiva". Entretanto, ele adverte que o prazer não existe de forma plena no trabalho. Ao contrário, para Dejours (2011a, p. 411), a "normalidade" é "[...] considerada como um compromisso aceitável de convivência com os sofrimentos e as doenças [...]", mas isso não

significa aceitar essa situação, pelo contrário, o prazer advém justamente da luta pela emancipação e, isso, é o trabalho vivo.

## Estratégias de defesa: "Você tem que criar alguns mecanismos de compensação"

As estratégias de defesa são mecanismos individuais ou coletivos que mobilizam formas dos trabalhadores resistirem aos efeitos patológicos do sofrimento no trabalho, assim como a fragilidade dessa instância é uma perda para a manutenção da saúde dos trabalhadores. Entende-se que os trabalhadores são capazes de se proteger do sofrimento através da busca pela transformação da realidade.

Observa-se que, no PRSN, existe uma organização coletiva por equipe, em cada setor, não existe um coletivo do hospital. A enfermeira Renata fala sobre a importância do trabalho em equipe: "Você vir pra cá trabalhar com uma equipe que não se ajuda, que um fica explorando o outro, a sobrecarga já é grande, né, acaba deixando a gente mais estressado, e não querer estar vindo para trabalhar. Eu acho que isso é primordial, a equipe".

Observam-se as estratégias utilizadas pela equipe para se apoiarem, sendo recorrente a divisão das tarefas entre os membros. Alguns profissionais referem também a uma proteção entre os colegas, como na fala a seguir: "[...] se alguém quiser fugir, foge a gente segura" (INGRIDE). Outras falas se referem também a liberar o colega do plantão quando percebem algum adoecimento.

As principais estratégias encontradas nas falas são: Trabalho em equipe; União maior nos setores com condições mais difíceis; autocontrole; insensibilidade; repressão dos afetos; separação trabalho e fora do trabalho; burocracia; mudar de setor; sair do

hospital; mudar de profissão; aposentar; reduzir carga horária; redes sociais (família, amigos); religião; esperança de mudanças e racionalização. Daiana, Helena, Sara, Ricardo, Ingrede e Carla descrevem:

> [...] se a equipe não se unir, desanda tudo, se a equipe não é unida, como que eu vou conseguir resolver as questões durante doze horas, se eu não apoio a minha colega, se eu não dou força a ela. Quem é que vai me dar aquela força se a minha parceira da equipe não dá? Então, assim, por a gente saber que é difícil, é um desafio o PSRN, então nós todos somos unidos, por que a gente sabe que não é só ela que está sofrendo, eu também estou sofrendo, então vamos unir as nossas forças para que o plantão não seja tão estressante e pesado (DAIANA).

> [...] eu não trocaria a minha equipe por nenhuma outra, não trocaria, a minha equipe eu acho que é uma equipe unida, que nós procuramos cuidar umas das outras, eu digo isso mesmo assim com perfeita clareza, nós nos protegemos né, nos dividimos, com o serviço, somamos e dividimos para fazer as coisas [...] (HELENA).

> [...] Até que eu digo à enfermagem, falem também na ouvidoria, né. Eu digo ao enfermeiro, relate no livro, o que você relata a gente pode passar à frente, é o seu álibi, você tem que relatar, até para se respaldar (SARA).

> [...] depois de um ano ali na frente, eu já não estava mais suportando, já não estava mais assim, já estava estressado já com o trabalho né, com as condições de trabalho, bom várias coisas vão acontecendo né e vão deixando a gente estressado com o trabalho, aí eu pedi para ser transferido de setor, aí eu fui para outros setores, para a UCE, Centro Cirúrgico, até que surgiu

> uma vaga na UTI, então, eu fiquei aqui. Estou há um ano aqui (RICARDO).
>
> [...] estou fugindo da enfermagem, eu faço fonoaudiologia. Eu acho mais tranquilo [...] (INGRIDE).
>
> [...] hoje eu consigo manter a mesma qualidade de vida, trabalhando menos né. Pego menos extra, eu já cheguei a fazer duas escalas, três com a minha, já não faço mais isso, plantão pago também eu não faço. Então, assim, reduzi a minha carga de trabalho revendo né as prioridades [...] (CARLA).

Os trabalhadores sempre se referem a "sua" equipe e com isso podemos perceber que esse trabalho coletivo não se estende para todo o hospital. O enfermeiro Ricardo, que atua na UTI, relata que considera as equipes dos outros setores mais unidos do que no seu local de atuação e justifica devido às condições de trabalho do PSRN em cada setor. Na lógica do enfermeiro, a condição difícil dos setores fora da UTI favorece a integração da equipe:

> Aqui [na UTI] é um paciente para cada técnico ou dois pacientes para um técnico, então eles conseguem trabalhar com mais calma e não precisam tanto um do outro, então eu sinto mais desunião aqui dentro por causa disso. Lá fora, como as coisas são mais complicadas, a maioria se une mais, eles se unem mais, eles se defendem mais, entendeu. Aqui as pessoas se defendem menos. Eu acho que por ser mais difícil o trabalho lá fora, ser mais estressante no sentido de ficarem expostos né o tempo inteiro, ficam muito junto, um vendo as dificuldades do outro com mais intensidade [...] (RICARDO).

Essa fragilidade do coletivo encontrada no PSRN é característica das novas formas de organização do trabalho, que incentivam a individualização no trabalho. Para Dejours (2011e, p. 25), "[...] todas as formas clássicas de solidariedade estão em processo de desestruturação – e não apenas as estratégias coletivas de defesa. Diante dos constrangimentos do trabalho, todos se encontram, psicologicamente, cada dia mais só".

Em relação às estratégias individuais, percebe-se que é a forma mais utilizada pelos trabalhadores para lidarem com a situação do PSRN. Algumas falas remetem a necessidade de um autocontrole e uma força que o indivíduo tem que buscar dentro de si para lidar com a atividade.

Percebe-se em algumas falas a compreensão de que essas características são individuais, como exemplifica-se na fala de Antônio:

> [...] as ferramentas que você usa para trabalhar lá (PSRN) que é a determinação, autoconfiança que você tem, isso aí já foram coisas que você teve que trazer, digamos assim, importar para poder trazer lá dentro né, porque o trabalho em si não vai lhe fornecer isso. Você teria que trazer isso. Mas eu estou mais autoconfiante, eu tenho uma estrutura mais responsável, eu acho que não, eu acho que isso aí você teve que trazer de fora para poder trabalhar (ANTÔNIO).

Em outros depoimentos percebe-se que os trabalhadores citam mudanças no seu modo de ser proporcionadas pelo trabalho no PSRN e que acontecem justamente para conseguirem lidar com a situação vivenciada no local. Alguns citam a percepção de terem se tornado menos sensíveis para algumas cenas do cotidiano,

comparando a si mesmo com uma máquina. Os trabalhadores justificam essa "frieza" como uma necessidade para poderem realizar a assistência ao paciente em condições de sofrimento.

> [...] eu não consigo mais chorar, eu me emociono com algumas situações, mas assim de chorar um minutinho e passar e depois parece assim que vê aquela forma, as coisas da forma mais natural possível, o sofrimento do outro já não abala mais tanto, entendeu. E isso muitas vezes me incomoda, porque aí as pessoas ficam pensando que você não tem sentimento, não é nem as pessoas, é você mesmo, às vezes eu fico achando, cara, não me comove mais nada (NAIARA).

Percebe-se a busca por reprimir o afeto envolvido na assistência ao paciente, Dejours (2011b) cita esse tipo de defesa ao se referir aos operários que buscam produzir em si uma paralisia do funcionamento psíquico. Essa estratégia os auxilia a lidar melhor com o sofrimento, mas também é adoecedora por consequência.

Outro tipo de barreira utilizado é a busca pela separação entre trabalho e fora do trabalho. Essa estratégia é muito frágil, pois, no entendimento da Psicodinâmica, não existe tal separação, já que o trabalho ocupa um lugar central na vida do indivíduo e as estratégias utilizadas pelo trabalhador para resistir ao sofrimento durante a execução da atividade não são abandonadas ao concluir o horário de serviço, pelo contrário, são exercidas também na convivência familiar (DEJOURS, 2011c).

A gestora Sara fala sobre incentivar o uso de estratégias burocráticas entre os trabalhadores da enfermagem. Essa busca por respaldo é comum no serviço público, mas se relaciona a uma fragilidade na comunicação entre os setores e a uma forma de

controle visto que os documentos também funcionam como um sistema de rastreamento dos culpados.

Para Dejours (2012) esse tipo de situação acarreta consequências negativas como o aumento da carga de trabalho, visto que, além de executar a atividade, é necessário relatá-la por escrito, ampliando-se o medo por parte dos trabalhadores de serem responsabilizados por algo que esteja errado e, consequentemente, a diminuição da cooperação entre os pares.

Alguns trabalhadores utilizam como estratégia a mudança de setores dentro do próprio hospital. De modo geral observa-se que a maior parte dos entrevistados já passou por mais de um setor no hospital e segue o mesmo caminho: começam a atuar nos setores de porta de entrada e com o passar do tempo pedem transferência para as Alas ou setores fechados. Tal situação foi corroborada pelo discurso da gestora Sara, quando se queixa da dificuldade em atender todos os pedidos de mudança de setores dos trabalhadores, principalmente em relação à saída da porta de entrada.

Outros trabalhadores procuram mudar de profissão ou sair do hospital. A enfermeira Regina relata que já solicitou transferência do PSRN mas não foi atendida pelos gestores e agora está na expectativa de sua aposentadoria. Os profissionais também citaram a diminuição da carga horária de trabalho como uma estratégia na busca de saúde. O enfermeiro Ricardo conta sua estratégia, evita fazer plantões além da sua escala normal:

> [...] se eu estiver muito descansado aí, ligou e eu pego e atendo o telefone, mas normalmente eu não atendo o telefone quando eu sei que é daqui porque vão pedir para mim vir para o hospital e eu não gosto muito de falar não, eu tento colaborar o máximo que eu puder mas aí eu prefiro nem atender para mim não ter que dar desculpa, para mim não ter que ser, às vezes chato

> né, às vezes você não quer ser colaborativo, então às vezes eu prefiro nem atender, a maioria das vezes eu não atendo quando o telefone é daqui (RICARDO).

Em uma estratégia inversa, a técnica Daiana já diz que não gosta de ficar muito tempo sem trabalhar: [...] eu nem faço questão de ficar em casa no final de semana, porque, querendo ou não, é aquela rotina né, então eu prefiro ficar aqui na ativa (DAIANA).

Pode-se considerar, também, como uma estratégia o discurso esperançoso dos profissionais de que a situação do PSRN irá mudar. Os trabalhadores citaram suas redes sociais como importante mecanismo para lidar com o sofrimento no trabalho. Alguns afirmaram que buscam passar mais tempo com a família e os amigos quando não estão de plantão no PSRN. Outros falaram sobre a religiosidade como um fator que auxilia a lidar com as situações enfrentadas no hospital.

Os profissionais descrevem, ainda, sobre os hábitos específicos para evitarem doenças em virtude do trabalho. As ações citadas foram: controle da alimentação, prática de exercícios físicos, realizar as atividades sem pressa e reservar um tempo para si mesmo. Outros referem a utilização de terapias como fisioterapia, suplementação de vitaminas, psicoterapia, entre outros.

Observou-se, também, a existência de cuidados para prevenir as doenças que podem ocorrer devido ao ambiente contaminado do hospital. Os trabalhadores falaram sobre a utilização de máscaras e outros equipamentos de proteção; procuram saber de imediato o diagnóstico do paciente; realizam algumas ações na assistência de forma mais lenta para evitar algum acidente; lavagem da roupa que utilizam no plantão separado das roupas do dia-a-dia; não entram em casa com o sapato utilizado no hospital.

De forma geral, as estratégias utilizadas pelos trabalhadores são muito frágeis e algumas já demonstram levar ao sofrimento. Assim, é importante entender que "as estratégias coletivas e individuais de defesa destinadas, em primeira instância, a proteger a saúde mental, constituem, em segunda instância, poderosos móveis para a servidão voluntária e para a reprodução da dominação" (DEJOURS, 2012, p. 65).

Para Dejours (2011d) a utilização dessas estratégias é necessária para a continuidade do processo de trabalho, pois dessa forma os trabalhadores também zelam pelo sistema mesmo que não percebam isso. O autor entende que é necessário negar a percepção das causas do sofrimento para que se continue a atividade. Assim, todas as estratégias têm como base a anestesia do pensamento em algum grau, tendo como objetivo a manutenção mínima da saúde psíquica. Contudo, essas estratégias, podem retomar a dinâmica da saúde, quando são bem-sucedidas, mas também são causadoras de adoecimento devido a sua fragilidade em garantir a salvaguarda do sofrimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os depoimentos da equipe de enfermagem do PSRN são, ao mesmo tempo, reflexivos e propositivos, de modo que representam os dilemas dos trabalhadores na realidade deste hospital público da região amazônica. Nas entrevistas e nos encontros grupais percebeu-se o sofrimento latente nas narrativas, pois a maioria dos participantes relatou vivências de adoecimento em função do trabalho. Repetiram-se falas sobre dores na coluna, problemas respiratórios, cansaço mental, estresse e influências na vida familiar.

As, mas condições de trabalho a que são submetidos os trabalhadores são recorrentes em suas falas, faltam itens essenciais para a execução das atividades da assistência, inclusive questões consideradas como necessidades fisiológicas para o ser humano, como água potável e local para repouso noturno, caracterizando as precárias condições de trabalho a que são submetidos na instituição hospitalar. Alguns depoimentos são verdadeiras denúncias sobre as condições inadequadas do local, tanto para os pacientes como para os trabalhadores da instituição. A situação de má qualidade do trabalho gera medo, insegurança e leva o sujeito a práticas consideradas absurdas (DEJOURS, 2011b).

Constata-se várias queixas de sofrimento em razão das condições de trabalho. Os trabalhadores relatam sentirem-se impotentes para executarem o serviço com a qualidade esperada devido à falta de materiais. Dejours (2011b) aponta que a boa qualidade do trabalho é condição para o sentimento de prazer e reconhecimento no trabalho.

Os trabalhadores comparam a vivência no PSRN a um cenário de guerra e se colocam como se estivessem na linha de frente da batalha. A partir dessa analogia podemos perceber o sofrimento dessas pessoas, pois uma guerra é uma situação de luta pela sobrevivência, na qual a dor, o trauma e o silêncio estão presentes de forma constante. Os próprios gestores entrevistados relatam sentirem-se impotentes para modificar a situação do PSRN, pois alegam serem reféns da burocracia do sistema. Percebe-se a existência do sofrimento ético, no qual os trabalhadores silenciam sobre as condições que geram a má qualidade do trabalho (DEJOURS, 2011d).

Observa-se que o tipo de gestão predominante do estado é baseado na macropolítica centralizadora, autoritário e verticalizado, visto que os gestores do PSRN, por vezes não possuem autonomia para decidirem sobre questões importantes do hospital, como a

compra de materiais. Retomando os princípios do SUS, entende-se que a descentralização garante a autonomia das esferas de gestão, o que está ausente no contexto da pesquisa.

Compreende-se que esse modelo de gestão ainda é comum na saúde pública e isso repercute de forma negativa nas relações de trabalho, pois exclui os trabalhadores e no caso em questão, os próprios gestores do hospital são excluídos dos processos de tomada de decisão necessários para a transformação da realidade (CAMPOS, 2007). Isso representa, também, um risco à saúde física e mental dos trabalhadores, pois encontram-se alienados do seu trabalho.

Na dinâmica entre prazer e sofrimento no trabalho, os trabalhadores devem ser incluídos nas decisões referentes a sua atividade, pois isso implica o reconhecimento de seus esforços para a boa qualidade do trabalho. No entendimento ampliado de gestão, compreende-se que os trabalhadores também realizam a gestão de sua atividade ainda que com um poder desigual em relação aos detentores dos cargos de chefia e direção.

Percebe-se, então, que a organização do trabalho no PSRN é complexa. Ainda que existam algumas regras a serem cumpridas, os trabalhadores relatam ter de quebrá-las diariamente, pois, se relacionam a uma situação ideal muito distante da realidade do hospital. A gestora de enfermagem relata a dificuldade em cobrar o cumprimento de regras, já que entende essa dificuldade para a execução da assistência sem as condições mínimas para tanto.

Tal situação, em alguns momentos, reflete os sentimentos de satisfação. Alguns trabalhadores relatam o envolvimento da criatividade para a realização da atividade. Porém, de maneira geral, percebe-se essa organização como geradora de alto grau de sofrimento, levando inclusive a adoecimento físico e mental.

Em muitas falas percebe-se a existência do adoecimento mental, quando os profissionais relatam terem presenciado o surto de alguns colegas e admitem o risco de serem os próximos atingidos. Observou-se, também, a rotatividade de profissionais entre os setores, tanto na fala da gestora de enfermagem que relata a dificuldade para fechar a escala de plantão nos setores da porta de entrada, como entre os trabalhadores, que solicitaram frequentemente a mudança de setor por terem atingido uma situação limite de sofrimento.

Nessa realidade, os trabalhadores compreendem que precisam de apoio entre si para conseguirem alguma vitória na luta contra o sofrimento. As falas voltadas para os aspectos positivos do PSRN dizem respeito, justamente, às relações de trabalho entre os colegas da equipe. Porém as boas relações resumem-se entre os colegas da mesma equipe de trabalho, quando pensam entre os diferentes setores, categorias e, até diferentes instituições de saúde, os trabalhadores relatam a existência de conflitos.

Para existir a cooperação são necessários dois fatores: a liberdade de deliberação e a convivência (DEJOURS, 2012). Assim, observa-se pelas falas dos trabalhadores que a convivência se limita a pequenos grupos e não existem espaços oficiais para deliberação sobre a atividade coletiva. Tudo isso dificulta a ampliação da cooperação e o fortalecimento do coletivo de trabalhadores.

Compreende-se que os profissionais detêm saber sobre a sua atividade e devem ser incluídos nos processos de tomadas de decisão. Os próprios participantes da pesquisa citaram a necessidade de serem ouvidos sobre a organização do trabalho no PSRN e sugeriram propostas para melhoria da situação no hospital.

A existência de espaços de deliberação das decisões em conjunto com os trabalhadores é essencial para a manutenção da saúde mental e um fator de reconhecimento das contribuições dos

profissionais para a atividade. Porém, devem ser espaços de divisão do poder, a direção da instituição deve realmente conceder aos trabalhadores um espaço sobre os ajustes na organização do trabalho (DEJOURS, 2012).

Essa proposta de espaços de deliberação se aproxima do dispositivo da cogestão ofertado pela Política Nacional de Humanização do SUS. A PNH entende o trabalho como um aspecto significativo na produção subjetiva dos trabalhadores e, portanto, defende a inclusão dos trabalhadores nos processos de decisão como um reconhecimento e valorização de sua atividade. Entende-se, então, que essa política pode ser uma estratégia para mudança da realidade no PSRN.

Observa-se, então, a fragilidade do trabalho coletivo no PSRN e isso é um dos fatores que favorecem o adoecimento, pois leva os trabalhadores a utilizarem estratégias individuais que não são tão eficazes quanto às coletivas. Por exemplo, o uso da repressão dos sentimentos no vínculo com os pacientes, os próprios trabalhadores percebem que essa estratégia os torna parecidos com uma máquina no trato com as pessoas e aniquila o afeto envolvido na atividade.

A pesquisa apontou através das falas o sofrimento dos trabalhadores expostos a riscos e situações desumanizadoras no trabalho. Entre os enfermeiros mais novos percebem-se os planos de não ficarem por muito tempo no PSRN. Os técnicos e auxiliares de enfermagem parecem ser os que mais sofrem e, também, os que mais conseguem se organizar em equipe para lidarem com a realidade. Percebeu-se, entre os técnicos, falas sobre cobrir o colega quando é preciso fugir, e outros comentários que demonstram a existência de regras informais sobre como viver junto naquele cenário, por vezes associado a um cenário de “guerra”.

A dimensão do sofrimento aparece com destaque na pesquisa, porém, em alguns momentos, também é possível perceber

prazer e satisfação no trabalho. Os trabalhadores reconhecem o sacrifício realizado pelos colegas para dar conta da assistência mesmo nas condições adversas em que se encontram. Essa contribuição dos trabalhadores para a execução da atividade é um aspecto prazeroso, se relaciona ao conceito de Dejours (2012) da inteligência prática, que é a mobilização subjetiva na execução do trabalho.

Por esse aspecto, percebe-se que os trabalhadores têm conhecimento sobre a sua atividade e sabem o que pode e deve ser feito para modificar a situação do hospital. Algumas ações os servidores realizam por demanda própria e do jeito que conseguem, através dos improvisos e da criatividade.

Sugere-se, então, a necessidade de alterações no modo de organização do trabalho de forma que os trabalhadores possam ser incluídos nos processos de tomadas de decisão. Porém essa mudança deve ocorrer não somente na instituição, mas ser ampliada para as decisões dos níveis macropolíticos na Secretaria Estadual de Saúde, visto que os gestores do hospital também se queixam de exclusão de alguns processos decisórios.

Assim, faz-se imprescindível o investimento para a melhoria das condições materiais e instalações físicas do local. A própria gestora de enfermagem percebe ser impossível cobrar um trabalho bem feito quando não se oferecem as mínimas condições para que o mesmo seja efetuado com qualidade.

Sugere-se a PNH como uma estratégia de modificação dos modos de organização do trabalho no PSRN, especialmente o dispositivo do Programa de Formação em Saúde e Trabalho, através da diretriz da cogestão. Esse programa é uma forma de se pensar a saúde através da inclusão dos trabalhadores na elaboração de projetos para intervenção na própria realidade.

Compreende-se tal proposta como uma forma de demonstrar o reconhecimento aos sacrifícios realizados diariamente pelos profissionais a fim de manter o PSRN operante e cumprindo sua missão de salvar vidas. Tal reconhecimento é o que os trabalhadores esperam, tanto por parte dos níveis hierárquicos superiores como pela população usuária desse sistema.

## REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. B. *et al*. "A experiência do programa de formação em saúde e trabalho em um hospital público com serviço de urgência". *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs.). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. "Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP)". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 1, 2010.

CAMPOS, R. O. "A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas". *In*: CAMPOS, G. W. S. (org.) **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

DEJOURS, C. "A saúde mental entre impulsos individuais e requisitos coletivos (sublimação e trabalho)". *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Editora Paralelo 15, 2011a.

DEJOURS, C. “Adendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho”. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Editora Paralelo 15, 2011c.

DEJOURS, C. “Alienação e clínica do trabalho”. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Editora Paralelo 15, 2011d.

DEJOURS, C. “Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração da energia com combustível nuclear”. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Editora Paralelo 15, 2011b.

DEJOURS, C. “Prefácio: avant-propos para a edição brasileira”. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Editora Paralelo 15, 2011e.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo**. Brasília: Editora Paralelo 15, 2012.

LEITE, A. I. T. **Assédio moral no âmbito hospitalar**: estudo com profissionais de enfermagem (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). João Pessoa: UFPB, 2012.

PACHECO, T. P.; SCHLINDWEIN, V. L. “Afastamentos do trabalho por motivos de saúde entre trabalhadores da enfermagem de um Hospital Público na Amazônia”. **Ciência Amazônida**, vol. 1, 2016.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

SANTOS-FILHO, S. B. "Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço". **Revista Tempus**, vol. 5, n. 1, 2011.

SILVA, R. P. G. *et al*. "Assédio Moral na Docência da Enfermagem". **Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, vol. 7, n. 18, 2020.

# CAPÍTULO 8

*Um Território Sensível no Campo da Saúde: Religião e Espiritualidade em Preocupações quanto às Diversidades*

# UM TERRITÓRIO SENSÍVEL NO CAMPO DA SAÚDE: RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE EM PREOCUPAÇOES QUANTO ÀS DIVERSIDADES

*Luiz Paulo Carvalho Pires de Oliveira*

*Mônica Ramos Daltro*

Mello (2003) aborda o tema da ética em Levinás, filósofo de origem judia que viveu experiencias do nazismo alemão. Em sua obra Levinás defende a ideia de uma ética da alteridade, a partir desta, cada indivíduo é alteridade completa. Ou seja, não se supõe semelhança que universaliza os seres humanos em seus modos de vida, no lugar da desta, se posiciona uma diferença completa para que formas de viver, compreender e existir se expressem. Segundo este filósofo as experiências fascistas são produto da filosofia de universalização. Ou seja, a universalização de um modo moral, quando levada ao extremo, produz regimes autoritários e exterminam alteridades.

Os fenômenos dos extremismos e das moralidades em vias de universalizações está em curso no Brasil atual, mas também em outros espaços sociais. Algumas formas de colonização nunca deixaram de proceder, como por exemplo a colonização ou expansão religiosa. Tal modo de colonizar, catequizar, evangelizar ou converter segue como um modo de propor moralidades universais, constituindo uma forma de moralidade totalitária pensada por Levinás. Nem todas as religiões se afirmam a partir de supostos universais, mas, as que assim supõem, exercitam modos de violência discursiva por não supor uma diferença simétrica em relação a outros modos de sagrado ou a outros tipos de prática religiosa.

Pensando neste contexto e na contribuição filosófica sobre alteridade, gostaria de propor um texto que descreve conexões entre o campo da saúde e ideias de espiritualidade e religião. Tais ideias se vinculam mediadas por processos institucionais, discursivos e práticas de profissionais. O objetivo é demonstrar como o campo da saúde, localizado por uma escola de saúde na cidade de Salvador, seguem povoando enredos relativos à religião e ideias especificas de espiritualidade, com isso demonstrando um cenário de complexidades e riscos com relação as expressões amplas de alteridade.

As alternativas apresentadas não são propositivas, tão pouco assumem cunho de denúncia. No lugar destas, assumimos posturas descritivas que contextualizam complexidades, temas sensíveis e vias narrativas que digam como nosso processo histórico e nossas criações cotidianas e institucionais seguem precisando de atenção continuada.

Além dessas observações é importante localizar que parte deste texto foi composição de uma tese de doutorado defendida no último outubro. De modo que  a descrição teórica e do campo são veiculadas por um objetivo comum de contextualizar e defender uma hipótese. Qual seja, a religião e espiritualidade são fenômenos culturais, portanto, estão espalhadas em nossos cotidianos diversos.

## COMEÇANDO EM MALHAS

Ingold (2015) constrói uma imagem que ajuda a pensar contextos sociais. Por demonstrar complexos de associações. A imagem que me refiro é a ‘Malha’. O autor apresenta Malha como um emaranhado de fios, estes oportunizam vislumbres de caminhos, bem como uma imagem de composição do próprio mundo. Pensar

movimento e ação partir da desta é conhecer como as forças estão dispostas nas linhas, em um contexto de interação. Também significa afasta-se de algumas caracterizações binárias, como forma e essência, dentro e fora, natureza e cultura. A Malha é o tecido que vai compondo o mundo e a vida, por isso nos ajuda a descrever relações do campo.

Tal imagem é interessante por oferecer leitura complexa do campo, no qual as relações não são evidentes ou monoteticas. Ideias de religiosidade ou espiritualidade podem estar associadas a contingentes inesperados, como estiveram em algumas oportunidades dos diálogos produzimos. Essa imagem teórica ajudou a pensar algumas questões durante a realização do estudo. Por exemplo, quando as expectativas dos profissionais de saúde não corresponderam a realidade da experiência religiosa dos sujeitos durante situações clínicas. Assim também contextualizamos a imagem da Malha como recorço para apresentar os contingentes do campo, marcado por relações de diferentes ordens. A Malha fundamenta o emaranhado das relações e orienta como demonstrar que a realidade do campo é marcada por experiências diferentes, além disso contextualizam formas de expressão neste estudo.

Algumas observações sobre o campo ajudam a posicionar os fundamentos teóricos exposto a seguir, vejamos. O tema do estudo, dentro da formação em saúde, apresenta vínculos institucionais, como as orientações jurídicas que alinham as expressões de formações ao SUS, a OMS e ao Código de Ética médico, instancias jurídicas que atravessam o tema. Esta é uma via de apresentação dentro da formação, são alguns fios da Malha. Além disso, os docentes também fazem colocações quanto a contextos religiosos, exercitam elaborações e associam diferentes campos de conhecimento ao formular arguições, demonstrando outro fio de relações. Também, contam histórias clínicas, exemplos vividos nos espaços da saúde que revelam encontros marcantes, estes

configuram reflexões em saúde, compõe então outra linha da malha. Podemos seguir pelas observações feitas pelos estudantes, alguns debates e situações de tensão ou processos desenvolvidos a partir de ideias de laicidade. Todas estas observações compõe o campo e configuram neste uma complexidade profunda.

Não pretendemos esgotar esta complexidade, ao contrário pretendemos demostrar como esta não é finita, segue em movimento, compondo relações. Dentro do processo de desenvolvimento dos diálogos, este movimento do campo se apresentou de várias formas. Como a revisão de colocações feitas em entrevistas, também a mudança de caminhos descritivos. O campo é vivo e segue sendo constituindo. Com isso também a imagem da Malha é colaborativa, porque os fios senguem enredando caminhos possíveis.

A seguir propomos uma contextualização do campo. Primeiro, os vínculos e conteúdos institucionais que se realizam na formação em saúde. Segundo, onde é este campo, um pouco da sua história. Terceiro ponto, o que os trabalhos da Educação Médica apresentam quanto a este tema, bem como relações da antropologia que ajudam a pensar este contingente. Por fim, associações que aparecem quando seguimos os caminhos inspirados pelo tema, às trilhas que o campo propõe.

## VÍNCULOS INSTITUCIONAIS

A OMS, Organização Mundial da Saúde conceitua desde 1998 saúde como um estado dinâmicos de completo bem estar físico, mental, espiritual e social. Apresentando assim uma perspectiva que associa caráter de movimento ao conceito. Bem como, detalhamento que exprime diferentes experiências. Deste caráter gostaria de observar duas coisas, uma delas é a ordem do detalhamento, o ponto

de partida é o físico, mas o espiritual antecede o social. Não há nada nos documentos da instituição que façam referência a ordem de sua caraterização. As pontuações parecem oferecer uma indissociabilidade. No entanto, uma destas nos interessa sobremaneira.

A espiritualidade, ou bem estar espiritual marcado no conceito, enreda vínculos entre o conceito de saúde proposto pela OMS e os espaços de formação em saúde. A espiritualidade como categoria que compõe esta perspectiva de saúde acaba contextualizando práticas de religiosidades e debates sobre religião. Apresentam-se como coisas diferentes, mas em vários momentos transitam. Anteriormente marcamos como o conceito de religião era cercado por noções de espiritualidade. Tal conceito, além de criar debates nos espaços de saúde, também demarca posicionamentos institucionais.

Stern (2017) trata sobre os vínculos desenvolvidos ente OMS, SUS, Código de Ética Médico e algumas consequências. Vejamos algumas observações, no código de ética da medicina esta explicito que os médicos não podem explorar seus trabalhos para fins religiosos. No Brasil a maioria dos Códigos de Ética proíbem interferências no campo religioso por parte dos profissionais de saúde. Os profissionais não podem interferir ou produzir, a partir dos seus trabalhos práticas de religião. No entanto, como demostra Stern (2017) ao citar a revisão sistemática de Koenig (2005) que aponta uma incoerência entre os códigos de ética e as demandas crescentes. Houve um aumento de 800% na Medline e 1000% na Psychlit de artigos que associavam saúde e religião nos anos de 1980 até 2000. Ademais começaram a serem produzidos cursos de extensão e de religião nas formações em saúde estimuladas pela OMS. Estes vinculados a conceitos de Espiritualidade. Notadamente religião e espiritualidade transitam.

Mesmo que as práticas aproximem, a OMS diferencia estes, os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade. Vejamos, religião segue como "a crença na existência de um poder sobrenatural dominante, criador e controlador do universo, que deu ao ser humano uma natureza espiritual que continua a existir após a morte do corpo". Então religiosidade é o 'ato de seguir, praticar ou acreditar em uma religião'. Marcando singularidades, espiritualidade caracteriza 'a crença em uma natureza não material com a suposição de que há mais na vida do que aquilo que pode ser percebido ou totalmente compreendido. A espiritualidade aborda questões como o significado da vida e o propósito na vida, e não necessariamente está limitada a quaisquer tipos específicos de crenças ou práticas'.

As definições asseguram aproximações, uma dela são as marcações com relação à materialidade. Parece que de alguma forma se aproximar da espiritualidade é demarcar um afastamento das materialidades, isso cabe para retratos de espiritualidade e religiosidade, indiretamente de religião. Este último, parece estar centralmente situado na experiência social católica. Como marcamos anteriormente, as definições parecem estar próximas de um exercício etnocêntrico. Definir religião, novamente, foi um exercício a partir de um especifico olhar ocidental.

As definições apresentadas pela OMS foram destacadas de Stern (2017). Sobre estas definições o autor aponta um conjunto de consequências. Se espiritualidade está relacionada ao contexto e conceito de saúde, mas não necessariamente está vinculada a uma religião, então as pontuações da OMS asseguram que os médicos brasileiros podem atuar no campo da espiritualidade. Mas, o autor marca um despreparo, os médicos são inaptos para lidar com a espiritualidade dos sujeitos. E segue, as declarações da OMS são problemáticas e superficiais se pensarmos as complexidades epistemológicas de determinadas práticas religiosas. Segundo o

conceito exposto, descreve o autor, nem o Budismo nem o Taoísmo são expressões religiosas.

O autor também destaca outra linha que vincula tais pontuações a experiência das instituições brasileiras. A integralidade, incluída dentre os princípios do Sistema Único de Saúde, considera os sujeitos em toda sua complexidade. Portanto viabilizar saúde é pensar os sujeitos de modo amplo, integral, contando com suas dimensões e necessidades. Castilho, Cardoso (2014) apresentam um estudo que afirma as palavras de Stern (2017), quando analisam os termos 'religião, religiosidade e espiritualidades' nas políticas públicas brasileiras. As políticas são analisadas pela perspectiva da integralidade. Este maraca as linhas até outros territórios, o princípio da integralidade e o amplo conceito de saúde e de espiritualidade proposto pela OMS construam uma tessitura nos territórios institucionais de formação em saúde no Brasil. Nestes, a integralidade é uma mediação efetiva para se oportunizar discussões ou práticas espirituais. Ou seja, integralidade viabiliza noções de espiritualidade para os espaços de saúde.

Stern (2017) nos ajuda a pensar outra nuance, bastante relevante para esta argumentação. O conceito em questão, produzido pela OMS colabora com o intercâmbio entre noções de religiosidade, religião e espiritualidade pela definição e pelo circuito de práticas que estabelece. Isso porque a espiritualidade é definida exatamente pela via dos modos de expressão da grande parte das religiões atuais. Ou seja, afastamento de materialidades, produção de significados de vida. Assim este exercício conceitual colabora com abertura de um campo de práticas em saúde que não vão efetivamente demarcar ou vislumbra campo de atuação religiosa. Como também colabora com uma reflexão pouco aprofundada das epistemologias religiosas, estas promovem modos de conhecer sobre o mundo e como operá-lo.

A partir destas observações podemos pensar sobre as relações no campo de formação. Como tais conceitos promovem

intervenções nos territórios de educação em saúde? Para tanto vejamos algumas observações sobre o campo deste estudo da educação médica e das colaborações em saúde. Me ao tema como a dimensão R/E, muitos pesquisadores na área de saúde fazem, demarcando mais uma associação entre estes temas e espaços.

## A EDUCAÇÃO MÉDICA EM ARRANJOS

Como vimos, o SUS aproxima noções de R/E a partir do conceito de integralidade, tendo em vista a definição de saúde proposta pela OMS, nesta o sujeito tem uma dimensão espiritual. Portanto o sujeito integral é espiritual, em alguma medida. Em continuidade as diretrizes educacionais asseguram noções de R/E pela mesma via de alcance integral dos sujeitos. Vejamos:

As Diretrizes Curriculares Nacionais, DCN, asseguram compromisso com saúde pública e marcam saúde como direito na formação em medicina. Também uma formação generalista e comprometida com epistemologias cientificas. Ademais, assegura comprometimento com a ideia de integralidade da saúde. Neste sentido, o tema da R/E está presente na formação, aparece como uma expressão dentro das comunicações em educação medica, dentro dos grupos de pesquisa, também de alguns outros espaços, sua participação é constante e pouco intensa.

Essa última informação é uma conclusão do meu percurso etnográfico, trato do campo, mas também de comunicações que participei e acompanhei neste circuito etnográfico. Não faço referência de pesquisas sobre tal afirmação porque grande parte dos estudos marcam, ao tratar da contribuição R/E, como importante para saúde, limitando-se a tal importância. Bem como a relevância

do tema para pesquisas e ensino. A uma concentração demasiada nestas vias de argumentação.

Além disso, como Diniz (2006) marca em um trabalho sobre a liberdade de cátedra e as universidades confessionais no Brasil, a maioria dos teóricos que escrevem sobre religião, religiosidade ou mesmo laicidade são religiosos. Em outras palavras, temos poucos vislumbres de estudiosos não religiosos sobre o tema da religião. Com isso, marco que o tema guarda importância pela sua abrangência e fonte perspectiva, tanto no campo da saúde como no das decisões estatais a religião tem sido presente como perspectiva usada para decidir. Por isso e por uma infinidade de outros motivos é fundamental que estudiosos afastados das religiões ou religiosos de pertencimentos minorados escrevam e apontem perspectiva descritiva, analítica sobre o tema. Para compor outras direções de entendimento.

Nesta mesma linha se apresentam algumas produções sobre as práticas integrativas curriculares. Estas aproximam fronteiras ao nosso argumento, porque revelam práticas culturais especificas e também são acessos veiculados pela ideia de integralidade presente nos princípios do SUS. A ideia de R/E não necessariamente é discutida quando se apresenta tais práticas. Notadamente os textos são escritos por praticantes, podendo ser vinculado ao que menciona Diniz (2006).

Com isso, marco alguns textos do circuito da saúde e da educação médica, para demonstrar formas que o tema aparece e direciona o debate. Se a integralidade é uma via de relação objetiva que viabiliza relações entre saúde e espiritualidade/ religiosidade o campo de debate circula em três direções, a contribuição da R/E para saúde dos sujeitos, a importância das relações curriculares, também as questões éticas que envolvem demandas religiosas. Vejamos um pouco do caminho e exemplos destes circuitos de produção.

Silva, Silveira, Guetter, Franco, Sanches (2022) produzem uma revisão sistemática sobre o tema da R/E, pesquisam artigos publicados de janeiro de 2010 até setembro de 2020 em português, espanhol e inglês. Encontram 798 e afunilam para 12 pelo interesse da pesquisa, concluindo um aumento significativo de produção sobre o tema, bem como argumentação recorrente contendo propostas metodológicas para educação em saúde. O tema da R/E revela-se como uma demanda de educação.

Os artigos revisados demonstram temas associados como proposições metodológicas para tratar da R/E nos currículos em saúde, enfoques na educação dos médicos da família, processos de morte e morrer e abordagens mais recentes relatam a Pandemia de Covide19. O estudo diante da análise destes artigos conclui que tratar da R/E no currículo é um veículo para aprimoramento dos próprios docentes. Além de capacitar os estudantes e possibilitar a produção de saúde integral.

As recomendações pedagógicas apresentadas neste estudo demonstram um retrato argumentativo presentado na educação médica, a demanda pela inclusão nos currículos em saúde. O mesmo relata Teixeira (2020), a educação em saúde marca uma importância porque os desfechos cínicos são positivos quando os pacientes revelam práticas R/E. Teixeira (2020) também realiza um estudo de revisão sistemática, além de propor relação entre práticas religiosas e desfechos positivos, também recomenda a produção estudos de campo sobre o tema para que possamos obter vislumbres mais profundos destas composições.

Essa observação maraca dois detalhes interessantes, a necessidade de estudos de campo sobre este tema e a informação qualitativa de que R/E ajuda para concluir desfechos positivos, ou seja, colabora com cura e saúde. Muitos estudos sobre este tema, tem caráter de revisão sistemática, o que significa uma prática de revisão bibliográfica, não envolve campo. Mesmo assim corre uma noção de

que práticas envolvendo R/E asseguram quadros de saúde. Em Ribeiro e Minayo (2014) tal nuance apresenta-se novamente, proem relaciona observações históricas. Vejamos as palavras do autor.

> Em março de 2013 mais de 500 pesquisadores e médicos subscreveram um documento enviado à Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em que solicitavam a aprovação e incorporação, na entidade, do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA). Conforme a proposta, o Gemca funcionaria tal e qual os outros 11 grupos de estudos daquela sociedade médica, como um fórum de debates e uma instância para o fomento de pesquisas.

A marcação em Ribeiro e Minayo (2014) apresenta um evento que colabora com a integração de R/E nas práticas clínicas e nos currículos. Também colabora com a noção de que quadros envolvendo práticas de R/E são positivos para saúde, como foi dito anteriormente. Não obstante, demostra como tal dimensão aparece como uma demanda, algo a se implantar, construir ou se estudar. As relações entre R/E com saúde são presentes teoricamente, mas não são conclusivas dentro de narrativas acadêmicas/científicas por grande parte dos estudiosos em de saúde. O que significa dizer, segundo a marcação, que este é um trabalho em reflexão, marcado por importância, mas a se fazer. Outra observação de Teixeira (2014) demonstra tal argumento.

> Hoje posso dizer com segurança a um paciente que se ele fuma, tem maior possibilidade de sofrer um infarto que um não fumante. Provavelmente há de chegar um dia que com a mesma certeza poderemos dizer ao paciente que se ele for espiritualizado e

> souber lidar adequadamente com suas emoções, poderá evitar doenças cardiovasculares. [...], [mas] é importante esclarecer que não estamos falando de religião, que é o sistema de crenças e dogmas, nem de religiosidade, que é quando a pessoa se dedica à religião (GUERCHENZON, Y, 2013).

Mas, se há um trabalho a ser feito para aprofundar determinações quanto a influência da R/E na produção e cura, há um contingente sendo realizado quando pensamos no campo de discussões sobre ética em saúde. Souza, Moraes (1998) representam este contingente acadêmico, neste texto as autoras contextualizam as crenças religiosas como direito fundamental humano. Ao mesmo tempo constroem linhas paralelas para tecer o desenvolvimento com relação à crença, por um lado à crença religiosa não por ser desconsiderada por profissionais de saúde, por outro também podem colaborar com contextos positivos de recuperação em situações de enfermidade. A crença religiosa é elemento de relação jurídica entre médico e paciente, bem como componente colaborativo da situação de tratamento, alinhando pacientes e cura.

Em caminho semelhante Murakami, Campos (2012) desenvolvem a noção de crença religiosa como elemento de continência emocional, além de possibilitar recurso de comunicação em saúde. Ou seja, os pacientes colaboram emocionalmente com os circuitos de tratamentos estabelecidos pelas instituições de saúde e os profissionais dispõem de linguagem para se comunicarem com os pacientes. Esta é uma visão funcional da crença religiosa, para o campo da saúde institucional.

Além destes caminhos traçados o campo da bioética participa do cenário acadêmico relativo à R/E também pela oportunidade de outras direções. Como aponta Diniz (2012), assumindo a relevância de outro direcionamento para este campo de debate, ou seja, partir

das teorias e de suas críticas sobre tomadas de decisões no campo. A bioética é um campo de debate, reconhecimento de dilemas e decisões. Neste sentido, assumem protagonismo quando situações envolvem religião desaguem no reconhecimento indenitário, em processos de saúde, na discordância de procedimentos diante de tais processos ou tensões morais emergentes em saúde. A religião pode participar de qualquer destas ou de outras nuances.

Diniz (2013) também oportuniza outra colaboração para o debate em relação ao tema da laicidade para o campo da saúde. A autora define laicidade como o campo de inspiração para deliberar em questões públicas. A saúde é uma questão pública, por isso deve ser marcada por uma coerência com relação à fonte de inspiração de suas decisões, deve haver inspiração na ciência e no campo acadêmico, também em valores democráticos e plurais para decidir em saúde. Esta apresentação da autora relaciona-se com a pauta religiosa desenvolvida aqui por duas vias. A primeira é o afastamento de inspirações morais religiosas para tomar decisões públicas em saúde. A segunda é porque muitos profissionais de saúde se afastam de determinados procedimentos por motivos morais religiosos, como na maioria dos casos de abortos legais. Um ambiente ético e laico é onde se inspire em debates acadêmicos para decidir, bem como sejam oportunizados direitos.

Das diretrizes curriculares até a produção acadêmica sobre religião em saúde. Passamos pela contribuição da R/E para desfechos positivos em saúde, as recomendações de implementações curriculares, o avanço modesto em relação às pesquisas de campo ou experimentais no campo da saúde e o campo de tensões da bioética. Vamos agora entrar em um campo concreto de relações praticadas diante do tema.

## A ESCOLA BAHIANA EM DOCUMENTOS

Já podemos voltar a imagem da Malha em Ingold (2015) para vislumbrar estas relações e processos colocados. As relações entre instituições internacionais, sistema público brasileiros e normativas acerca da formação são tecidas pela linha da integralidade. Essa é uma linha tecida em conjunto, pelo coletivo de pessoas que habitam os espaços de formação, os espaços jurídicos e as outras organizações envolvidas. São contextos complexos, podem estar vinculados por outras vias. Não obstante, essa evidencia um marcador constante, a integralidade recorrentemente anunciada diante destas relações. A malha segue demonstrando-se a partir dos fios, vejamos outros para dentro da instituição.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública fez setenta anos há poucos meses, no ano de 2022. Sua relevância para o estado da Bahia e a cidade de Salvador é inquestionável, além da formação em diversas áreas da saúde também produz academicamente reflexões importantes. É uma Escola comprometida com uma visão humanista, alinhada com epistemologias cientificas. Também é território fértil para reflexões quanto à saúde mental dos estudantes e professores. Muitas linhas de desenvolvimento em saúde foram tralhadas. Mas, como isso começou?

A escola foi fundada em 1952, obtenho essa informação a partir da leitura de um memorial, publicado em 2008. Trata-se de um livro grande, em cores marrons com desenho de flores e uma foto de uma das casas que faz cede à Escola no centro da capa. A casa, na foto, tem paredes brancas e portas verdes, dois andares e um telhado em cerâmica avermelhada. Arvores em volta aparecem na foto, algumas mangueiras e outras que não sei identificar. Essa casa abriga atualmente a reitoria da Escola e fica no bairro de Brotas, centro de Salvador. Olhando a foto parece que a Escola Bahiana vai te olhar

de volta e contar sua própria história, ela olha para o leitor e assume posição sobre a narrativa. Admirei a foto por um tempo.

A história da Escola, no Memorial, segue uma narrativa sobre as estruturas institucionais, como e por quais processos se desenvolveu a Escola e as partes que a compõe nos dias e hoje. Desse modo, demostra as relações que oportunizaram a criação de um novo curso de Medicina no Estado da Bahia até a criação dos novos cursos, também emergência de espaços que configuram o espaço, como a biblioteca, secretarias, atendimentos institucionais. Nas páginas, marcadas as datas e as demandas, os muros são levantados e um pedaço da instituição é agregado à coerência interna das relações desempenhadas na Escola. Passos a passo, demandas revolvidas, pedra a pedra a Escola Bahiana vai tornando-se o organismo que funciona hoje.

Nas primeiras páginas encontrei elemento de interesse para este trabalho, como muitas outras instituições de saúde no Brasil, a Escola deriva de uma instituição católica, isso segue derramado em muitas práticas institucionais além da própria posição de origem. Neste caso a Escola é desdobramento da Santa Casa de Misericórdia, instituição de saúde vinculada a Igreja Católica, localizada em Salvador. Além deste fato o Memorial também marca qualidades do grupo de médicos que desenvolve seus processos iniciais. Estes são ambiciosos, acadêmicos e religiosos. O marcador da religião aparece como característica da comissão que cria o projeto inicial da Escola, este dado poderia não ser relevante, mas foi suficiente para compor a narrativa do Memorial. A religião marca a descrição de origens.

Este grupo de médicos, apoiado pelo poder público e pelas instituições da Igreja, fundam a escola a partir de uma atitude inicial, a criação do curso de medicina. Anos depois a Escola desvincula-se da Santa Casa, marcando um processo de desenvolvimento de espaços laicos, este processo será detalhado em contextos específicos na apresentação dos resultados. Além do processo de

ruptura com a Santa Casa, também houve uma expansão bastante significativa no território de práticas em saúde que a Escola abrange, atualmente são cursos de Psicologia, Fisioterapia, Educação física, Biomedicina, Enfermagem, Odontologia. Cobrindo também a pós-graduação em Medicina, Tecnologias e Psicologia. A Escola cresceu para além do território onde nasceu.

Além da narrativa encontrada no Memorial, também escutei muitas vezes sobre o início da Escola em comentários de funcionários antigos, estes detalhes revelam processos sobre a origem. Algumas vezes escutei que os fundadores eram homens conservadores, o que marcava, pelo contexto da conversa, posições religiosas, estruturas familiares e relações morais. Escutei o contrário também, os fundadores foram de atitude progressista, objetivavam o desenvolvimento intelectual do território da Bahia. As narrativas não necessariamente se contrapõem, os fundadores formam pessoas reais, complexas, e podem ter se posicionado das duas maneiras ao longo do processo de construção da Escola. O que gostaria de marcar com isso é o tempo presente em relação ao passado, como memoramos a origem, mediados por narrativas com relação aos elementos e pessoas que fundaram a Escola. Independente do passado, diante de nós segue uma constituição do espaço quando falamos memorias sobres as posições dos anteriores. O que será que seguimos fundando?

Eu tive meus primeiros contatos com a Escola em 2018. Comecei a trabalhar no ano seguinte como professor do Núcleo Comum, conjunto de componentes pedagógicos que recebe os estudantes do primeiro e segundo semestre com temáticas da maior importância, como ética em saúde, reflexões sobre grupos e exercícios conceituais. Este projeto só começou e se realizar em 2020, dês de então sigo praticando os circuitos acadêmicos como um campo etnográfico. Ou seja, vivo conversas, escutas profundas e

convivências variadas em favor do tema e do caminhar que o campo esteja disponível para compartilhar.

Esta imersão me entregou a oportunidade de experimentar ideias de religiosidade no cotidiano das aulas, observações acadêmicas ou convivências institucionais. Como já demonstrei em parágrafos anteriores. Deste modo pude pensar duas coisas. Primeiro, a religião ou R/E é fundamentalmente uma prática cotidiana, portando segue aterrada na prática dos dias. Deste modo a R/E ou a religião são modos de vida tecidos dia a dia, estão próximos da ideia de pertencimento cultural, comunitário. Segundo, o espaço destas relações é o currículo em saúde, são as vias onde se conhece e concebe a experiência da formação. Nestes termos, estamos vivendo contatos diversos com religiosidades enquanto trilhamos a experiência da formação. Comecemos pelo currículo, depois vamos à religião como prática e as contribuições da Antropologia.

O currículo é vivo e o território desta pesquisa é um currículo de formação em saúde. Portanto, aqui alinham-se currículo e formação. Como currículo relaciono a proposta descrita por Danon, Daltro (2021), ao tratar do currículo em medicina, caracterizam como experiência de produção de subjetividades derramada nos espaços. O currículo é vivo porque trata de uma experiência desenvolvida nas relações, a partir das quais se estabelecem e desenvolvem conexões subjetivas. Para entendê-lo é fundamental o diálogo com quem partilha essa dimensão experiencial.

Nestes contingentes de relações segue a formação, para entendê-la compartilhamos uma leitura de Chauí (2003). Neste texto a autora apresenta formação como uma experiência com o tempo. Ao vislumbrar o passado, a partir de uma obra de pensamento, vislumbramos perspectiva sobre o futuro. Vejamos:

> [...] a obra de pensamento só é fecunda quando pensa e diz o que sem ela não poderia ser pensado nem dito, e sobretudo quando, por seu próprio excesso, nos dá a pensar e a dizer, criando em seu próprio interior a posteridade que irá superá-la.

Assim, o currículo é um campo de produção de subjetividades derramado nas relações desenvolvidas em aulas, conversas, comunicações academias, ou demais espaços na experiência da formação. Esta, por sua vez, trata da experiência com o conhecimento cultural produzido, alinhando o passado deste conhecimento com as possibilidades de continuidades, com o futuro a se construir. O currículo é um campo de relações e a formação caracteriza este campo em uma direção, estabelece compromisso com contingências sociais e práticas de contribuição.

O campo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública enreda determinas relações com este tema. O currículo ativo neste espaço é lugar de desenvolvimentos da R/E, suas relações aterram especificidades em constante criação. Neste sentido o tema da R/E se faz no campo curricular a partir de suas próprias contingências. Durante a realização do campo foram relacionados à R/E debates éticos no campo da saúde, marcas cotidianas da clínica, instrumentos pedagógicos para expressar descrições em saúde, e a construção de processos de laicidade. O tema esteve mais contextualizado na vida cotidiana, demonstrando como a R/E é linguagem cultural construída a partir de práticas específicas, bem como as referências com relação aos seus significados são vislumbres culturais, realizados constantemente.

## OLHAR RELIGIÃO PARTIR DA CULTURA

Para finalizar o argumento é importante demarcá-lo a partir de contribuições estabelecidas pela antropologia. O que significa dizer que a religião é um contingente cultural? Ou melhor, dizer que para definir determinadas práticas e relações como sagradas, ou religiosas, precisamos acessar olhares culturais? Significa, entre outras coisas, afirmar que a religião não é um fenômeno anterior à experiência humana, uma condição natural ou necessidade, mas um reconhecimento cultural. A religião e seus derivados nas ideias de R/E podem ser campos de reconhecimento partilhados por coletivos intelectuais, culturais, mas são ramos das expressões de existências humanas. De modo que não podemos afirmar religiosidade sem um vislumbre cultural que oportunize tal afirmação.

Neste mesmo sentido seria questionável afirmar que uma experiência é religiosa ou espiritual quando os praticantes desta determinada experiência negam tal relação. Também por isso há uma vertigem no exercício de conceituar religião, como demonstramos mediando as definições de alguns teóricos ou instituições. Definir experiências constituídas a partir de enredos culturais envolvem determinados riscos em cometer erros ou produzir hierarquias discursivas. Por isso, o ponto de partida para construção do trabalho foi o diálogo e o exercício de definir tais noções com os sujeitos de pesquisa. Ou seja, deslocamos do campo de definições hierárquicas para um exercício aterrado nas definições dentro do cotidiano curricular.

Para desenvolver este argumento propomos a leitura de Dauster (1997), esta apresenta um texto no qual discute a contribuição da antropologia para o campo da educação, então estabelece algumas interessantes contribuições. Uma delas é a capacidade de compreender diferença e especificidade de

determinados universos sociais. Outra são as condições para vislumbrar os conhecimentos de modo descentrado, ao lado de outros conhecimentos possíveis.

A autora nos ajuda a pensar o quadro de reflexão que vem sendo estabelecido. A diferença e especificidade como uma das marcas de contribuição da antropologia posiciona o tema tratado aqui diante do território da cultura, das relações sociais. Neste mesmo sentido apresentar características relativas R/E ao lado de outras possíveis, produzindo conhecimentos descentrados, afastados de intenções de verdades universais, posiciona os enredos de conhecimento no território cultural. Tratar do tema ao passo das contribuições antropológicas é estar atento as dinâmicas culturais, sem pretender afirmar verdades inquestionáveis que envolvam todos os grupos sociais. Assim, marcamos descrições sobre R/E seguindo formas de vida, enredos com e partir dos quais vivemos experiências com outros e conosco.

Flor (2016) apresenta o candomblé neste sentido argumentativo, no lugar de propor um quadro religioso o autor propõe relações cotidianas, reflexões sobre o sagrado, os seres com quais se relacionam as pessoas e se compõe os caminhos. O autor trata do candomblé como uma forma de vida, singular, descentrada, o candomblé não organiza a forma de viver de outros grupos culturais, não absorve os outros. O campo tratado pelo autor é outro, mas a forma de expor se aproxima do argumento a ser alcançado aqui. Ou seja, ao nos aproximar das experiências de formação, atentamos para linguagens de vida, formas de produzir vislumbres sobre determinadas coisas, perspectivas sobre o mundo, e como tais óticas podem afetar a formação em saúde.

Neste mesmo sentido de contribuição algumas etnografias fundamentaram a perspectiva que mediou à produção do estudo, o olhar que reconhece e descreve religião, bem como os elementos que compunham tal olhar. Se o ponto de partida é perguntar o que é

religião ou onde podemos pensar a dimensão R/E no currículo, a sequência é observar o que compõe o olhar cultural que responde, conceitua, aponta ou explica sobre o tema. Em outras palavras, o que usamos do que está assentado na cultura para responder tais questões.

Neste sentido de contribuições posso destacar etnografias em campos diversos, a partir das quais podemos pensar relações com seres sagrados, práticas rituais. Como é o caos de Mello (2017) quando trata de um espaço onde se produz terapêuticas na Guiana. Tais terapêuticas contextualizam processos pessoais, vivenciado por fieis, também relações com entidades. Tratar-se de um campo de culto produzido por imigrantes indianos na região rural do país. Além deste trabalho posso destacar Rabelo (2014) quanto trata dos terreiros em Salvador e descreve como os percursos até o terreiro constituem seus processos cotidianos. O caminho até lá constitui as relações e o ambiente que se realiza.

Também Kosby (2017) quado deslocar o olhar o os corpos diante de processos peregrinos, caracterizando momentos entre rituais, demonstrando o que acontece antes da cerimônia nos terreiros. Todas essas etnografias contribuem por atentar aos contingentes de elaborações sobre contextos sagrados, apresentando singularidades e modos de acessá-las. Outras foram contextualizadas nos resultados, destacamos estas para observar um modo de tratar o tema, a partir do cotidiano vivido pelas pessoas.

## AS LINHAS DA MALHA E SEUS LIMITES

Diante de tais contribuições voltemos às imagens iniciais. Descrevemos fios da Malha, linhas de construção de ideias. Algumas vezes afastadas de conceitos mais gerais sobre religião, outras vezes

mais próximas. Notadamente usamos Malha como uma imagem do território curricular, tecendo experiências de formação. Nestas, as linhas são caminhos de relações com o tema, são experiências, tessituras em realização constante. A Malha também ajuda a posicionar contribuições mencionadas, onde o vislumbre a partir de Antropologia oferece ao tema no campo da saúde. As ideias sobre o tema como produto dos processos culturais cotidianos, ou seja, R/E são fundamentalmente relações sociais possíveis. Ademais, a produção de um conhecimento descentrado ao lado de outros conhecimentos, porque as linhas especificam a composição, cada conhecimento é singular, criado nas relações.

Depois de demarcar este trânsito da noção de R/E propostas pela OMS, passando pelo SUS e pelos vínculos com a formação a partir da saúde integral aos sujeitos, podemos vislumbrar relações específicas da formação. O que compõe os fios da malha curricular, bem como os elementos que seguem tecendo suas experiências e relações.

Este recorte e sua continuidade nos permitiu a produção de algumas considerações com relação ao campo da saúde e o modo como aparecem discursividades marcadamente religiosas. Tal contexto exprimi uma homogeneidade em expressões religiosas, bem como determinada recorrência nos recursos para expressar ou definir. O que significa dizer que há uma moralidade universal, de algumas formas preponderante, que se alarga a partir do campo da saúde.

Poderíamos pensar este fenômeno a partir de Levinás e produzir determinadas linhas de atenção. A Malha, além de um contexto de conexões, também é um complexo de tensões, disputas e exercícios elásticos. Portanto o campo da saúde pode produzir ideias de diversas de espiritualidade, compor com contribuições de diferentes religiões, para construção e um campo mais diverso em expressões, práticas, discursos, cuidados. Além de localizar

atentamente os instrumentos e linguagens com os quais se produzem exercícios de cuidado, cura, entendimentos de corpo, cada um destes se localizado em um ponto de produção cultural, o campo da saúde também produz determinados vínculos com práticas e fontes epistemológicas. Por isso e a partir disso exprime alcance nos campos sociais. A prática moderna mais democrática convida a localizar produções, o que fazemos, seja espiritualidade, religião ou saúde. Todas são relevantes e tem alcance, toda também tem limite e guardam elaborações sobre um lugar cultural e social.

## REFERÊNCIAS

CASTILHO, C. N.; CARDOSO, P. T. "Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade". **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 3, n. 1, 2015.

CHAUÍ, M. "A universidade pública sob nova perspectiva". **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, 2006.

DANON, D. A. F.; DALTRO, M. R. "Entre falas, silêncios e traduções: a formação geral em um currículo médico". **Currículo sem Fronteiras**, vol. 21, n. 2, 2021.

DAUSTER, T. "Um saber de fronteira–entre a antropologia e a educação". *In*: DAUSTER, T. (org.). **Antropologia e educação**: um saber de fronteira. Rio de Janeiro: Editora Forma e Ação, 2007.

DINIZ, D. "Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 29, 2013.

DINIZ, D.; BUGLIONE, S.; RIOS, R. R. **Entre a dúvida e o dogma**: liberdade da Cátedra e Universidades confessionais. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2006.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**?. São Paulo: Editora Brasiliense, 2012.

FIGUEIRÊDO, A. A. F.; QUEIROZ, T. N. "A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo". **Anais do X Seminário Internacional Fazendo Gênero**. Florianópolis: UFSC, 2012.

GOLDMAN, M. "Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia". **Revista de Antropologia**, vol. 46, n. 2, 2003.

INGOLD, T. **Estar vivo**: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

KOSBY, M. F. **Alma-caroço**: peregrinações com cabras negras pelo extremo sul do Brasil (Tese de Doutorado em Antropologia Social). Porto Alegre: UFRGS, 2017.

MELLO, M. M. "Murtis em movimento: relações entre pessoas, coisas e divindades em um templo hindu na Guiana". **Mana**, vol. 24, 2017.

MELLO, N. V. **A ética da alteridade em Emmanuel Levinas**. Porto Alegre: Editora PUCRS, 2003.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. "Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 65, 2012.

NASCIMENTO, W. F. “Sobre os candomblés como modo de vida: Imagens filosóficas entre Áfricas e Brasis”. **Ensaios Filosóficos**, vol. 13, 2016.

RABELO, M. **Enredos, feituras e modos de cuidado**: dimensões da vida e da convivência no candomblé. Salvador: Editora da UFBA, 2014.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. L. “O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 19, 2014.

SILVA, F. T. R. *et al*. “Espiritualidade no ensino em saúde: scoping review”. **Espaço para a Saúde**, vol. 23, 2022.

STERN, F. L. A “diferenciação entre espiritualidade e religiosidade proposta pela Organização Mundial da Saúde e seus problemas pela óptica do cientista da religião”. **Anais do VI Congresso da ANPTECRE**. Goiânia: PUC-Goiás, 2017.

TEIXEIRA, M. Z. “Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica”. **Revista de Medicina**, vol. 99, n. 2, 2020.

# CAPÍTULO 9

*Cura, Corpo e Morte:*
*Os Cuidados Espirituais em Tempos de Pandemia*

# CURA, CORPO E MORTE: OS CUIDADOS ESPIRITUAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA

*Hiago Soares Teixeira*

*Hian Soares Teixeira*

*Manuela Rodrigues Neiva Fernandes*

*Matheus Antonio Rosa*

*Victória Carollyne Bonfim Silva*

*Allana Karine Gatinho Garcia*

*Patricia Regina Bastos Neder*

No que tange à saúde, espiritualidade é definida como um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, em que o indivíduo busca significado, propósito, transcendência e experimenta relação com o eu, a família, os outros, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado (PUCHALSKI *et al*., 2014). Desse modo, não necessariamente é limitada a religiosidade, a qual é definida por Koenig (2002 *apud* PRÉCOMA *et al*., 2019) como quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.

Sua inserção na clínica pode se dar por vários meios, dentre os quais destacam-se as ferramentas de coleta da história espiritual, ou anamnese espiritual, cuja função é de informalmente averiguar o grau de espiritualidade e religiosidade dos pacientes, possíveis questões espirituais que possam influir no tratamento e sentimentos vividos diariamente. Alguns instrumentos validados são os questionários FICA, HOPE, FAITH e SPIRIT (PRÉCOMA *et al*., 2019). Além destas, também existem escalas que avaliam os domínios de espiritualidade e religiosidade que são usadas em

pesquisas, dentre as disponíveis em português pode-se citar: Funcional Assesment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-SP), a World Heath Organization Quality of Life Spirituality Religion and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB), a Escala de Avaliação do Bem-Estar Espiritual (SWBS), a Escala de Coping Religioso/Espiritual (CRE), etc. (FORTI *et al*., 2020).

Os cuidados em espiritualidade vêm ganhando destaque com o decorrer dos últimos anos, tendo estudos referenciando sua importância como parte do cuidado integral, o desejo de pacientes em ter suas crenças discutidas com os profissionais da saúde e a relevância atribuída por médicos ao tema (PUCHALSKI, 2013; LUCCHETTI *et al*., 2016; VASCONCELOS *et al*., 2020). Contudo, em 2020, na pandemia de Covid-19, tal necessidade foi evidenciada ao notar-se que diante do adoecimento psíquico, a espiritualidade e a religiosidade têm se mostrado como aliadas no alívio do sofrimento, diminuição dos efeitos do isolamento social e influenciando desfechos em saúde (LUCCHETTI *et al*., 2020).

Diante do cenário pandêmico, as intervenções espirituais foram limitadas e até mesmo ritos funerais interrompidos, diminuindo o campo de atuação dos cuidados holísticos (ROMAN *et al*., 2020). Contudo, intervenções pautadas em atendimentos telefônicos ou via internet surgiram, provendo profissionais da saúde e, sobretudo, pacientes necessitados desse tipo de cuidado (CORPUZ, 2020; RIBEIRO *et al*., 2020). O próprio processo de morte e de morrer foi intensamente impactado, tornando-se rápido e corrido, sem despedidas e longe da família, sobrando apenas os recursos tecnológicos e a sensibilidade esporádica do profissional da saúde para promoção do cuidado espiritual (SILVA *et al*., 2020).

Nesse contexto, o proposto trabalho visa refletir criticamente acerca de como os processos de cura, corpo e morte são impactados pelos cuidados espirituais em tempos de pandemia.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de leitura com buscas realizadas no banco de dados PubMed e na biblioteca virtual e repositório em saúde Scielo. A definição dos descritores controlados foi referenciada nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e termos MESH (Medical Subject Headings). Os descritores Espiritualidade/*Spirituality*; Coronavírus/Coronavírus; Saúde mental/*Mental health* foram pesquisados em todas as bases de dados igualmente, e as expressões foram separadas utilizando o termo *booleano* "AND" na barra de pesquisa.

### Critérios de inclusão

Foram incluídos estudos publicados entre 01/01/2015 e 01/01/2021, que façam parte da abordagem do tema Cuidados espirituais em tempos de pandemia, utilizando os descritores previamente mencionados.

### Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os estudos que não apresentam os critérios de inclusão ou que não explicitavam de maneira clara a metodologia proposta. Além disso, não foram utilizadas publicações que não respeitavam os preceitos éticos presentes na Declaração de Helsinque, no Código de Nuremberg ou nas normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Resultados*

Foram selecionados 31 artigos, 25 na PubMed e 6 na Scielo que contemplassem aspectos relevantes para a discussão do tema.

### *1. Efeitos secundários à pandemia de Sars-CoV-2*

### Efeitos no estilo de vida

O surgimento do novo coronavírus desencadeou em uma mudança drástica no cotidiano da maioria das pessoas. Com o distanciamento social e a quarentena, indivíduos que adotavam um estilo de vida saudável foram privados desses hábitos, aumentando a incidência de práticas nocivas à saúde (REHMAN; AHMAD, 2020).

Malta *et al*. (2020) descreveram um aumento do sedentarismo associado ao consumo de alimentos ultraprocessados após o início da quarentena por conta da Covid-19. Além disso, associado ao aumento do estresse, muitos indivíduos acharam no álcool e no tabaco uma válvula de escape, o que aumentou drasticamente o consumo dessas substâncias durante a pandemia. Esses fatores associados estão relacionados a riscos cardiovasculares, maior propensão a processos inflamatórios e aumento do ciclo de estresse, que é fator de risco para o desenvolvimento de doenças mentais.

## Efeitos sobre a saúde mental

O enfrentamento ao desconhecido associado ao isolamento social originou uma série de estressores para indivíduos que estavam vivenciando essa situação (SALARI *et al*., 2020). Apesar de contribuir para o controle da disseminação viral, a quarentena é associada a um aumento do estresse agudo, do sentimento de isolamento, do distanciamento afetivo, da perda de produtividade, da perda de concentração e da insônia, devendo ser avaliada cuidadosamente quando seus riscos superam os benefícios esperados (BROOKS *et al*., 2020).

No cenário atual, o isolamento prolongado fez surgir novas complicações. Em revisão realizada por Vindegaard e Benros (2020), foi descrito o aumento da prevalência de quadros de depressão, ansiedade; aumento dos sintomas de alterações psicológicas prévias, como distúrbios alimentares; aumento das taxas de suicídio e síndrome do estresse pós-traumático, estando esses ainda exacerbados naqueles que contraíram a doença. Essas alterações podem ser relacionadas principalmente ao sentimento de solidão, o medo de infectar-se e infectar os próximos de si, a rotina monótona e o medo da morte.

Em caráter subjetivo, luta-se contra um inimigo invisível, desconhecido, contra o qual não possuímos armas concretas ou refúgio. A solução proposta pelo método científico, por mais eficaz que seja no controle do vírus, adoece a população mentalmente, criando um contexto em que o espiritual surge como abrigo em meio ao caos (CARVALHO *et al*., 2020).

## *2. A inserção da dimensão espiritual*

### Fé, esperança e resiliência em tempos de pandemia

Fé, esperança e resiliência se tornam termos de grande importância em tempos pandêmicos e pós-pandêmicos, visto à ação reparadora e estabilizadora durante eventos traumáticos (BENTLEY, 2020; WALSH, 2020). Embora sejam conceitos baseados em aspectos abstratos e, portanto, não palpáveis, tornando-se sujeitos a possíveis julgamentos, já existem evidências concretas e observáveis, como as mudanças fisiológicas - hormonais e imunes – e comportamentais que ações de cunho espiritual agregam ao organismo humano, principalmente em situações estressantes, a exemplo da pandemia, e o período de quarentena, do novo coronavírus (KOENIG, 2020; KIMHI, 2020). É válido apontar que a resposta humana a fatores de estresse se baseia para além da saúde física, sendo a saúde mental um dos fatores de maior impacto para predizer e, em certo grau, determinar o tempo e a qualidade de adaptação em relação à situação vivida.

A Fé ou Crença Espiritual pode ser um meio de manutenção da esperança e consequentemente, fonte de resiliência, assim como estas últimas podem reafirmar o papel importante dos sistemas de crença, seja os ocidentais, seja os orientais. Todos estes, Cristianismo, Islamismo, Judaísmo, Budismo e Hinduísmo se baseiam em ações e princípios de pensamentos e atitudes que geram o bem coletivo, resultando em mudanças positivas ao organismo de quem os cultiva. Alguns benefícios já relatados e confirmados são a diminuição da incidência de infecções e mesmo a redução do nível de citocinas pró-inflamatórias, protegendo de certa forma, contra a Covid-19 (KOENIG, 2020). Além disso, a crença, seja esta religiosa ou não, funciona como mecanismo de suporte emocional e

psicológico, sendo importante para lidar com as mudanças não só sanitárias, mas também sociais, econômicas e políticas que a pandemia da Covid-19 e sua quarentena trouxeram (BENTLEY, 2020).

Esperança e Resiliência são conceitos muito bem aplicados no "Family Resilience Framework" (WALSH, 2020), no qual são elencados aspectos sobre o sistema de crença de cada família que foi acometida com algum tipo de perda, física ou espiritual, demonstrando que através da Fé ou Crença de um núcleo de pessoas, estendendo-se do familiar ao social, do local ao global (BENTLEY, 2020) o bem-estar pode ser gerado, reduzindo, assim, consequências negativas e deletérias resultantes de situações pós-traumáticas e aqui, pós-pandêmicas. O conceito de Resiliência é ressignificado, tornando-se, não um "salto para trás", e sim um "salto para frente", ou seja, a recuperação não significa se restabelecer ao estado pré-pandêmico, mas uma adaptação pós-pandemia, utilizando esta experiência como fonte de crescimento pessoal e coletivo (WALSH, 2020). É essencial entender que a Resiliência pode ser subdivida em três tipos, individual, comunitária e nacional; sendo a primeira de importância fundamental no que diz respeito à resposta adaptativa ao Covid-19, visto que quanto maior esta é observada, maior são os índices de recuperação e adaptação físico-mental da pessoa em relação ao sentimento de angústia, incerteza e medo que a pandemia gera (KIMHI, 2020).

De fato, a dimensão espiritual se mostra fundamental no que tange ao enfrentamento sanitário, social, econômico e político frente à pandemia do novo coronavírus. Isso pois, é por meio dessa esfera que a saúde física e, principalmente mental, recebem proteção aos danos físicos e mentais gerados, seja pelo acometimento da infecção pelo vírus, seja pela perda de algum familiar e/ou conhecido; assim como ajuda a lidar com maior facilidade com as consequências psicológicas ocasionadas pela perda de emprego, da estabilidade

financeira, e até mesmo, política; uma vez que, durante tempos de crise humanitária-sanitária como esta, transtornos mentais como, depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático aumentam de forma exponencial (BENTLEY, 2020; KIHMI, 2020; KOENIG, 2020; WALSH, 2020).

## Apoio religioso às comunidades e aos pacientes

Como um fator importante para familiares e pacientes que admitem religiosidade, a abordagem da espiritualidade pelos profissionais de saúde compõe a atenção à saúde integral e a visão holística do paciente. A oferta de atendimento adequado a todas as necessidades, em destaque a espiritual e a psicossocial, é uma contribuição para a garantia da autonomia da pessoa assistida, para o combate à exaustão física e emocional dos pacientes e de seus cuidadores, além de, em face da morte, mostrar-se como um método de atenuação da dor da perda (BIONDO *et al*., 2017; LIMA; MACHADO, 2018).

Quanto a relação entre apoio religioso e a aceitação da assistência à saúde, uma integralidade do cuidado capaz de evitar que o paciente e que seu núcleo comunitário próximo—essencialmente a unidade familiar—sintam-se coagidos diante de diferenças culturais ou de credo melhora a compreensão do indispensabilidade atendimento pelos profissionais da saúde (BIONDO *et al*., 2017). Essa perspectiva pode ser exemplificada pelo impacto da consulta à extensa estrutura familiar nas decisões em saúde—proeminente na religião islâmica—, em que a valorização e respeito à religiosidade do paciente têm importância melhor explicitada (ATTUM *et al*., 2020).

Sob o contexto da atuação para a promoção do apoio religioso, a Teoria Transcultural de Leininger—que é retratada como uma alternativa para os profissionais da saúde—sugere que o planejamento das ações deve compreender e considerar a inclusão da espiritualidade no processo de saúde e doença, quando desejado pelo paciente ou por sua família (BIONDO, 2017; MCFARLAND; WEHBE-ALAMAH, 2019).

Como atuantes específicos no cuidado espiritual, tem-se o serviço de capelania, prestado por agentes de cuidado pastoral. Entre esses agentes, há o capelão, cuja função é assegurar, a qualquer pessoa em contato com o serviço de saúde, sendo ou não religiosa, a oportunidade de acessar suporte espiritual, religioso ou pastoral quando necessário. Há relatos de que a estratégia principal desses profissionais é empregar a espiritualidade por meio da valorização da comunicação para melhorar a autoestima, atenuar o sofrimento e estabelecer qualidade de vida dos enfermos, de seus cuidadores e dos demais profissionais de saúde, respeitando as singularidades e as individualidades. Diante de pacientes que se descrevem como religiosos, é essencial que o apoio espiritual ofertado contemple sua organização sistemática de crenças, práticas, símbolos e rituais (FRANCISCO *et al*., 2015; RAFFAY *et al*., 2016).

Especialmente em tempos de pandemia, intervenções religiosas/espirituais, incluindo manifestações inter-religiosas, são ferramentas para assistência de pessoas com diferentes realidades de vida, contribuindo para a promoção da dignidade humana, para o estabelecimento de um senso de comunidade e de respeito aos direitos e às responsabilidades individuais (CORPUZ, 2020). Tais perspectivas tornaram-se mais evidentes, ainda antes da Covid-19, durante a experiência da pandemia de HIV/Aids. Com relação a esta conjuntura, durante a eclosão do HIV na África subsaariana, houve descrições proeminentemente no Lesoto de ações de suporte religioso que abrangiam não somente de aconselhamento de

pacientes e de seus familiares, como acompanhante da testagem, mas também atividades de prevenção focadas na educação de criança e de jovens (OLOWU, 2015).

Apesar disso, há pontuais impactos negativos de circunstâncias associadas à busca de suporte religioso por pessoas doentes, a exemplo do pico inicial do surto da Covid-19 na Coreia do Sul, o qual esteve relacionado à contaminação direta de dezenas de pessoas que frequentaram uma cerimônia da igreja Shincheonji, um movimento religioso sul-coreano (KANG *et al*., 2020). Nesse caso, o impacto foi exponenciado pela relevante capacidade contagiosa do vírus. Reconhecer essa perspectiva implica considerar criticamente os impactos da religião na saúde coletiva, especialmente durante a pandemia.

Quanto ao cuidado espiritual, as atividades desenvolvidas entre profissionais da saúde e pacientes com Covid-19 incluem a presença compassiva, a escuta aos medos, esperanças e sonhos da pessoa, além da obtenção do histórico espiritual, atentando para todas as esferas da realidade familiar e de vida do paciente (ROMAN *et al*., 2020). As consequências positivas desses fatores são, de acordo com evidências empíricas, melhorias no bem-estar dos pacientes e aperfeiçoamento da capacidade de lidar com a doença e com outras alterações estressantes no cotidiano—como as medidas de isolamento social (CASTILLO, 2020).

## CONCLUSÃO

Esse trabalho refletiu sobre o papel dos cuidados espirituais durante a pandemia da Covid-19, após o exposto, analisado a partir da literatura produzida no auge da pandemia, torna-se claro e evidente que tais cuidados possuíram e possuem importância para os

pacientes acometidos pela Covid-19 e para os indivíduos acometidos pelos efeitos psicológicos e psiquiátricos secundários à pandemia. Tal forma de tratar os enfermos, holisticamente e centrada na pessoa, possibilita curar além da doença física, a enfermidade da alma, e assim alcançar um cuidado mais humanizado. Durante uma pandemia com distanciamento social como imperativo, estratégias tecnológicas se farão necessárias para se conseguir efetivar os cuidados na dimensão espiritual, tais como videoconferências entre pacientes, família e líderes religiosos; atendimento espiritual e psicológico por telefone e etc. Mas sobretudo, a sensibilidade, a humanização e a empatia dos profissionais da saúde e sociedade. Para futuros trabalhos, sugere-se questionar criticamente o papel de cultos religiosos na propagação do vírus, questão apontada por um dos artigos analisados, e acompanhar, a longo prazo, o impacto dos cuidados espirituais nos efeitos secundários à pandemia, especialmente no que se refere ao luto e à saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ATTUM, B. *et al*. "Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families". **National Institutes of Health** [2020]. Disponível em: <www.ncbi.mih.gov>. Acesso em: 23/09/2023.

BENTLEY, J. A. *et al*. "Local to global: Somali perspectives on faith, community, and resilience in response to COVID-19". **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, vol. 12, 2020.

BIONDO, C. S. *et al*. "Espiritualidade nos serviços de urgência e emergência". **Revista Bioética**, vol. 25, 2017.

BROOKS, S. K. *et al*. "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence". **The Lancet**, vol. 395, 2020.

CARVALHO, M. *et al*. "Metáforas de um vírus: reflexões sobre a subjetivação pandêmica". **Psicologia e Sociedade**, vol. 32, 2020.

CASTILLO, F. A. "Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights". **Journal Public Health**, vol. 43, 2020.

CORPUZ, J. C. G. "COVID-19: spiritual interventions for the living and the dead". **Journal Public Health**, vol. 43, 2020.

CORPUZ, J. C. G. "Religions in action: the role of interreligious dialogue in the COVID-19 pandemic". **Journal Public Health**, vol. 43, 2020.

FORTI, S. *et al*. "Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, 2020.

FRANCISCO, D. P. *et al*. "Contributions of the chaplaincy service to the care of terminal patients". **Texto Contexto - Enfermagem**, vol. 24, 2015.

KANG, J. H. *et al*. "South Korea's responses to stop the COVID-19 pandemic". **American Journal of Infection Control**, vol. 48, 2020.

KIMHI, S. *et al*. "*Recovery* from the COVID-19 pandemic: Distress and resilience". **International Journal of Disaster Risk Reduction**, vol. 50, 2020.

KOENIG, H. G. “Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic”. **Journal of Religion and Health**, vol. 59, 2020.

LIMA, C. P.; MACHADO, M. A. “Cuidadores Principais Ante a Experiência da Morte: Seus Sentidos e Significados”. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol. 38, 2018.

LUCCHETTI, G. *et al*. Spirituality, religiosity and mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic”. **International Journal of Social Psychiatry**, vol. 67, 2020.

LUCCHETTI, G. *et al*. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia”. **International Journal of Behavioral Medicine**, vol. 12, 2020.

MALTA, D. C. *et al*. “A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal”. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, vol. 29, 2020.

MCFARLAND, M. R.; WEHBE-ALAMAH, H. B. “Leininger's theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future”. **Journal of Transcultural Nursing**, vol. 30, 2019.

OLOWU, D. “Responses to the global HIV and AIDS pandemic: a study of the role of faith-based organisations in Lesotho”. **Journal of Social Aspects of HIV/AIDS**, vol. 12, 2015.

PRÉCOMA, D. B. *et al*. “Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019”. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 113, n. 4, 2019.

PUCHALSKI, C. M. “Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care”. **Polish Archives of Internal Medicine**, vol. 123, n. 9, 2013.

PUCHALSKI, C. M. *et al*. “Improving the spiritual dimension of whole care person care: reaching national and international consensus”. **Journal of Palliative Medicine**, vol. 17, 2014.

RAFFAY, J. *et al*. “Service user views of spiritual and pastoral care (chaplaincy) in NHS mental health services: a co-produced constructivist grounded theory investigation”. **BMC Psychiatry**, vol. 16, 2016.

REHMAN, H.; AHMAD, M. I. “COVID-19: quarantine, isolation, and lifestyle diseases”. **Archives of Physiology and Biochemistry**, vol. 0, 2020.

RIBEIRO, M. R. C. *et al*. “The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: a spiritual hotline project”. **Journal Public Health**, vol. 23, 2020.

ROMAN, N. V. *et al.* “Spiritual care - 'A deeper immunity' - A response to Covid-19 pandemic”. **African Journal of Primary Health and Family Medicine**, vol. 12, 2020.

SALARI, N. *et al*. “Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis”. **Global Health**, vol. 16, 2020.

SILVA, M. C. Q. S. *et al*. “O processo de morrer e morte de pacientes com Covid-19: uma reflexão à luz da espiritualidade”. **Cogitare Enfermagem**, vol. 25, 2020.

VASCONCELOS, A. P. S. L. *et al*. "Religiosity and Spirituality of Resident Physicians and Implications for Clinical Practice-the SBRAMER Multicenter Study". **Journal of General Internal Medicine**, vol. 35, n. 12, 2020.

VINDEGAARD, N.; BENROS, M. E. "COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence". **Brain, Behavior, and Immunity**, vol. 89, 2020.

WALSH, F. "Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence". **Family Process**, vol. 59, 2020.

# CAPÍTULO 10

*O Samba de Cacete como Ferramenta Terapêutica e seu Valor Imaterial: Relato de Experiência*

# O SAMBA DE CACETE COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA E SEU VALOR IMATERIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Ronaldo Ferreira Pinheiro*

*Valdirene Rodrigues Pereira*

*Jessica Lanne de Souza Silva Ikuma*

Apresentamos aqui nossa discussão que surgiu em virtude do primeiro encontro de saúde mental realizado na vila de Umarizal em se abordou o tema "Práticas de cuidados em comunidades quilombolas." Durante a realização do evento fomos surpreendidos pela apresentação do samba de cacete.

Diante de um diálogo com alguns dos adeptos do movimento conseguimos dialogar com Sr. Assunção Azevedo dos Santos, atual presidente da associação que muito nos falou sobre a história e a prática da dança, também conversamos com Eulália Serrão Cruz, que é uma dançarina durante a apresentação do samba, ela nos contou muito sobre sua experiência e como se sente durante as apresentações. Também conversamos com a professora Eliana Meireles que nos contou um pouco sobre como eram realizados os eventos.

Diante dos relatos, das vivências e experiências resolvemos retratar essa história, e como essa manifestação cultural surgiu, bem como, suas características terapêuticas. A construção foi feita por meio de uma revisão de literatura e com as falas dos entrevistados durante os ricos momentos de conversas e aprendizado.

O objetivo principal foi apresentar por meio de entrevistas e uma revisão de literatura a história do samba de cacete e suas contribuições terapêuticas.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Aqui apresentamos um relato de experiência durante um evento realizado em um quilombo e fomos fortemente marcados pela expressão musical local, desta forma, decidimos analisar um pouco com a perspectiva psicológica e chegamos ao resultado a ser apresentado neste relato de experiência fundamentado nos teóricos a seguir.

Dentre nossos principais autores para fundamentar este relato de experiencia temos Antunha com o artigo Música e mente; Arpini, com orientações para observação e escuta: recursos metodológicos de investigação em psicologia no âmbito da saúde, do conselho Federal de Psicologia as Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) junto aos povos tradicionais; de Cardoso Jr a reflexão para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo; de Cruz o artigo por entre conversas e histórias com povos originários para adiar o fim do mundo; para reflexão educacional Delors coma obra Educação: um tesouro a descobrir; com Airton Krenak Ideias para adiar o fim do mundo; com Muszkat a música, neurociência e desenvolvimento humano, com Rengel e Ferreira a Dança: escrita metafórica do corpo como linguagem que traz a memória traçada; e com Rocha e Boggio A música por uma óptica neurocientífica.

### O local

A pesquisa concentrou-se na região das comunidades quilombolas localizados nas proximidades da rodovia BR-422, que

é o principal acesso das comunidades às cidades de Cametá, Oeiras e Tucuruí.

Este relato de experiência tem seu olhar direcionado um dos movimentos culturais que ocorrem na Vila do Umarizal[3], uma comunidade localizada nas proximidades da BR-422 e às margens do rio Tocantins, em Baião, Pará.

A Vila do Umarizal, situada às margens do rio Tocantins, em Baião, Pará, é conhecida por sua riqueza cultural e sua história de resistência. beleza natural e tranquilidade rural. Segundo informações fornecidas pelos moradores, a vila é habitada por cerca de mil pessoas. Localizada "entre as margens da BR 422, Rodovia Transcametá, e a margem esquerda do Rio Tocantins, na circunvizinhança da vila de Umarizal Beira, município de Baião-Pa" (MEDEIROS, 2023, p. 44).

A Vila do Umarizal é caracterizada por uma paisagem natural dominada pelos braços e furos do rio Tocantins. Essa configuração geográfica cria um ambiente favorável para habitação, onde a comunidade convive em harmonia com a natureza ao seu redor. Segundo Medeiros (2023, p. 44) a vila está situada geograficamente oposta à sede do município de Baião, do lado esquerdo do rio Tocantins. O rio Tocantins e sua configuração contribui para a tranquilidade e o isolamento do local, afastando-o da agitação da vida urbana.

Segundo depoimentos locais a origem da Vila do Umarizal remonta ao século XIX, quando um grupo de pessoas escravizadas fugindo dos opressores atravessaram rio Tocantins em canoas improvisadas. Essas pessoas, originárias de Mocajuba, localidade

[3] Comunidade declarada remanescente de quilombo que passa pelo processo de reconhecimento junto Fundação Palmares, registrada com base no Processo n° 01420.001959/2006-88 Certificada pela Portaria n° 29/2006, de 13/12/2006.

localizada abaixo do rio, desembarcaram na região onde atualmente está situada a vila.

Conforme relatos dos habitantes mais antigos, a comunidade é conhecida como "Umarizal dos Pretos", devido à presença dos negros que ocupavam os mocambos ao longo das ribanceiras. A formação da vila foi impulsionada pela chegada de mais negros fugitivos e, após a Abolição da Escravatura, pela vinda de libertos para a região. No entanto, a comunidade enfrentou constantes ataques indígenas, o que levou os habitantes a se refugiarem nas várias ilhas da região antes de se estabelecerem definitivamente nas margens do rio Tocantins na década de 1920.

A comunidade de Umarizal é marcada pela agricultura e pela pesca, sendo essas as principais atividades econômicas desenvolvidas na região. Segundo Medeiros (2023):

> as comunidades da região vivem basicamente da agricultura de subsistência, esta satisfaz as necessidades básicas da sua alimentação. As práticas se valem de técnicas tradicionais e limitam o cultivo de pequenas áreas (MEDEIROS, 2023, p. 33).

As famílias ribeirinhas dedicam-se a atividades específicas segundo as peculiaridades da região, desfrutando da tranquilidade e do silêncio que permeiam a vila. Mas segundo Medeiros (2023, p. 33) a principal atividade dos moradores da região consiste na:

> limpeza das áreas de cultivo é feita pela derrubada e queimada, o preparo do solo é feito basicamente com enxadas, o que leva ao mau aproveitamento da riqueza do solo que se esgota em pouco tempo. O cultivo varia entre alimentos, como mandioca, a

pimenta-do-reino, milho, feijão, arroz, frutas e hortaliça.

A cultura local é uma parte importante da identidade da comunidade, sendo o samba de Cacete uma das principais manifestações culturais da região. Esse ritmo musical já recebeu destaque nacional em diversas ocasiões, contribuindo para a preservação das tradições e para a valorização da cultura local e será este o foco principal de nosso trabalho.

## O Samba de Cacete

O samba de cacete tem como fundamento, proporcionar um bem-estar de vida ao povo originário quilombola, da Vila Umarizal Baião-PA, de maneira prazerosa e terapêutica, fazendo com que as pessoas que praticam esse ritual ou dança, desenvolvam sua habilidade de liberar suas emoções através de suas expressões falada ou dançada de seus ancestrais. É uma técnica de tocar seus tambores, dançar e cantar que eles aprenderam com seus antepassados.

Cantar, dançar é viver a experiencia mágica de muitas tradições, não em um horizonte prospectivo, mas existencial, de enriquecer as suas subjetividades. E viver a tradição com a liberdade que fomos capazes de inventar, já que a modernidade está a assaltando de maneira indefensível, vamos pelo menos, ser capazes de manter essa subjetividade de nossa existência. (KRENAK, 2019, p. 32).

Baseando-se nos relatos de seu Assunção Azevedo dos Santos, contado pelos seus antepassados o samba de cacete originou-se em vila de Umarizal, Baião-pa, no período de refúgio da escravidão, era um local de assentamento e disputa com os

indígenas. Que com o passar do tempo ganharam espaço e confiança com aquele povo, e cada vez se fortaleceram em suas conquistas, precisando plantar roças como mecanismo de subsistência, este método de plantação era de modo mutirão, onde eles se reuniam em determinado local fértil, fazendo assim um ciclo de mutirão de acordo com os que necessitavam terminar suas roças.

Assim eles produziram seu próprio sustento devido a chegada do fim dos seus deslocamentos, que antes desse período era corriqueiro, já que esse povo ainda era alvo de escravidão.

E ao terminar seu plantio se reunião em um local de forma comemorativa, para celebrar o término de sua plantação. E nessa reunião eles utilizavam alguns instrumentos como, tambores, cacetetes, roupas longas e floridas e bebidas alcoólicas, que eles mesmo produziam, na verdade eles produziam todos os materiais que precisavam ser utilizados para produzir o som e a letra do samba de cacete.

A tradição quilombola do samba de cacete segundo depoimentos “embalava os mutirões na comunidade, sempre regada de muita cachaça”. Hoje é uma atividade muito ativa nas comunidades da região e é apresentada em ocasiões das festas locais ou a convite quando.

Assim, mostrou-se alentador a possibilidade de experimentar uma vivência fundada na expressividade de desejos e emoções desse povo, cheios de engajamentos através dos seus sentidos de som, ritmo, dança, manejo, rebolado e euforia.

O samba de cacete é uma dança, que ficou como legado de diversão na vida desse povo até o dia de hoje. Eles se reúnem de maneira cultural em relembrar os seus antepassados e expressar suas emoções. Momento de muita diversão e alegria, que é repassado de geração em geração.

O samba de cacete é uma festa de origem afro praticada nesta e em outras comunidade, onde utiliza-se dois tambores grande feitos de troncos de árvores e tendo uma de suas extremidades tampadas com um pedaço de couro esticado e fixo para servir de percussão. Cada tambor é manuseado por dois batedores (tamborineiros) que se sentam um de costas para o outro. De um lado batuca-se o couro e de outro batuca-se a madeira com cacetete. Nas danças as mulheres vestem saia longa rodadas e estampadas, os homens usam calças curtas. As músicas retratam a realidade e presente da comunidade e da cultura afrodescendente (COSTA; MEDEIROS, 2021, p. 16).

O samba de cacete é uma manifestação bastante cultivada ao lócus da presença que envolve música, canto e dança, seus elementos de batuque são entendidos como tipicamente afro-brasileiros. As variadas melodias e as letras são antigas e algumas autorias são incertas. De acordo com Marcia Martins o grupo da ARQIB vem resistindo há pelo menos quatro gerações entre os quilombolas da região.

O samba nos remete à diáspora porque em nossa interpretação, quando relatado que ele fazia parte de "mutirões", nos quais os "companheiros" se dirigiam até as roças das famílias para fazer o plantio coletivo pela manhã, cuja noite interior o samba "corria solto". É perceptível que o trabalho não era visto no sentido degradante como no trabalho forçado aos escravos eram submetidos. Aqui havia uma notável alegria em se produzir o sustento do grupo. E as histórias narradas nas letras em seus refrãos, narravam elementos, ao nosso entender, diaspóricos.

Apesar de carregarem marcas em suas almas e lembranças devido serem forçados deslocar-se para um ambiente de refúgio, suas novas chances de libertação falavam mais alto que qualquer obstáculo. Como superação manifestavam suas emoções de forma bem alegres e divertidas, durante sua jornada de trabalhos, fazendo seus dias, mas prazerosos apesar das lutas. Lutas que prevalece até o

dia atual por espaço, conquista, igualdade e qualidade de vida, para seus familiares, parentes com um futuro cheio de perspectiva de dias melhores para seus descendentes e sua comunidade alavancar de maneira grandiosa.

E o samba de cacete é manifestado até os dias atuais como membro de conquista cultural de seus ancestrais, que lutaram e venceram suas dificuldades mesmo que a vida mostrasse contrário. O samba foi e é um elemento fundamental de contribuição nos aspectos de melhoria de qualidade de vida desse povo, que muito avançaram em todos os aspectos: tanto ambiental, como educacional, cultural, social, psicológico e evolutivos nas habilidades de buscar e valorizar o que seu de direito garantido pela conquista de seus esforços e coragem.

## O que é o Samba de Cacete

O samba é um gênero musical que surgiu no Brasil, no começo do século xx, e é reconhecido nacionalmente e internacionalmente como um dos símbolos do país. Essa expressão cultural imaterial brasileira, surgiu nas comunidades de afro-brasileiros em alguns bairros do Rio de Janeiro.

Quando falamos de samba, estamos falando de uma expressão cultural típica do Brasil que é conhecida como gênero musical e como uma dança praticada ao som de canções do gênero.

Atualmente, o samba (tanto gênero musical como a dança) são elementos muito tradicionais da cultura popular brasileira e é um dos grandes símbolos culturais do nosso país e no exterior.

Especificamente o samba de cacete está ligado intimamente à família, a figura da mulher, a coletividade, ao trabalho, apresentando-se como uma prática cultural isolada de outra e em

muitos momentos compondo práticas culturais diferenciadas. Segundo depoimentos, no "convidado"[4], que é praticado em diversas comunidades quilombola do Baixo Tocantins, o samba de cacete é identificado como um dos principais elementos que tem presença marcante no início dos trabalhos nos roçados e se faz presente no final das atividades de plantio da mandioca. O samba de cacete também é utilizado no final da das atividades religiosas do Bambaê do Rosário e de Marierrê, momento em que os integrantes desses dois grupos e demais devotos dos santos por eles festejados se reúnem para cantar e dançar.

Desta forma, uma preocupação muito perceptível é não deixar o modo de vida da comunidade quilombola ser esquecido. Suas vivências, mesmo em tempo difíceis, são lembradas com saudosismo, principalmente quando advindas da memória dos mais velhos que remete aos seus ancestrais, reforçado na fala dos depoentes quando compara o tempo de hoje, com o tempo de seus pais.

Momento de descontração, leveza, diálogos, gargalhadas e autoconfiança em seu extroverti mento, deixavam-se, ser levados pela harmonia das melodias, assim deixando sua timidez de lado. Muitos foram libertos de sua vergonha permitindo se envolver de maneira liberta e valorizada de sua raça com ser transformador.

De acordo com o relato de Dona Eulália Serrão a euforia era tão grande que sua timidez ficava por traz da sombra das lamparinas, para poder expressar e sentir suas emoções de alegria, divertimento e prazer serem fluido durante uma fornada, que significa uma hora de dança de muito regozijo.

[4] Mutirão em que todos os conhecidos das redondezas se reúnem em um trabalho coletivo para o plantio da mandioca, ou outra atividade na roça e o fazem com a presença de música, dança e cachaça.

Assim é o samba de que assume características coreográficas e melódicas especificas quanto aos instrumentos, dança e música. Os toques dos tambores caracterizam-se pelo toque do calcanhar e dos cacetes, o que não ocorre em outras manifestações brasileiras de origem africanas. Este samba é uma manifestação reconhecida por descendente dos quilombos. Afirma o professor Dimitrius Braga.

O samba de cacete, assim como outras manifestações músico-coreográficas, além ser um meio de comunicação e de brincadeira tende a serem influenciado pelo turismo como apresentações em festivais, praças públicas e lugares contratados. Esse é um dos mecanismos de divulgar sua cultura de maneira comprometida e cheia de saberes que ultrapassa gerações e paradigmas raciais que nossa sociedade carrega por falta de empatia, solidariedade e conhecimentos do saber se colocar no lugar do outro de maneira respeitosa e valorosa. A igualdade, diversidade e a diferença estão sempre de mãos dadas, independentemente de cor e raça, mas sim de nosso olhar humanístico em relação ao próximo, que ao nosso redor manifesta sua sensibilidade.

Este relato de experiencias não é apenas uma divulgação de samba de cacete e dança e sim de vivenciar suas culturas com um olhar de forma terapêuticas, que vai além de um momento de descontração comum, mas que fez e faz uma geração de povos quilombolas usufruir de maneira que alivia a dor da lida cotidiana, e assim proporcionando em sua saúde mental qualidade de vida , mesmo não tendo a dimensão da benevolência para o seu bem-estar. Que atualmente é algo que a maioria da população busca como, de maneira psicoterapêutica.

A comunidade de vila Umarizal formada por quilombola, lançou seu primeiro CD de samba de cacete que fez parte de uma das ações previstas no projeto Estratégias de gestão com agentes locais, para o desenvolvimento do município, coordenado pela ONG Radio margarida com patrocínio da Petrobrás.

O CD foi uma reivindicação da comunidade quilombola de Umarizal, em virtude de existirem alguns quilombos na região e o samba de cacete ser uma tradição de seu povo antigo entre os grupos.

## O olhar psicológico sobre o Samba de Cacete

O samba de cacete ganha maior notoriedade e conquista grande espaço cultural na memória destas comunidades com, sobretudo, conforme se pode perceber na fala dos moradores quando se ressalta que a fundação da associação trouxe grande reconhecimento.

Contudo, analisando a partir da memoria dos sambistas é possível perceber que por meio das narrativas se faz notória a importância do samba como ferramenta introspectiva da representação de uma, conforme nos fala o Sr. Assunção que durante o samba fica leve, suave, dançando com o pessoal, dança se diverte.

As letras das músicas, criadas pelas gerações antecessoras, dos antigos, rememoram um olhar para própria história. Mantendo sua identidade local.

Dentre as inúmeras letras o algumas retratam a relação da comunidade com a própria natureza, mas aqui destacamos a introspecção, um olhar para dentro de si mesmo e de suas angústias. Observemos a letra do samba abaixo:

> Minha mãe, seu filho vai embora
>
> Minha mãe, seu filho vai embora
>
> Mas se despede com uma dor no coração
>
> Mas se despede com uma dor no coração

Ai saudade que eu levo dessa terra
Ai saudade que eu levo dessa terra
É do meu pai, da minha mãe e dos meus irmãos
É do meu pai, da minha mãe e dos meus irmãos

Oh minha mãe, seu filho vai embora
Oh minha mãe, seu filho vai embora
Mas se despede com uma dor no coração
Mas se despede com uma dor no coração

Ai saudade que eu levo dessa terra
Ai saudade que eu levo dessa terra
É do meu pai, da minha mãe e dos meus irmãos
É do meu pai, da minha mãe e dos meus irmãos

É perceptível a manifestação dos sentimentos emanados na partida do mais jovens, que precisam ir estudar, mas nem sempre voltam. Uma prática que já se desde outrora. O temor se instala tanto no coração de quem fica como de quem parte. se apresenta uma verbalização dos sentimentos que tomam conta das famílias que acenam para seus filhos que partem e a angústia que se instala no coração dos filhos que deixam para traz o lar e a família.

Mas o nosso principal olhar se direciona para o papel ímpar que a música desempenha, desde o nascimento da filosofia clássica com Platão e Aristóteles é notória a importância da música para expressão da alma proporcionando o bem estar e a saúde. Conforme nos aponta Areias (2016, p. 07) “Os efeitos da música no ser humano são conhecidos há milhares de anos.”

A música em si tem um papel importante no ser humano. O samba de cacete era inserido como música no momento importante para o fortalecimento da comunidade, pois se dava no momento em que os trabalhadores estavam voltando cansado de seus afazeres e cantavam e se confraternizavam enquanto bebiam a famosa gengibirra. Observamos aqui conforme Areias (2016, p. 08) "a música procura promover no paciente uma melhoria de ordem física, psicológica, cognitiva, espiritual ou outra."

Os trabalhadores cansados, mas depois do mutirão, de um dia de trabalho exaustivo, agora cantavam, dançavam e bebiam com muita alegria deixando de lado as mazelas da vida cotidiana. Conforme nos mostra Areias (2016, p. 08) "A música, estimulando a libertação de endorfinas, neuro-hormonais produzidas na hipófise, tem uma potente ação analgésica estimulando a sensação de bem-estar, conforto e melhoria de humor."

É de suma importância notarmos aqui que a música assume um papel significativo de estímulo da qualidade de vida da comunidade, pois conforme as próprias dentre elas do Sr. Assunção que reforça o estado em que ficava ao participar da roda de samba, eu a professora Eliana, que nos fala do grande bem-estar e a grande alegria e sobretudo no consumo da gengibirra. Ou mesmo nas falas de Dona Eulália, uma das dançarinas nas rodas de samba ao afirmar que o samba, ainda hoje, é a sua principal diversão. Assim, conforme Areias (2016, p. 07).

> A música é uma forma de expressão inerente ao ser humano, suscetível de partilha de emoções ou afetos. A interação que promove fortalece as relações humanas, aumentando a empatia e o prazer nesse relacionamento. Favorece ainda a evocação de memórias emocionais, sendo, assim, um veículo para sentimentos inatingíveis de outro modo.

## Músicas e letras do Samba de Cacete

Atualmente as rodas de samba são momentos de apresentação cultural, no entanto nasceram, conforme nos contou o Sr. Assunção, no momento em que os antigos, os ancestrais se instalaram na região em que estão inseridos hoje, mas com as roças em andamento as vezes precisavam de ajuda uns dos outros para a planta ou colheita da roça, esse mutirão também era denominado de convidado.

Nesses eventos se aglomeravam vizinhos, amigos, companheiros. Eram momentos regados de muita alegria e integração. No intervalo das atividades de lavra da terra se reuniam para o almoço e neste momento também faziam uma fornada de samba. Denominada fornada em menção ao ato de fazer farinha, não se pode parar a fornada até estar concluída, então uma fornada de samba tem duração de uma hora. Ao final do dia se fazia novamente mais fornada de samba, regada a bebida.

A principal bebida que fazia parte da roda de samba era gengibirra, contudo o nome em que usam no vocabulário local é "desimbirra". A Professora Eliana Meireles, filha de pais que organizavam as festas dedicadas aos santos Soa José e São Joaquim, eram ofertadas comidas e bebidas, uma dessas bebidas era a "desembirra", que tinha como finalidade fomentar a alegria e tinha função medicinal. A "desembirra", segundo ela, era feita ela em um preparo a partir do gengibre, e além de trazer alegria e integração.

A dona Eulália nos conta que começou nas rodas de samba quando era ainda muito jovem, por volta dos 12 anos, na época da lamparina, tinha muita vergonha a ponto de esconder na sombra da lamparina. Nos conta que a fornada de samba uma hora porque a farinha no fogo em seu processo de torra também dura uma hora.

Durante a formada são cantadas várias músicas que compõem a fornadas, mas conforme dona Eulália em cada samba vão se lembrado dos antepassados e é como se uma sensação, como uma espiritualidade. Em cada samba vai esquentando e se lembrando dos antepassados. Se dança ao som do baque do cacete.

A alegria da planta da roça era imensa, se dançava e cantava, desde o caminho da roça a alegria já tomava de conta, ali se reuniam e dançavam ao som do baque do cacete e as letras iam se aflorando, começavam lembrando das letras antigas dos antepassados à medida que iam esquentando.

Segundo Sr. Assunção tradicionalmente o samba de cacete embalava os mutirões na comunidade, sempre regados a muita cachaça. Hoje o samba de cacete é apresentado em ocasiões festivas ou a convite, não havendo data específica para as apresentações. Assistimos uma fornada de samba, a noite S.r. Assunção manuseava o seu instrumento musical o "cacete" em que disparava as batidas no tronco de madeira ocado na companhia de outros três parceiros, enquanto ao centro estava dona Eulália acompanhada de outras três dançarinas e vocalistas vestidas em suas roupas tradicionais, longas sais floradas, descalças, com pés no chão, dançavam e cantavam com acompanhamento ao som do baque do cacete.

Transcrevemos duas das diversas letras que foram entoadas durante essa fornada. A primeira delas traz elementos da vida cotidiana com o galo que canta ao raiar do dia, o próprio samba e elementos da cultura religiosa, neste caso a própria Santa Maria. A musica expressa a cultura, a religião cantadas em forma de samba.

O galo cantou no raiar do dia

A rainha do samba é a santa maria

O galo cantou no raiar do dia

A rainha do samba é a santa maria

É a santa maria, é a santa maria

A rainha do samba é a santa maria

É a santa maria, é a santa maria

A rainha do samba é a santa maria)3x

Na sequência, a Música apresentada foi Olemoe, olemoe e ela evidencia a busca pela liberdade. Retrata a própria história de resistência e luta, que durante séculos consumiram os povos escravizados na busca por sua liberdade. O conceito de liberdade predomina na letra da música, pois utilizam a composição como expressão dos seus próprios conflitos interiores, assim como da sua cultura e da sua memória.

Olemoe, olemoe

Eu sou pomba e eu quero voar (2x)

(Tu és pomba e queres voar

E eu sou rola e eu quero rolar) 2x

Olemoe, olemoe

Eu sou pomba e eu quero voar (2x)

(Tu és pomba e queres voar

E eu sou rola e eu quero rolar) 2x

Olemoe, olemoe

Eu sou pomba e eu quero voar (2x)

(Tu és pomba e queres voar

E eu sou rola e eu quero rolar) 2x

Desta forma, as letras cantadas durante a fornada são um retrato das angústias, dos anseios, e principalmente da memória dos ancestrais que trazem gratidão e acalenta pelas conquistas e memorias, tal como nos fala de Dona Eulália “o samba para mim é a diversão que eu gosto e a única coisa que me diverte é o samba.”

## O SAMBA DE CACETE E SUA PERSPECTIVA TERAPEUTICA

A sociedade atual tem sido afetada de sobremaneira pelos problemas oriundos daquilo que afeta a saúde mental. Quando conseguimos verbalizar, dar sentimentos e expressar aquilo que nos angustia se torna mais fácil o bem-estar individual e coletivo. Conforme Veiga (2019, s. p.) é imprescindível ao psicólogo estar atento e sensível ao contemporâneo. É tempo de ampliarmos cada vez mais a concepção de que o que se passa no mundo nos atravessa e produz subjetividade.

Diante desta perspectiva observamos a importância do uso da música como ferramenta de bem estar social e coletivo, e neste caso observamos mais especificamente o samba de cacete como ferramenta para proporcionar esse bem estar. Como fica evidente nas falas de dona Eulália, o samba diverte e traz alegria e desta forma entendemos que o samba de cacete pode adquirir função terapêutica.

### Os efeitos da música no cérebro

O que se sabe é que a música está inserida desde os primórdios da humanidade, inseridas em diversas culturas e contextos sociais, antes mesmo, do desenvolvimento da humanidade, sons naturais como: trovão, de pedras entre outros, já

chamavam a atenção. A experiência musical vivenciada em primeira pessoa, ativa estruturas biológicas cerebrais, fazendo com que se desenvolva os sensos rítmicos ligando-se aos movimentos físicos, concomitantemente busca-se na natureza diversos materiais para produção do som, construindo-se assim melodias que são também produtos culturais para fonte de prazer.

De acordo com Antunha (2010, s. p.) o canto e o manejo de instrumentos permitem ao indivíduo extravasar afetos, emoções e sentimentos, ao ouvir uma música é ativada a amígdala, área cerebral que está fortemente relacionada com a emoção, fazendo com que se desencadeie emoções, acesse-se memórias geralmente relacionadas a sentimentos nostálgicos. Geram-se também no cérebro interações auditivos-motoras tanto de quem executa a música quanto de quem a ouve.

Partindo do pressuposto evolutivo, a música pode ter contribuído significativamente na linguagem atual, e por sua influência nos estados de ânimos do ser humano, ela provavelmente tenha contribuído para melhorar a convivência em grupos dos nossos ancestrais, facilitando e favorecendo os relacionamentos interpessoais. (ROCHA; BOGGIO, 2013).

No samba de cacete é possível observar diversos fenômenos em categorias que ao mesmo tempo que são diferentes se relacionam, como o instrumento buscado na natureza para produção de som, som esse harmônico aos ouvidos, gerando sensações tanto em quem toca o instrumento quanto em quem ouve, a música interage e produz movimentos nos corpos daqueles que ouvem, configurando assim novas subjetividades e formas de relacionar-se, compõe um modo histórico pelos quais essas pessoas e seus descendentes, vivenciam essas rodas de samba de cacete, constituem-se enquanto sujeitos (CARDOSO JR., 2005).

A música e a dança já são utilizadas para fins terapêuticos, ancoradas nas séries de benefícios já citados, o estímulo a flexibilidade mental, a coesão social, possibilitando o compartilhamento de emoções ativando a percepção de que o outro está inserido no nosso sistema social de referência.

No relatório Educação: Um tesouro a descobrir, para UNESCO, encontra-se presente uma ótica multicultural partindo do princípio de:

> Devemos cultivar, como utopia orientadora, o propósito de encaminhar o mundo para uma maior compreensão mútua, mais sentido de responsabilidade e mais solidariedade, na aceitação das nossas diferenças espirituais e culturais. A educação, permitindo o acesso de todos ao conhecimento, tem um papel bem concreto a desempenhar no cumprimento desta tarefa universal: ajudar a compreender o mundo e o outro, a fim de que cada um se compreenda melhor a si mesmo (DELORS, 1998, p. 47).

Dessa forma, com a diversidade de gêneros musicais presentes no Brasil, elencamos o samba de cacete uma realidade que vinha produzindo alteridade, e uma potencial forma de produzir cidadãos abertos a outras possibilidades de viver, ampliando universos musicais presentes em diversos grupos étnicos presente no Brasil, abrindo assim "portas culturais" realizando assim um movimento de descentralização do consumo de gêneros musicais eurocentrados. (MUSZKAT, 2012).

Embora a psicologia tenha sido fortemente influenciada pelo Europa, e muitas das suas teorias sejam eurocentradas, não significa dizer que são invalidas a aplicabilidade no Brasil e nosso povo, mas

significa dizer que existem diversos movimentos populares, científicos, preocupados na construção de conhecimento baseado nas diferenças de territórios.

A psicologia enquanto ciência baseada em uma conduta ética, vem sendo descolonizada, frentes como a "psicologia preta" oriunda de movimentos sociais nos Estados Unidos já encontra adeptos no Brasil, produzindo conhecimento e propondo formas de conexão do conhecimento científico ao conhecimento ancestral repassado de geração para geração em diversos grupos étnicos existentes.

A "psicologia afroscentrada" preocupa-se e insere dentro desse movimento decolonialista, unindo conhecimento existentes da ciência da psicologia à novas perspectivas e descobertas.

Nas comunidades quilombolas, suas subjetivas foram constituídas de maneiras próprias, um povo marcado pelo sofrimento social que flagelava a alma o sambo de cacete surgiu, produzindo alívio ao sofrimento vivenciado.

Uma memória viva capaz ainda de contar histórias, Lakoff e Johnson, tradução nossa, apud Rengel e Ferreira (2012, p. 47) "a essência da metáfora é compreender e experienciar uma coisa em termos de outra", constituindo um recurso ordinário do pensamento e da ação humana. Assim os corpos produzem e memorizam no canto e na dança ressignificações de vivencias produtoras de sofrimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Vila do Umarizal, localizada às margens do rio Tocantins em Baião, Pará, destaca-se por sua paisagem natural deslumbrante e sua tranquilidade rural. A comunidade, formada por pessoas

escravizadas fugitivos no século XIX, encontrou nesse refúgio um lugar para reconstruir suas vidas e preservar suas tradições. Atualmente, a vila abriga famílias engajadas na agricultura e pesca, sendo o samba de Cacete uma importante expressão cultural local.

Trazendo aqui a fala de Di Méo (2014, p. 21). O patrimônio, ou melhor, os patrimônios, como a sua diversidade, correspondem a construções sociais complexas e voluntaristas, realizadas em contextos de tempo e territórios muito específicos. Desta forma, em virtude da contribuição terapêutica e do valor imaterial, como sugestão, propomos com este trabalho a patrimonialização do samba de cacete como Patrimônio Cultural do Estado do Pará.

## REFERÊNCIAS

ANTUNHA, L. G. "Música e mente". **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, vol. 36, n. 78, 2010.

AREIAS, J. C. "A música, a saúde e o bem estar". **Revista Nascer e Crescer**, vol. 25, 2016.

ARPINI, D. M. *et al*. „Observação e escuta: recursos metodológicos de investigação em psicologia no âmbito da saúde materno". **Contextos Clínicos. Vale de Rio dos Sinos**, vol. 11, n. 2, 2018.

BARBOSA, C. L. "Corpos no samba de cacete: dança ancestral, tamboros giras e gingas na educação afrocametaense". **Anais do III Fórum Internacional de Pedagogia**. Fortaleza: UECE, 2015.

BRASIL, C. F. D. P. **Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) junto aos povos indígenas**. Brasília : CFP, 2022. Disponível em: <www.cfp.org>. Acesso em: 23/09/2023.

CARDOSO JR., R. “Para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo”. **Psicologia Reflexão e Critica** , vol. 18, 2005.

COSTA, D. D.; MEDEIROS, D. S. “Constituição de liderança quilombola no Pará: reflexões para uma pedagogia decolonial”. **Interfaces da Educação**, vol. 12, 2021.

CRUZ, C. B. *et al*. “Por entre conversas e histórias com povos originários para adiar o fim do mundo”. **Mnemosine**, vol. 18, n. 2, 2022.

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. Brasília: UNESCO, 1998.

DI MÉO, G. “Processos de patrimonialização e construção de territórios”. **GEOSABERES: Revista de Estudos Geoeducacionais**, vol. 5, 2014.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Editora Cia das Letras, 2019.

MEDEIROS, D. S. **A diáspora negra nas imediações da transcametá, baixo Tocantins**: perspectivas de reinvenção de memória, educação e identidade cultural afrodescendente. Belem: Editora da UFPA, 2023.

MUSZKAT, M. “Música, neurociência e desenvolvimento humano”. *In*: JORDÃO, G. *et al*. (og.). **A música na escola**. Brasília: Editora Ministério da Cultura, 2012.

RENGEL, P.; FERREIRA, C. “Dança: escrita metafórica do corpo como linguagem que traz a memória traçada”. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Dança**, vol. 1, 2012.

ROCHA, C. D.; BOGGIO, S. “A música por uma óptica neurocientífica”. **Revista Acadêmica de Música**, vol. 27, 2013.

VEIGA, L. M. “Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta”. **Revista de Psicologia**, vol. 31, 2019.

# CAPÍTULO 11

*O Paradigma do Recovery em Pesquisas Latinoamericanas em Saúde Mental*

# O PARADIGMA DO *RECOVERY* EM PESQUISAS LATINOAMERICANAS EM SAÚDE MENTAL

*Clarissa Mendonça Corradi-Webster*
*Aleida Fajardo Rodríguez*
*Cláudia Patty Guilger-Primos*
*Isabela Corrêa Silva*
*Lívia Sicaroni Rufato*
*Nicole Stef Vieira Candeloro*
*Pedro Junior Rodrigues Coutinho*

O termo "*recovery*" foi originalmente empregado na década de 1960, nos Estados Unidos, pelo movimento de pessoas com deficiências físicas conhecido como "*Independent Living*". Nesse contexto, *recovery* era utilizado para defender a possibilidade de uma pessoa retomar sua vida mesmo enfrentando uma condição debilitante, com igualdade de oportunidades e participando plenamente da comunidade (DEEGAN, 1992). Na década de 1970, passou a ser utilizado pelo movimento dos "sobreviventes da psiquiatria" (*psychiatry survivors*), composto por pessoas que tinham vivenciado internações psiquiátricas. Chamavam a atenção para as terminologias empregadas ao se referirem a eles, observando que estas não apenas eram ofensivas e desmoralizantes, mas também estavam associadas à negação de seus direitos fundamentais. Iniciaram encontros regulares com o intuito de denunciar violações dos direitos humanos, reivindicar a autonomia e o respeito às pessoas que buscavam cuidados em saúde mental (FREESE; DAVIS, 1997; DAVIDSON *et al*., 2005).

Muitos desses indivíduos, diagnosticados com transtornos mentais graves, também tinham formação em cursos da área de saúde. Eles começaram a produzir textos em que narravam suas histórias de superação e questionavam o discurso médico tradicional, concentrado na doença e na eliminação dos sintomas. A nova proposta apresentada por eles era de uma abordagem mais centrada na pessoa, enfatizando seus recursos e habilidades. Esse movimento, que adotava uma postura política e social de cuidado, propunha uma mudança de perspectiva em relação ao curso de vida das pessoas com transtornos mentais. Em vez de focar no risco de recaída, buscava-se conquistar o sucesso e a satisfação pessoal. Tratava-se de viver a vida além do diagnóstico psiquiátrico, reconhecendo seu valor, mesmo que os sintomas estivessem presentes (ANÔNIMO, 1989; FRESE; DAVIS, 1997).

Este movimento ocorreu de forma simultânea ao movimento de desinstitucionalização e aos movimentos antipsiquiatria que aconteceram em diversos países. Todos eles denunciavam a privação dos direitos básicos, autonomia e liberdade das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais (ANTHONY, 1993). Destacava-se que, com a perda da autonomia, eles também perdiam seus sonhos, desejos e ambições. Entretanto, mesmo com o fim das longas internações em hospitais psiquiátricos, observou-se que a exclusão social persistiu.

De acordo com Davidson (2017), antes das reformas psiquiátricas, a internação prolongada em hospitais psiquiátricos era o fator que contribuía para a marginalização das pessoas com transtornos mentais. No entanto, mesmo com o advento do cuidado comunitário/territorial, a exclusão continuou. Para o autor, na sociedade atual, a exclusão resulta da marginalização e não da internação. A discriminação, desmoralização e desprezo enfrentados por pessoas em sofrimento mental são os fatores que as afastam de uma vida digna, ao invés da internação. Assim, os próprios usuários

perceberam a necessidade de fortalecer suas identidades e potencialidades. A partir disso, diversas concepções sobre o que é o *recovery* começaram a surgir.

Anthony (1993) foi um dos primeiros autores a buscar conceituar o *recovery*. Segundo ele, o *recovery* é um processo profundamente pessoal e único que envolve uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. Acredita-se que seja possível ter uma vida satisfatória, esperançosa e ativa, mesmo diante das limitações causadas pelo transtorno. O autor realizou uma primeira sistematização de algumas características dos processos de *recovery*: não é um processo linear e pode ocorrer mesmo com a persistência de sintomas; durante o processo, há mudanças na frequência e duração dos sintomas, que tendem a diminuir, mas também podem piorar, sendo compreendido que isso faz parte do processo; não é um processo solitário, sempre há a presença de alguém que acredita e apoia a pessoa, podendo ser um amigo, familiar ou profissional. O autor também aponta que, para essa população, recuperar-se das consequências do adoecimento pode ser mais desafiador do que o próprio adoecimento em si.

Diversos pesquisadores têm se dedicado a explorar e ampliar o conceito de *recovery*, contribuindo para a construção de significados em torno dele. A premissa central do *recovery* é que as pessoas com transtornos mentais têm a capacidade de se recuperar e viver uma vida plena, em contraste com a mensagem anteriormente transmitida pela psiquiatria, que sugeria que após o diagnóstico elas deveriam esperar menos da vida. Davidson *et al*. (2008) afirmam que o *recovery* se baseia em uma compreensão abrangente dos direitos humanos e refere-se à possibilidade de uma pessoa ter uma vida significativa, autônoma e inserida na comunidade, mesmo que não ocorra a remissão dos sintomas do transtorno diagnosticado. Para Rowe (2015), as pessoas não precisam retornar a um estado anterior à doença mental ou atingir um funcionamento "normal". O *recovery*

envolve a capacidade das pessoas de lidar com as adversidades de sua própria experiência e buscar superar os impactos sociais decorrentes da experiência nomeada como diagnóstico psiquiátrico. Nesse contexto, a experiência de sofrimento mental é vista apenas como um aspecto da vida de uma pessoa. Além disto, em práticas e pesquisas informadas pelo *recovery*, ela passa a ser considerada como especialista pela experiência e suas opiniões devem ser consideradas, tanto na clínica como na pesquisa.

Para Slade (2010), é importante fazer uma distinção entre o *recovery* visto a partir de uma perspectiva clínica (*recovery* clínico) e o *recovery* entendido como um processo ou trajetória pessoal (*recovery* pessoal). O *recovery* clínico é abordado de forma operacional e medido com base na eliminação ou remissão dos sintomas de um transtorno, do modo como tratava a psiquiatria tradicional. Essa perspectiva clínica considera o *recovery* em termos de resultados, pressupondo a melhora do quadro clínico e o retorno a um estado anterior à doença. Por outro lado, o *recovery* pessoal é vivenciado pelo indivíduo e não pressupõe a eliminação ou melhora do quadro clínico, mas sim o processo da pessoa de construir uma vida com significado na comunidade de sua escolha.

Este movimento foi se fortalecendo e influenciando os serviços e a academia, tornando-se um paradigma utilizado em políticas públicas e em pesquisas. Ao assumir determinado paradigma, o pesquisador se torna membro de uma comunidade científica em particular, que terá critérios estabelecidos para a escolha das questões de pesquisa, para o processo de investigação destas questões e para a forma como elas serão respondidas (CORRADI-WEBSTER, 2009).

## *RECOVERY* E CIDADANIA

Cidadania refere-se a conexão das pessoas com os direitos, responsabilidades, funções e recursos que são oferecidos pela sociedade por meio do relacionamento com as instituições públicas e sociais, relações interpessoais, redes sociais de apoio e de vida integrada na comunidade. É compreendida entre a relação de um cidadão e o Estado, como também a relação entre cidadãos. Ser cidadão é estar incluído com oportunidades equitativas de participação na comunidade (LISTER, 2007).

A sociedade tem o papel de garantir a inclusão de seus membros, em diferentes contextos sociais ou comunidades, embora muitas pessoas experimentem a exclusão social e a cidadania restrita. No contexto de saúde mental, há um histórico de exclusão social e de marginalização de pessoas com sofrimento mental, que não vivenciaram a cidadania plena em termos de participação social, educação, emprego, moradia, relacionamentos íntimos e atividades significativas (NESSE; GONZALEZ; RAANAAS, 2022). Pessoas com diagnósticos de transtornos mentais graves enfrentam mais obstáculos para ter acesso às oportunidades que estão disponíveis para outros grupos da população (PONCE; ROWE, 2018). Além disto, estas pessoas ficam muitas vezes reduzidas a uma única descrição identitária, a de doente mental. Saraceno (2011) coloca que pertencer a apenas uma identidade é o contrário de gozar da cidadania, uma vez que um cidadão exerce diferentes papéis sociais e ocupa diferentes lugares, que lhe daria múltiplas descrições identitárias.

No campo da saúde mental, a partir dos anos 1960, começou-se a exigir que as pessoas em sofrimento deveriam ser tratadas como cidadãs, sendo cuidadas fora dos muros dos hospitais psiquiátricos, recebendo apoio para que tivessem uma vida significativa na

comunidade. A luta pelo fim do estigma também foi se articulando aos conceitos de cidadania (AMARANTE, 2003; ROWE, 2015; PONCE; ROWE, 2018).

Rowe (2015) define cidadania como a forte conexão de uma pessoa com os direitos, responsabilidades, papéis sociais, recursos e relacionamentos, teoria esta que ficou conhecida como 5Rs (*Rights*, *Responsibilities*, *Roles*, *Resources* e *Relationships*). Estes 5Rs seriam vivenciados pelo indivíduo em sua comunidade, acompanhados de um senso de pertencimento a esta, pertencimento este validado por outros membros. Neste modelo, Rowe procura abranger os conceitos individuais e coletivos de cidadania, nos quais os direitos e responsabilidades estão alinhados com perspectivas de cidadania que abordam o relacionamento com o Estado. Os relacionamentos e os papéis são percebidos como moldados por compreensões de cidadania que envolvem a participação coletiva, cívica e social, tratando do indivíduo que integra a sociedade. Os recursos incluem tanto a relação com o Estado quanto a participação civil (QUINN; BROMAGE; ROWE, 2019).

Os elementos do modelo dos 5Rs representam aspectos essenciais para compreender e promover a cidadania em diversas áreas, incluindo a saúde mental (ROWE *et al*., 2009; ROWE; DAVIDSON, 2016). Neste contexto, é possível afirmar o seguinte:

1) **Direitos** (*Rights*): Refere-se ao direito da pessoa de receber, reconhecer e defender seus direitos legais e humanos. É fundamental que haja aprendizado sobre os direitos para exercer a cidadania plenamente. Restaurar os direitos das pessoas significa oferecer oportunidades de inclusão na comunidade e integração social.

2) **Responsabilidades** (*Responsibilities*): Reconhece-se que todas as pessoas são responsáveis por suas próprias experiências e têm responsabilidades

consigo mesmas e com os outros. Para promover a cidadania, é necessário criar condições internas e externas que apoiem os indivíduos no cumprimento das responsabilidades que considerem importantes. No processo de reconhecimento da cidadania, é crucial que haja responsabilidade pessoal pela própria vida. Na área da saúde mental, os profissionais também têm a responsabilidade de construir uma prática justa e equitativa, que promova o desenvolvimento da cidadania.

3) **Papéis** (*Roles*): Os papéis referem-se às funções desempenhadas e às posições ocupadas nas comunidades, famílias e sociedade. Esses papéis são dinâmicos e evoluem ao longo do tempo, fazendo parte da esfera pessoal de cada indivíduo. Todo cidadão desempenha diferentes papéis. Os papéis podem ser escolhidos pelo indivíduo ou impostos pela sociedade, que atribui expectativas muitas vezes indesejadas. No modelo de cidadania proposto por Rowe, valorizam-se os papéis desejados pelo indivíduo, nos quais ele se orgulha e que são reconhecidos como importantes tanto para a sociedade como para o indivíduo. Na área da saúde mental, faz-se importante auxiliar os indivíduos a terem uma multiplicidade de identidades e desempenharem diversos papéis.

4) **Recursos** (*Resources*): Os recursos são os meios fornecidos para suprir as necessidades materiais, como dinheiro, moradia, educação e saúde. Também incluem competências, habilidades e redes sociais necessárias para uma vida plena. É necessário trabalhar para reduzir as desigualdades, a fim de promover mudanças comunitárias, sistêmicas e estruturais.

5) **Relacionamentos** (*Relationships*): Os relacionamentos são as conexões fundamentais que unem as pessoas entre si. Esses relacionamentos podem se estabelecer na comunidade e também

> podem gerar conflitos. Nessa perspectiva, é importante considerar múltiplos níveis de relacionamentos, incluindo relações familiares, amizades, vizinhanças e comunidades, bem como sistemas que afetam as pessoas na sociedade. Na saúde mental, deve-se apoiar e promover relacionamentos que enriquecem os indivíduos, pois eles são a base de comunidades fortes e do apoio no dia a dia.

Este modelo de cidadania tem sido aplicado em conjunto com o modelo de *recovery*, uma vez que se reconhece que a conquista de elementos essenciais para a recuperação, como a participação na vida comunitária, só é possível se houver uma base sólida de cidadania. Rowe e Davisson (2016) destacam que a concepção de *recovery* como um processo pessoal foi importante para contrapor a visão pessimista da psiquiatria tradicional, valorizando os indivíduos, suas trajetórias e conquistas. No entanto, segundo os autores, essa visão negligenciou as condições materiais e os contextos culturais, políticos, econômicos e sociais que sustentam o *recovery*. Conforme mencionado anteriormente, os cinco elementos da cidadania (5Rs) são fundamentais para as trajetórias de *recovery*, superação do estigma e o estabelecimento de uma vida comunitária plena. Esses elementos permitem que as pessoas estejam inseridas na sociedade e participem ativamente dela. Considerando as reivindicações dos movimentos sociais que deram início às discussões sobre o *recovery*, compreende-se que este deve caminhar junto à justiça social (ROWE; DAVIDSON, 2016). Assim, o modelo dos 5Rs da cidadania complementa o conceito de *recovery*, ampliando sua abordagem e considerando todas as dimensões que afetam seu processo.

Estudos nacionais têm destacado o potencial do paradigma do *recovery* para direcionar ações que promovam o desenvolvimento

da autonomia, protagonismo, socialização e cidadania de pessoas que receberam diagnósticos psiquiátricos. Este tem sido percebido como um paradigma importante para ser implementado nos serviços de saúde mental e como uma orientação para os profissionais e pesquisadores atuantes nesse campo, fortalecendo a participação social de pessoas com vivências psiquiátricas e a inclusão delas na vida em comunidade (LOPES *et al*., 2012; SILVEIRA *et al*., 2017; CIDADE; AQUINO; BESSA; OLIVEIRA, 2021; MARQUES; LACERDA; ALVES; SILVEIRA; SAMPAIO, 2022).

O Brasil é um país rico em discussões e transformações na saúde e saúde mental, sendo um modelo para outros países da América Latina e do resto do mundo. Mesmo com a dimensão continental, no Brasil foi implementado um sistema nacional e público de saúde, baseado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação social. Estes princípios são bases importantes para o trabalho com *recovery*. Além disto, a reforma psiquiátrica brasileira investiu na desinstituicionalização e na construção de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) organizada de modo a oferecer cuidado próximo ao território, ou seja, ao cotidiano das pessoas, de forma humanizada e inclusiva. Na RAPS também se faz importante a intersetorialidade, como forma de auxiliar a acessar bens de cidadania, garantindo direitos civis, políticos e sociais e a construir uma vida significativa na sociedade.

Os princípios da reforma psiquiátrica brasileira são muito próximos ao paradigma de *recovery* em saúde mental. Entretanto, temos compreendido que o trabalho com o modelo de *recovery* pode trazer contribuições para o campo já muito fértil de discussões da saúde mental no Brasil. Como descrito anteriormente, o *recovery* teve início com pessoas que usavam os serviços de saúde mental e que passaram a questionar os cuidados recebidos e o modo como suas experiências eram tratadas e descritas. Organizaram

associações e coletivos de pessoas com experiência vivida para influenciar políticas públicas e atuar no cuidado de seus pares. Além disso, propuseram e participaram de projetos de pesquisa, sempre imbuídos do lema trazido do movimento das pessoas com deficiência: "Nada sobre nós sem nós". Esse lema destaca a necessidade de participação ativa das pessoas afetadas por políticas, ações e decisões que as impactam. Mesmo com tantas conquistas realizadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, consideramos que o paradigma do *recovery*, do modo como tem sido construído, colabora para a construção de maior protagonismo das pessoas com experiência vivida. Além disso, é um paradigma que tem sido utilizado internacionalmente e que tem baseado políticas públicas de vários países e composto as recomendações de agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2022). Sendo assim, consideramos que este paradigma tem possibilitado a inclusão e o surgimento de práticas e estratégias com potencial para fortalecer o compromisso da Reforma Psiquiátrica Brasileira para a transformação social (COSTA, 2023), sendo importante de ser utilizado em pesquisas da área.

## PARADIGMA DO *RECOVERY* EM PESQUISAS CONDUZIDAS NA AMÉRICA LATINA

Em diversos países há pesquisadores e gestores que vêm estudando a implementação de políticas públicas e diretrizes que coloquem o *recovery* como princípio orientador para os serviços de saúde. As práticas que seguem esta orientação promovem a autonomia dos usuários, cultivam a esperança e estabelecem parcerias colaborativas entre eles e os profissionais. Orienta-se a abordagem integral e individualizada ao lidar com os usuários, respeitando suas escolhas e características individuais. Valoriza-se o

feedback dos usuários e incentiva-se a reflexividade dos profissionais em relação à própria prática, a fim de ajustar melhor as intervenções de acordo com as necessidades e preferências de cada pessoa (CORRADI-WEBSTER, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a importância de investigações que se dediquem a explorar as práticas de promoção da cidadania e dos direitos humanos no contexto da saúde mental, com particular ênfase no modelo de *recovery*. A OMS também orienta a realização de pesquisas voltadas à avaliação dos serviços de saúde mental, a fim de compreender se estes têm trabalhado de modo orientado ao *recovery*. Aponta a necessidade de pesquisas que visem estudar intervenções que são promissoras, utilizando desfechos relacionados às diferentes dimensões do *recovery*, e não apenas à sintomatologia psiquiátrica. Para isto, indica a utilização de métodos qualitativos, por serem importantes para descrever e analisar de maneira aprofundada questões complexas e sutis (OPAS, 2022).

No campo da saúde mental, pesquisas que se baseiam no paradigma do *recovery* terão questões que buscam ir além da investigação dos sintomas clínicos, considerando aspectos relacionados tanto aos determinantes sociais de saúde, como à qualidade de vida, à autonomia e à inclusão social. São também privilegiadas investigações sobre relatos de superação e de recursos utilizados para o *recovery*, a fim de conhecer o que pode ser disseminado. Este referencial pode enriquecer as pesquisas científicas no âmbito da saúde mental, ao permitir uma compreensão mais abrangente e de fato orientada às necessidades das pessoas em estudo. Ao reconhecê-las como especialistas em suas próprias vidas, valoriza-se suas experiências, promovendo sua participação ativa, até mesmo em diferentes etapas do processo de pesquisa. Isso permite que as políticas públicas sejam informadas pelas

necessidades e perspectivas reais das pessoas em *recovery*, tornando-as mais eficazes e relevantes.

As pesquisas orientadas pelo *recovery* preocupam-se com a linguagem, pois consideram que esta ajuda a construir sentidos e realidades. No campo da saúde mental há atenção para que esta seja respeitosa e sem julgamentos, que possa ser compreendida por diversas pessoas, não apenas pesquisadores e intelectuais. Os pesquisadores são convidados a refletirem: se uma pessoa que vivencia esta questão ler este texto, como ela irá se sentir? Como este estudo pode contribuir para seu bem-estar? Que significados sobre este tema estamos ajudando a construir? Sugere-se que as experiências sejam descritas com linguagem que traga esperança, aceitação e respeito, valorizando as individualidades (MHCC, 2018).

A participação de especialistas pela experiência em diversos momentos do estudo também tem sido valorizada nas pesquisas orientadas pelo *recovery*. Esta participação pode acontecer no formato de consultorias, de uma pesquisa colaborativa ou conduzida pelo próprio especialista pela experiência (FAULKNER, 2004). Assim, eles podem participar desde o início, selecionando os tópicos que serão investigados, ou então participam em algum procedimento específico, como na coleta, análise e discussão dos dados. Podem também ser membros dos grupos de pesquisa. Considera-se que quanto mais colaborativa for a pesquisa, os especialistas estarão envolvidos em mais etapas do processo.

A reflexividade se faz importante no processo para que os pesquisadores desenvolvam uma abordagem mais sensível, permitindo compreensão mais abrangente dos contextos e das relações sociais que permeiam o estudo. Essa postura reflexiva também possibilita uma análise mais aprofundada das perspectivas dos participantes e da própria trajetória do pesquisador, avaliando como suas escolhas ajudaram a delinear os resultados encontrados, como os autores utilizados influenciam no modo como os fenômenos

estão sendo discutidos, qual impacto dos resultados para o campo e para as pessoas que vivenciam as experiências estudadas.

Na América Latina, alguns grupos de pesquisa têm utilizado o paradigma do *recovery* como referencial teórico conceitual para seus estudos. Neste capítulo destacamos algumas experiências brasileiras e uma experiência colombiana. As experiências brasileiras têm sido conduzidas no contexto do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). No contexto colombiano, a experiência aqui descrita foi produzida no âmbito de um projeto vinculado ao Grupo de Pesquisa em Psicologia: Ciência e Tecnologia, da Corporación Universitaria Iberoamericana, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Psicologia, Bogotá D.C, com assistência e metodologia do Latino *Recovery* Collective, Yale School of Medicine.

## PESQUISAS COM SUPORTE DE PARES: GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES

Uma das práticas que tem sido investigada no LePsis – USP são os grupos de ouvidores de vozes, oriundos do Movimento de Ouvidores de Vozes (MOV). O MOV sugere seis pressupostos fundamentais sobre a audição de vozes: (1) qualquer pessoa pode vivenciar este fenômeno, visto que ouvir vozes está ligado à natureza do ser humano; (2) a aceitação aos diversos sentidos dados às vozes é necessária, e está intimamente ligada ao sucesso do processo de *recovery*; (3) apropriação da experiência, bem como ampliar a compreensão dos sentidos atribuídos às vozes, são aspectos importantes para o ouvidor; (4) a audição de vozes precisa ser vista dentro dos contextos vivenciais; (5) desenvolver a aceitação das

vozes é mais útil do que tentar eliminá-las; (6) grupos de suporte entre pares auxiliam na construção de estratégias de lidar com as vozes e na atribuição de sentidos, bem como o empoderamento dos ouvidores (BAKER, 2009).

Os grupos de ouvidores de vozes são grupos de suporte de pares que propõem que pessoas com experiências semelhantes se relacionam de maneira mais próxima e empática, compartilhando e validando suas experiências. Essa prática valoriza o protagonismo dos indivíduos, uma vez que eles não apenas recebem ajuda, mas também desempenham o papel importante no cuidado de seus pares (REPPER; CARTER, 2010). Os grupos são um espaço alternativo para lidar com as vozes, potencializando o cuidado. Neles é possível que os integrantes construam e validem os sentidos atribuídos às suas próprias vozes e, a partir disso, construam formas de lidar com essas (RUFATO *et al*., 2023).

O LePsis trabalhou na implementação de um dos primeiros grupos de ouvidores de vozes no Brasil e vem produzindo estudos que visam estudar a implementação e o desenvolvimento desta prática no Brasil (CORRADI-WEBSTER; RUFATO; LEÃO; REIS; BIEN, 2021, CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017). Como no Brasil os grupos são muitas vezes conduzidos em serviços de saúde mental e contam com a participação de profissionais, tem-se buscado delimitar qual o papel destes para que o grupo não seja como outros grupos de apoio que existem em serviços de saúde e são conduzidos por profissionais.

Em um dos estudos conduzidos sobre o grupo de ouvidores de vozes que ocorre em Ribeirão Preto, uma pesquisadora especialista pela experiência foi inserida em todo o processo de análise e discussão dos dados, sendo coautora dos artigos, buscando construir uma pesquisa colaborativa. Neste estudo, buscou-se conhecer ações do grupo que o constituíam enquanto suporte de pares. Observou-se que o grupo era um espaço acolhedor, que

garantia que os diversos significados dados às vozes fossem respeitados e que acolhia as histórias de sofrimento dos participantes. O grupo também tinha uma postura de curiosidade em relação às vozes, fazendo perguntas que ajudavam a entendê-las melhor, a caracterizá-las, buscando ampliar os sentidos dado a elas e o modo como se relacionavam com elas. No grupo os participantes construíam vínculos, redes de apoio e desenvolviam a esperança ao conhecerem outros ouvidores que conseguiam ter uma vida satisfatória, mesmo ouvindo vozes (RUFATO; CORRADI-WEBSTER; SEABRA; BIEN; COSTA; REIS, 2021).

Neste estudo também foram investigadas as estratégias de manejo das vozes que eram compartilhadas, identificando estratégias de evitação, de negociação, de busca por suporte social, de criação de pertencimento à comunidade e de espiritualidade. Concluiu-se que esses grupos ajudam as pessoas a compartilharem suas histórias com pares, a construírem novas experiências, a lidar melhor com as vozes e a inserirem-se na comunidade, sendo uma abordagem interessante para ser implementada em serviços de saúde na América Latina RUFATO *et al*., 2023).

Ressalta-se que a disseminação desse modo de denominar o indivíduo que vivencia a experiência como "ouvidor de voz" confere-lhe uma outra identidade, com mais possibilidades de atuação do que a de “paciente psicótico” ou a de “esquizofrênico”. Os grupos de ouvidores de vozes são compostos por pessoas com diagnósticos psiquiátricos e experiências diversas com as vozes, mas também por pessoas que nunca buscaram serviços de saúde mental e têm uma boa relação com elas. Esta vivência grupal amplia as possibilidades de significação da experiência pelo sujeito, que percebe que pode construir outras formas de compreender e lidar com suas vozes, para além do olhar como sintoma e do uso da medicação como único modo de manejo.

## PESQUISAS COM MULHERES QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS

O LePsis tem conduzido pesquisas que tratam sobre o tema do uso problemático de drogas por mulheres cisgênero. Historicamente, a maioria das pesquisas sobre drogas era realizada com homens, resultando em lacunas significativas no conhecimento. Faz-se importante produzir conhecimentos sobre esta população, que possui características e necessidades específicas, como disparadores para o consumo, motivações para mudança e demandas relacionadas ao cuidado (CORRADI-WEBSTER, 2020).

Os estudos sobre *recovery* buscam olhar para além da sintomatologia, considerando o indivíduo em seu contexto social e buscando conhecer experiências de superação. Em um dos estudos conduzidos no LePsis, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi baseado em princípios da terapia breve focada na solução, abordagem terapêutica que tem como objetivo construir uma conversa entre terapeuta e cliente que explora os recursos e potencialidades do cliente e de seu contexto. Para conhecer sobre a relação da mulher com as drogas e os recursos gerais e contextuais que já lhe ajudaram no processo de superação, foram feitas questões orientadas para o presente e para o futuro que visavam conhecer como a participante compreendia seu processo de *recovery* e seus objetivos em relação ao uso de drogas (ex. “Se você pensar na sua relação com álcool/drogas, como você gostaria de estar nesta relação?”). Ao perguntar sobre o passado, buscou-se conhecer experiências de sucesso, explorando os recursos que foram utilizados, o contexto em que esta experiência aconteceu e a rede de apoio disponibilizada, a fim de aproveitar estas experiências para construir possibilidades futuras. Deste modo, foram feitas as questões “Quando você olha para sua vida e se lembra de momentos em que diminuiu ou parou de usar drogas, o que você acha que te

ajudou? O que estava acontecendo na sua vida naqueles momentos? O que você imagina que pode ter influenciado para que você usasse menos ou não usasse?" (CORRADI-WEBSTER, 2020). Com este roteiro, foi possível explorar experiências de *recovery* e recursos utilizados para isto.

Um aspecto importante a ser considerado no estudo com mulheres é olhar para suas trajetórias para além do uso ou de outros sintomas/diagnósticos psiquiátricos. Temos direcionado nossa atenção para o contexto socioeconômico de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias e buscam atendimento nos serviços públicos. Questões como pobreza, desemprego e falta de moradia adequada se fazem muito presentes, vulnerabilizando estas mulheres e dificultando o *recovery*. Em um de nossos estudos, notamos que muitas mulheres em tratamento nos serviços de saúde estavam desempregadas, fato que culminava na dependência financeira de parceiros e, consequentemente, era um entrave para o desenvolvimento da autonomia (SOLA; CORRADI-WEBSTER, 2020).

Ao estudar as trajetórias de *recovery* de mulheres, observamos que o trabalho tinha sido importante, uma vez que elas relataram que as situações em que tiveram maior controle sobre o consumo eram as que estavam trabalhando, com maior liberdade econômica, sendo capazes de sustentar a si mesmas e suas famílias e podendo fazer planos (CORRADI-WEBSTER, 2020). O trabalho desempenha um papel crucial na trajetória de *recovery* de mulheres usuárias de álcool e drogas, oferecendo oportunidades significativas de reintegração social, estabilidade financeira e fortalecimento pessoal. Ao proporcionar uma estrutura e rotina diárias, ajuda a estabelecer um senso de propósito e responsabilidade. Assim, observamos como o trabalho pode ser facilitador do *recovery* para essas mulheres, pois as auxilia a organizar suas vidas, a diminuir o

consumo das substâncias, a ocupar outros papéis sociais, a ampliar suas redes sociais e a construir sonhos, prospectando o futuro.

Outro fator que se mostrou importante nas trajetórias de *recovery* foi a maternidade (CORRADI-WEBSTER, 2020). Esta experiência é desafiadora na vida destas mulheres, que enfrentam a culpa, o estigma e o medo de perder a guarda dos filhos. Por outro lado, contam como a maternidade também as ajudou a ganhar maior controle sobre o consumo, por apostarem em uma nova vida, por se ocuparem com outras atividades ou por conseguirem cuidar mais de si quando estavam grávidas ou com bebês. Com as construções sociais de gênero e a responsabilidade atribuída à mulher pelo cuidado das crianças, a temática da maternidade se mostra essencial quando se busca auxiliar as mulheres que fazem uso problemático de substâncias em seus processos de *recovery*. Ao abordar, nos serviços de saúde, questões relacionadas à maternidade, guarda dos filhos e relacionamentos familiares afetados, é possível criar um ambiente mais seguro e encorajador para as mulheres, ajudando-as a reconstruir suas vidas e fortalecer os laços familiares.

As mulheres são atravessadas por discursos que impõem a elas os papéis sociais de esposa, mãe, dona de casa e cuidadora. Estas expectativas geram maior julgamento social, fazendo com que elas escondam o consumo e tenham receio de procurar ajuda. Sentem vergonha, têm medo do julgamento dos profissionais, e preocupam-se com o impacto na relação com os filhos, com a família e com o meio social.

Quando pensamos no resgate dos seus desejos e olhamos para o modelo de cidadania que foi apresentado (5Rs) - direitos, responsabilidades, papéis, recursos e relacionamentos -, são percebidas múltiplas adversidades quanto a essas categorias nas mulheres que buscam tratamento para o uso de substâncias. Muitas chegam aos serviços privadas dos seus direitos, sobrecarregadas com responsabilidades (são responsáveis pela criação dos filhos, pelos

cuidados com a casa, pela alimentação), com um afunilamento de papéis sociais (muitas reduzidas à descrição de "usuária de drogas"), com poucos recursos (financeiros e de acessibilidade) e sem rede de apoio social. Sendo assim, os estudos conduzidos no LePsis buscam chamar a atenção para suas diferentes necessidades, para que os serviços e gestores construam ações e políticas interesetoriais, que visem a garantia da cidadania. Também, buscamos ampliar as descrições sobre estas mulheres, olhar para os relatos de exceção de suas narrativas, buscando conhecer outros papéis que desempenham, convidando o leitor a olhar para além do uso de drogas (CORRADI-WEBSTER, 2009).

Alguns estudos têm buscado envolver especialistas pela experiência desde o início de seu desenvolvimento. A pesquisa que buscava conhecer os recursos utilizados nas trajetórias de *recovery* de mulheres contou com a participação de Priscila, uma mulher que fazia tratamento em CAPS-ad. Ela colaborou na definição dos objetivos do estudo e no preparo do instrumento para coleta de dados. Foram realizadas várias reuniões com a coordenadora do projeto e a Priscila para discutir a proposta e os métodos. Na ocasião previa-se uma participação ainda maior de Priscila, mas com o início da pandemia isto não foi possível (CORRADI-WEBSTER, 2020).

## PESQUISAS COM GRUPO DE MULHERES AFETADAS PELO CONFLITO ARMADO

A incorporação do paradigma de *recovery* na área da saúde mental na Colômbia está em estágio inicial. Essa situação pode ser atribuída a diversos fatores, tais como a predominância de outros modelos no sistema de saúde colombiano, a escassez de programas de formação especializada em níveis de graduação e pós-graduação, a falta de conhecimento sobre experiências de implementação de

programas orientados para o *recovery* e a implementação gradual da Política Nacional de Saúde Mental, que tem adotado uma abordagem baseada nos determinantes sociais em saúde e na reabilitação psicossocial (MINISTERIO DE SALUD, 2018). No entanto, nos últimos dez anos, houve um aumento significativo de interesse por parte de profissionais capacitados e uma maior demanda pelo cuidado e promoção da saúde mental de comunidades vulneráveis. Isso tem levado a uma maior compreensão e abordagem das experiências que incorporam elementos propostos pelo modelo de *recovery*. Esses avanços estão começando a demonstrar um potencial promissor a médio e longo prazo, com impactos positivos na saúde mental dessas comunidades.

Nesse contexto, experiências surgidas em instituições públicas, como os Centros de Escuta (CE) trazem alguns aspectos desse paradigma. Os CEs têm como objetivo promover a inclusão social de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e de outros grupos com necessidades de inclusão. Esses espaços são caracterizados por promover a escuta ativa, o desenvolvimento de habilidades organizacionais e de mediação, bem como o estabelecimento e gerenciamento de redes, com o intuito de contribuir para a transformação de condições desfavoráveis e gerar opções de vida mais saudáveis (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

Nos equipamentos de organizações sociais comunitárias, que não estão necessariamente ligados à oferta e aos processos do sistema formal de saúde, também são observadas experiências que incorporam diversos aspectos propostos pelo paradigma do *recovery*. Essas experiências são predominantemente construídas em comunidades em situação de desvantagem socioeconômica por meio de associações que buscam a garantia dos direitos e por grupos de pessoas afetadas pelo conflito sociopolítico (AGUDELO HERNÁNDEZ; GIRALDO ALVAREZ, 2023). Dentre esses grupos, é notável a presença significativa de mulheres que

enfrentaram situações de deslocamento de seus territórios de origem, transformações nos papéis sociais e culturais, deterioração de suas identidades, além de vivenciarem múltiplas perdas emocionais e materiais. Essas mulheres também são afetadas pela exclusão social devido às suas condições étnicas e sociais ao chegarem às grandes cidades, o que as coloca diante de processos de crise, ressignificação e reconstrução de projetos de vida, tanto individuais quanto coletivos.

A fim de se conhecer um pouco mais sobre os recursos desses grupos, conduziu-se uma pesquisa exploratória com o intuito de identificar as estratégias adotadas por mulheres afro-colombianas deslocadas para promover o *recovery* da saúde mental (BEJARANO; FAJARDO, 2021). O termo deslocada (desplazadas) é utilizado para se referir às pessoas que precisaram deixar suas comunidades devido ao conflito armado. Para a realização da pesquisa houve a colaboração do Coletivo Afrodes (Associação Nacional de Afro-Colombianos Deslocados) e do Coletivo La Comadre (Coordenação de Mulheres Afro-Colombianas Deslocadas em Resistência). Ambos realizam processos de empoderamento sociopolítico para restaurar os direitos das pessoas que foram afetadas pelo conflito armado e outras ações que visam ajudar as mulheres a superar os graves impactos que enfrentaram (AFRODES, 2017, http://www.afrodescolombia.org/). Neste estudo, a orientação metodológica foi supervisionada pelo Latino *Recovery* Collective (2019, https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/latino/mission/) e o delineamento foi de um estudo qualitativo com desenho narrativo. A coleta de informações foi realizada por meio de observação participante (quatro reuniões nas quais participaram entre 30 e 50 mulheres) e entrevistas em profundidade (com seis mulheres).

Foi constatado que o estabelecimento de redes de apoio autogerenciadas é um recurso inicialmente significativo para o processo de *recovery*, pois propicia a formação de vínculos

interpessoais e sociais, além de possibilitar a reconstrução de significados diante de experiências e relacionamentos adversos e traumáticos presentes no contexto social (BEJARANO; FAJARDO, 2021). Estas são grupos caracterizados pela organização autônoma dos participantes, que se reúnem para compartilhar experiências, oferecer suporte mútuo e buscar soluções coletivas para seus desafios. Isso contribui para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento tanto individuais quanto coletivas. Mezzina et al. (2006) destacam que o *recovery* envolve dimensões interpessoais e sociais, envolvendo processos de reconstrução de identidade e integração em contextos sociais voltados para a inclusão.

Foi constatado que as redes comunitárias autogerenciadas têm um impacto significativo no processo de enraizamento e ressignificação da identidade ao adotarem elementos culturais característicos das comunidades afro-colombianas e seus territórios de origem. Nesse contexto, destacam-se as práticas ancestrais de cuidado em saúde mental, que incorporam uma dimensão espiritual transcendental.

Por outro lado, foi constatado que a implementação de processos direcionados ao reconhecimento e restituição dos direitos individuais e coletivos resulta em uma sensação de transcendência da própria experiência e na ressignificação do papel pessoal diante da trajetória de vida. Essa transformação implica em uma mudança na autopercepção, em que as mulheres deixam de se considerar vítimas para se reconhecerem como sobreviventes, assumindo uma posição empoderada a partir do reconhecimento de seus recursos individuais e coletivos diante das situações de vitimização. Essa mudança também as capacita como interlocutoras perante o Estado e as instituições, para a restituição e garantia de seus direitos, ou seja, para o pleno exercício da cidadania. Nesse sentido, a recuperação da cidadania abarca tanto a reintegração no tecido social quanto o

posicionamento das pessoas na sociedade em geral (ROWE; DAVIDSON, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica brasileira avançou muito na busca por direitos humanos e cidadania para as pessoas com diagnósticos psiquiátricos, desinstitucionalizando e construindo uma rede de cuidado comunitária. Entretanto, ainda há muito o que avançar. O movimento do *recovery* surgiu com usuários de serviços de psiquiatria que reivindicavam direitos humanos, cidadania e participação na construção dos significados sobre suas experiências e na construção do cuidado. Este movimento influenciou práticas, serviços, políticas e o fazer científico, sendo considerado atualmente como um paradigma. Compreendemos que aproximar seus princípios das produções e compreensões brasileiras em saúde mental pode ser muito profícuo, reforçando a luta pelos direitos humanos e cidadania, e a maior participação de especialistas pela experiência nas práticas e estudos conduzidos em saúde mental.

As experiências latino-americanas abordadas neste capítulo nos mostram como temos muito o que contribuir para as discussões internacionais sobre o *recovery* e como este paradigma pode influenciar positivamente as pesquisas conduzidas no campo da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AGUDELO, A. F.; GIRALDO, A. B. “Coffee as an axis of *recovery*: Cooperativism and mental health”. **Mental Health and Social**

**Inclusion** [2023]. Disponível em: <www.lunlunapp.com>. Acesso em: 23/09/2023.

AMARANTE, P. "A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica". *In*: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ANÔNIMO. "First person account: how I've managed Chronic Mental Illness". **Schizophrenia bulletin**, vol. 15, n. 4, 1989.

ANTHONY, W. A. "*Recovery* from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s". **Psychosocial Rehabilitation Journal**, vol. 16, n. 4, 1993.

BEJARANO GÓMEZ, A.; FAJARDO RODRÍGUEZ, A. "No soy una víctima… soy una sobreviviente Redes de apoyo y procesos de Recuperación participativos en mujeres afrodescendientes desplazadas por el conflicto armado colombiano". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 13, n. 36, 2021.

CIDADE, L. *et al*. "O papel do profissional de saúde mental no processo de *recovery*: uma revisão integrativa". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 13, n. 36, 2021.

COSTA, N. "*Recovery* como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 9, n. 21, 2017.

CORRADI-WEBSTER, C. M. "Paradigma do *Recovery* como orientador de políticas e práticas em saúde mental". **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol. 13, n. 3, 2017.

CORRADI-WEBSTER, C. M. **Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres**: discursos e histórias (Tese de Doutorado em Psicologia). Ribeirão Preto: USP, 2020.

CORRADI-WEBSTER, C. M. **Recursos que colaboram no processo de *recovery* de mulheres com necessidades relacionadas ao uso de drogas** (Tese de Livre Docência em Terapia Ocupacional). Ribeirão Preto: USP, 2020.

CORRADI-WEBSTER, C. M. *et al*. "Grupo de Ouvidores de Vozes: experiência inovadora realizada por suporte de pares". **Revista Iberoamericana de Psicología**, vol. 14, n. 2, 2021.

DAVIDSON, L. *et al*. "Remission and *Recovery* in Schizophrenia: practitioner and patient perspectives". **Schizophrenia Bulletin**, vol. 34, n. 1, 2008.

DAVIDSON, L.*et al*. "Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence". **Clinical Psychology: Science and Practice**, vol. 6, n. 2, 1999.

DAVIDSON, L. *et al*. (ed.). **A practical guide for *recovery*-oriented practice**: Tools for transforming mental health care. Oxford: Oxford University Press, 2009.

DAVIDSON, L. "After the asylum: a basaglian-informed vision of *recovery*-oriented care". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 9, n. 21, 2017.

DEEGAN, P. E. "The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives". **Psychosocial Rehabilitation Journal**, vol. 15, n. 3, 1992.

FAULKNER, A. **The ethics of survivor research**: guidelines for the ethical conduct of research carried out by mental health service users and survivors. Great Britain: The Policy Press, 2004.

LE, P. D. *et al*. "Understanding Users' Perspectives of Psychosocial Mechanisms Underpinning Peer Support Work in Chile". **Community Mental Health Journal**, vol. 58, n. 1, 2022.

LISTER, R. "Inclusive citizenship: realizing the potential". **Citizenship Studies**, vol. 1, n. 1, 2006.

LOPES, T. S. *et al*. "O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial". **Saúde e Sociedade**, vol. 21, n. 3, 2012.

MARQUES, F. C. *et al*. "Pessoas com sofrimento mental em *recovery*: trajetórias de vida". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 26, 2022.

MHCC - Mental Health Coordinating Council. ***Recovery* Oriented Language Guide**. Cambera: MHCC, 2018.

MEZINA, R. *et al*. "The Social Nature of *Recovery*: Discussion and Implications for Practice". **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, vol. 9, 2006.

MINISTERIO DE SALUD. **Orientaciones para el desarrollo de las Zonas de Orientación (ZO) y Centros de Escucha (CE) en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC**. Bogotá: Ministerio de Salud, 2015.

MINISTERIO DE SALUD. **Resolución 4.886, de 15 noviembre de 2018**. Bogotá: Ministerio de Salud, 2015.

NESSE, L. *et al*. "Citizenship Matters: Translating and Adapting the Citizenship Measure into Norwegian". **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, vol. 39, n. 3, 2022.

OLIVEIRA, W. F. *et al*. "*Recovery* e saúde mental: uma revisão da literatura latinoamericana". **Revista Iberoamericana de Psicología**, vol. 14, n. 2, 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental**: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos. Brasília: OPAS, 2022.

PONCE, A. N.; ROWE, M. "Citizenship and Community Mental Health Care". **American Journal of Community Psychology**, vol. 61, 2018.

QUINN, N.; BROMAGE, B.; ROWE, M. "Collective citizenship: From citizenship and mental health to citizenship and solidarity". **Social e Policy Administration**, vol. 54, 2020.

REPPER, J.; CARTER, T. "Using Personal Experience To Support Others With Similar Difficulties". **Commissioned by Together**, vol. 24, 2010.

ROWE, M. *et al*. "Citizenship, community, and *recovery*: A group- and peer-based intervention for persons with co-occurring disorders and criminal justice histories". **Journal of Groups in Addiction and *Recovery***, n. 4, 2009.

ROWE, M. **Citizenship and Mental Health**. New York: Oxford University Press, 2015.

ROWE, M.; DAVIDSON, L. "Recovering citizenship". **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, vol. 53, n. 1, 2016.

RUFATO, L. S. *et al*. "Strategies for the Management of Voices Shared in a Brazilian Hearing Voices Group". **The Psychiatric Quarterly**, vol. 94, 2023.

SARACENO, B. "A cidadania como forma de tolerância". **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol. 22, n. 2, 2011.

SILVEIRA, A. R. *et al*. "*Recovery* e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 9, n. 21, 2017.

SLADE, M. **Personal *Recovery* and Mental Illness**: A Guide for Mental Health Professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

SOLA, P. P.; CORRADI-WEBSTER, C. M. "Grupo de maternagem: estratégia de cuidado para mulheres". *In*: PASIAN, R. S. *et al*. (orgs.). **Identidade e vulnerabilidade humana em diferentes contextos**: contribuições da Psicologia. Curitiba: Editora CRV, 2020.

# SOBRE OS AUTORES

# SOBRE OS AUTORES

**Alcindo Antônio Ferla** é professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail para contato: ferlaalcindo@gmail.com

**Aleida Fajardo Rodríguez** é graduada em Psicologia. Professora da Corporación Universitaria Iberoamericana e da Universidad Nacional de Colombia. E-mail para contato: aleida.fajardo@ibero.edu.co

**Allana Karine Gatinho Garcia** é graduanda em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Áreas de interesse de pesquisa: Atenção Básica Primária; e, Saúde da Família. E-mail para contato: allana.garcia@aluno.uepa.br

**Anne Carolline Dias Pragana** é graduada em Serviço Social. Especialista em Gestão em Saúde, e, em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: annepragana@hotmail.com

**Cláudia Patty Guilger-Primos** é psicóloga. Mestranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Área de interesse de pesquisa: Psicopatologia. E-mail para contato: claudia.primos@usp.br

# SOBRE OS AUTORES

**Clarissa Mendonça Corradi-Webster** é professora da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde na Comunidade. Doutora em Piscologia pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: clarissac@usp.br

**Camila Oliveira Livramento** é graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Social e Jurídica. E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

**Carolina Alves de Oliveira Praeiro** é graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Institucional e Organizacional. E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

**Dorotéa Albuquerque de Cristo** é professora da Universidade da Amazônia (UNAMA). Especialista em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: dcristo@bol.com.br

**Elói Martins Senhoras** é economista, cientista político e geógrafo. Doutor em Ciências. *Post-doc* em Ciências Jurídicas. Professor da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e pesquisador do *think tank* IOLEs. E-mail para contato: eloisenhoras@gmail.com

# SOBRE OS AUTORES

**Elon de Sousa Nascimento** é graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Saúde Mental; e, Atenção Básica em Saúde. E-mail para contato: elonsouza@hotmail.com

**Eric Campos Alvarenga** é professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Graduado, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: ericsemk@gmail.com

**Flávia Cristina Silveira Lemos** é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em História Cultural pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

**Francineti Maria Rodrigues Carvalho** é psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar. Mestre em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: rachelsiqueiradias@gmail.com

**Hiago Soares Teixeira** é graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Áreas de interesse de pesquisa: Atenção Básica Primária; e; Direitos Humanos em Saúde. E-mail para contato: hiagostx@gmail.com

# SOBRE OS AUTORES

**Hian Soares Teixeira** é bolsista de iniciação científica. Graduando em Psicologia na Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica e Psicopatologia. E-mail para contato: hianstx@gmail.com

**Isabela Corrêa Silva** é psicóloga. Mestranda em Psicologia pela pela Universidade de São Paulo (USP). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica; Pisologia Social; e, Psicologia Organizacioanl. E-mail para contato: isabela-correa@usp.br

**Jessica Lanne de Souza Silva Ikuma** é graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia da Social; e, Psicologia Clínica. E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

**Júlia Camargo Ribeiro** é graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Social; e, Psicologia Jurídica. E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

**Jureuda Duarte Guerra** é psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Área de interesse de pesquisa: Psicologia Social. E-mail para contato: jureuda@gmail.com

# SOBRE OS AUTORES

**Lívia Sicaroni Rufato** é psicóloga. Professora do Centro Universitário de Franca (Uni-FACEF). Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: rufato.livia@gmail.com

**Luciana Batista da Silva** é psicóloga. Mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Área de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica. E-mail para contato: lubatistapsi@hotmail.com

**Luiz Paulo Carvalho Pires de Oliveira** é graduado em Ciências Sociais. Mestre em Antropologia. Doutor em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). E-mail para contato: monicadaltro@bahiana.edu.br

**Maico Fernando Costa** é professor da Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Doutor em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). E-mail para contato: maicofernandodd@gmail.com

**Manuela Rodrigues Neiva Fernandes** é bolsista de iniciação científica. Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Área de interesse de pesquisa: Atenção Básica Primária. E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

# SOBRE OS AUTORES

**Matheus Antonio Rosa** é biomédico. Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Áreas de interesse de pesquisa: Biologia Molecular; e, Neurofisiologia. E-mail para contato: matheusrosa@gmail.com

**Mônica Ramos Daltro** é professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Graduada em Psicologia. Mestre e doutora em Medicina e Saúde Humana. E-mail para contato: monica.daltro@uevora.pt

**Manoel Ribeiro de Moraes Júnior** é professor da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutor em Ciências da Religião pela Universidade Metodita de São Paulo (UMESP). E-mail para contato: manoelribeiromoraesjr@gmail.com

**Nicole Stef Vieira Candeloro** é psicóloga. Mestranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia Clínica; Pisologia Social; e, Psicologia Organizacional. E-mail: nicolecandeloro@usp.br

**Patricia Regina Bastos Neder** é professora da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: patneder27@gmail.com

# SOBRE OS AUTORES

**Pedro Junior Rodrigues Coutinho** é professor da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO). Doutorando em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: pedror.coutinho@hotmail.com

**Ronaldo Ferreira Pinheiro** é graduando em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia da Educação; e, Psicologia Clínica. E-mail para contato: ronaldofpinh@hotmail.com

**Silvio José Benelli** é professor da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: silvio.benelli@unesp.br

**Taís Poncio Pacheco Diniz** é psicóloga no Instituto Federal do Espírito Santo (IFES). Especialista em Saúde Pública. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail para contato: vcastel@unir.br

**Valdirene Rodrigues Pereira** é graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Áreas de interesse de pesquisa: Psicologia da Educação; e, Psicologia Clínica. E-mail para contato: valdirenepereira@gmail.com

## SOBRE OS AUTORES

**Vanderléia de Lurdes Dal Castel Schlindwein** é professora da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). E-mail para contato: vdalcastel@gmail.com

**Victória Carollyne Bonfim Silva** é graduada em Enfermagem. Atua profissionalmente e possui interesses na pesquisa nas áreas de Saúde Coletiva e Saúde Pública. E-mail para contato: vitoriabondim@gmail.com

**Waldir Périco** é graduado e mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Doutor em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail para contato: lubatistapsi@gmail.com

# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A editora IOLE recebe propostas de livros autorais ou de coletânea a serem publicados em fluxo contínuo em qualquer período do ano. O prazo de avaliação por pares dos manuscritos é de 7 dias. O prazo de publicação é de 60 dias após o envio do manuscrito.

O texto que for submetido para avaliação deverá ter uma extensão de no mínimo de 50 laudas. O texto deverá estar obrigatoriamente em espaçamento simples, letra Times New Roman e tamanho de fonte 12. Todo o texto deve seguir as normas da ABNT.

Os elementos pré-textuais como dedicatória e agradecimento não devem constar no livro. Os elementos pós-textuais como biografia do autor de até 10 linhas e referências bibliográficas são obrigatórios. As imagens e figuras deverão ser apresentadas dentro do corpo do texto.

A submissão do texto deverá ser realizada em um único arquivo por meio do envio online de arquivo documento em Word. O autor / organizador / autores /organizadores devem encaminhar o manuscrito diretamente pelo sistema da editora IOLE: http://ioles.com.br/editora

Copyright © Editora IOLE
2024

# CONTATO

**EDITORA IOLE**

Caixa Postal 253. Praça do Centro Cívico

Boa Vista, RR - Brasil

CEP: 69.301-970

@ http://ioles.com.br/editora

+ 55 (95) 981235533

eloisenhoras@gmail.com

Copyright © Editora IOLE
2024