

Diálogos sobre a Pandemia

vivências de profissionais e usuários das políticas
de Educação, Saúde e Assistência Social



Márcia Luíza Pit Dal Magro
Carine Vendruscolo
Tania Mara Zancanaro Pieczkowski
(Orgs.)


ARGOS
Editora da UnoChapecô

Diálogos sobre a Pandemia

vivências de profissionais e usuários
das políticas de Educação, Saúde
e Assistência Social



Márcia Luíza Pit Dal Magro
Carine Vendruscolo
Tania Mara Zancanaro Pieczkowski
(Orgs.)

Diálogos sobre a Pandemia

vivências de profissionais e usuários
das políticas de Educação, Saúde
e Assistência Social



Chapecó, 2023



FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA DO
DESENVOLVIMENTO
DO OESTE

Presidente

Vincenzo Francesco Mastrogiacomio

Vice-Presidente

Ivonei Barbiero



Reitoria

Reitor: Claudio Alcides Jacoski

Pró-Reitora de Graduação e Vice-Reitora: Silvana Muraro Wildner

Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão, Inovação e Pós-Graduação: Andréa de Almeida Leite Marocco

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: Márcio da Paixão Rodrigues

Pró-Reitor de Administração: José Alexandre de Toni

Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Vanessa da Silva Corralo

Este livro ou parte dele não podem ser reproduzidos por qualquer meio sem autorização escrita do Editor.

D536 Diálogos sobre a pandemia: vivências de profissionais e usuários das políticas de educação, saúde e assistência social [recurso eletrônico] / Márcia Luíza Pit Dal Magro, Carine Vendruscolo, Tania Mara Zancanaro Pieczkowski (Orgs.). -- Chapecó, SC: Argos, 2023.
443 p.: il. -- (Perspectivas; n. 76).

Livro eletrônico
Formato: PDF
Inclui bibliografias
ISBN: 978-85-7897-349-0

1. Pandemia da Covid-19. 2. Ensino e aprendizagem – Desafios. 3. Ensino remoto. 4. Serviços de saúde. 5. Política Pública de Assistência Social. I. Dal Magro, Márcia Luíza Pit. II. Carine, Vendruscolo. III. Zancanaro, Tania Mara. IV. Título.

Catálogo elaborada por Bibliotecária Nádia Kunzler CRB 14/1785
Biblioteca Central da UnoChapecó



Todos os direitos reservados à Argos Editora da UnoChapecó

Servidão Anjo da Guarda, 295-D – Bairro Efapi – Chapecó (SC) – 89809-900 – Caixa Postal 1141
(49) 3321 8218 – argos@unochapeco.edu.br – www.unochapeco.edu.br/argos

Editor-chefe: Ivo Dickmann

Conselho Editorial

Titulares: Odisséia Aparecida Paludo Fontana (presidente), Cristian Bau Dal Magro (vice-presidente), Andréa de Almeida Leite Marocco, Vanessa da Silva Corralo, Rosane Natalina Meneghetti, Cleunice Zanella, Hilario Junior dos Santos, Rodrigo Barichello, André Luiz Onghero, Marilandi Maria Mascarello Vieira, Diego Orgel Dal Bosco Almeida, Aline Manica, Andrea Díaz Genis (Uruguai), José Mario Méndez Méndez (Costa Rica) e Suelen Carls (Inglaterra).

Suplentes: Márcia Luíza Pit Dal Magro, Cristiani Fontanela, Eliz Paula Manfro, Marinilse Netto, Liz Girardi Muller

Dedicamos este livro às mais de 701 mil pessoas que morreram em decorrência da Covid-19 no Brasil e a todas que sobreviveram à pandemia. Esperamos que, por meio dos testemunhos, experiências e pesquisas aqui relatados, as histórias de vida e de morte destes “tempos sombrios” possam ser transmitidas a esta e às próximas gerações, e para que possamos aprender com isso.

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Introdução

PRIMEIRA PARTE

RELATOS DE PESQUISAS E REFLEXÕES TEÓRICAS

Pensando a pandemia entre o trauma e o testemunho: algumas palavras sobre dor e coragem

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Diego Orgel Dal Bosco Almeida

Escolarização de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em tempos de pandemia da Covid-19

Flávia Sanagiotto

Tania Mara Zancanaro Pieczkowski

Estratégias para evitar a contaminação pela Covid-19 utilizadas pelas equipes de enfermagem na fronteira

Caroline Correia

Elaine Thumé

Letícia de Lima Trindade

Michele Rohde Krolow

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Aulas remotas em tempos de pandemia: vivências e relatos de estudantes de graduação

Tania Mara Zancanaro Pieczkowski

Cleonice Lazzarotto

Ellen Guerra

Estudantes de enfermagem frente às mortes decorrentes da Covid-19 e os desafios da formação no manejo da morte

Liliane Pedon

Franciele Castanho

Círculo de cultura com hiperutilizadores: momentos de educação em saúde durante a pandemia *coronavirus disease*

Carine Vendruscolo

Poliana Lopes Alves Koszelski

Diane Basei De Conto

Eliani Mortari

Eui Carlos Sacramento

Rafael Gué Martini

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

A pandemia e o pós-pandemia de Covid-19 na perspectiva de professoras de escolas públicas: desafios do trabalho docente

Sara de Moura

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Elizangela Felipi

Fadiga por Compaixão entre profissionais de saúde: análise de imagens que circularam na mídia durante a pandemia

Maiara Daís Schoeninger

Letícia de Lima Trindade

Josiane Carneiro

Caroline Correa

Entre Genocídios e Pandemias: vidas Kaingang sobrevivendo |o Sul do Brasil e autodeterminação comunitária para enfrentamento da COVID-19

Leonel Piovezana

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

SEGUNDA PARTE

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Grupos de Desenvolvimento Humano em Tempos de Pandemia e Pós-Pandemia

Flávio Braga de Freitas

Diário de bordo: entre máscaras e álcool gel, histórias de cuidado de uma equipe de Saúde Mental durante a Pandemia

Carolina Santana Mafra

O sociodrama na minimização dos agravos à saúde mental em pacientes pós-Covid

Inara Lany Biavatti

Franciele Castanho

Sobreviventes da Covid-19: um nome para aqueles que protagonizaram uma experiência psicodramática

Liliane Pedon

Estéfani Bianca Küttner

Franciele Castanho

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Diário da Pandemia:

visões de uma médica e de uma enfermeira em meio ao caos

Gabriele Zuanazzi Tonello

Simone Orth

A Pandemia e o Sistema Único de Assistência Social (Suas): experiências e desdobramentos

Daniela Fernanda Schott

Projeto de Formação de Atores Multiplicadores para a atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: relato de experiência no estado de Santa Catarina

Patricia Sabina Marafon

Josilene Branco de Souza Sales

Eduardo Bonfim da Silva

El Covid 19 y la debelación de los problemas de la realidad social en Perú

Mario Mejía Huamán

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

**Dos encaminhamentos à efetivação do acesso
às atividades remotas, durante a pandemia Covid-19,
no ano de 2020, na Aldeia indígena Kondá de Chapecó-SC**

Abegair Farias de Lima

TERCEIRA PARTE

CARTAS PEDAGÓGICAS E OUTROS TEXTOS

Histórias de uma UTI Covid

Thais Aparecida Vasconcelos Rodrigues

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Pedro Francesco Alba Zardo

Eduarda Rebelatto de Almeida

Liliane Pedon

Uma dor que existe

Estéfani Bianca Küttner

Franciele Castanho

**Educação em Saúde no Brasil em tempos de Covid-19:
uma carta para Paulo Freire**

Carine Vendruscolo

Rui Carlos Sacramento

Ivo Dickmann

Sobre os autores

Créditos

Introdução

Este livro é resultado de um chamamento feito aos profissionais que atuaram e/ou pesquisaram junto as políticas públicas de Saúde, Educação e Assistência Social durante o período da Pandemia de Covid-19, a qual de acordo com a Organização Mundial da Saúde durou de janeiro de 2020 a maio de 2023. Este período, em que a vida mudou radicalmente, deixou para traz, no mundo, 14,9 milhões de mortes diretas e indiretas segundo a agência. Também produziu muitas sequelas, visíveis e invisíveis, seja nos corpos de quem sobreviveu à doença, seja nas relações humanas, no aumento da violência ou do empobrecimento, por fim, no mal-estar de nosso tempo.

Entendemos que o testemunho destes dias sombrios é necessário para que possamos elaborar as muitas dores, perdas, mas também o empenho e dedicação de muitos para minimizar os impactos do que alguns autores têm chamado de catástrofe. Somente elaborando coletivamente os traumas vividos teremos a chance de que eles não retornem na cultura, em atos de violência, apatia, angústia e indiferença.

O conteúdo desta obra foi escrito pelas mulheres e homens, cujos saberes profissionais, de um dia para o outro, tornaram-se a principal ferramenta para o enfrentamento à pandemia, os quais também testemunharam experiências dramáticas dos pacientes, estudantes e usuários

destas políticas públicas. Encontramos aqui algumas reflexões, excertos e problematizações sobre suas habilidades (ou a falta delas), os facilitadores e os obstáculos encontrados, suas angústias, as tristezas e as alegrias que permearam este período.

A organização desta obra parte de dois grupos de pesquisa, sendo eles Grupo de pesquisa Diversidades, Educação Inclusiva e Práticas Educativas do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Unochapecó e do Grupo de pesquisa Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde – LABIGEPS/UEDESC. É também, resultado de um projeto de pesquisa em parceria entre a Unochapecó e a Secretaria de Saúde de Chapecó, denominado “Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH) como tecnologia social para atenção à saúde mental no SUS e os desafios frente à pandemia da Covid-19”. Este foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e à Inovação do Estado de Santa Catarina e pelo Ministério da Saúde, por meio do edital de chamada pública 16 de 2020. A estas instituições, nosso agradecimento.

Esta obra está organizada em três partes. A primeira parte é composta por reflexões teóricas e relatos de pesquisa que tiveram a pandemia como objeto de estudo e/ou análise. As reflexões teóricas abrem o primeiro capítulo, versando sobre a dimensão traumática da pandemia e a função psíquica e social do testemunho para lidar com o trauma. Quatro capítulos desta parte põem em diálogo a pandemia e a educação, com pesquisas sobre a escolarização de estudantes com Transtorno do Espectro Autista, aulas remotas no ensino superior, formação dos estudantes de enfermagem para o manejo da morte, e o trabalho dos professores da escola pública. Três capítulos ainda relatos de pesquisa sobre a pandemia na política de saúde, os quais têm como foco estratégias para evitar a contaminação pela covid-19 utilizadas pelas equipes de enfer-

magem, educação em saúde com hiperutilizadores e a fadiga por compaixão entre profissionais de saúde. O último capítulo da primeira parte traz resultados de pesquisa junto à terra indígena Xaçecó.

A segunda parte deste livro evidencia relatos de experiência de diferentes profissionais que atuaram em distintas frentes e serviços durante a pandemia. Temos, assim, as reflexões sobre os Grupos de Desenvolvimento Humano em tempos de cenário pandêmico e pós-pandêmico. Apresenta-se ainda relatos referentes a um Centro de Atenção Psicossocial e a uma Unidade Básica de Saúde. Também aborda relatos de grupos de saúde mental com pacientes pós-covid, relatos de profissionais da do Sistema Único de Assistência Social, de professores de escolas públicas e de experiências de formação no controle social em saúde do trabalhador. Ainda, relata sobre os problemas que a pandemia provocou na realidade social do Peru.

A terceira e última parte do livro é composta por uma carta pedagógica para Paulo Freire sobre a educação em saúde no Brasil em tempos de pandemia, e outros dois textos, sendo um sobre histórias de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva que tratou pacientes com Covid-19 e outro com relatos de um sobrevivente da doença.

As organizadoras

PRIMEIRA PARTE
RELATOS DE PESQUISAS
E REFLEXÕES TEÓRICAS

**Pensando a pandemia entre
o trauma e o testemunho:
algumas palavras sobre
dor e coragem**

Márcia Luíza Pit Dal Magro
Diego Orgel Dal Bosco Almeida

*escribir
para decir el grito
para arrancarlo
para convertirlo
para transformarlo
para desmenuzarlo
para eliminarlo
escribir el dolor para proyectarlo
para actuar sobre él con la palabra*

Chantal Maillard

O poema de Chantal Maillard inspira, em parte, a escrita deste texto que se coloca imediatamente antes na ordem dos capítulos deste livro. Não é bem um capítulo, ainda que não seja também um texto introdutório. Nesse “entre-lugar”, o que segue nas linhas abaixo chamamos de “algumas palavras”, como refere o título. Palavras que compõem uma escrita. Escrita que, ao escrever, nos implica como sujeitos no mundo para transformá-lo e, ao mesmo tempo para nos projetarmos sobre ele. “Algumas palavras” no sentido de reconhecer que dizer e narrar são ações importantes e, ao mesmo tempo, podem ser

insuficientes diante da catástrofe, da indiferença, do negacionismo, da desumanização. As palavras podem ajudar a curar. Elas podem aliviar. As palavras, ou melhor, as narrativas, organizam nossa experiência, nossa identidade. São, portanto, um refúgio. Ao mesmo tempo, dizer e narrar requerem coragem e capacidade também de ouvir, de prestar atenção no sofrimento que é, às vezes, indizível.

Consideramos importante, além da apresentação mais “técnica” dos capítulos que seguem nas próximas páginas, como aparece na “Introdução” deste livro, narrar um pouco mais sobre o que os(as) leitores(as) encontrarão nos textos que compõem esta coletânea. Escrevemos mais por entender que a palavra é uma espécie de refúgio corajoso, apesar de tudo. Porque compreendemos que o que segue nas próximas páginas significa e é parte de nossa atuação no mundo, ainda que a palavra seja, também exemplo de nossa precária e sempre provisória relação com o mundo. A palavra é uma marca, um vestígio que deixamos a outrem sobre aquilo que vivemos, sobre o que testemunhamos, sobre as nossas experiências. Narramos, afinal, e, a partir das narrativas, nos tornamos, somos.

As narrativas, esse conjunto difuso, sensível e subjetivo de palavras combinadas, dizem sobre o que há ou houve e também nos falam sobre aquele(a) que diz. Ao escrever, ao dizer, enfim, podemos nos projetar e projetar um contexto, atuando sobre ele, com a palavra. Amor, revolta e dor podem ser narradas. Dissemos (ou escrevemos) para aliviar e para gritar. Ao dizer, nos projetamos no mundo e atuamos sobre ele. Talvez essa seja a dimensão central deste livro: uma operação reflexiva que o teor dos capítulos permite que façamos: articular as relações possíveis entre a dura realidade (cuja marca caracteriza-se como um sofrimento indizível) e a palavra como um refúgio sublinhado pela coragem, já que podemos escutar (ou ler) o narrado

do insuportável, do que foi dolorido. Uma relação, entre tantas possíveis, entre o testemunho e o trauma.

Em busca das faces do trauma na pandemia: política e psicanálise

A pandemia reapresenta o que Gondar (2012), no rastro de outros autores como Hobsbawm, trata como um tema fundamental de nossa história – a catástrofe – e sua consequência imediata – o trauma coletivo. Segundo Erikson (2011), o trauma destrói os vínculos que ligam as pessoas e comprometem o sentido de comunidade. A pandemia, como um evento doloroso e difícil, tem sido vista, inclusive, como um evento que, afinal, marcaria “inícios” e “fins”, dada sua magnitude e abrangência. Seja como for, o trauma é um dos elementos centrais nesse tipo de evento. A pandemia é política porque ela teve uma magnitude coletiva e nos afetou de modo desigual, porque não ocorreu a despeito de nossas desigualdades, mas a partir delas, acentuando-as. Ela nos permitiu enxergar o que talvez não quiséssemos ou não estivéssemos acostumados(as). Assim, a pandemia pode ser compreendida como política porque coletiva e desigual. Por outro lado, ela também é política no sentido do compartilhar, do sentimento de comunidade que ela pode invocar ou fazer perceber.

Sándor Ferenczi, que tem o trauma psíquico como centro de sua obra, compreende que este é um fenômeno que ocorre em três tempos. Em um primeiro tempo ocorre um acontecimento externo a um sujeito vulnerável, que de forma súbita deflagra dor e um excesso de excitação pulsional de intensidade insuportável, o qual provoca tentativas de evasão e simbolização. É um momento ápice, doloroso. Kupermann

(2022) denomina esse primeiro momento do incidente traumático como o “tempo do indizível”, cuja intensidade não permite, portanto, o dizer. Assim, depois de se deparar com o evento difícil, e tomado pela angústia que este provoca, o sujeito faz um apelo ao reconhecimento da dor e do ultraje sofrido, buscando um outro de confiança que possa testemunhar e ajudar a nomear aquilo que ele sente como indizível. Este segundo tempo do trauma se caracterizaria como o tempo do testemunho, que, afinal, passa a exigir deste outro (aquele que testemunha) posição de hospitalidade e empatia para ajudar a nomear e simbolizar a dor psíquica. É quando o “indizível”, que assim se caracteriza devido a dor que causa, pode tornar-se “dizível”, “narrável”. É quando esse “dizer”, nem sempre linear ou mesmo sem sentido à primeira vista, aos solavancos, passa à transmissão simbólica. Doloroso e corajoso, portanto, caracteriza-se pelo sofrimento imposto em um evento traumático que passa a ser transmitido em palavras. A relação entre dor e coragem, neste caso, depende de alguém, de uma escuta generosa, de um ímpeto de comunidade, do compartilhamento que o trauma desfez. De um entendimento sobre o próprio compartilhar, que ocorre entre aquele que diz e aquele que escuta (ou lê).

Se o trauma compromete o sentido de comunidade, é no caminho oposto, ou seja, na reconstrução desse sentido de coletivo, de grupo, que o trauma pode ser elaborado, apesar e por causa do sofrimento. Daí a ideia de testemunho, como tomada reflexiva do passado. Contudo, o trauma somente adquire sua face desestruturante perante o fracasso do testemunho, ou seja, de um outro que se mostra incapaz de escutar a dor e de atestar o desalento vivido frente a um acontecimento difícil (Kupermann, 2022). Ferenczi toma a criança como o protótipo do sujeito vulnerável suscetível ao trauma, mas a ideia desta vulnerabilidade psíquica vem sendo estendida às várias formas de vida. Como

diz Kupermann (2022) “[...] ante a ameaça de morte, exclusão, segregação e violência, somos todos crianças em busca de um testemunho que possa nos auxiliar a resgatar nossa dignidade atingida pela indiferença daqueles a quem se recorreu em busca de auxílio” (p. 91).

Podemos pensar que a pandemia produziu uma vulnerabilidade que nos tomou a todos pelo risco da morte (nossa ou das pessoas amadas por nós). O enfrentamento da finitude, que de acordo com Freud (2020) é uma das causas do mal-estar na cultura, mostra sua dimensão avassaladora quando nos deparamos com o saldo de 14,9 milhões de mortes do período pandêmico, apresentados pela Organização Mundial da Saúde (2021). As cenas das covas coletivas, dos corpos se empilhando nos necrotérios pôs por terra nossa ilusão onipotente de que a ciência e os recursos tecnológicos atuais nos protegeriam da doença e da morte prematura.

Mas não podemos e não devemos negar que a intensidade desta vulnerabilidade foi determinada por condições de classe econômica, raça, sexo, faixa etária, entre outras variáveis, as quais se interseccionaram e produziram diferenças abissais nas experiências de dor e sofrimento, e nas possibilidades de enfrentá-las. Por exemplo, a experiência de sentir sua vida ameaçada pelo vírus, ao mesmo tempo em que esta também está ameaçada pela pobreza e a fome, gera uma intensidade diferente de se lidar com a mesma ameaça dentro de uma casa segura, com seus meios de subsistência garantidos. Assim, invocamos o *meme* que circulou pelas redes sociais durante a pandemia, o qual dizia “estamos todos na mesma tempestade mas com embarcações diferentes”. Lidamos de formas diferentes com o contexto pandêmico, não apenas individualmente. Também socialmente nossos corpos foram desiguais, porque socialmente vivemos sob diferentes marcadores sociais: classe, gênero, cor da pele, entre outros.

Se todos estávamos vulneráveis em alguma medida frente a esta catástrofe que nos afetou repentinamente, cerceando nossas relações sociais e ameaçando nossas vidas, o que podemos dizer sobre o testemunho da dor destes tempos tão difíceis? Podemos começar pelo fato de que o ato de testemunhar pressupõe a presença de um outro. Mas o que Ferenczi nos traz é que não é a mera presença de um observador da dor psíquica que impede o trauma, mas a presença de uma testemunha implicada, que por meio de uma posição empática e hospitaleira, reconheça nossa dor e nos ajude a nomeá-la. Assim, o coletivo a que remetemos neste capítulo, ou seja, esse “nós” que aqui aparece, é também uma implicação que assumimos para além de uma escrita conceitual ou acadêmica, mas uma linguagem conceitual preenchida de implicações como sujeitos desse tempo, dessa era de catástrofes.

Podemos dizer que uma característica distintiva da pandemia, de outros eventos potencialmente traumáticos de nosso tempo, é que não havia testemunha que não compartilhasse da experiência dolorosa e, por vezes, politicamente ultrajante da situação que se instalou no planeta. Ultrajante devido ao negacionismo, sobretudo, que teve, no discurso político, a desinformação como instrumento de dominação no Brasil e em outros países do mundo. Assim, a negação do evento traumático, ou como se denominou o caso específico da Covid-19, o negacionismo em torno da emergência de saúde pública, quando relacionada ao potencial ético e político do testemunho, pode ser visto a partir de Ferenczi (2011) que nos diz: “O pior é realmente o desmentido, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento [...], é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico”. Podemos afirmar, então, que o negacionismo interdita a possibilidade de um olhar coletivo sobre a pandemia. O negacionismo desmente a experiência e, portanto, se torna um obstáculo ao seu compartilha-

mento. Não parece à toa que uma das lógicas do discurso do governo brasileiro entre 2019 e 2022 tenha sido o apelo ao indivíduo em detrimento da comunidade. Reconhecer a magnitude da pandemia seria, na concepção que orienta esse discurso político, retroceder na disputa pelo poder que se acentuou nos últimos anos.

Não será demais lembrar. Não nos faltam exemplos da operação do desmentido da pandemia. Esta foi tratada como “gripezinha”, serviu para alguns ganharem dinheiro vendendo tratamentos precoces ineficazes ou “sementes milagrosas”. Também teve o atraso da compra da vacina, a tentativa de vendê-la primeiro para o setor privado mesmo tendo um sistema público e universal de saúde, depois sua difamação e a emergência do movimento anti-vacina. E, em meio a tudo isso, a negação do acesso aos dados sobre o número de mortes para a imprensa. Sobre isso, aliás, os principais jornais e veículos de mídia do país formaram um “consórcio” para divulgar os números de contaminações e mortes causados pela pandemia. Divulgação que desapareceu dos sites oficiais, como no caso do Ministério da Saúde. A própria divulgação foi, senão proibida, ao menos cerceada por órgãos oficiais. Saber dos dados que envolviam a pandemia passou a ser informação que se obtinha “extraoficialmente”. Ou seja, veicular informações que nos colocavam em comunidade, como um coletivo diante da dor e da catástrofe, passou a ser interdito e a obtenção de informações não se dava oficialmente. Diante de um discurso político que não retrocedia no seu intuito de dividir, fomos tratados como vidas descartáveis que podiam ser expostas a morte. Entendemos que um evento como este abala profundamente nossos ideais de confiança e proteção, nosso senso de comunidade já fragilizado pelo neoliberalismo e, na pandemia, profundamente acentuado.

Tendo em vista que a constituição do trauma ou a ultrapassagem da dor psíquica é um fenômeno que se dá na relação entre pessoas, é por meio da constituição de espaços relacionais e intersubjetivos que podemos lidar com o traumático da pandemia. Nesse sentido, Kupermann (2022, p. 73) diz sobre o trauma que “[...] as marcas da agressão sofrida são indeléveis”, ou seja, não desaparecem. Sendo assim, é sobre a repetição do tempo do testemunho que podemos e devemos atuar. Esta é a tarefa que nos convoca a todos, a narrar e também a testemunhar empaticamente a dor, o ultraje, a solidão, a raiva que nos abateu, reconhecendo e validando o que sentimos, nomeando estas experiências, construindo outros modos de existir para que possamos, enfim, lidar com o mal-estar que nos toma. O trauma coletivo é, assim, político, porque o testemunho, o terceiro tempo do trauma, é coletivo, envolve um outro, um dever de comunidade.

Dimensões do testemunho: pressupostos epistemológicos (e políticos) nas narrativas da pandemia

Em primeiro lugar, sem dúvida, as narrativas destas páginas não se resumem tão somente a elaborações intelectuais apenas no sentido de uma linguagem conceitual. Se podemos dizer que, em parte, conjugam reflexões cujo caráter poderíamos denominar de “acadêmico”, elas também integram posicionamentos sensíveis, éticos e políticos acerca de um contexto que alterou profundamente nossas vidas, o contexto da pandemia. Quando dissemos “nossas”, estamos justamente remetendo o pronome para a dimensão coletiva da vida e, afinal, do que ocorreu em relação à pandemia e, desde já, compreendendo a

subjetividade e o individual não apartados do todo que lhe confere o contorno. Assim, as narrativas, e, portanto, as palavras que seguem nas próximas páginas, guardam dimensões que nos implicam como sujeitos no contexto. Implicações que, claro, não estiveram livres de uma intersubjetividade que testemunhou o sofrimento, a dor, a dureza de nossa vida social reforçada por um contexto catastrófico e traumático.

Em segundo lugar, entendemos que palavra é um meio, nossa articulação com a realidade. Ou, para os pós-críticos, ela é a “realidade”. Assim, a palavra (e por que não dizer a narrativa ou a história) pode ser vista também como uma espécie de articulação entre o presente e o passado. Ou mesmo aquilo que chamamos comumente de presente, esse abstrato fugidio que no próprio ato de dizer já é, de novo e de novo, para sempre passado. Neste livro, os(as) leitores(as) não encontrarão um passado único, com relação à pandemia, “como ele de fato foi” (Benjamin, 1994, p. 224), mas uma articulação ética política, e também epistemológica. Articulação que, na nossa compreensão, não se assume como uma narrativa, memória e história única. Justamente por ser articulação, trata-se de algo que emerge como contraponto ao que teima em permanecer invisível (ou invisibilizado). Para Walter Benjamin, a quem recorreremos quando propomos a palavra como refúgio corajoso, “[...] nós articulamos o passado [...] nós não o descrevemos, como se pode tentar descrever um objeto físico” (Gagnebin, 2009, p. 40). A palavra pode confortar e confrontar, portanto. Assim como a história, no entrecruzamento do passado com o presente (e nas projeções do futuro) não é asséptica.

Em um conhecido ensaio sobre o papel das narrativas nos grupos humanos, Walter Benjamin (1994, p. 197-221) destacou que a figura do narrador já não estaria mais entre nós. A “arte de narrar” estaria em “extinção” (Benjamin, 1994, p. 197). Com o avanço do capitalismo

e da racionalidade instrumental, a experiência, fonte da narrativa, não seria mais o elo, a “liga” que faz do grupo um grupo, ou seja, aquilo que nos identifica a partir do compartilhado, considera Benjamin em um contexto marcado pela guerra no século XX. Para o filósofo, ao “final da guerra, observou-se que os combatentes voltavam mudos do campo de batalha, não mais ricos, e sim mais pobres em experiência comunicável”. E sobre a história da guerra, assevera ainda: “[...] dez anos depois, na enxurrada de livros sobre a guerra, nada tinha em comum com uma experiência transmitida de boca em boca” (Benjamin, 1994, p. 198). A decadência da narrativa guarda relação com o avanço do capitalismo e, porque não dizer, da guerra, da violência.

O calar-se dos soldados que voltavam para casa depois da experiências vividas nas trincheiras da Primeira Guerra, refletido por Benjamin, poderia ser articulado com o registro fotográfico de Alfred Eisenstaedt que data do fim da Segunda Guerra Mundial. O retrato que ficou conhecido como “O beijo” marcou, de certa maneira, o imaginário do fim do mais mortal e violento dos conflitos em 1945. Na foto, um marinheiro beija uma enfermeira tendo como cenário a Times Square, em Nova Iorque. O registro, além de marcar a vitória dos países aliados e, de certa forma, a liderança econômica dos Estados Unidos que se concretizaria dali em diante, valorizava o sentimento que deveria predominar em contraponto ao contexto de guerra, marcado pela violência sem precedentes. O registro esconde os horrores do conflito. Nada se diz sobre a violência, o mal e o horror na foto. O registro concretizava uma espécie de assepsia do contexto. A imagem se tornava um refúgio idílico e não corajoso, exceto pela ideia de uma coragem associada ao poder do masculino que, ao voltar da guerra, comemora seu triunfo com um beijo na mulher amada. Um certo

tipo de escape, muito pouco realista, excessivamente asséptico e profundamente ideológico, quando relacionado ao contexto.

É necessário rememorar, apesar da dor. Rememorar é diferente de comemorar. As paradas militares e as festas religiosas comemoram. Na comemoração, os sentidos são o de celebração e não o do dever ético e político que aqui reforçamos no teor dos capítulos desta coletânea. Precisamos, “[...] em vez de repetir aquilo que se lembra, [abrir-se] aos buracos, ao esquecido e ao recalcado”. O narrar pode ser compreendido, desse modo, um dizer não livre de “[...] hesitações, solavancos, incompletude, aquilo que ainda não teve direito nem à lembrança nem às palavras” (Gagnebin, 2009, p. 55). Não será demais rememorar aqui, ainda que não livre de uma sensação de revolta, do discurso oficial do governo brasileiro, vindo especialmente da presidência da República, que contribuiu sobremaneira para aprofundar desinformação sobre uma doença até então muito pouco conhecida, mas bastante letal. Rememorar torna-se, então, um dever ético e político diante de um evento como a pandemia. Trata-se da nossa relação com o outro. Um outro que somos nós no passado, aqueles(as) que sobreviveram e os(as) que já se foram. O vírus, ao contrário do que já se disse, não foi neutro, ainda que falemos em termos científicos e estatísticas. O Brasil foi um dos epicentros da doença e um mau exemplo no mundo. Os corpos, dos vivos e dos mortos, estão marcados pelas desigualdades que envolvem todos os marcadores sociais, como gênero, classe e cor da pele. Rememorar como dever ético e político é, portanto, reconhecer todas as dimensões da vida social, acentuadas por um contexto extremo, de pandemia.

Ao compreender os relatos como testemunhos, podemos dizer que os textos que constituem esta coletânea não deixaram de cora-

josamente enfrentar esse passado recente, de uma forma ou de outra ainda presente. Como “testemunhas” somos aqueles(as) que “não vão embora” que conseguem “[...] ouvir a narração insuportável do outro e [aceitar] que suas palavras levem adiante [...] a história do outro” (Gagnebin, 2009, p. 57). Mais do que isso, entendemos, assim como os autores e autoras que compartilham palavras e ideias neste livro, que além de uma tomada reflexiva do passado recente, há uma atitude corajosa em cada palavra que não apenas refúgio asséptico, um enfrentamento doloroso e corajoso que nos ajuda a inventar um presente (e um futuro) apesar de tudo.

Como narradores(as), os(as) autores(as) deste livro aparecemos implicados em um contexto cuja dureza e dor nos impôs um trauma que compartilhamos. Somos narrativas de testemunho em relação à pandemia. Diante do negacionismo, do trauma coletivo e da dor, recolhemos o que foi deixado de lado, o que parecia não ter importância em órgãos oficiais. Vamos além dos números e das estatísticas. Corajosamente, ainda que com dor, nos refugiamos na palavra. Ao que não têm ainda nome, ao que não deixou rastro devido à assepsia neoliberal, ao que não interessa à história oficial, aos que sobreviveram e aos que desapareceram, temos o dever da memória.

Referências

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ERIKSON, K. Trauma y comunidade. In: ORTEGA, F. (Org.). **Trauma, cultura e historia**: reflexiones interdisciplinarias para el nuevo milenio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011. p. 63-84.

FERENCZI, Sándor. **Obras completas: Psicanálise IV.** 2 ed., São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

FREUD, Sigmund. **Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos.** Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Lembrar escrever esquecer.** 2.ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

GONDAR, Jô. Ferenczi como pensador político. **Cadernos de Psicanálise**, v. 34, n. 27. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

KUPERMANN, Daniel. **Por que Ferenczi?** 2 ed., São Paulo: Zagodoni, 2022.

MAILLARD, Chantal. Escribir. **Educação.** Porto Alegre, n. 2, v. 30, p. 377-393, maio/ago. 2007. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/564/394>. Acesso em: 22 jun. 2023.

Escolarização de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em tempos de pandemia da Covid-19¹


Flávia Sanagiotto

Tania Mara Zancanaro Pieczkowski

Introdução

Em consonância com o objetivo desta coletânea de textos, este capítulo visa registrar vivências do período pandêmico que assombrou o mundo a partir do início do ano 2020. Nesse contexto, estudantes, pais e professores tiveram que se adequar a um novo cenário. Aulas presenciais se transformaram repentinamente e a tela dos computadores, *tablets*, *smartphones* e outros aparelhos eletrônicos tornaram-se essenciais. Os professores assumiram novas formas de mediação do processo de ensino e aprendizagem, necessitando da participação das famílias nesse empreendimento. O desafio foi ainda maior aos estudantes que apresentam Transtorno do Espectro Autista (TEA), os quais são os sujeitos da investigação relatada neste texto.

Este capítulo está inspirado na dissertação de Mestrado em Educação da primeira autora, Flávia Sanagiotto, sob orientação da

1 Apoio: Unochapecó e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) .

segunda, Tania Mara Zancanaro Pieczkowski. A pesquisa é desenvolvida no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, vinculada à Linha de Pesquisa Diversidade, interculturalidade e educação inclusiva e ao Grupo de Pesquisa Diversidades, educação inclusiva e práticas educativas.

O objetivo geral da pesquisa é compreender como aconteceu o processo de escolarização de crianças com TEA, incluídas nas classes comuns, durante a pandemia da Covid-19, segundo as narrativas de professores e familiares. Michel Foucault e autores que nele se amparam são aportes teóricos relevantes para a compreensão da escolarização de crianças que representam a diferença, em contextos escolares marcados pela lógica da normatização e normalização. O *locus* da pesquisa são cinco escolas de educação básica da Rede Municipal de Educação localizadas no perímetro urbano do município de São Lourenço do Oeste (SC), o que representa a totalidade de escolas que tiveram alunos com TEA matriculados no ano de 2020, primeiro ano da pandemia da Covid-19. A geração de materialidades empíricas aconteceu por meio de entrevistas narrativas direcionadas aos professores e familiares de crianças com TEA, matriculados nas escolas selecionadas, nos terceiros e quartos anos do ensino fundamental. Para este capítulo selecionamos apenas alguns excertos de narrativas de três professoras e três famílias entrevistadas, para evidenciar sentimentos recorrentes e relevantes relatados pelos participantes do estudo. Apresentaremos, na sequência, aspectos conceituais acerca do tema em debate.

Aspectos conceituais

O Transtorno do Espectro Autista (doravante denominado TEA) é considerado um Transtorno do Desenvolvimento, definido por funcionamento característico que distingue os sujeitos que o apresentam dos demais, especialmente na interação social, na comunicação e no comportamento. O tema *Transtorno do Espectro Autista* apresenta-se como um campo de vários debates no mundo acadêmico, nas políticas públicas, bem como no contexto educacional. Tais debates surgem devido a um aumento no número de diagnósticos, nomeado por alguns autores, a exemplo de Rios *et al.* (2015), como uma suposta “epidemia” de casos, o que chama a atenção não somente do mundo acadêmico, mas também da população geral e recebe amplo destaque da mídia.

Frente a esse contexto, Rios *et al.* (2015) analisaram 476 matérias sobre TEA no arquivo digital de quatro veículos brasileiros de comunicação: *Folha de São Paulo*, *O Estado de São Paulo*, *O Globo* e *Veja*, no recorte temporal de janeiro de 2000 a outubro de 2012 e destacam um aumento de 1055% no número de matérias sobre o tema nesse período. Ademais, segundo os autores, 32% das redações jornalísticas se manifestam na esfera das neurociências para compreender e se referir ao TEA.

É importante considerar que essa ebulição do tema se deu, sobretudo, em decorrência da visibilidade que o autismo ganhou nos últimos anos. Segundo Lima (2012), tal ênfase está relacionada a vários fatores: aumento da consciência das famílias em relação ao desenvolvimento dos filhos; melhor definição dos critérios diagnósticos do TEA; a repercussão do assunto nos meios midiáticos; e conhecimento

mais alargado dos profissionais que interagem com a criança (educadores, médicos, pediatras, etc.) acerca do TEA.

O aumento da presença de crianças com TEA nas escolas nos últimos anos é resultado dos processos de inclusão e do direito de toda criança frequentar a escola comum, um importante espaço para o relacionamento social e desenvolvimento infantil. A Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, estabeleceu a “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”, e assegurou a estes o direito dos benefícios da inclusão, dentre eles, e especificamente para os estudantes, a convivência escolar sem qualquer discriminação, de ter um profissional de apoio na escola se a avaliação multiprofissional assim indicar e de ter sua especificidade respeitada e reconhecida.

A escolarização de crianças com TEA durante a pandemia da Covid-19

Desde o ano de 2020, vivemos um contexto atípico, ainda mais difícil para as pessoas com TEA e suas famílias. Diante do cenário da Covid-19, as práticas que envolvem o processo de escolarização tradicional passaram por mudanças significativas. A escola, que antes ensinava as crianças de modo presencial, viu-se desafiada a prover ensino remoto, forçando os estudantes a uma reorganização da rotina e a uma adaptação ao isolamento social, com o objetivo de reduzir o risco de contaminação. Em consequência disso, os pais tornaram-se os protagonistas no processo de ensino e aprendizagem de seus filhos, assumindo funções que até então eram dos professores. No Brasil, o iso-

lamento social decorrente da pandemia da Covid-19 afetou cerca de cinquenta e dois milhões de estudantes (Barbosa; Anjos; Azoni, 2022).

Veiga-Neto (2020, p. 5) destaca que uma pandemia é entendida “[...] como um fenômeno sanitário, sociocultural e ambiental extremamente complexo, mutável e situado num patamar epistemológico acima das raízes que lhe dão origem e o alimentam, ela é irredutível a qualquer uma das muitas variáveis que dela participam [...]”. O autor afirma que, ainda mais do que uma pandemia, vivemos uma *sindemia* e afirma que o seu conceito, criado pelo antropólogo e médico estadunidense Merrill Singer na década de 1990, designa “[...] as combinações sinérgicas entre a saúde de uma população e os respectivos contextos sociais, econômicos e culturais, aí incluídos os recursos disponíveis (hospitais, ambulatórios, medicamentos, especialistas etc.) [...]” (Veiga-Neto, 2020, p. 4).

O novo contexto impôs inovações nas práticas pedagógicas/educacionais para prosseguir com a escolarização, mediadas pelo ensino remoto. Contudo, nem todos os professores e nem todas as famílias apresentavam familiaridade com as tecnologias e, não raras vezes, as famílias não dispunham desses recursos no ambiente domiciliar. Na sequência, nossos relatos farão referência ao ano de 2020, primeiro ano da pandemia que ainda está em curso, embora a proteção proporcionada pelas vacinas tenha reduzido drasticamente o número de mortes decorrentes da Covid-19 e propiciado mais segurança à população.

Diante do exposto, sentimo-nos desafiadas a compreender como foi o processo de escolarização dos estudantes com Transtorno do Espectro Autista no primeiro ano da pandemia, por meio do olhar dos seus professores e familiares e dividir com os leitores essa experiência. A definição pelo primeiro ano se justifica pelo fato de ter sido o período de maior insegurança, quando ainda não havia a oferta de

vacinas, e o isolamento social se fez necessário para controlar o vírus e proteger vidas.

O que dizem os professores e familiares acerca da escolarização de crianças com TEA durante o período de isolamento social decorrente da pandemia

Ao longo do tempo o isolamento social de crianças com TEA já foi naturalizado e tais crianças foram consideradas ineducáveis. Para as escolas, foi conveniente que tais crianças não frequentassem as classes comuns, alegando o despreparo profissional, especialmente quando as características do autismo são muito expressivas, como a ausência ou limitada interação social, estereotípias, agitação, emissão de sons ou gritos, ou seja, casos em que o comportamento da criança difere de forma substancial em relação ao grupo. Para algumas famílias, também pode ser mais fácil manter as crianças nas casas ou em instituições especializadas, em ambientes controlados, o que deixa tais crianças mais “calmas”, ou seja, “invisíveis”. Os olhares dos colegas, dos profissionais atuantes nas escolas, dos familiares de crianças consideradas “normais” podem ser significados pelos pais de crianças com TEA como cruéis, discriminatórios e excludentes. Algumas famílias retiram seus filhos de escolas/turmas frequentadas por crianças com deficiência, receosas de que seus filhos sejam prejudicados e a escola “nivele por baixo”, atitudes e expressões já presenciadas e ouvidas por nós.

Há poucos dias, acompanhamos uma matéria televisiva descrevendo uma situação em que viajava em um avião uma criança com TEA acompanhada pelos seus pais. A agitação física e os gritos de tal criança incomodaram parte dos passageiros que culpavam os pais pelo

incômodo que eles sentiram, acusando-os de serem incapazes de estabelecer limites na educação do filho. Tomamos conhecimento, também, de uma situação vivenciada em um condomínio residencial na cidade de Chapecó (SC) em que a reação dos moradores foi encaminhar um abaixo-assinado solicitando ao síndico a mudança da família com um adolescente com TEA durante a pandemia, pois ele gritava, produzia sons com objetos durante crises e isso os incomodava. Os pais foram acusados de maltratar o filho, o que era inverídico. Destacamos esses dois fatos para salientar que embora o tema tenha ganhado visibilidade, a convivência com pessoas com TEA é desafiadora e requer a compreensão de que a diferença existe e deve ser reconhecida.

Na sequência, destacamos narrativas de professores e mães de crianças com TEA, registradas no período de dezembro de 2022 a março de 2023. As narrativas fazem referência ao ano de 2020, quando as aulas foram canceladas e o que parecia ser breve estendeu-se por mais de um ano, em alguns casos, por dois anos. Diante do contexto de medo e insegurança, foi necessário repensar novas práticas educativas, para que o processo de ensino e aprendizagem ocorresse e o acesso dos alunos com TEA à educação fosse possibilitado, mesmo em situações de isolamento social.

A seguir, destacamos alguns excertos de narrativas que revelam a recorrência e relevância das manifestações de professoras e mães entrevistadas.

Narrativas de professores

Para o início dos diálogos, ouvimos as professoras acerca de como é ensinar estudantes com TEA. As participantes relataram, ini-

cialmente, o breve período de convivência de pouco mais de um mês, quando as aulas eram presenciais, ou seja, anterior à pandemia.

A Professora A faz referência à Criança 1, narrando:

Como eu te falei antes, no começo, ele ainda na sala de aula, foi um pouco difícil, ele não ficava muito, então assim, ele gostava de ficar fora. Ele ficava lá dentro, ele ficava um pouquinho, ele já queria ir pra fora, sabe? Daí ainda que eu tinha aquele menino, o estagiário, muito bom, ajudava ele. A gente dizia, ó, vai ficar um tempo com ele, depois volta porque ele se acostuma. Ele queria ficar o tempo todo lá fora, entendeu? Mas foi assim, foi um pouco difícil. Mas, no decorrer dos dias as coisas foram se alinhando. E os pais também, muito participativos, muito, meu Deus. Depois também, enquanto estive em casa.

A Professora B descreve a Criança 2 da seguinte forma:

[...] quando eu olhava a Criança 2 estava no chão, se jogava no chão, deitado, brincando com o chinelo, brincando com os lápis, com a borracha, foi bem complicado. [...] eu me desesperei. Porque ele precisava de alguém do lado dele. [...] Então assim, eu senti muito quando a gente se afastou dele. Até o que eu pedia pra mãe trazer ele pra eu o avaliar cada dois meses, três meses, na escola. Eu ficava de máscara. Avaliar como que estava sendo para ele. O desenvolvimento de aprendizado dele.

Por sua vez, a Professora C nos conta:

A Criança 3 era uma criança sempre em movimento. Por mais que estivesse sentado, estava mexendo as mãos, quebrando os lápis, rasgando papel. Esta talvez tenha sido as principais características que me marcaram. Além, é claro, dele já ter chegado alfabetizado, dele ser muito bom verbalmente. A gente olhava

pra ele, no fundo não parecia uma criança autista, com todas aquelas características que normalmente elas apresentam.

Perguntamos à Professora A acerca da oferta de adaptação curricular, tendo como referência a Criança 1, ao que ela relata:

Não, não eram as mesmas que eu fazia com os demais. Era diferente, diferenciada, [...] para a condição dele. Eu lembro que eu não fiquei muito tempo com ele. Eu acho que foi uns seis meses que eu fiquei. Eu não sei por que eu saí, se eu peguei outra coisa depois que me surgiu uma outra oportunidade, acho que foi isso na época.

Questionamos, também, como percebe a importância da inclusão para crianças com TEA, a exemplo da Criança 1 e a Professora A relata:

Eu não sei nem como colocar, assim, mas, eu não sei até que ponto de ele estar ali com os demais... Entende? Porque eu acho que, como que eu poderia usar... Que no mesmo momento eu acho que não é que ele vai se sentir excluído, entende? Mas eu acho que ele teria que, não sei, se ele estando ali, 'junto com os demais', porque ele não consegue se... como é que eu vou dizer... tipo, ele não se agrupava com os demais, digamos assim. Então, não sei se ao mesmo tempo não é exclusão, vamos dizer assim. Os demais, eles não têm aquilo de chegar com ele, de interagir. Ele queria estar no canto dele, no jeito dele, eles têm outro mundo. Então, assim, não sei até que ponto isso é bom ou ruim. Eu fico até meio assim de comentar também, né? Claro, ele tem que conviver com os demais. Não é que eles são diferentes, é que o mundo dele é diferente. Eles vivem em outro mundo, esses meninos autistas.

A Professora C se manifesta em relação à sua percepção sobre o processo de inclusão escolar de crianças com TEA, afirmando:

Olha, eu tenho experiência familiar de aluno com autismo. E o caso dele é bem sério. No início eu achava que não funcionava. Quando ele ia pra escola e voltava pra casa nervoso, é um sobrinho, eu pensava, porque que ele tem que ir pra escola? Mas depois, agora, bastante tempo dentro da escola, ir vivendo esta experiência, eu acho muito, muito importante essa interação, tudo.

Questionamos a Professora A sobre como eram as aulas com a Criança 1 no período de isolamento e sua narrativa foi:

[...] a gente mandava as coisas para fazer em casa. Nossa, como ele fazia, eu mandava pra mãe fazer. E assim, ela mandava as fotos, sabe assim bem envolvida, trazia as atividades.

[...]

Organizava atividades impressas semanais e também atividades para estimular a coordenação motora, como rasgar papel, com massinha. Para a parte ampla, tipo, brincadeiras que ensinam a coordenar o corpo no espaço. Acompanhou muito pouco as aulas dadas. Executava mais as atividades que falei, que preparava.

Por sua vez, a Professora B, ao referir o trabalho realizado com Criança 2, relata:

A gente tinha uma plataforma via prefeitura e a gente trabalhava nessa plataforma.

[...]

[...] resolvemos fazer umas apostilas de alfabetização. Eu senti muita dificuldade porque eles não davam retorno. A família da

Criança 2 não me dava muito retorno tipo, de cinco atividades, eles me mandavam uma, no máximo duas. Então foi bem complicado.

Discorrendo a respeito do mesmo questionamento feito às demais professoras, a Professora C, atuante com a Criança 3, nos diz que ficaram pouco tempo com a turma e logo aderiram ao isolamento social. Embora o relato esteja extenso, optamos por destacar na íntegra pela sua relevância.

Usávamos uma plataforma. Lá lançávamos todas as atividades, ia e voltava para a correção. Com a turma da Criança 3, nós desenvolvemos uma apostila, em rede, para os alunos com maior dificuldade, inclusive os inclusos. Os pais iam à escola a cada 15 dias para retirar e trocar o material. Para não perder o contato e ensinar falando com as crianças, eu resolvi começar gravar vídeos pelo YouTube. Tanto é que eles me conheciam bem e assim nós tínhamos uma afinidade muito grande, também às vezes eu fazia aulas virtuais. A cada quinze, vinte dias, eu fazia uma aula à noite, uma contação de história. Porque a alfabetização tem que ter esse contato. Ele assistiu os vídeos, porque a gente via quem visualizava tudo, aparecia as visualizações. No até início surgiu a ideia de criar vídeo, porque foi tudo muito novo, muito rápido. Só que nem todas as famílias tinham acesso a um aparelho eletrônico em casa. O celular às vezes com memória. Então, a gente gravando vídeo e mandando todo dia, teria gente que não conseguiria ter acesso. Internet hoje em dia, todo mundo tem, ou a maior parte das pessoas. Aí surgiu a ideia de criar o link para não pesar no celular. Eu criava e mandava. A secretaria que fez a plataforma. Nós colocávamos o evento lá na plataforma, alguns pais pediam para mim, eu enviava pelo Whats o link da aula e eles assistiam. Fazia o vídeozinho e explicava a atividade. Então muitos pais me relatavam que eles facilitavam porque eles colocavam a criança ali com

a apostila, eu explicando, eles voltavam no vídeo. Muitos pais trabalhavam o dia inteiro. Chegar em casa, sentar e alfabetizar uma criança não é assim. Aqui é quatro horas de aula, em casa às vezes quinze, vinte minutos o pai e a mãe não conseguiam. Eu explicava a atividade, eles já estavam com o material lá em casa. E se tivesse algum material diferente como: massinha ou papel colorido, recorte, a gente sempre mandava junto com a apostila já. Até confeccionei, eu não lembro direito, não tenho aqui, foi um material com tampinhas. Tinha aqui na escola e eu confeccionei um material pra contagem, pra ensinar os números pra eles também, eles vieram e retiraram esse material.

Solicitamos que a Professora B falasse sobre a relação família e escola no período das aulas remotas. Segundo ela, a participação familiar da Criança 2 era restrita.

Um dia a mãe dizia que não podia, outro dia a mãe trabalhava, outro dia ele estava cansado. Então a gente a chamou na escola e tentamos mandar apostila impressa pra ele com as atividades. Foi o meio que a gente achou pra ajudar ele melhor, porque a gente, eu não estava vendo resultado nenhum via plataforma.

O relato da Professora B evidencia o desafio da família em se tornar, repentinamente, responsável pelo ensino do filho com TEA. Conta a professora que a mãe se queixava dizendo:

‘- Oh profe, é diferente, é complicado, ele não quer fazer. Se eu obrigo ele fazer, ele chora.’ Eu gravava áudio pra ele, conversava com ele. Muitas atividades eu enviava áudio, falava com ele, como nós duas estamos conversando agora, eu conversava com ele. Eu dizia tem que fazer.

A Professora B refere que, em uma ocasião, ao se comunicar com a Criança 2 ele lhe disse: “- Por que você não vai lá na escola comigo?” A Professora B acrescenta: “Pra gente foi difícil, nós adultos, imagina pra eles. Saber que eles tinham uma rotina e no final não tinham nada. Eles tinham que ficar em casa, presos.”

Ainda, a Professora B acrescenta:

Ele usava máscara, mas ele queria ir na escola. Então foi bem, bem difícil, bem complicado. Eu te digo assim, que eu queria apagar de mim, sabe? É um ano assim que eu não queria nunca mais passar. Vinte e sete anos de carreira, estar numa situação que eu não podia alfabetizar os meus alunos do jeito que eu sempre alfabetizei. Pra mim foi um fracasso. Eu cheguei no final do ano e dizia pra diretora que pra mim, o maior fracasso da minha vida foi esse ano.

[...]

Foi o pior ano da minha vida, porque assim, a alfabetização, primeiro e segundo ano é contato, é pegar na mão, é estar do lado, é apagar, é explicar porque que você está apagando aquela letra. E aí você não conseguia nada e elas te ligavam desesperadas, mãe desesperadas e você não podia ajudar.

[...]

Foi muito trabalhoso. E mesmo assim a gente alfabetizou as crianças.

[...]

[...] tinha pais que nem abriam a plataforma. A gente controlava todo dia o acesso né. Nem olhavam. E a gente conseguiu tudo isso, eu digo sempre, dizia pra direção que a gente fez milagre.

A Professora B relata que apenas parte das crianças da turma se beneficiaram de tecnologias como computador e celular, mas outras

não tinham conhecimento, o que forçou a pensar estratégias pedagógicas diferenciadas: “Aí nós selecionamos aqueles que ainda não sabiam nada, não tinham conhecimento nenhum, aí nós também fornecíamos as apostilas.”

Afirma, também, que a Criança 2 não tinha condições de aprendizagem que justificassem sua aprovação, contudo, conforme ela “[...] não tinha como segurar. Você sabe que a gente não pode reprovar eles. Então, não pelo conhecimento dele, a gente o passou. Mas com muita dificuldade”.

Os excertos apresentados nos apontam as dificuldades encontradas pelas escolas e pelas famílias frente à imprevisibilidade da pandemia, além da falta de acesso e domínio aos recursos tecnológicos pelos professores e famílias, que ainda muito guiados pelas formas tradicionais de ensino, necessitaram se adequar aos novos desafios em um curto espaço de tempo. Evidenciam, também, o mito de que “esse tipo de aluno” não pode ser reprovado. Em outra fala, a aprendizagem parece foco secundário. A sensação é que o afastamento da Criança 1 representou um alívio para a escola, uma vez que a efetividade da inclusão é tensionada pela professora. O relato de que a criança é levada para fora da sala para se “acalmar”, por um estagiário, frequentemente um estudante de ensino médio sem qualificação profissional para atender crianças com TEA, é seguidamente ouvido nos contextos escolares.

Salientamos que além do desafio de planejar e conduzir as aulas, as professoras também sentiam medo, insegurança, estavam apreensivas pelo risco de contaminação, de adoecimento e morte de si e de seus familiares. Durante o período definido como foco de nosso estudo, a maioria das pessoas vivenciou a experiência da perda e do luto, se não na sua família, em pessoas das suas relações. Quer dizer, não

eram apenas professoras, eram professoras em tempos de pandemia/*sindemia*, com seus temores e seu esforço em promover a inclusão de estudantes com TEA.

Narrativas de familiares

Ao abordar esta temática, procuramos conhecer como aconteceu o processo de escolarização ao longo do primeiro ano da pandemia da Covid-19, especificamente, em relação à intervenção familiar com crianças que apresentam características autísticas. Foram entrevistadas três mães de meninos com TEA. Destes, dois meninos, que atualmente têm nove anos, cursavam o primeiro ano em 2020. Outro menino que atualmente tem dez anos, no primeiro ano da pandemia tinha 6 anos.

Assim, quando questionada a Mãe A, sobre como aconteceram as aulas durante a pandemia da Covid-19 com seu filho, na narrativa docente é identificado como Criança 1, hoje com dez anos, ela menciona:

Ela (professora) me direcionava as atividades. Eles faziam materiais de apoio, todos aqueles materiais de coordenação motora, tudo isso aí eles deixavam na escola pra gente buscar. A gente retirava o material, daí a gente fazia as atividades com ele e acabava mandando vídeo, foto, pra dar o retorno à escola. Ele não era alfabetizado ainda, não lia, não escrevia, ele fazia o risco de uma letra, mas ele não tinha noção. Então, a gente começou a alfabetizar ele já ali. [...] Ele retornou para a escola já alfabetizado, escrevendo, lendo.
[...]

Eu usei muito vídeo, imagem, porque a educação para o autista é muito visual. Então isso precisa muito. O entendimento dele, às vezes, não se dá por um texto. É um texto sucinto, com as informações necessárias básicas e imagem. Daí ele aprende mais fácil. E muita coisa assim, vídeo principalmente nessa parte inicial, que podia usar mais conteúdos lúdicos, vamos dizer; e então, eu acabei usando videozinho do YouTube e tal.

[...]

Ele tem uma tendência pelo inglês e o espanhol, sempre foi o forte dele, vamos dizer assim. Então, eu usei muito isso. Eu uso tipo assim, vamos trabalhar as cores. Pra ele fazer o português, eu acabava buscando o inglês. [...] Basicamente a gente adaptou, [...] Mas de resto foi bem tranquilo. Digamos, a gente teve que se reinventar também.

Quando questionada sobre como conduziu as atividades/aulas durante a pandemia com seu filho, que atualmente tem nove anos, identificado como Criança 2, a Mãe B destaca:

Na escolinha, no tempo de pandemia foi pra mim muito difícil. Então, a questão do trabalho, casa e tudo, estava difícil conciliar as coisas. Então, tipo, eu via as tarefas pra ele fazer, a gente fazia alguma coisa durante a noite, às vezes eu chegava cansada, tinha tudo em casa pra fazer, tinha que dar atenção pra ele, tinha que ir brincar. Então, às vezes, eu mandava algumas tarefas lá na tata pra ele fazer, a tata ajudava no que ela conseguia. Foi meio assim, no encaixe, um ajudando o outro, mas foi bem difícil.

[...]

Tanto que no ano seguinte, quando eles voltaram pra escola, eu pedi pra profe que eu queria que ele refizesse, ele repetisse novamente [...] porque ele não tinha aprendido, tipo, pra mim ele não tinha aprendido nada, ele não tinha aprendido a ler nada.

Além disso, a Mãe B nos conta que:

Quando começou a pandemia não fazia muito nós tínhamos recebido o diagnóstico dele. [...] Até então a gente estava investigando. Mas foi ali que nós recebemos o diagnóstico e ainda a gente não sabia lidar com esse mundo diferente. Não sabia nem o que era. Então, a partir dali que eu comecei a entender algumas manias, algumas coisas que ele fazia. Entendi que era por causa do autismo. [...] Muitas foram as vezes que briguei com ele, antes do diagnóstico.

A Mãe C, ao reportar-se ao período de afastamento escolar com seu filho, que atualmente tem dez anos, denominado neste texto como Criança 3, descreve o processo de desenvolvimento das aulas/atividades da seguinte maneira:

Em casa, nas aulas, nas atividades *on-line* que tinha que fazer, era uma tortura. [...] A gente não tinha muito conhecimento. Fazer atividade era e, por vezes, ainda é uma tortura pra ele, porque ele não conseguia ficar sentado pra fazer atividade. Aí a gente acabava brigando com ele. Às vezes colocando de castigo. Ele não queria fazer. Ele levantava o tempo inteiro da cadeira, ele não conseguia se concentrar, ele não conseguia escrever. [...] Queria estar mexendo em alguma coisa, mexendo nos lápis, quebrando a ponta, rasgando a folha. Ele não conseguia sentar e focar. [...] Tinha uma plataforma onde as atividades eram desenvolvidas. Eu acabava imprimindo pra ele tentar fazer e a gente buscava na escola também algumas atividades.

Na sequência, questionamos as entrevistadas acerca de como percebem o processo de inclusão para crianças com TEA. A Mãe A relata que:

É uma coisa que tem que funcionar em equilíbrio, desde escola, casa, secretaria, a educação em si toda. Mas assim, ela tá indo. [...] eu acho que tem muito a melhorar, mas está caminhando. Tá caminhando. Eu acho que estão buscando mais formação, mais conhecimento, dando cursos.

A Mãe A ressalta a importância da inclusão escolar de crianças com TEA afirmando:

Pelo menos pro meu filho e pra mais dois, três que eu consiga abraçar, eu vou lutar sempre pela inclusão. Deixar os pais conscientes de que eles sim, eles podem, eles têm que lutar pelos filhos deles, que eles têm muita capacidade. Porque a gente percebe que quando as pessoas recebem um diagnóstico, tipo meu filho, não vai conseguir nada. [...] Mas olha o quanto que eles perdem de estarem fora da escola.

Por sua vez, corroborando com a Mãe A, a Mãe B menciona que, ao receber o diagnóstico do filho, sentiu-se desamparada e sem saber que espaço o acolheria, uma vez que ele se distancia dos padrões de normalidade definidos pela sociedade. A entrevistada revela sua compreensão inicial de que crianças com TEA não seriam público da escola comum e quando soube que a escola inclusiva é um direito de todas as crianças, sentiu-se amparada, o que justifica seu reconhecimento da importância da inclusão. Segundo a Mãe B,

[...] No início, quando eu recebi o diagnóstico, foi aquele impacto. Meu Deus, e agora? Como é que eu faço? Como é que eu lido? Para onde eu vou? A primeira coisa que me veio à mente foi a APAE. Pensei, agora meu filho vai na APAE, mas ouvi: - não mãe, ele não se enquadra como aluno da APAE. Eu disse, e agora? O que eu faço? Ele precisa de tanta terapia, de tanta coisa, né? Onde é que eu vou achar isso? [...] Porque

tipo assim ele tem direito a segunda professora. [...] Ele necessita de alguém que está ali em cima cobrando, auxiliando. Por causa do TDAH também, sabe? [...] E tipo assim, questão dele se incluir com crianças, com colega, se socializar. No início ele era bem privado. Ele não se socializava com outras crianças. Até as profes na escola me diziam que ele achava um brinquedo, quando ele ia num colorido, pegava um brinquedo e ele brincava sozinho. As crianças vinham perto e ele saía, ia brincar em outro canto. Aí, depois que a gente começou as terapias, que a gente começou a trabalhar isso nele. meu Deus, ele chega, ele se dá com todo mundo, ele faz amizade com todo mundo, ele chega conversando, ele chega papeando. [...] Assim nós, eu particularmente, no meu ver a inclusão aqui, na escola, faz bem pra ele.

Na sequência, a Mãe C evidencia sua percepção sobre o processo de inclusão escolar de crianças com TEA, afirmando:

Apesar das dificuldades, eu me sentia, não sei se já ouviu dizer que a gente gosta de guardar o filho da gente no potinho. Eu me sentia com ele seguro. Porque como ele era uma criança diferente das outras, ele sempre foi meio excluído. [...] Então, se a gente for pensar, as pessoas olham com certo estranhamento. Eu acho que devia ser bem incluso. Mas eles (turma, colegas), não vão incluir mais. [...] Mas, ele ir, pra mim, por um lado também é bom, que daí desapega um pouco, sai um pouco. Ele aprende um pouco a conviver com outras crianças.

Os excertos destacados revelam os desafios enfrentados pelas famílias, mais especificamente as mães, que repentinamente, precisaram assumir a função de professoras, em um ambiente privado, isolado, em tempos de medos e incertezas frente aos riscos vivenciados. Constatamos o esforço das mães em assumir o ensino dos filhos. As

narrativas evidenciam que esse papel foi ocupado predominantemente por elas, sendo que uma delas teve o apoio de uma babá. Salientamos que as Crianças 2 e 3 são filhas únicas, enquanto que a Criança 1 tem uma irmã mais nova.

As narrativas maternas indicam os temores de inserir as crianças nas escolas, mas, também, o reconhecimento da importância da interação social para o desenvolvimento dos filhos. As três mães entrevistadas percebem avanços na aprendizagem e nos relacionamentos das crianças. Contudo, especialmente uma delas, revelam a necessidade de proteger o filho, mantendo-o próximo de si.

Esses excertos nos sinalizam que o processo de inclusão é complexo e o empreendimento requer apoio mútuo da família e da escola. A complexidade da inclusão é potencializada quando o sujeito a ser incluído difere dos padrões de normalidade definidos em cada tempo histórico, a exemplo de crianças com Transtorno do Espectro Autista que não se adequam à sociedade disciplinar.

Segundo Foucault (2013), na sociedade disciplinar e normalizadora, a deficiência é compreendida como um desvio da norma. Este cenário nos remete à inter-relação mutuamente afetada de saber, poder e subjetividade (Foucault, 2009) e nos impulsiona a questionar como são vistos os estudantes com TEA, bem como, de compreender o processo da escolarização desses sujeitos, considerando esta multiplicidade de pontos: os elementos representados pelas leis normativas; o perigo em fixar um perfil único das pessoas com TEA diante da diversidade que o transtorno apresenta.

Isso nos remete à tendência social de explicar as crianças com TEA pelo prisma da deficiência, da medicalização, da comparação,

como se fossem pessoas para serem corrigidas e não pessoas cuja diferença requer ser reconhecida.

Considerações finais

O estudo, cujo recorte foi o primeiro ano da pandemia da Covid-19, apontou para os desafios da escolarização de todas as crianças, mas especialmente daquelas com TEA matriculadas no primeiro e segundo ano do ensino fundamental em 2020, sujeitos da nossa investigação. A tarefa de conduzir o processo de ensino e aprendizagem, antes designado a professores, subitamente foi partilhado com as famílias, no caso do presente estudo, mais especificamente com as mães que, além de lidar com as incertezas e medos causados pela pandemia a toda a população, precisaram assumir o processo de ensino escolar com os seus filhos.

Ensinar crianças com TEA também foi algo novo para os professores, que tiveram pouco mais de um mês de contato com as crianças, ou seja, ainda estavam procurando conhecer suas peculiaridades e se viram frente à necessidade de criar novas estratégias pedagógicas para atendê-las. A especificidade no desenvolvimento de crianças com TEA pode ser vista como algo exótico na escola, que se organiza com base nos princípios da modernidade, com espaços e tempos iguais, para sujeitos diferentes. A escola lida com a norma, com a identidade, com a classificação entre normais e anormais e, por isso, a educação inclusiva, para todas as crianças, se constitui em um desafio. Lopes (2009, p. 160), ao se referir aos conceitos de normais e anormais, compreende que “[...] toda e qualquer norma traz consigo a necessidade de classificação, de ordenamento e hierarquização [...]”.

A criança com TEA inserida na escola comum evidencia a diferença e causa inquietação, pois da escola é esperado a execução de um currículo padronizado, embora se mencione a flexibilidade e adaptação quando se faz referência à educação especial. Contudo, a perspectiva da normalização ou correção dos sujeitos com deficiência ainda é forte nesse contexto.

As diferenças existem, conforme afirma Skliar e “[...] não devem ser entendidas como um estado não desejável, impróprio, de algo que cedo ou tarde voltará à normalidade. [...] a diferença existe independentemente da autorização, da aceitação, do respeito ou da permissão outorgada da normalidade [...]” (Skliar, 1999, p. 22).

Nosso estudo mostra o esforço de escolarizar tais crianças, pelas famílias e professoras entrevistadas. Apesar das marcas deixadas pela pandemia, também ouvimos de uma mãe que ensinar o seu filho foi uma possibilidade de se reinventar, pois nunca havia imaginado viver essa experiência e constatou a potencialidade do filho, algo que até então desconhecia. Narra que além das metodologias convencionais propostas pela escola ela foi além e criou possibilidades de se aproximar de seu filho, de gerar aprendizagem e fortalecerem laços afetivos.

Referências

BARBOSA, Alexandre Lucas de Araújo; ANJOS, Ana Beatriz Leite dos; AZONI, Cíntia Alves Salgado. Impactos na aprendizagem de estudantes da educação básica durante o isolamento físico social pela pandemia do COVID-19. *CoDAS*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 1-7, nov./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212020373>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/dx3cPQjhMH4kWm4yB3yrtgp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista; e altera o § 3º do art. 98 da lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 28 dez. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 18 jun. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LIMA, Cláudia Bandeira de. **Perturbações do espectro do autismo: manual prático de Intervenção**. Lisboa, Portugal: Lidel, 2012.

LOPES, Maura Corcini. Políticas de inclusão e governamentalidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 153-170, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/8297>. Acesso em: 20 set. 2021.

RIOS, Clarice *et al.* Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 325-35, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0146>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jkNFyTCb3kGM7bxxYRpL37M/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SKLIAR, Carlos. A invenção e a exclusão da alteridade “deficiente” a partir dos significados da normalidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 15-32, jul./dez. 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/55373>. Acesso em: 11 jun. 2022.

VEIGA-NETO, A. Mais uma lição: sindemia covídica e educação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236109337>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/FtpkV5RY3Q64nvBdvxbSXwg/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2022.

Estratégias para evitar a contaminação pela Covid-19 utilizadas pelas equipes de enfermagem na fronteira

Caroline Correia

Elaine Thumé

Letícia de Lima Trindade

Michele Rohde Krolow

Introdução

Frente à Covid-19 (*Coronavirus Disease 2019*) diversas medidas foram tomadas por vários países com o intuito de conter a propagação do vírus, entre elas, o isolamento social e o fechamento das fronteiras internacionais, além das medidas restritivas de entrada dos cidadãos repatriados por meio de testagens e quarentena (Brasil, 2020b; WHO, 2020a). Estudos identificaram, de forma positiva, que tais medidas de controle reduziram a entrada de pessoas infectadas em muitos países e impactaram no processo inicial da pandemia (Grépin *et al.*, 2021; Silva-Sobrinho *et al.*, 2021).

O Brasil, por ser um país fronteiriço, também adotou a medida de fechamento das fronteiras terrestres, aéreas e fluviais gradativamente, por meio da Portaria nº 478, de 14 de outubro de 2020 (Brasil, 2020c). Tendo em vista a grande e rotineira circulação de pessoas nestes locais, este fechamento também gerou consequências tanto no âmbito econômico local, quanto no setor da saúde (Silva-Sobrinho *et al.*, 2021). No que diz respeito à saúde nas regiões de

fronteira, estas possuem particularidades que estão associadas pela movimentação constante de estrangeiros, assim como as diferenças entre os serviços de saúde de cada país, impactando na confirmação de diagnósticos e condutas terapêuticas (Moraes *et al.*, 2017; Scherma; Oliveira, 2014).

A busca pelos serviços de saúde brasileiros por parte de pessoas estrangeiras vem sendo um fator preocupante para as autoridades e instituições, visto que a demanda, muitas vezes não dimensionada, pode sobrecarregar o Sistema Único de Saúde (SUS) nestas regiões (Scherma; Oliveira, 2014). Associado a este cenário, e com as incertezas trazidas pela pandemia ocasionada pela Covid-19, os profissionais de enfermagem, centrais na linha de frente no combate ao vírus, tornaram-se ainda mais vulneráveis à contaminação e adoecimento, uma vez que ficam expostos a altas cargas virais diariamente, em decorrência do contato direto com pacientes contaminados, o que é confirmado pelo alto número de casos da doença entre profissionais desta categoria (Miranda *et al.*, 2021).

Além da assistência à saúde, a enfermagem realiza estratégias para a conscientização e educação do uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); organização do tráfego de resíduos hospitalares nos setores para a segurança dos serviços de saúde; criação e gestão dos espaços de isolamento e outras formas de prevenção da contaminação das equipes de saúde e propagação do vírus entre os pacientes (Moreira; De Lucca, 2020).

Em 2021, dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apontavam que o número de profissionais contaminados no Brasil representava um terço do total de profissionais de todo o mundo, e até a data de 30 de julho de 2022 contabilizavam 64.451 casos notificados e 872 óbitos de enfermeiros, técnicos ou auxiliares

de enfermagem (COFEN, 2021; 2022c). O alto número de profissionais de enfermagem contaminados pode ser explicado pelo fato de que é uma categoria que está presente em todos os níveis de atenção à saúde, além de ser a maior força de trabalho em saúde e também pela sua exposição. Assim, estes profissionais enfrentam desafios diários em busca de informações e estratégias para conviver com fatores de risco e de proteção em suas rotinas laborais (Dal’Bosco *et al.*, 2020).

Frente ao exposto, questionou-se: Quais foram as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para evitar a contaminação pela Covid-19 em região de fronteira? Desse modo, objetivou-se verificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para evitar a contaminação pela Covid-19 em região de fronteira do estado de Santa Catarina.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa alinhado à macropesquisa nacional intitulada “Estratégias de enfrentamento à pandemia da Covid-19, condições de trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde nas ‘cidades-gêmeas’ nacionais – ENFRENTA COVID-19”.

O estudo foi realizado na região de fronteira brasileira de Dionísio Cerqueira, que pertence ao estado de Santa Catarina, e compõe a tríplice fronteira, com o estado do Paraná, e fronteira internacional com a cidade de Bernardo Irigoyen, na Argentina. O município conta com uma população estimada de aproximadamente 15.592 habitantes e a região da tríplice fronteira com aproximada-

mente 39.707 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) de 2021 (IBGE, 2021; INDEC, 2021). O município abriga as duas duanas da região, que se dividem entre a de turismo e a de cargas, favorecendo a grande movimentação e circulação de pessoas, e ainda conta com um Porto Seco responsável pelas atividades de importação e exportação, contribuindo de forma essencial para a economia da cidade e do estado (Lins, 2018).

A população de estudo foi composta por profissionais de enfermagem atuantes nos três níveis de atenção à saúde: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária à Saúde (ASS) e Atenção Terciária à Saúde (ATS) da cidade de Dionísio Cerqueira. Os critérios de inclusão foram: atuar como enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem em serviços de saúde, no atendimento à Covid-19, e estarem cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para a coleta de dados, primeiramente foi realizado contato inicial com a Secretária Municipal de Saúde e gestão hospitalar para apresentação e autorização da pesquisa. A partir do aceite e apreciação ética, foi encaminhada via *e-mail* e WhatsApp para os profissionais responsáveis de cada serviço a carta de apresentação da pesquisa e pré-agendada uma data de visita em cada serviço, conforme interesse das equipes.

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2021, mediante aplicação do questionário de forma impressa, individual e autoaplicável. O instrumento é composto por 65 questões fechadas, de única ou múltipla escolha, sendo utilizados para esta pesquisa: I) Dados sociodemográficos – sexo, idade, cor da pele, estado civil, número de fi-

lhos, convive com idosos, convive com familiares com comorbidades, possui dependentes; II) Dados laborais – profissão, nível de formação, área onde trabalha, experiência na área da saúde em anos, carga horária semanal, duplo vínculo; III) Informações sobre a exposição à Covid (disponibilidade dos testes e em quais ocasiões foi testado, quais foram os testes disponíveis, testagens positivas, testagens para a população); vacinação (possui ciclo vacinal completo para a Covid-19, apresentou algum sintoma adverso); medidas de isolamento (necessidade de isolamento e por quantos dias); estratégias utilizadas para o enfrentamento da Covid-19 em região de fronteira (conhecimento dos protocolos brasileiros e estrangeiros para a Covid-19, capacitações para manusear tais protocolos, sistema de notificação entre os países, comunicação das equipes com usuários do país vizinho, existência e participação no comitê de fronteira e monitoramento dos casos entre os países).

Participaram da pesquisa profissionais de enfermagem atuantes em oito serviços de saúde do município, destes, seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um hospital público de referência, totalizando os oito serviços de saúde estimados e cadastrados no CNES (2021).

Após a aplicação dos questionários, realizou-se a observação não participante em um serviço representativo de cada nível de atenção à saúde, com duração média de uma hora, sendo sorteada a UBS. Para essa técnica de coleta de dados foi utilizado um roteiro de campo estruturado pelos pesquisadores voltado para as condições de trabalho, fluxo de atendimento adotado, o uso dos EPIs e outras condutas adotadas para a prevenção da Covid-19, com registro das observações em diário de campo.

Os dados foram organizados em uma planilha, com recursos do *software* Excel 2003, e passaram pela análise estatística descritiva, sendo apresentados em distribuição absoluta e percentual, média e desvio padrão, utilizando-se os recursos do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0. Para melhor análise e apresentação dos achados, a APS foi identificada como Grupo 1 e reunidos no Grupo 2 o SAMU e o hospital.

O estudo foi submetido e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, sob o Parecer n. 4.874.818, em 30 de julho de 2021, seguindo as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, entre elas, a garantia de informações e anonimato dos participantes em todas as etapas do estudo.

Resultados

A população do estudo foi composta por 43 profissionais de enfermagem, totalizando 67,18% dos profissionais atuantes na região de pesquisa. Destes, 39,53% (n=17) da APS, 11,63% (n=5) da ASS e 48,84% (n=21) da ATS, atuantes nos serviços públicos durante a pandemia da Covid-19 na cidade fronteira de Dionísio Cerqueira.

Na Tabela 1 é possível observar as informações autorreferidas sobre os dados sociodemográficos e laborais dos profissionais de enfermagem na região de fronteira de Santa Catarina.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e laborais (n=43), 2022

Variável	Total n(%)	Grupos	
		APS n(%)	ASS/ATS n(%)
Sexo			
Feminino	34(79,1)	15(88,2)	19(73,1)
Masculino	9(20,9)	2(11,8)	7(26,9)
Idade (anos)			
≤ 30	7(16,3)	1(5,9)	6(23,1)
31 a 35	4(9,3)	1(5,9)	3(11,4)
36 a 45	20(46,5)	10(58,8)	10(38,5)
> 45	12(27,9)	5(29,4)	7(26,9)
Cor da pele			
Branca	34(79,1)	14(82,4)	20(76,9)
Parda	9(20,9)	3(17,6)	6(23,1)
Estado Civil			
Com companheiro	36(83,7)	13(76,5)	23(88,5)
Sem companheiro	7(16,3)	4(23,5)	3(11,5)
Número de Filhos			
Nenhum	4(7,5)	2(11,8)	2(7,7)
1 a 2	28(52,8)	4(23,5)	14(53,8)
Mais de 2	21(39,6)	11(64,7)	10(38,5)
Convive com idosos			
Sim	5(11,6)	2(11,8)	3(11,5)
Não	38(88,4)	15(88,2)	23(88,5)
Convive com familiares com comorbidades			
Sim	21(48,8)	15(88,2)	6(23,1)
Não	22(51,2)	2(11,8)	20(76,9)
Possui dependentes			
Sim	28(65,1)	14(82,4)	14(53,8)
Não	15(34,9)	3(17,6)	12(46,2)
Profissão			
Auxiliar de Enfermagem	1(2,3)	-	1(3,8)
Técnico de Enfermagem	28(65,1)	9(52,9)	19(73,1)
Enfermeiro	14(32,6)	8(47,1)	6(23,1)
Nível de Formação			
Curso técnico	28(65,1)	9(52,9)	19(73,1)
Graduação	6(14,0)	2(11,8)	4(15,4)
Especialização	9(20,9)	6(35,3)	3(11,5)

Estratégias para evitar a contaminação pela Covid-19 utilizadas
pelas equipes de enfermagem na fronteira

Área onde trabalha			
Urbana	29(67,4)	8(47,1)	21(80,8)
Rural	6(14,0)	6(35,3)	-
Ambas	8(18,6)	3(17,6)	5(19,2)
Experiência na área da saúde (anos)			
Menos de 1	1(2,3)	-	1(3,8)
1 a 5	11(25,6)	3(17,6)	8(30,8)
6 a 10	6(14,0)	1(5,9)	5(19,2)
11 a 15	9(20,9)	5(29,4)	4(15,4)
16 a 20	3(7,0)	2(11,8)	1(3,8)
Mais de 20	13(30,2)	6(35,3)	7(26,9)
Trabalha em outras instituições			
Sim	11(25,6)	4(23,5)	7(26,9)
Não	32(74,4)	13(76,5)	19(73,1)
Carga horária semanal em todos os serviços (horas)			
36 a 44	33(76,7)	14(82,4)	19(73,1)
45 a 70	3(7,0)	-	3(11,5)
71 a 80	5(11,6)	2(11,8)	3(11,5)
Acima de 80	2(4,7)	1(5,9)	1(3,8)

n=frequência absoluta; %=frequência relativa; APS=Atenção Primária à Saúde; ASS=Atenção Secundária à Saúde; ATS=Atenção Terciária à Saúde.

Fonte: banco de dados (2022).

A média de idade dos participantes foi de 40,1 anos ($dp\pm 9,16$), variando de 23 a 58 anos. Com relação ao número de filhos, a média foi de 2,4 filhos ($dp\pm 1,4$), variando de 0 a seis filhos. Referente aos anos de experiência na área da saúde, a média foi de 14,2 anos ($dp\pm 11,17$), a média de horas semanais de trabalho foi de 48,8 horas ($dp\pm 14,8$), e esta variou de 36 a 84 horas.

Testagens e vacinação e as medidas de isolamento adotadas na região de fronteira

A Tabela 2 apresenta os achados nos serviços de saúde referentes à testagem, vacinação e medidas de isolamento adotadas nos serviços na região de fronteira.

Tabela 2 – Periodicidade dos testes para Covid-19, vacinação e medidas de isolamento para os profissionais (n=43), 2022

Variável	Total n(%)	Grupos	
		APS n(%)	ASS/ATS n(%)
O exame para Covid-19 está disponível para os profissionais de enfermagem			
Sim	41(95,3)	17(100)	24(92,3)
Não	1(2,3)	-	1(3,8)
Não respondentes	1(2,3)	-	1(3,8)
Você foi testado para Covid-19			
Sim	23(53,5)	3(17,6)	20(76,9)
Não	20(46,5)	14(82,4)	6(23,1)
Foram realizados periodicamente os testes			
Sim	3(7,0)	2(11,8)	1(3,8)
Não	40(93,0)	15(88,2)	25(96,2)
Foi testado por alguma exposição			
Sim	6(14,0)	1(5,9)	5(19,2)
Não	37(86,0)	16(94,1)	21(80,8)
Foi testado por apresentar algum sintoma			
Sim	29(67,4)	11(64,7)	18(69,2)
Não	14(32,6)	6(35,3)	8(30,8)
Realizou o teste rápido			
Sim	24(55,8)	10(58,8)	14(53,8)
Não	19(44,2)	7(41,2)	12(46,2)
Realizou o teste de PCR			
Sim	27(62,8)	9(52,9)	18(69,2)
Não	16(37,2)	8(47,1)	8(30,8)

Estratégias para evitar a contaminação pela Covid-19 utilizadas
pelas equipes de enfermagem na fronteira

Realizou o teste de Sorologia			
Sim	3(7,0)	-	3(11,5)
Não	40(93,0)	17(100)	23(88,5)
Testou positivo em algum exame realizado			
Sim	17(39,5)	4(23,5)	13(50,0)
Não	26(60,5)	13(76,5)	13(50,0)
Teve necessidade de realizar isolamento			
Sim			
Não			
Tempo de isolamento	18(41,9)	4(23,5)	14(53,8)
Nenhum dia	25(58,1)	13(76,5)	12(46,2)
1 a 14 dias			
Mais de 14 dias	25(58,1)	13(76,5)	12(46,2)
Ocorreu alguma testagem da população?	15(34,9)	4(23,5)	11(42,3)
	3(7,0)	-	3(11,5)
Sim, apenas para brasileiros			
Sim, para brasileiros e estrangeiros			
	33(76,7)	15(88,2)	18(69,2)
	1(2,3)	-	1(3,8)
Não			
	5(11,6)	1(5,9)	4(15,4)
Não respondeu			
	4(9,3)	1(5,9)	3(11,5)
Você possui ciclo vacinal completo para Covid-19?*			
Sim	43(100)	17(100)	26(100)
Não	-	-	-

n=frequência absoluta; %=frequência relativa; APS=Atenção Primária à Saúde; ASS=Atenção Secundária à Saúde; ATS=Atenção Terciária à Saúde; PCR=*Polymerase Chain Reaction*. *No período de coleta de dados o ciclo vacinal completo era composto por duas doses da vacina contra a Covid-19.

Fonte: banco de dados (2022).

Observou-se que o teste para diagnóstico de Covid-19 disponível foi o *Polymerase Chain Reaction* (PCR), o qual foi utilizado por 62,8% (n=27) dos participantes. Durante a observação não foram observadas testagens de profissionais e/ou usuários dos serviços, porém, identificou-se a disponibilidade do teste na APS, sendo esta indicada em protocolo deste serviço: no início dos sinais e sintomas ou me-

diante contato com pessoas infectadas. Nos demais serviços não foi observada a disponibilidade dos testes. A contaminação de profissionais foi observada devido ao afastamento de trabalhadores no cenário hospitalar.

Em relação às medidas de isolamento, estas eram orientadas após a testagem positiva do exame PCR; 34,9% dos profissionais afirmaram que permaneceram em isolamento social de um a 14 dias, com uma média de 5,4 dias ($dp \pm 7,128$), contudo, variando entre nenhum dia e 30 dias de isolamento.

Informações para o enfrentamento da Covid-19 em região de fronteira

Destaca-se que esta região de fronteira possui o Consórcio Intermunicipal da Fronteira, que é composto pelos municípios: Barracão/PR, Bom Jesus do Sul/PR, Dionísio Cerqueira/SC e Bernardo de Irigoyen/Misiones, Argentina, e possui também um Comitê Intermunicipal para Gerenciamento de Decisões Pertinentes à Saúde que ficou responsável pela liberação e divulgação dos casos de Covid-19 entre os municípios brasileiros, uma vez que a fronteira com a Argentina se encontrava fechada (Dionísio Cerqueira, 2020). No entanto, 48,8% dos participantes desconheciam e 100% responderam que em suas equipes de trabalho não havia membros pertencentes a este Comitê, e 86% não sabiam se as decisões tomadas eram compartilhadas.

A Tabela 3 apresenta os achados referentes ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os protocolos brasileiros e do país vizinho no enfrentamento da Covid-19, assim como os treinamentos recebidos e a comunicação.

Tabela 3 – Conhecimento dos protocolos brasileiros e do país vizinho sobre a Covid-19 e treinamentos recebidos e comunicação (n=43), 2022

Variável	Total n(%)	Grupos	
		APS n(%)	ASS/ATS n(%)
Conhece o protocolo brasileiro de enfrentamento da Covid-19			
Sim	42(97,7)	16(94,1)	26(100)
Não	1(2,3)	1(5,9)	-
Recebeu capacitação para manuseio dos protocolos			
Sim	33(76,7)	13(76,5)	20(76,9)
Não	10(23,3)	4(23,5)	6(23,1)
Conhece os protocolos dos países vizinhos			
Sim	1 (2,3)	1(5,9)	-
Não	42(97,7)	16(94,1)	26(100)
Recebeu capacitação para manuseio dos protocolos dos países vizinhos			
Sim	1(2,3)	1(5,9)	-
Não	42(97,7)	16(94,1)	26(100)
Os países vizinhos notificam o sistema de vigilância do Brasil?			
Sim	28(65,1)	11(64,7)	17(65,4)
Não	3(7,0)	2(11,8)	1(3,8)
Não sabiam	12(27,9)	4(23,5)	8(30,8)
A equipe de saúde do país estrangeiro é notificada dos resultados das testagens dos seus usuários?			
Sim	2(4,7)	2(11,8)	-
Não	5(11,6)	2(11,8)	3(11,5)
Não sabiam	36(83,7)	13(76,5)	23(88,5)
Há implantado um Comitê de Fronteira no seu município?			
Sim	16(37,2)	6(35,3)	10(38,5)
Não	6(14,0)	2(11,8)	4(15,4)
Não sabiam	21(48,8)	9(52,9)	12(46,2)

Estratégias para evitar a contaminação pela Covid-19 utilizadas pelas equipes de enfermagem na fronteira

Alguém da sua equipe é membro do comitê?			
Sim	-	-	-
Não	43(100)	17(100)	26(100)
As decisões do Comitê são compartilhadas?			
Sim	6(14,0)	5(29,4)	1(3,8)
Não sabiam	37(86,0)	12(70,6)	25(96,2)
Como é a comunicação entre a equipe de enfermagem e os usuários moradores do país vizinho?			
Não tem comunicação			
Suficiente para casos complexos e urgentes	18(41,9)	12(70,6)	6(23,1)
Comunicação fluida, integrada e constante	21(48,8)	5(29,4)	16(61,5)
	4(9,3)	-	4(15,4)
O monitoramento do caso é realizado em conjunto com as equipes de saúde do Brasil e do país vizinho?			
Sim	4(9,3)	2(11,8)	2(7,7)
Não	14(32,6)	7(41,2)	7(26,9)
Não sabiam	25(58,1)	8(47,1)	17(65,4)

n=frequência absoluta; %=frequência relativa; APS=Atenção Primária à Saúde; ASS=Atenção Secundária à Saúde; ATS=Atenção Terciária à Saúde.

Fonte: banco de dados (2022).

O fechamento da fronteira internacional também foi uma estratégia utilizada em nível estadual para conter a disseminação do vírus, medida verificada durante a coleta de dados. No período de observação não foram observados atendimentos e identificado fluxo de atendimento a usuários brasileiros com sintomas respiratórios e outras patologias. Na recepção da APS e da ATS, as salas de espera possuíam informativos nas paredes nos idiomas espanhol e português.

Até julho de 2022, o município somava o total de 3.242 casos acumulados de Covid-19 e 57 óbitos (Santa Catarina, 2022b), e as fronteiras foram reabertas em 19 de outubro de 2021.

Discussão

Assim como mostram outros estudos, houve prevalência do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem, corroborando com um estudo nacional sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem no Brasil, que constatou que o sexo feminino é a maioria entre estes profissionais (Machado, 2017). Outros dados convergentes entre os estudos são o predomínio da cor da pele branca dos participantes e a faixa etária, uma vez que o Brasil possui mais de 1/3 de seus profissionais de enfermagem com idade entre 36 e 50 anos (Machado, 2017).

Os técnicos de enfermagem representaram a maioria dos participantes, o que é compatível com a realidade da categoria no Brasil, totalizando 1.581.98 em todo o território nacional, seguidos dos enfermeiros, que totalizam aproximadamente 662.164 profissionais no país (COFEN, 2022b).

Os profissionais de enfermagem compõem a linha de frente no combate à pandemia da Covid-19 e no enfrentamento de outras doenças. Muitas requerem que estes profissionais possuam experiência e preparo para atuação eficiente, o que foi convergente com o tempo de experiência dos participantes. Contudo, as longas jornadas podem fragilizar a capacidade de alerta dos trabalhadores. É amplamente conhecida a busca desta categoria profissional por melhores condições de trabalho, incluindo a luta pela jornada de trabalho de 30 horas

semanais e o recente avanço do piso salarial para a categoria por meio da Proposta de Emenda à Constituição (PEC 11/22), que aguarda a assinatura do Presidente do Projeto de Lei 2564/2020 (COFEN, 2017, 2022a).

No que se refere às medidas relacionadas à testagem da Covid-19, países como a Coreia do Sul adotaram a realização de teste da população por meio de *drive-thru* (Korean Society of Infectious Diseases *et al.*, 2020). Taiwan investiu na ampliação de suas capacidades laboratoriais para diagnóstico da doença, realizando 3.000 testes por dia em sua população, e em Hong Kong, automaticamente, todos os pacientes com diagnóstico de algum tipo de pneumonia eram testados ao adentrarem em hospitais (Boseley, 2020; Cheng; Li, Yang, 2020). Já na China, as autoridades recomendaram a realização da testagem em massa com o objetivo de testar 11 milhões de pessoas em dez dias (WHO, 2020b). Estas experiências demonstram como foi incipiente a testagem no cenário investigado.

Os profissionais da saúde possuem prioridade nas testagens, conforme recomendações de testagem para o *SARS-CoV-2* (OPAS, 2021). No país, a Lei nº 14.023, de julho de 2020, prioriza a testagem para os profissionais que possuem contato direto com pacientes portadores ou possíveis portadores do vírus, e estes deveriam possuir periodicidade em relação aos testes, visto que prestam assistência diária a pacientes com sintomas respiratórios e em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2020a).

Metade dos profissionais atuantes na ASS e ATS testaram positivo para a Covid-19 em algum momento. Uma hipótese que pode ter favorecido estes achados é que os profissionais atuantes no SAMU estão expostos a riscos da contaminação que podem ser potencializados pelas incertezas do Atendimento Pré-Hospitalar e pelo atendi-

mento imediato às emergências que exigem transporte até o hospital ou na realização de transferências entre hospitais. Já os profissionais da ATS ficam responsáveis pelo atendimento aos pacientes em estado grave e que necessitam de cuidados especializados, precisando de internação (Marques *et al.*, 2020; Teixeira *et al.*, 2020).

Sobre a vacinação, todos os participantes do estudo possuíam ciclo vacinal completo, vindo ao encontro das recomendações do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, no qual os profissionais fazem parte dos grupos prioritários (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021). Com a mesma importância destaca-se a vacinação para a população em geral, que é uma das principais formas de prevenir o contágio coletivo e de controle da pandemia, visto que as vacinais atuam na prevenção, reduzem a possibilidade de infecção e amenizam a evolução da doença para casos mais graves (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021). Apesar de no estado de Santa Catarina, em 29 julho de 2022, 82,03% da sua população possuir o esquema primário completo da vacinação contra a Covid-19, na cidade de Dionísio Cerqueira, 76,61% da sua população apresentava, na mesma data, esquema primário completo e 43,82% já haviam recebido a 1ª dose de reforço (Santa Catarina, 2022a), o que sinaliza mais preocupação e necessidade de ações para sensibilizar a população no contexto de fronteira.

Em relação às medidas de isolamento, primeiramente, é importante diferenciar isolamento social da quarentena. O primeiro é realizado quando o indivíduo possui a doença e testagem positiva, mesmo que não apresente sintomas, já a quarentena é realizada para as pessoas que tiveram contato próximo com alguém infectado durante o período de transmissibilidade, e este tempo dependerá também da

potencialidade e do tipo de variante do vírus (Brasil, 2022; Torjesen, 2022).

Nesse sentido, é importante destacar que não há um consenso entre a literatura científica sobre o tempo ideal para as pessoas infectadas permanecerem em isolamento, entretanto, em janeiro deste ano, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) divulgou orientações relacionadas ao tempo de isolamento para pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2, sendo cinco dias de isolamento para crianças e adultos com sintomas leves e que não apresentaram febre nas últimas 24 horas. Para pessoas assintomáticas, também são recomendados cinco dias de isolamento após testagem positiva e, caso surjam sintomas, devem-se reiniciar os cinco dias de isolamento a partir da data de início dos sintomas; para pessoas com sintomas moderados são recomendados pelo CDC 10 dias de isolamento (CDC, 2022). O *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, estabeleceu a recomendação de dez dias de isolamento após início dos sintomas e testagem positiva, podendo ser reduzidos para seis dias mediante avaliação do paciente (NHS, 2022).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em janeiro de 2022, algumas alterações visando à redução do tempo de isolamento para pessoas sem sintomas respiratórios, febre e que não fizeram uso de antitérmicos nas últimas 24 horas; para estas pessoas, a orientação é manter o isolamento por sete dias, sem necessidade de testagem, ou por cinco dias, com testagem negativa (Brasil, 2022). A falta de um consenso entre a literatura científica sobre o tempo ideal de isolamento acaba por se tornar um agravante para o controle da disseminação do vírus, visto que muitos profissionais podem seguir medidas de orientações não uniformizadas.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento da Covid-19 em região de fronteira, destaca-se que a maioria dos participantes conhecia os protocolos brasileiros de enfrentamento da Covid-19 e recebeu capacitação para trabalhar com tais protocolos, mas um percentual elevado afirmou não ter recebido esta capacitação. E também desconheciam os protocolos do país vizinho, como funcionava a notificação dos casos positivos da doença no país estrangeiro, bem como não sabiam se o monitoramento dos casos era realizado em conjunto pelas equipes de saúde dos dois países.

É importante lembrar que, no período da coleta de dados, as fronteiras internacionais encontravam-se fechadas, entretanto, com a abertura destas, cabem algumas reflexões sobre estratégias para combater o vírus e evitar possíveis novas ondas da doença. Alguns exemplos, como a Alemanha, podem ser de grande valia. O país adotou como exigência de ingresso no seu território a comprovação de vacinação, a testagem e a realização de quarentena para pessoas provenientes de lugares que possuam novas variantes do vírus identificadas (Germany, 2022). Desde o início da pandemia, a Alemanha implantou medidas de farmacovigilância referentes ao monitoramento e segurança das vacinas, além do investimento laboratorial para a realização de 1.000 testes/dia, que favoreceu para que o país mantivesse uma das menores taxas de subnotificação da doença e a menor taxa de mortalidade entre os países europeus mais afetados em 2020 (Germany, 2022).

Referente à comunicação entre os países, observa-se que a maioria dos participantes respondeu ser suficiente para casos complexos e urgentes, entretanto, é de fundamental importância que exista uma boa comunicação para todos os casos, independentemente de sua gravidade, pois é por meio desta que ocorre o acesso às informações,

atendimentos e encaminhamentos de pessoas entre os países, a fim de possibilitar ações compartilhadas mais eficazes em saúde (Nogueira; Fagundes; Agustini, 2015). Nesse tocante, o diálogo democrático entre os países e a evolução das relações de cooperação internacional aliadas ao compartilhamento de informações e recursos tornam-se peças-chave para a superação da crise sanitária imposta pela pandemia da Covid-19, provocando reflexões ou reforçando orientações sobre as estratégias coletivas internacionais necessárias, a exemplo da aquisição coletiva ou compartilhamento/doação de vacinas, insumos e EPIs, investimentos laboratoriais e medidas uniformes de combate ao vírus que possam ser utilizadas tanto para evitar novas ondas do vírus quanto para melhor conduzir futuras endemias e epidemias (Nunes, 2021).

Nesse contexto, cabe destaque a necessidade de primar pela saúde dos profissionais de saúde, entre eles, os profissionais de enfermagem, os quais enfrentam desafios cotidianos e se mostram diferenciais em todos os contextos sanitários.

Conclusão

Os serviços públicos que compõem a Rede de Atenção à Saúde na região de fronteira adotaram diferentes estratégias para evitar a contaminação das equipes de enfermagem, entre elas, completar o ciclo vacinal para a Covid-19, a testagem após surgimento dos sintomas, o isolamento após infecção pelo vírus e capacitação nos protocolos, contudo, investir na vacinação completa de toda a população e a periodicidade dos testes emergem como estratégias que seriam diferenciais. Ainda, evidenciaram-se restrições e falhas na comunica-

ção entre os países vizinhos, o que alerta para as condutas necessárias de ajustes, especialmente, no momento atual, em que as fronteiras já se encontram abertas, bem como para o melhor enfrentamento de outras doenças nestes contextos fronteiriços.

Assume-se como limitação do estudo o desenho transversal, sendo importantes pesquisas longitudinais, bem como os desafios da coleta de dados no período de alta de casos no cenário; e parte dos profissionais foi excluída do estudo por estar afastada por licença de saúde, sendo esse um viés típico das pesquisas que abordam a saúde dos profissionais.

Contudo, os achados deste estudo são relevantes para o conhecimento dos profissionais de saúde e gestores, possibilitando informações valiosas para a manutenção de políticas públicas e para a reflexão da realidade dos serviços de saúde em região de fronteira, possibilitando o fortalecimento da RAS nestes locais e as medidas de cooperação internacional. Além disso, a escassez de pesquisas que abordem o tema de saúde em região de fronteira nacional é outro ponto de relevância para o estudo.

Referências

BOSELEY, S. Test and trace: lessons from Hong Kong on avoiding a coronavirus lockdown. **The Guardian**, London, 18 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/17/test-trace-lessons-hong-kong-avoiding-coronavirus-lockdown>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n. 14.023, de julho de 2020**. Brasília: Poder Legislativo, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.023-de-8-de-julho-de-2020-265869301>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2021/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19-3.pdf/view>. Acesso em: 9 jul. 2022.

BRASIL. **O fechamento de fronteiras tem sido uma medida efetiva para impedir a propagação da pandemia de COVID-19?** 2020b. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/352>. Acesso em: 29 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria n. 478, de 14 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Brasília: Imprensa Nacional, 2020c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=600&pagina=1&data=14/10/2020&totalArquivos=2>. Acesso em: 30 jul. 2022.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. **Quarantine and Isolation**. 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CHENG, H.-Y.; LI, S.-Y., YANG, C.-H. Initial rapid and proactive response for the COVID-19 outbreak – Taiwan’s experience. **Journal of the Formosan Medical Association**, Taipei, v. 119, n. 4, p. 771-773, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.jfma.2020.03.007>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118675/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **DATASUS**. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 20 ago. 2021.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Aprovada PEC que prevê o piso nacional da Enfermagem.** 2022a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/aprovada-pec-que-preve-o-piso-nacional-da-enfermagem_100758.html. Acesso em: 20 jul. 2022.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Brasil representa um terço das mortes de profissionais de enfermagem por Covid-19.** 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-tercodas-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html. Acesso em: 30 jul. 2022.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números.** 2022b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 13 jul. 2022.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Mais de cem municípios reduziram para 30h a jornada da Enfermagem.** 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mais-de-cem-municipios-reduziram-para-30h-a-jornada-dos-profissionais-de-enfermagem_48298.html. Acesso em: 18 jul. 2022.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Observatório da Enfermagem.** 2022c. Disponível: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

DAL'BOSCO, E. B. *et al.* A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, Supl. 2, p. 1-7, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKksh6mhZ3RdB8ZVx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2022.

DIONÍSIO CERQUEIRA (Município). **CIF – Comitê para enfrentamento do COVID-19 é instalado na Tri-Fronteira.** 2020. Disponível em: <https://www.dionisiocerqueira.sc.gov.br/noticias/ver/2020/03/cif---comite-para-enfrentamento-do-covid-19-e-instalado-na-tri-fronteira>. Acesso em: 10 jul. 2022.

GERMANY. **Bundesministerium für Gesundheit (Federal Ministry of Health)**. 2022. Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

GRÉPIN, K. A. *et al.* Evidence of the effectiveness of travel-related measures during the early phase of the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review. **BMJ Glob Health**, London, v. 6, n. 3, p. 1-16, Mar. 2021. DOI: <https://10.1136/bmjgh-2020-004537>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/3/e004537.full.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dionísio Cerqueira**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/dionisio-cerqueira/panorama>. Acesso em: 6 jul. 2020.

INDEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – Argentina. **INDEC**. 2021. Disponível em: <https://www.indec.gob.ar/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

KOREAN SOCIETY OF INFECTIOUS DISEASES *et al.* Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 35, n. 10, p. 1-11, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e112>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7073313/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

LINS, H. N. Cooperação transfronteiriça e desenvolvimento local no âmbito do Mercosul: uma experiência de consórcio intermunicipal. **Revista Análise Econômica**, v. 36, n. 70, p. 239-265, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.22456/2176-5456.62681>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/62681>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro, RJ: NERHUS; Fiocruz, 2017.

MARQUES, L. C. *et al.* Nursing care for safety in the mobile pre-hospital service. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1-12, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TsWF5LWQStRtzYJCnP9jvvK/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MIRANDA, F. B. G. *et al.* Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. spe., p. 1-10, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zDJ3GbRydMdVkhCR7P4xpxL/?lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MORAES, G. F. *et al.* Gestão em saúde na fronteira: revisão integrativa da imbricância para a assistência hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 867-874, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.867-874>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4537>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MOREIRA, A. S.; DE LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 155-161, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3590>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3590>. Acesso em: 30 jul. 2022.

NHS – National Health Service. **How long to self-isolate**. 2022. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/self-isolation-and-treatment/when-to-self-isolate-and-what-to-do/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S.; AGUSTINI, J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 64-85, jan./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/rbma201509006>. Disponível

em: <https://www.rbaval.org.br/article/doi/10.4322/rbma201509006>.
Acesso em: 30 jul. 2022.

NUNES, R. L. F. A cooperação internacional: o papel da organização mundial da saúde no enfrentamento do Covid-19. **Revista de Ciências Jurídicas e Sociais**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 53-75, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47595/cjsiurj.v2i3.88>. Disponível em: <https://revista.institutouniversitario.com.br/index.php/cjsiurj/article/view/88>. Acesso em: 30 jul. 2022.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações para estratégias nacionais de testagem para SARS-CoV-2 e capacidades diagnósticas**. 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54449/OPASWBAPHECOVID-19210043_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 jul. 2022.

SANTA CATARINA (Estado). Coronavírus. **Vacinômetro SC**, 2022a. Disponível em: <https://www.coronavirus.sc.gov.br/vacinometro/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SANTA CATARINA (Estado). **Coronavírus**: Boletim epidemiológico. 2022b. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/boletim-epidemiologico-07-07-2022.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SCHERMA, M. A.; OLIVEIRA, J. P. Integração na fronteira Brasil-Uruguai na área da saúde: um panorama. *In*: CONGRESO URUGUAYO DE CIENCIA POLÍTICA: ¿Qué Ciencia Política para qué Democracia?, 5., 2014, Montevidéo. **Anais** [...]. Montevidéo: Aucip, 2014.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (BR). **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a Covid-19**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANONACIONALDEVACINACAOCOVVID19_ED06_V3_28.04.pdf. Acesso em: 30 jul. 2022.

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 1-11, jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4659.3398>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H4fqkQHNBCkrVqdDxtxyvWj/?lang=en>. Acesso em: 29 jun. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

TORJESEN, I. Covid-19: Peak of viral shedding is later with omicron variant, Japanese data suggest. **British Medical Journal**, London, v. 376, p. 1, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.o89>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35027360/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

WHO – World Health Organization. **Coronavirus (COVID-19)**. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 28 abr. 2020.

WHO – World Health Organization. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-oncovid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Aulas remotas em tempos de pandemia: vivências e relatos de estudantes de graduação¹

Tania Mara Zancanaro Pieczkowski

Cleonice Lazzarotto

Ellen Guerra

Introdução

Este capítulo, em consonância com o objetivo desta coletânea de textos, visa registrar vivências e relatos de estudantes de graduação que vivenciaram os efeitos do período pandêmico. Repentinamente, toda a população mundial foi afetada pela Covid-19, a partir de 2020, de modo que professores, estudantes e famílias tiveram que se adaptar a uma série de mudanças. Um turbilhão de sentimentos assombrou o mundo: medo, insegurança, apreensão, mortes diárias (muitas mortes no Brasil). As previsões científicas eram aterradoras. A esperança estava nas vacinas, que vieram, graças aos cientistas que se debruçaram com incansável dedicação. O vírus não era novo e isso facilitou

1 Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)  [CNPq](#).

Agradecimento também aos integrantes do Núcleo de Apoio Psicológico e Pedagógico Institucional - NAPI, especialmente a psicóloga Monique Fernanda dos Santos, que transcreveu parte dos diálogos dos participantes das Rodas de Conversa.

a fabricação de vacinas. O Brasil era exemplo em termos de logística para vacinar a população para outras doenças, o que foi alentador. No entanto, é fato que as vacinas poderiam ter chegado antes, se houvesse a sensibilização de parte dos governantes que insistiam em dizer que seria uma “gripezinha”. A negação da ciência por significativo número de pessoas também assustou. O princípio do comum mostrou-se frágil, quando pessoas se recusaram a usar máscaras e outras, com diagnóstico de Covid-19, se negavam a ficar isoladas, disseminando o vírus.

Feita essa contextualização inicial acerca da condição e do tempo histórico que gerou este texto, salientamos que ele faz referência a uma pesquisa realizada na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó, localizada no oeste de Santa Catarina - Brasil, com estudantes de diferentes cursos de graduação, que tiveram aulas remotas entre a segunda quinzena de março de 2020 até a primeira quinzena de junho de 2021.

Vale destacar que até o início do ano de 2020, muitos professores se inquietavam com os estudantes atentos ao celular ou ao *notebook* durante as aulas. Havia combinados nos planos de ensino e aprendizagem sobre isso. Alguns docentes tentavam proibir o uso desses recursos durante parte das aulas. Contudo, chegou março de 2020 e “explode” a pandemia da Covid-19. E agora? Só pode participar das aulas quem dispõe de recursos tecnológicos e está conectado.

Em decorrência da imposição das medidas de distanciamento social, as aulas presenciais foram suspensas na Unochapecó no dia 18 de março de 2020. Na primeira semana, foram realizadas por meio de Trabalho Docente Efetivo - TDE, normatizado na instituição. Na semana seguinte, as aulas passaram a acontecer de forma remota síncrona, por meio da plataforma *Google Meet*. Na instituição, vínhamos

numa crescente discussão acerca de metodologias ativas e passamos a nos questionar se seria possível implementar essa perspectiva nas aulas remotas. Dito de outro modo, fomos confrontados a repensar nossas práticas pedagógicas e a adequar-nos, sem o devido tempo e preparo necessário, a um novo formato de aula, intensificando encontros e atividades *on-line*.

Diante de todos os atravessamentos e tensionamentos vivenciados pela comunidade acadêmica e mobilizadas pelo Núcleo de Apoio Psicológico e Pedagógico Institucional – NAPI, o qual integrávamos, na época, definimos por desenvolver uma escuta atenta aos estudantes de graduação da Unochapecó, objetivando avaliar as possibilidades e as limitações das aulas remotas.

Embora este capítulo esteja fundamentado em uma pesquisa científica, não temos o intuito de apresentar a análise das materialidades empíricas, uma vez que elegemos apenas alguns excertos de falas para evidenciarmos sentimentos recorrentes e relevantes expressados pelos participantes do estudo. Mesmo assim, apresentaremos na sequência, a concepção de ciência que nos amparou e o contexto no qual tais materialidades foram geradas, de modo a facilitar a compreensão do leitor.

Caminho metodológico

Concordamos com Meyer e Paraíso (2014, p. 17) que pesquisar implica na escolha “[...] de caminhos a percorrer, de percursos a trilhar, de trajetos a realizar, de forma que sempre tem por base um conteúdo, perspectiva ou uma teoria”. Nesse sentido, compreendemos

que pesquisar requer estar disposto ao desafio, a novos olhares e a não naturalizar o que parece dado.

Este capítulo tem como origem uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números” (Silva; Menezes, 2001, p. 20). Tratando-se de pesquisa qualitativa, no campo das Ciências Sociais, Pieczkowski salienta que os pressupostos diferem daqueles das Ciências da Natureza, “que se transformam em leis e explicações gerais, que definiram um modelo de racionalidade que presidiu a ciência moderna a partir da revolução científica no século XVI” (2020, p. 80).

Assim, a escolha metodológica precisou estar em consonância com o momento histórico vivido, ou seja, em contexto de isolamento social, posto que no início de 2021, especialmente no mês de março, o município de Chapecó (SC) viveu o ápice da pandemia, com hospitais superlotados, muitas mortes e doentes. Em consequência, as aulas na universidade prosseguiram de forma remota no primeiro semestre de 2021. Assim, optamos por Grupos Focais como a forma de promover a interação com os estudantes e a plataforma *Google Meet* foi a possibilidade de organizar encontros com segurança, preservando o distanciamento social exigido naquele período.

Sujeitos e contexto da pesquisa

Participaram da pesquisa 30 estudantes, vinculados a 30 cursos de graduação presencial, de um total de 39 cursos ofertados pela instituição, na época. Os estudantes foram convidados a participar,

distribuídos em quatro grupos, considerando a organização administrativa da Unochapecó, pelas denominadas Escolas de Conhecimento. Os grupos foram assim constituídos: Grupo 1 - Escola de Gestão e Negócios e Escola de Agrárias e Ambiente: Cursos de *Administração*, *Biblioteconomia*, *Ciências Contábeis*, *Ciências Econômicas*, *Agronomia*, *Ciências Biológicas (Bacharelado)* e *Medicina Veterinária*; Grupo 2 - Escola de Comunicação e Criatividade e Escola de Humanidades: Cursos de *Design*, *Gastronomia*, *Jornalismo*, *Moda*, *Produção Audiovisual*, *Publicidade e Propaganda*, *Artes Visuais*, *Ciências Biológicas (Licenciatura)*, *Ciências da Religião*, *Direito*, *Educação Física (Licenciatura)*, *Letras*, *Música* e *Pedagogia*; Grupo 3 - Escola da Saúde: Cursos de *Educação Física (Bacharelado)*, *Enfermagem*, *Farmácia*, *Fisioterapia*, *Medicina*, *Nutrição*, *Odontologia* e *Psicologia*; Grupo 4 - Escola Politécnica: Cursos de *Arquitetura e Urbanismo*, *Ciência da Computação*, *Engenharia de Alimentos*, *Engenharia Civil*, *Engenharia Elétrica*, *Engenharia Mecânica*, *Engenharia de Produção*, *Engenharia Química* e *Sistemas de Informação*.

Geração de materialidades empíricas

A geração de materialidades empíricas, como já anunciado, aconteceu por meio de Grupos Focais, no período de 07 de maio a 16 de junho de 2021. Para Gatti (2005, p. 12), o grupo focal “é uma técnica de levantamento de dados que se produz pela dinâmica interacional de um grupo de pessoas com um facilitador [...]. Os participantes precisam sentir confiança para expressar suas opiniões e enveredar pelos ângulos que quiserem, em uma participação ativa”. A função do grupo focal é coletar, a partir do diálogo entre os participantes,

informações acerca de um tema específico, sem dispensar a intencionalidade e foco definido.

De acordo com Oliveira, Cunha, Cordeiro e Saad (2020, p. 8), no desenvolvimento de grupos focais, “[...] o pesquisador evita posicionar-se, fazer indagações diretas, sintetizar o debate realizado ou propor ideias que de alguma forma provoquem interferências na maneira dos indivíduos pensarem e expressarem seus saberes.” Ainda, segundo os autores, de maneira geral, o número de participantes de um grupo focal varia de seis a doze pessoas. “Esses participantes são previamente selecionados a partir da existência entre eles, de alguma(s) característica(s) comum(ns), não sendo então, um grupo espontaneamente formado.” (2020, p. 7-8).

Participaram dos grupos focais 1(um) estudante representante da turma (a partir do 5º período), indicado pelas coordenações, da maioria dos cursos de graduação presenciais da Unochapecó. Cada grupo focal foi constituído, em média, por 7(sete) estudantes, tendo a duração aproximada de 90 minutos, sendo que todos foram realizados de forma remota, por meio da plataforma *Google Meet*.

Os depoimentos dos estudantes foram transcritos na íntegra e organizados em quatro categorias analíticas, com base em Laurence Bardin (2016), sendo elas: 1) Condições tecnológicas e postura adotada pelos estudantes durante as aulas remotas; 2) Reações emocionais, sensações e envolvimento durante as aulas remotas; 3) Atuação docente na perspectiva do estudante; 4) Processo de aprendizagem: aspectos favoráveis e dificuldades diante do novo formato de aula. Destacamos que neste capítulo não apresentaremos as análises, mas evidenciaremos excertos de falas que sintetizam vivências e reflexões dos estudantes no período pandêmico.

O que dizem estudantes de graduação da Unochapecó sobre as aulas remotas e a pandemia

Criar um espaço interativo entre estudantes que viveram e ainda viviam, no período da pesquisa, em estado de isolamento, para falar das aulas remotas e do sentimento vivido naquele período, de acordo com várias manifestações, foi percebido por eles como uma oportunidade de expressar suas angústias e inquietações. Foi uma oportunidade também de avaliarmos a condição de incorporar outro jeito de ser docente, sem preparação prévia. A tela do celular ou do computador representou uma janela para o mundo e, muitas vezes, a única possibilidade de dialogar com alguém, especialmente no primeiro semestre de 2020, embora as aulas remotas, na maioria dos cursos, perduraram todo o ano de 2020 e retornaram, gradativamente, em 2021. Em alguns cursos, também em 2021, grande parte das aulas se manteve no formato remoto.

Cabe destacar que a maioria das falas dos participantes dos grupos focais evidenciam a fragilidade humana e a importância da interação social, deixando claro que plataformas digitais não poderão substituir as experiências em sala construídas entre professores e estudantes, as quais mobilizam a produção de saberes. Contudo, foram um recurso essencial para o cenário pandêmico.

Um relato de 14 de maio de 2021, período muito crítico da pandemia na região de Chapecó, ilustra o que escrevemos:

[...] nós tivemos colegas que perderam pessoas muito próximas, tipo pai e mãe, e entraram na aula atordoados. Um colega nosso enterrou o pai e a mãe meia hora antes de iniciar a aula, por causa da Covid. Então, ele entrou na aula e a gente ficou: 'Meu!... você não tem que estar aqui na aula.' Ele falou: - 'Ah,

porque eu não vou estar se eu moro sozinho?’ Aí a gente usou três horas daquela aula para conversar com ele, porque ele estava querendo desistir do curso, não queria mais. A gente usou para oferecer conforto, a gente entendeu que a necessidade não era ter conteúdo, não era ter prova, não era ter teoria. A gente usou essa aula para dar espaço para ele. E nesse espaço abriu, tipo, um monte de gente falando: - ‘Óh, tá ali, essa é a necessidade, talvez as pessoas decidam falar.’ Daí a gente abriu aquela aula pra todo mundo falar, porque, às vezes, é difícil, todo mundo na correria, é muita coisa, não tem vacina, você fica neurótico com a limpeza e eu moro, por exemplo, em Chapecó e meus pais moram lá no... (*referindo-se a uma localidade do interior). Você começa a criar neura, principalmente em trabalhar e saber se eles estão protegidos. Tem a questão de muito negacionismo [...]. Então, essas coisas, a gente meio que oferece um colo também, a gente ouve, fala e a gente também traz para a aula, e isso é uma coisa positiva que eu posso tirar neste momento. [...] Para vocês terem ideia, eu acho que semana passada foi a primeira vez que eu vi uma colega, sei lá, desde março do ano passado. Isso que a gente mora em Chapecó. Então, dava aquele choque, né. Ela é agente de saúde na cidade dela e ela se vacinou as duas, né. Então, só por isso a gente se viu. O restante, a gente não está se vendo. Poxa, são dois anos que não tem como voltar atrás, já estão cursados, já estão matriculados e a gente só tá indo adiante, são dois anos que, assim, se tu para dá aquele chorinho, sei lá, não volta, não volta, é isso [...]. Quatrocentos mil mortos não vão reviver². [...] Então, a gente tenta lidar com tudo que está vindo daqui em diante, até as demandas do professor. ‘Oh, professor, para aí, muito trabalho, porque a gente tem nossa vida pra lidar, a gente tem

2 Esse era o número de mortos naquela data, sendo que este número oficial, atualmente (março de 2023) aproxima-se de 700.000.

a faculdade e a gente está numa pandemia que é algo histórico. Então, calma.' Os professores também são muito compreensivos, a gente também é muito compreensivo com eles, porque eles estão atordoados. Tem professor que aprendeu a mexer no computador direito agora. Então, a gente querer cobrar algo deles, não, não faz sentido. Tem um professor que, às vezes, mandava o trabalho via *e-mail*. Não dava aula porque não sabia entrar no *meet*, ele é um senhorzinho. [...] Não tem porque botar pressão num momento que nós já estamos tendo uma pressão, mas basicamente é isso que tem acontecido. (Estudante A, GF 02, 14 de maio de 2021).

Esse longo relato possibilita muitas análises e nos instiga a refletir sob quais condições psicológicas os estudantes tentaram se conectar às aulas. É fato que sentimentos como medo, desamparo, solidão e insegurança atravessaram as telas e ressoaram no silenciamento de muitas turmas. Fato é também que a solidariedade e a empatia encontraram eco em momentos tão difíceis, como expresso no excerto, possibilitando cuidado e acolhimento diante de tanto sofrimento psíquico.

Na esteira do que foi dito, salientamos que o período pandêmico alavancou diversas experiências de luto. Em alguns dias e regiões do Brasil, famílias sepultaram seus mortos em valas comuns, em razão da inesperada superlotação dos cemitérios. Faltou leitos hospitalares e oxigênio nos hospitais. Profissionais da saúde chegaram à exaustão. Acessar as redes sociais, recurso amplamente utilizado pelos jovens estudantes de graduação, se transformou em um pesadelo, pois parecia um espaço para divulgar os óbitos. Sepultar pai e mãe e, na sequência, acessar a aula remota evidencia a amplitude da solidão, do desamparo, de uma situação impensável. Por isso, é preciso pensar nas condições emocionais, sociais e econômicas que afetaram a vida

de todas as pessoas no período pandêmico e acionaram gatilhos de sofrimento e adoecimento físico e mental.

Veiga-Neto (2020, p. 5) faz referência a uma pandemia “[...] como um fenômeno sanitário, sociocultural e ambiental extremamente complexo, mutável e situado num patamar epistemológico acima das raízes que lhe dão origem e o alimentam, ela é irredutível a qualquer uma das muitas variáveis que dela participam”. Porém, afirma que para o que vivenciamos é apropriado adotar o termo *sindemia* cujo conceito, criado pelo antropólogo e médico estadunidense Merrill Singer na década de 1990, designa “[...] as combinações sinérgicas entre a saúde de uma população e os respectivos contextos sociais, econômicos e culturais, aí incluídos os recursos disponíveis (hospitais, ambulatórios, medicamentos, especialistas etc.)” (Veiga-Neto, 2020, p. 4).

Outra reflexão que elencamos diz sobre ser professor nesse contexto. Como foi, para muitos, aprender a utilizar recursos novos, estar diante de uma tela, um microfone e uma câmera? Nem sempre o equipamento era adequado; nem sempre o ambiente domiciliar era favorável. Filhos chamando pelos pais; crianças chorando e pedindo alimentação ou para serem higienizadas após o uso do banheiro; pais e avós aparecendo nas imagens ao lado dos professores, curiosos para saber o que estava acontecendo; parceiros passando pelo ambiente em trajes pouco adequados... Algumas cenas foram constrangedoras. A mudança necessária no formato das aulas alterou a rotina, invadiu o espaço privado e desafiou professores.

Complementarmente, Pontes e Rostas (2020, p. 279) destacam que a pandemia impôs novas exigências e atribuições ao trabalho docente, para além do domínio de conteúdos e estratégias pedagógicas. Foi necessário inteirar-se acerca das ferramentas *on-line* e adequar-se ao ensino remoto, chamando a atenção e o interesse dos alunos, mes-

mo diante de tantas incertezas. Além disso, o professor precisou estar disponível para várias atividades virtuais em horários díspares ao trabalho presencial, tendo, ainda, a necessidade de “[...] ajustar a casa para receber os alunos e os colegas nas diversas reuniões de trabalho”.

Essa indiferenciação entre casa-universidade não afetou somente a rotina dos professores, mas incidiu também sobre a vida dos estudantes e de seus familiares, como retratado no excerto seguinte:

Eu tenho uma situação assim que é uma casa super pequena para muitas pessoas. Até antes estava brigando aqui com o pessoal que entra e sai, é uma loucura. Muitas vezes, eu vi que não só gerou um desconforto pra mim, de não ter um ambiente silencioso, não ter um ambiente adequado para estudar, não ter uma escrivaninha, não ter uma mesa, como também surgiu um desconforto pra minha família. Eles têm que evitar entrar nos cômodos, evitar fazer barulho, evitar, às vezes, fazer uma coisa que é do habitual deles por conta de ter um estudante em casa. (Estudante 24, GF 4, 16 de junho de 2021).

Espaços físicos domésticos privados se tornaram públicos e passíveis de comparação, de exposição da condição social, o que gerava resistência para ativar as câmeras, como afirmaram estudantes participantes dos grupos focais. Também, muitos não ativavam as câmeras porque não queriam expor ambientes inadequados para estudar, como a cozinha ou a sala frequentada pelos demais familiares, ou porque estavam deitados na cama com pijamas ou cabelos molhados. Outros afirmavam que acessavam a sala virtual, mas não acompanhavam as aulas, pois iam fazer outras coisas: tomar banho, jantar, preparar o almoço do dia seguinte, limpar a casa.

A maioria dos estudantes se mostrou sensível à situação dos professores, relatando situações de sofrimento para o professor conduzir as aulas.

A minha turma, particularmente, sempre foi uma turma que se envolvia muito nas aulas, muito, muito, muito. Tanto que os professores falavam que adoravam dar aula pra gente, porque a gente era uma turma muito participativa. E tipo, hoje em dia, os nossos professores até pararam de ligar as câmeras nas aulas. Acho que dois professores só que ligam as câmeras nas aulas, porque, como ninguém participa, ninguém liga, eles falam que se sentem sozinhos e desligam as câmeras. E realmente, quase ninguém participa, são perguntas pontuais, não tem mais um diálogo. [...] só que a partir do momento que alguns professores pararam de ligar eu também senti que houve uma retração dos outros alunos, uma coisa estranha, porque tu olha pra pessoa falando é diferente do que tu tá com a câmera desligada e só ouvindo a voz. (Estudante A, GF 01, 07 de maio de 2021).

Vale salientar que além do desafio de realizar o planejamento pedagógico e conduzir as aulas, os professores também foram tomados pela apreensão do risco de contaminação, sentiam medo, angústia e insegurança. Muitos tiveram familiares que adoeceram e todos, de algum modo, vivenciaram a experiência da perda e do luto. Não eram apenas professores, eram professores em tempos de pandemia/*sindemia*, carregando consigo suas dores e seus temores, tentando mobilizar os estudantes a se conectarem com ele, com a turma, com a aula, com o conteúdo. No entanto, era notável o baixo nível de interação, representada por telas escuras e estáticas, câmeras desativadas, microfones silenciados e ausências reais.

Prado, Ladeira e Sentineli (2020, p. 220) evidenciam a pressão vivida pelos professores que precisaram desligar “suas experiências de luto, para se reinventarem e oferecerem um conteúdo de qualidade, sem perder o dinamismo e a ludicidade”, considerando que muitos não tinham formação para operar as tecnologias “[...] quanto mais estrutura psicológica e emocional para ministrar e/ou elaborar tais aulas em um contexto de subtração da vida que decorre no enluta-mento da experiência humana”.

Em que pesem as questões apresentadas até aqui, destaca-se que os estudantes também relataram aspectos favoráveis às aulas remotas em razão da pandemia, a exemplo da possibilidade de dispor de mais tempo para ficar próximos aos familiares, como descrito no excerto que segue:

Para mim, realmente facilitou, porque eu trabalho 8 (oito) horas por dia e eu tenho uma filha. Facilitou esse modelo por conta disso, eu não preciso pegar trânsito, eu estou ali em casa com a minha filha, eu posso preparar alguma coisa pra gente comer rapidinho antes da aula, eu não estou perdendo aquele momento que eu estaria no transporte. [...] eu sempre consegui estudar sozinha, até prefiro, consigo me organizar. O modelo EaD pra mim facilitou muito a minha vida, sem contar aquele frio da Unochapecó que a gente não precisa pegar. A gente pode estar com a cobertinha ali, sentadinha. Eu tenho meu espaço, minha mesa, meu computador, meu quarto fechado. A minha filha é orientada a não estar no espaço no momento da aula. Mas aí tem o horário do intervalo, posso conversar com ela, não preciso deixar ela na casa de ninguém. [...] Mas acho que para aqueles que têm o hábito de socializar mais com os colegas, aqueles que não têm um espaço para estudar reservado, que moram com os pais, tenha dificultado. Não foi o meu caso, para mim facilitou minha vida 99%. (Estudante A GF 01, 21 de maio de 2021).

Vale destacar que a transposição das atividades presenciais para o ensino remoto emergencial no período pandêmico difere da Educação a Distância (EaD), reconhecida como modalidade de ensino, na qual as aulas são planejadas e projetadas desde o início para serem *on-line*.

É fato que as práticas de educação remota tiveram um aumento significativo no mundo todo por conta da pandemia, caracterizando-se por atividades mediadas por plataformas digitais. No entanto, questionamos como tais práticas vêm sendo adotadas, uma vez que exigem um tempo maior de organização e planejamento para sua efetiva execução. Mais que isso, é importante refletir como tem se dado a participação e o aproveitamento dos estudantes, uma vez que também demandam responsabilidade, compromisso acadêmico e processos de autorregulação.

Considerações finais

Em tempos de distanciamento social, medida exigida à segurança de todos, a continuidade das aulas universitárias se fez necessária como uma de tantas outras adaptações e mudanças de um mundo que foi surpreendido com o avanço do Coronavírus. Na Unochapecó, contexto em que este estudo foi realizado, as ferramentas básicas para que as aulas não fossem interrompidas foram rapidamente organizadas, como o acesso à plataforma *Google Meet*.

A organização das aulas de forma remota trouxe à tona uma série de desigualdades, posto que somente os estudantes com acesso à internet e aos demais dispositivos tecnológicos puderam dar seguimento aos estudos.

Além da possibilidade de não interromper o processo de formação, de ter acesso aos professores e aos conteúdos, é importante destacar que as aulas remotas, para muitos estudantes, foram o único ou um dos poucos espaços de interação social. Por conta disso, conforme relatado pelos próprios estudantes, algumas aulas precisaram ser interrompidas para potencializar o diálogo e a atenção ao sofrimento que circulava na turma. Mais do que nunca, o professor, assim como os estudantes, precisou olhar para dentro, para si mesmo, para o seu papel, atento também para o entorno, para as relações e para o que emergia como prioridade naquele momento. Reconhecer o lugar de fala dos estudantes, como proposto neste estudo, nos remete à capacidade de acolher, de flexibilizar, de aprender novas formas de ser e de estar no mundo, em consonância com as vivências que estão para além do espaço da universidade.

Não intencionamos esgotar a discussão sobre essa temática neste texto, a ponto de destacarmos a importância da continuidade de outros estudos, especialmente atentando-se à escuta dos professores universitários e às experiências relacionadas ao período pandêmico.

Referências

ABED – Associação Brasileira de Educação a Distância. **Censo EAD. BR 2020**: relatório analítico da aprendizagem a distância no Brasil. Curitiba, PR: InterSaberes, 2022. Disponível em: https://abed.org.br/arquivos/CENSO_EAD_2020_PORTUGUES.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

MEYER, Dagmar Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves. Metodologias de pesquisas pós-críticas ou sobre como fazemos nossas investigações. *In*: MEYER, Dagmar Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte, MG: Mazza, 2014. p. 17-24.

OLIVEIRA, Guilherme Saramago de *et al.* Grupo focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? **Cadernos da Fucamp**, Monte Carmelo, v. 19, n. 41, p. 1-13, out. 2020. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2208>. Acesso em: 7 fev. 2023.

PIECZKOWSKI, Tania Mara Zancanaro. Pesquisa em educação, o projeto e os caminhos metodológicos: um recorte para a pesquisa pós-estruturalista e a análise do discurso na perspectiva foucaultiana. *In*: PETRY, Oto João; BARLETA, Ilma de Andrade; SCHERMA, Camila Caracelli (org.). **Abordagens teórico-metodológicas de pesquisa em educação: trilhando caminhos**. Curitiba, PR: CRV, 2020. p. 81-95.

PONTES, Fernanda Rodrigues; ROSTAS, Márcia Helena Saaia Guimarães. Precarização do trabalho do docente e adoecimento: COVID-19 e as transformações no mundo do trabalho, um recorte investigativo. **Revista Thema**, Pelotas, v. 18, n. esp., p. 278-300, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15536/thema.V18.Especial.2020.278-300.1923>. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/1923>. Acesso em: 11 jun. 2022.

PRADO, Paulo Afonso do; LADEIRA, Thalles Azevedo; SENTINELI, Tiago Afonso. Sociedade enlutada: lutas e lutos de uma sociedade na busca por educação. *In*: NOGUEIRA, Fernanda Fochi Nogueira Insfran *et al.* **Fraturas expostas pela pandemia: escritos e experiências em educação**. Campos dos Goytacazes, RJ: Encontrografia, 2020. p. 218-231.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis, SC: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

VEIGA-NETO, A. Mais uma lição: sindemia covídica e educação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236109337>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/FtpkV5RY3Q64nvBdvxbSXwg/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2022.

Estudantes de Enfermagem frente às mortes decorrentes da Covid-19 e os desafios da formação no manejo da morte

Liliane Pedon
Franciele Castanho

No final do ano de 2019, o mundo se deparou com uma pandemia causada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus (SARS-CoV-2), popularmente denominada de Covid-19, a doença ocasionou milhares de mortes entre a população mundial, sobrecarregando o sistema de saúde público e privado, bem como modificou o cotidiano das pessoas frente às orientações de biossegurança para a diminuição do contágio da doença.

Os impactos na saúde mental entre os profissionais da saúde que atuaram na linha de frente de combate à pandemia de Covid-19 envolveram questões como distanciamento social e familiar, esgotamento físico e emocional decorrentes da ampliação da jornada de trabalho, bem como frente ao agravamento do quadro clínico dos pacientes e o manejo da morte.

A concepção moderna de morte provoca angústia existencial em relação à morte, visto que o advento do capitalismo tem influência sobre os valores humanos e sociais, os quais passaram a ser determinados pelas relações de trabalho, do poder produtivo do ser humano, formando uma sociedade que nega a morte. Neste caso, para os profissionais que são formados para salvar vidas, a morte se mostra como

um fracasso profissional, gerando sensação de culpa, de frustração, perda, tristeza, impotência e estresse.

Esse estudo apresentará o relato da experiência de uma pesquisa realizada com estudantes do curso de Enfermagem de uma universidade do oeste catarinense, que teve como objetivo analisar o processo de formação da enfermagem para o manejo da morte no contexto da pandemia de Covid-19.

É necessário estarmos atentos para a saúde dos futuros profissionais, deste modo, é fundamental espaços de cuidado, que consistem numa dimensão ética do cuidado, de investimento no outro e abertura a seu sofrimento, responsabilizando-se pelo seu cuidado e estando disposto ao acolhimento e ao afeto, dando ênfase ao processo de humanização em saúde.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2021, por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 estudantes de Enfermagem de uma universidade do oeste catarinense que concordaram em participar da pesquisa, sendo que todos os participantes se encontravam no décimo semestre da graduação e três deles já atuavam como técnicos de enfermagem. Para preservar a identidade de cada participante, utilizaremos nomes fictícios nos relatos deste estudo, sendo eles: Maria, Ana, Joana, Aline, Lais, Elisa, Julia, Eloá, Laura e Bianca.

Para apresentarmos ao leitor aquilo que escutamos destes estudantes de enfermagem, é importante dizer que o olhar que nos guiou para analisar falas tão significativas que estavam construindo o papel profissional de cada um deles, foi o referencial teórico psicodramático de Jacob Levy Moreno, que nos ajudou a reconhecer a dor humana de uma forma relacional e qualitativa. Afinal, o psicodrama compreen-

de o ser humano em relação, por isso nos questionamos, como isso ficou numa pandemia que era necessário o isolamento social, onde o afastamento do convívio familiar entre os profissionais da saúde foi inevitável para proteger àqueles que eram importantes para eles, suas famílias.

Vivenciando o processo de morte na formação

Primeiramente, se fez necessário compreender quais eram as percepções e sentimentos para lidar com a morte durante a formação acadêmica entre estes estudantes, assim, pudemos entender o quão sensível é esta temática, a ponto de ser um conteúdo que vai indo pelas beiradas durante o processo de formação, fato tão contraditório com o próprio fazer profissional, que, por muitas vezes, encara a morte de frente no dia a dia laboral.

Os estudantes nos contaram que estudaram uma matéria específica sobre a morte e morrer, que abordava o ciclo vital, ou seja, o desenvolvimento humano, com pouca ênfase no processo de morte. Também afirmam que tiveram outros ensinamentos perpassados pela matéria voltados a como separar a dor do paciente daquela que é do profissional, bem como, sobre os cuidados paliativos, conforme o relato de Aline, “Foi uma pincelada. [...] a morte é um tabu e ainda continua sendo, [...] era mais voltado para o ciclo de vida [...], vamos dizer assim, [quando] chegou na morte, vamos falar rapidinho”.

A falta de preparo acadêmico para lidar com a morte mesmo sendo um elemento do cotidiano em sua profissão se apresentou de uma forma restrita, pouco debatida na graduação, sendo tratada como tabu, pois remete a sentimentos e sensações desagradáveis e

experiências difíceis. Os acadêmicos salientaram sobre a necessidade de preparar os profissionais da saúde para o enfrentamento da morte, para expressar as emoções e sentimentos, conforme o relato de outra estudante Maria: “Nós partimos muito do pressuposto de retirar equipamento, o que você faz com aquela pessoa que acabou de morrer, o que faz com os familiares dele, mas não da tua vivência com aquela experiência, para muitos é a primeira vez que vê uma pessoa morrer”.

O processo de ensino e aprendizagem carrega junto de si diversas conservas culturais, como apontam Gonçalves, Wolff e Almeida (1988), em que o produto da espontaneidade e de todo o processo criador é a conserva cultural, a qual preserva a cultura e possibilita a transmissão às novas gerações. A conserva cultural pode ser considerada objetos, costumes e comportamentos que se mantêm iguais em uma cultura. E quando se trata sobre a morte, ora perpetua alguns tabus, ora distancia-se daquela experiência para sobreviver emocionalmente. Deste modo, cabe aos profissionais da saúde se libertar das conservas culturais existentes e resgatar a espontaneidade e criatividade para o desenvolvimento do seu papel profissional, em especial, no manejo e compreensão sobre a morte.

Os estudantes trouxeram a importância do diálogo sobre a morte, ressaltam a necessidade da aprendizagem para saber lidar com seus sentimentos diante da morte de um paciente, ainda, destacaram a urgência em “sair do automático”, atitude que durante a formação acadêmica, bem como, as instituições que atuam exigem deles. Acreditam que essa aproximação com a temática pode favorecer o contato e reconhecimento dos sentimentos que emergem no processo de cuidado, como Bianca nos mostra: “Deu para sentir que a gente não é um robô, que a gente precisa parar, a gente precisa sentir. [...] Relacionado a morte eu acho que falta na formação, porque na verdade a

gente está focado mais nas técnicas em si”. Neste mesmo sentido, os estudantes apontam a necessidade de repensar a formação no que se refere ao manejo da morte, por expressarem a formação com enfoque tecnicista, reiteraram que não deve ser desqualificada a formação técnica, no entanto, se faz necessário dar a mesma relevância às questões emocionais e psíquicas durante a formação dos enfermeiros.

Ainda, observou-se os desafios e dificuldades na formação decorrentes da pandemia da Covid-19, visto o cenário mundial instaurado que exigiu modificações no cotidiano, assim como, no ensino nas instituições, em especial, no que se refere aos estágios e atividades práticas dos estudantes durante o período pandêmico. A falta de informação sobre o vírus ocasionou a ausência de preparo para atender os pacientes e o enfrentar às mortes da Covid-19, assim como, impossibilitou ainda mais o contato com os pacientes devido a necessidade de isolamento e da paramentação, como podemos observar no relato da Maria: “Faltou aquele, o que eu faço com o paciente respiratório, existe protocolo, não existe protocolo? O que o enfermeiro faz, o que o auxiliar faz, o que o médico faz? Podemos pronar o paciente, não podemos pronar?”. Compreende-se que foi um desafio possibilitar um atendimento de qualidade neste cenário incerto e traumático, visto que todos se encontravam mobilizados devido ao contexto pandêmico.

Podemos observar isso quando a estudante Joana afirmou: “A gente nunca imaginou estar participando de uma pandemia, estar ativo como profissional, e iniciar um estágio logo em uma pandemia, se deparar com um vírus que ninguém conhece [...], eu acho que foi muito apavorante”. São notáveis as dificuldades ocorridas na realização dos estágios, principalmente pela incerteza, insegurança em relação à falta de conhecimento sobre a doença e o preparo acerca do fenômeno inesperado.

Em outro relato a acadêmica Joana expressa as orientações dadas pelos professores para o coronavírus: “Foi falado sobre os casos, dos sintomas, da vacina, mas não de como lidar com a morte”. Novamente aqui nos deparamos com um contorno em relação ao tema da morte sem enfrentá-lo diretamente. A dificuldade em lidar com a morte causa adoecimento dos profissionais da saúde, decorrente do desgaste emocional, que favorece o desenvolvimento de síndromes e transtornos. A negação da morte é um mecanismo de defesa, o profissional passa a estar mais vulnerável ao luto mal elaborado, à Síndrome de Burnout, a transtornos mentais como depressão e estresse laboral (Santos; Bueno, 2011).

Além disso, no contexto da pandemia, os profissionais da saúde experienciaram muitos estressores em seu cotidiano, aumentou o medo de ser infectado ou infectar outras pessoas, além do receio de adoecer, de estar mais exposto a mortes em larga escala, em consequência, a frustração em não conseguir salvar essas vidas. Frente a esses eventos estressores, ocorre a sobrecarga de trabalho, cansaço físico e psicológico, a limitação de recursos e o isolamento social, podendo gerar impactos na saúde mental. Nesta perspectiva, estudar a morte de forma crítico-reflexiva desde a graduação pode ajudar a reduzir o estresse e a ansiedade, bem como conviver melhor com essas situações de sofrimento, compreendendo a morte como parte natural do ciclo vital diminuindo a sensação de fracasso pessoal e profissional do trabalhador da saúde.

Ao que se refere às atividades práticas da graduação durante a pandemia, os estudantes apontaram suas dificuldades, sendo que em decorrência da quarentena e isolamento social, as universidades suspenderam as atividades presenciais de ensino e aprendizagem, passando a integrar as tecnologias da informação com maior intensi-

dade nas metodologias, bem como o ensino remoto. O desafio frente à mudança das aulas presenciais para a aula remota confirmaram dificuldades de concentração e atenção nas aulas, identificadas na afirmação de Elisa: “O ruim foram as aulas online, fiquei meio com um trauma sabe, abrir o computador era uma coisa ruim, cansa e você não aprende”. É fato que muitas mudanças ocorreram em decorrência da pandemia, com o isolamento e perdas de alguns papéis desempenhados pelos estudantes, afinal, o “ser estudante” como aprenderam a ser, a privação da relação com as pessoas (colegas e professores) já não era mais possível naquele momento.

No caso dos estudantes, a implantação das aulas remotas mudou de alguma forma o desempenho no papel de aluno, pelo menos da forma como tinham aprendido até naquele momento. Perder um papel que desempenhamos significa perder uma parte de si mesmo e isso gera sofrimento psíquico, sendo assim, refletimos que diante de todos os lutos vivenciados no contexto da pandemia, uma das formas de manter a saúde mental é fortalecer e criar diferentes papéis, resignificando essas perdas resgatando a espontaneidade e criatividade.

Segundo Bustos (1979, p. 32), “[...] o papel é a menor unidade de cultura”. Moreno propõe este conceito como ponto de partida para o estudo do homem e acrescenta que os papéis não surgem do Eu, é o Eu que surge dos papéis. Para Moreno (1975, p. 28) “[...] a função do papel é adentrar no inconsciente, desde o mundo social, para dar-lhe forma e ordem”. Sendo assim, é esperado, por exemplo, do enfermeiro que atue como enfermeiro, há um construto social que compreende quais funções cabem neste papel de enfermeiro, mas há também uma forma individual de desempenho deste papel, que envolve a espontaneidade e criatividade de cada pessoa. Todo indivíduo desempenha inúmeros papéis na vida, bem como, há muitas formas (individuais)

de desempenho daquele papel e, “[...] é justamente pela pressão ativa que essas múltiplas unidades individuais exercem sobre o papel oficial manifesto que se produz amiúde um sentimento de ansiedade” (Moreno, 1975, p. 28).

Sendo assim, “ser enfermeiro” constitui-se em quem estes estudantes querem ser, ou seja, compõe a identidade de cada um deles, por isso, também trazem o sentimento de orgulho pela profissão, afirmam que prestar cuidado às pessoas caracteriza a escolha profissional. Identificamos isso quando Elisa nos fala sobre sua escolha profissional: “Mas é uma coisa que eu escolhi e tenho muito orgulho disso, de poder ajudar pessoas”. Assim como todos os papéis, o papel profissional é constituído de elementos particulares e coletivos, por isso é importante que o papel desempenhado esteja claro, ou seja, que faça sentido para o sujeito, o significado social do trabalho realizado e o desempenho sobre ele, oferece aspectos de poder e de inversão de papéis, pois possibilita formas de agir e transformar o mundo por meio de uma relação empática e compreensiva com o outro.

Morte e espontaneidade: a mais nobre manifestação da vida

Podemos destacar que foram levados em conta no momento das entrevistas aspectos sociais, religiosos e culturais dos participantes para que possamos compreender melhor como tais individualidades afetam a compreensão sobre a morte, o morrer e os processos de luto. Foi possível identificar que a percepção dos estudantes sobre a morte, possuem perspectivas variadas, porém, apresentaram predominância sobre a inevitabilidade da morte, ou seja, reconhecem a

morte como um processo natural que faz parte do ciclo vital, entendido ainda como um encerramento de ciclos e como despedida. Laís nos mostra isso a partir de sua afirmação, “É um ciclo da vida que tem que passar então, claro, é doloroso, é sofrido, mas é uma coisa que vai acontecer né”. Ainda, Eloá, uma das entrevistadas, compreende que a experiência com situações de morte colabora na elaboração e concepção sobre o tema: “Um processo inevitável, todos vamos ter que passar, tem que ser melhor trabalhado também pela enfermagem, [...] a gente tem que estar preparado para como ajudar essa pessoa a transpassar, chegar lá no seu final de vida”.

Outras concepções sobre a morte se apresentaram como uma renovação espiritual, compreendendo esta através da religião, crenedo na existência e vida após a morte, como expôs Maria: “São ensinamentos, lições e encerramentos de ciclos que são necessários”. Já Aline cita: “Vejo muito assim, pelo lado físico biológico é o cessar da máquina e pelo lado da questão de Deus, religião é um novo propósito”. A maioria dos entrevistados se refere à morte a partir de crenças religiosas, com significados distintos a partir de suas doutrinas, e a religião auxilia como uma estratégia de enfrentamento do processo de morte.

Outra percepção sobre a morte se refere a faixa etária, principalmente quando é uma criança. Julia falou sobre isso e afirmou: “Quando é criança a gente sente um vazio”. Neste sentido, os acadêmicos compreendem a morte de uma criança como uma tarefa difícil, principalmente por ser um evento que altera o “roteiro” da existência humana. Visto que o sentimento de impotência, ao insucesso terapêutico acaba por frustrar os futuros profissionais. Já quando a morte ocorre na velhice, parece ser mais aceita, assim, Julia complementou, “Quando é uma pessoa mais idosa que está em sofrimento eu vejo

como um alívio, não digo que seja para mim, eu digo que de certa forma é um conforto”, como um evento normal e natural.

Diante do sentimento de vazio da finitude, é importante buscar formas de evocar a flexibilidade, a criatividade que há dentro de cada um de nós, para que “[...] possa enfrentar as situações diárias de luzes e sombras, satisfações e frustrações, dispondo, assim, de um estado espontâneo de prontidão para responder aos conflitos adequadamente [...]” (Moreno, 1971/1992 *apud* Strauch, 2017, p. 50), livre das inferências das conservas culturais que impedem o preenchimento do vazio, a partir do renascimento da criatividade e da ressignificação da perda.

Os sentimentos relacionados ao tema morte surgem nomeados como impotência, insegurança, tristeza, culpa, frustração, falta de amparo, entre outros. A impotência e a culpa, surgem frente a impossibilidade terapêutica de cura, de evitar a morte e sobre sua própria finitude, o que afeta significativamente o desenvolvimento do papel como profissional. A entrevistada Maria nos disse como se sentia frente à morte: “Impotente por não conseguir fazer nada, por não conseguir ajudar [...] às vezes é preciso exteriorizar para tirar um pouco, porque de certa forma eu acredito que a gente se sinta culpado”. A abordagem nos currículos acadêmicos de conteúdos, bem como, de desenvolvimento de uma autorregulação¹ que prepare o profissional para o enfrentamento da morte, possibilitando a reflexão e atitudes para lidar com essas situações se faz necessária, se não a morte passará a ser tratada como um momento de derrota. Em relação à impotência torna-se uma analogia do processo de morte através

1 Habilidade de modular as emoções, a cognição e os comportamentos e de autorreflexão das próprias ações.

de uma luta imaginária que os profissionais da saúde entendem que precisam travar, pois quando o paciente vai a óbito remete a perder a batalha (Stochero *et al.*, 2016).

Como no processo de saúde-doença, os profissionais da saúde são direcionados a curar o paciente de sua doença e conseqüentemente da sua morte, buscando a saúde a todo custo, sentindo-se como um Deus, por isso a onipotência-impotência está tão presente visto que em alguns casos poderá salvar e em outros não (Fonseca Filho, 2000).

Outra forma de expressão do sofrimento ao lidar com a morte é o choro, no entanto, o choro é percebido como um sinal de fraqueza, conforme afirmou Bianca: “Eu me considero uma pessoa fraca se chorar”. Joana nos disse sobre o distanciamento afetivo que faz no momento da morte: “Eu não posso chorar, é isso, e bola para frente, é mais um que morreu, vem o próximo”. Uma das funções do choro é a comunicação das emoções, visando a liberação do sofrimento psíquico, é uma forma de expressar a vulnerabilidade e o sofrimento, assim como aliviar as tensões e ajudar na recuperação fisiológica e psicológica após vivências de angústia (Lejderman; Bezerra, 2014). Tais sentimentos repercutem em como os acadêmicos irão lidar com a morte em seu contexto profissional, assim como os possíveis mecanismos de defesa que são utilizados na tentativa de lidar com a perda.

Neste sentido, observa-se que as estratégias utilizadas pelos estudantes no processo de morte aparecem como o afastamento emocional e controle das emoções, podendo ser uma forma de negar o envolvimento emocional com o paciente de uma maneira racional. Laís representou isso quando disse: “Eu procuro não olhar mais ali para o rosto, só focar no procedimento que tem que fazer que é de retirar os cateteres, arrumar ali o corpo mesmo”. Também Bianca reforçou este distanciamento afetivo do momento em que enfrenta a morte:

“Eu acabo deixando as emoções de lado para prestar o atendimento, mas está me faltando sentir um pouco mais sabe. [...] Por causa desse modo automático, isso me priva de viver certas emoções”. Desta forma, os profissionais da saúde, ao acompanhar a morte cotidianamente, passam a utilizar mecanismos de defesa, como a racionalização, a evasão, a negação, entre outros recursos que lhe afastam do contato consigo mesmo, para não experienciar suas emoções diante da morte, e o sofrimento deste profissional é mascarado pela ampla carga horária e cumprimento de rotinas (Perazzo, 2019).

Através dos relatos apresentados, percebe-se que prevalece o distanciamento do profissional do paciente devido às questões técnico-formativas, bem como a falta de estratégias e recursos de enfrentamento emocional diante da morte dos pacientes, e as consequências deste fenômeno acaba por impactar o atendimento, a relação que mantém com o papel profissional e com a própria vida enquanto sujeito. Por isso, a importância de o profissional da saúde ter acesso ao tema ainda na formação, buscar orientação e reflexões sobre a vivência da morte em seu contexto profissional visando humanização e atendimento integral ao paciente e sua família no contexto da morte.

Vivenciando o processo de morte no contexto da pandemia de Covid-19

Os estudantes afirmaram que a morte decorrente da Covid-19 é diferente, por ser causada por um vírus agressivo, descreveram como uma morte solitária, triste, que abala psicologicamente, como pôde se observar no relato da Maria: “[...] às vezes a pessoa nem é tão doente assim e ela acabou partindo, e as famílias não estavam preparadas”.

Ainda, Laís comentou sobre a rápida evolução e agravamento dos quadros clínicos:

A gente nota que é muito rápido, em alguns pacientes, em um dia eles estão bem, no outro dia já estão entubados, já estão pronando, é uma situação bem ruim de se ver [...] da pessoa morrer literalmente sozinha assim, é uma coisa que meio que te abala psicologicamente, penso meu Deus, não deu tempo de se despedir.

As recomendações e orientações científicas para o enfrentamento da Covid-19, levaram as autoridades sanitárias a orientar a forma que pode ocorrer o manejo dos corpos e funerais, de maneira a diminuir o risco de contaminação. Nas mortes decorrentes da Covid-19 há um protocolo de recomendações de biossegurança para os rituais fúnebres, são velórios com número reduzido de pessoas, o sepultamento deve ser realizado com o caixão lacrado e que não sejam feitos procedimentos de tanatopraxia² com o tempo máximo de uma hora de duração, após o corpo deve ser enterrado ou cremado (Cogo *et al.*, 2020). Ao que se refere ao ritual de velório e enterro, Ana nos trouxe o seguinte relato que demonstra a ausência de rituais conhecidos na nossa cultura no período da Covid-19 relacionada ao velório: “O que eu acho que é mais triste para mim, é que a família não pode nem ter ali um velório decente, entende”. Ainda sobre isso, Laís comentou sobre a falta de uma despedida, de não poder ver, tocar, pela última vez

2 Técnicas e procedimentos de conservação e preparação dos corpos pós-óbito para a cerimônia fúnebre.

no seu ente querido “[...] não consegue nem ver mais o corpo porque tem que fazer todo aquele preparo, não se despendem mais”.

E neste contexto pandêmico as mortes se tornaram mais frequentes, de forma inesperada e abrupta, em que os rituais de despedida ocorreram de formas diferentes, de formas díspares à tradição cultural, sem a possibilidade de contato e de presença para apoiar e ser consolo em decorrência ao distanciamento devido a possíveis contaminações da doença, produzindo lutos coletivos, onde identificam na dor dos outros com a sua própria dor.

A Psicologia reconhece o papel estruturante e o valor emocional que a realização de ritos e rituais na organização de diferentes sociedades e culturas através do compartilhamento de seus valores e crenças. Os rituais de despedida são importantes para a elaboração do luto, variam conforme a sociedade, cultura, religião e circunstâncias que ocorrem a morte. O impedimento de vivenciar este rito pode gerar intensos sentimentos, dificultando a concretização psíquica da perda. Os rituais fúnebres, que envolvem cerimônia de despedida, homenagem, enterro na pandemia precisaram ser ressignificados, podendo trazer implicações psicológicas para quem vivencia, além de outras complicações políticas, de saúde e socioculturais (Cogo *et al.*, 2020).

Alguns sentimentos como a tristeza, o tédio, a solidão e o desamparo podem ter se intensificado em decorrência das perdas significativas de papéis e pessoas durante a pandemia, podendo causar impactos à saúde mental. Foi preciso ressignificar a vida, desta forma, se faz necessário vivenciar este luto, dar voz aos sentimentos, dores e as narrativas dos sobreviventes desta catástrofe - que não são somente àqueles que adoeceram pelo vírus, mas também aqueles que cuidaram, em especial, os profissionais da saúde.

Ainda, sobre as dificuldades que a pandemia trouxe, os entrevistados apontaram sobre o distanciamento familiar, o qual mobilizou sentimentos de forma mais acentuada, pois diminui o convívio com as pessoas que mantinham laços afetivos, privou a expressão de sentimentos e a noção de apoio num momento em que todos de alguma forma se encontravam abalados: “A gente está exposto lá e podemos levar isso para casa, para nossa família” (E 6), demonstrando assim, a fragilidade diante da exposição diária com a possível contaminação.

Relatam ainda a dificuldade em trabalhar com pacientes não responsivos, como os acometidos pela Covid-19, os quais se encontravam frágeis e dependentes dos profissionais da saúde, assim, as mortes dos pacientes tornou-se algo de difícil compreensão, pois atendiam alguém contaminado hoje, no outro dia havia ido a óbito, muitas perdas ao mesmo tempo, conforme Aline afirmou: “[...] são pacientes muito críticos que desestabilizam muito rápido, agora eles estão ‘bem’, em uma hora eles evoluem para o tubo [...], para a família quem está de fora é muito impactante”. Outro ponto destacado, por ser uma doença nova e avassaladora, não tinha como parar para perceber, refletir e discutir o que estava acontecendo, não havia tempo, tinham que realizar os atendimentos, por mais que muitos casos viessem a óbito.

A culpa, tristeza, estranhamento, impotência em reconhecer o alto número de mortes ocasionados pela Covid-19 são evidenciados no relato da Eloá que nos disse: “[...] quando se estava no crítico da pandemia, para você escolher literalmente, entre um paciente e outro, qual eu vou investir, qual eu vou dar o maior número de oxigênio”. Ainda sobre isso, Bianca comentou sobre a impotência e frustração diante das mortes,

Me senti pequena, porque a gente acha que vai dar conta de salvar muita gente, que vai conseguir, daí você olha para sua equipe, você pensa, nossa a gente salvou vida, mas a gente olha para o número de mortes e a gente pensa, a gente não conseguiu salvar muitas vidas.

Em crises humanitárias a vulnerabilidade se apresenta como uma emergência generalizada, como na pandemia do coronavírus, em que os índices de mortes foram elevados. Por isso, durante a pandemia é normal e esperado que as pessoas estejam em estado de alerta, estressadas, preocupadas, confusas, com medo e com a sensação de falta de controle frente às incertezas deste momento. Estima-se que a exposição a uma pandemia pode acarretar manifestações psicológicas se não for feita nenhuma intervenção de cuidado das reações e sintomas manifestados (Melo *et al.*, 2020).

Os profissionais da saúde foram as vítimas ocultas do contexto da pandemia, visto que estavam na linha de frente de combate ao coronavírus, pois a pandemia produziu em seus sobreviventes traumas. Kellermann e Hudgins (2010, s.p.) destacam que os “[...] traumas naturais quanto sociais causam ansiedade e rupturas insuportáveis para os indivíduos, famílias, grupos e sociedades, ameaçando muitas vezes a própria sobrevivência da raça humana”. Os mesmos autores propõem a comparação de uma pessoa que desenvolve Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ao imaginar um violino onde suas cordas precisavam ser esticadas e se colocar muita pressão sobre elas, elas poderão arrebentar, isso é uma ilustração do que pode ocorrer com sujeitos que resistem demais às vivências de estresse emocional extremo. Isso pode, de acordo com a teoria de Moreno, levar à falta de espontaneidade, pois esta ruptura ou paralisação impossibilita no processo a busca a novas respostas adequadas ao inesperado e po-

tencialmente ameaçador à existência. Assim, a espontaneidade ajuda no processo de autorregulação, colaborando para o equilíbrio emocional. Neste sentido, a recuperação da espontaneidade é o objetivo essencial do psicodrama com as pessoas que vivenciaram um trauma (Kellermann; Hudgins, 2010).

Mesmo havendo a compreensão de que realizaram o que estava ao alcance, o sentimento de frustração e medo, por reconhecer a falta de possibilidades de cura, é expresso por Aline que nos disse: “[...] o clima era de incerteza, de medo do desconhecido, do medo de você não poder tocar em ninguém [...] desespero do não-saber como seria a situação, a preocupação era os números estão aumentando”. Ana complementa sobre a exaustão dos profissionais da saúde naquele momento, “Há um esgotamento, eu acho que todo mundo está no limite”. A pressão, cobranças e exaustão por estarem expostos a uma rotina profissional que deprime e, conseqüentemente, impossibilita a criatividade.

Ao depararmos-nos com um cenário desconhecido, é necessário buscar respostas adequadas ao contexto, por meio da espontaneidade e criatividade. O potencial criativo se manifesta através da capacidade de modificar ou ser modificado, já a criatividade é a capacidade de realizar transformações integradoras, permitindo o reconhecimento de si mesmo e de suas relações (Menegazzo, 1995). Dessa forma, “[...] o principal pressuposto dramático é a experiência da ação livre e espontânea, coerente com os reais anseios do indivíduo permitindo-lhe recuperar o seu potencial espontâneo e criativo: à saúde” (Gonçalves; Wolff; Almeida, 1988, s.p.).

Os estudantes apontaram a falta de estratégias de manutenção da saúde mental por parte da Universidade, contaram que no final dos agravamentos dos casos foi disponibilizado folders com contatos

de psicólogos nos corredores deixando a interesse dos acadêmicos a busca por apoio psicológico, contudo, sentem que foi uma intenção tardia, por mais que reconhecem a importância desse ato para a saúde mental dos acadêmicos, de acordo com o que disse Eloá: “Nos últimos agravamentos ali, quando já estava melhor em Chapecó, que a Universidade em parceria, tinha um folder que circulava com os telefones para ligar para as psicólogas, importante, mas tardio, para o mental de algumas pessoas foi tardio”.

Nesta perspectiva se compreende que a psicologia se faz muito importante na realização de ações efetivas e emergenciais em situação de crises humanitárias. O papel da psicologia é produzir cuidado, intervir nestes momentos de crise e auxiliar no enfrentamento de eventos atípicos, amenizando os efeitos, tanto físicos quanto psíquicos, para produzir novas formas de enfrentamento, por meio do acolhimento, mobilização, orientação e escuta qualificada, promovendo a ressignificação e possibilitando novas perspectivas de vida (Sá; Werlang; Paranhos, 2008).

Podemos observar, ainda, que apesar de todas as dificuldades encontradas pelos estudantes no manejo da morte que aconteceram na pandemia, os mesmos indicam estratégias utilizadas que caracterizam cuidado e dignidade no processo de morte, pois é doloroso e desumano ver os sujeitos morrendo sozinhos, pôde-se observar isso no relato trazido por Eloá: “[...] você vê as pessoas morrendo sozinhas, é desumano, a pessoa morrer sem uma mãozinha apegada, parar de respirar sem nada, só a luz e ninguém falando nada”. Isso se refere à busca por um cuidado humanizado, denotando a consciência em suprir as necessidades durante o processo de morrer, por meio da escuta sobre as angústias, medos e estar presente ao lado segurando a

mão, proporcionando ao paciente próximo do fim da vida uma morte tranquila e principalmente digna.

Outra estratégia de enfrentamento que ajudou a manter a saúde mental durante a pandemia apontada pelos entrevistados foi a psicoterapia. Identificamos isso quando Eloá afirmou: “Hoje eu vejo que minha sanidade mental está boa, frente a isso, frente a esse processo de morte, mas porque faço tratamento”. Verifica-se que o apoio psicológico foi imprescindível para que a criatividade e a espontaneidade fluíssem no desempenho do papel profissional.

O uso do celular se tornou uma ferramenta de trabalho, onde alguns pacientes puderam entrar em contato com seus familiares como também, vários comunicados de óbitos foram feitos por esse meio eletrônico. Laís aponta a dificuldade deste momento em que se faz necessário informar o óbito aos familiares e, novamente, aponta a dificuldade de uma aproximação com as emoções envolvidas neste processo de morte, “[...] porque quando é só no telefônico, tu arruma o corpo e leva no necrotério tipo terminou né, mas quando a família está ali, tem que dar apoio psicológico”. Observa-se que o aparelho telefônico surgiu como uma estratégia de aproximação do paciente com a família durante a internação para o tratamento da Covid-19, mas também, os profissionais encontraram nele um meio para não entrar em contato com o sofrimento da família.

Garantir uma morte com dignidade no meio do caos que se instaurou na pandemia, aparece como uma estratégia e pode-se dizer, como uma manifestação de humanidade, frente à falta de todo o tipo de recursos, a entrevistada Eloá nos mostrou isso no seu relato que disse, “Eu penso que ele precisa do conforto, isso é importante para ele, é o fim da vida dele, não é justo ele morrer sem oxigênio, vamos fornecer 10 litros por minuto se for necessário, mesmo que gere cus-

tos para o hospital, mesmo que gere custos para o SUS”. Ainda, Bianca complementou sobre fornecer bem-estar e alívio do sofrimento neste momento da morte, “prestar o atendimento, trazer alívio para a pessoa, transmitir para ela segurança, mesmo que você saiba que talvez ela possa regredir e acabar indo a óbito”. Verifica-se a importância da dignidade no processo de cuidado, em que possibilita vivenciar este momento de forma autêntica e espontânea.

A morte com dignidade compreende em oferecer ao paciente o cuidado físico e psíquico, tais como o conforto respiratório, o alívio da dor, a permissão da presença de familiares, bem como o diálogo, a escuta e o acolhimento dos últimos desejos e sentimentos do enfermo. Assim como é importante compartilhar as narrativas vividas e as lembranças significativas, possibilitando o auxílio emocional, espiritual, visando o cuidado integral. “Qualidade de vida no processo de morrer não deveria significar incompatibilidade, mas sim complementaridade com a manutenção da vida” (Menezes, 2004 *apud* Kovács, 2014, p. 101). A dignidade colabora para a autonomia do paciente, vivenciando este momento como um ato espontâneo. Ao acompanhar a morte cotidianamente, os profissionais da saúde passam a utilizar mecanismos de defesa, como a racionalização, a evasão, a negação, entre outros recursos que lhe afastam do contato consigo mesmo, para não experienciar suas emoções diante da morte. Por mais que no contexto pandêmico ocasione um tempo maior de internação dos pacientes, por conta da intubação, ocorre um apego, para isso buscam se blindar, para não sofrer, pois os enfermeiros estabelecem vínculos mais profundos com os pacientes por passarem mais tempo aos seus cuidados, o sofrimento deste profissional é mascarado pela ampla carga horária e cumprimento de rotinas (Perazzo, 2019).

Quando são vivenciadas perdas, sem a possibilidade de elaboração do luto, não expressar a tristeza e a dor pode ocasionar adoecimento destes profissionais, pois a cura psicológica ocorre através do luto, que ajuda a reconhecer que ocorreram tais perdas (Kellermann; Hudgins, 2010). Na formação desses profissionais a morte é um limite e um desafio que deve ser vencido, assim, o papel profissional é o papel social mais assumido no espaço vital das atividades humanas, constituído de elementos particulares e coletivos (Perazzo, 2019).

Considerações e reflexões sobre a morte e o papel do enfermeiro

A partir do estudo verificou-se que é necessário espaços que abordem e qualifiquem o tema morte nos currículos dos cursos da graduação, em especial àqueles da área da saúde, considerando que é um processo natural e presente no desenvolvimento humano e que faz parte do futuro cotidiano profissional. Assim como a preparação desses profissionais para atuarem interdisciplinarmente, de uma forma humanizada e integrada na concepção de saúde em que o processo de morte seja trabalhado junto ao paciente e sua família como um percurso da vida.

Por isso, reitera-se a importância de repensar os currículos acadêmicos e incluir a reflexão, o contato e o preparo destes profissionais em formação com a morte. Deste modo, espaços de fala e de escuta sobre as experiências, inseguranças, sofrimentos e os sentimentos, podem possibilitar a criação de novos significados às vivências, além disso, pode favorecer o aumento do vínculo entre os estudantes e profissionais com o objetivo de “desrobotizar”, preparando, assim, os

profissionais não apenas em questões científicas e técnicas, mas uma preparação especial, que diz sobre cuidado integral e humanizado.

Faz-se necessária, ainda, a integração de ações entre os cursos da área da Saúde, a fim de promover uma prática e olhar integral ao indivíduo. É urgente que a Psicologia saia dos seus consultórios e vá até onde há pessoas que podem se beneficiar com a sua ciência e profissão, assim fez Moreno quando criou o Psicodrama, indo aos jardins e praças de Viena e aos campos de refugiados, em busca de uma cura social, a utopia moreniana – utopia será?

Uma limitação na realização do presente estudo foi encontrar escasso referencial teórico do Psicodrama sobre a morte. Nesse sentido, é essencial a realização de novos estudos que busquem compreender este fenômeno para o psicodrama, visto que a essência do fenômeno precisa ser explorada, entendendo a importância dessa temática não apenas para os estudantes ou profissionais da saúde, mas para todos que instiga a estudar o ato espontâneo da morte. O ato espontâneo da morte me instiga e mobiliza a buscar outras maneiras de compreender sobre o cuidado ético e humano no processo de morte. E, que para além da prevenção da saúde mental dos adoecidos e seus familiares, possa ainda olhar para a saúde mental dos profissionais da área da saúde, para prestar um contato em via dupla, mas também coletiva de modo a ressignificar o processo de morte.

E pensando na realização de novas pesquisas através deste estudo compreende-se a importância do reconhecimento do papel profissional do enfermeiro, pois este fator colabora para a construção da identidade no campo social, produzindo significado e prazer na realização do trabalho. Para refletir sobre este aspecto, trago a fala de uma estudante que atuou durante a pandemia e vivenciou a morte de uma colega de trabalho em decorrência da Covid-19, se percebendo como

facilmente substituível, conforme o relato de Eloá: “Ela estava sendo velada e estavam divulgando a vaga [...] Eles já substituem, você vira uma máquina né, o ser humano é substituível, é nessa revolta que eu fico, nessa indignação”. Constata-se neste relato a desvalorização do ser humano, a lógica neoliberal está enraizada em nossa sociedade, que considera os trabalhadores como peças de fácil substituição, causando danos à saúde mental (Traesel, 2007). Finalizo expressando a admiração e o reconhecimento a(o) enfermeira(o), assim como de todos os trabalhadores da saúde que dedicaram seu tempo, suas vidas para cuidar de outras, que possam transformar o sofrimento vivenciado durante a pandemia, potencializando com criatividade e espontaneidade seu papel profissional.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**. Brasília, DF: 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- BUSTOS, Dalmiro. **O Teste Sociométrico**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1979.
- COGO, Adriana Silveira *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: processo de luto no contexto da Covid-19**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42350>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- FONSECA FILHO, José de Souza. **Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo**. São Paulo, SP: Ágora, 2000.

GONÇALVES, Camila Salles; WOLFF, José Roberto; ALMEIDA, Wilson Castello de. **Lições de psicodrama**: introdução ao pensamento de J. L. Moreno. São Paulo, SP: Ágora, 1988.

GOOGLE NOTÍCIAS. **Coronavírus (COVID-19)**. Brasil, 2023. Disponível em: <https://news.google.com/covid19/map?hl=ptBR&mid=%2Fm%2F015fr&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>. Acesso em: 27 fev. 2023.

KELLERMANN, Peter Felix; HUDGINS, M. Kate (org.). **Psicodrama do trauma**: o sofrimento em cena. São Paulo, SP: Ágora, 2010.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2023.

LEJDERMAN, Betina; BEZERRA, Sofia. Choro: um complexo fenômeno humano. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 44-53, dez. 2014. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=160. Acesso em: 10 mar. 2023.

MELO, Bernardo Dolabella *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19**: recomendações gerais. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40748>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MENEGAZZO, Carlos Maria. **Dicionário de Psicodrama e Sociodrama**. São Paulo: Ágora, 1995.

MORENO, Jacob Levy. **Psicodrama**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo, SP: Cultrix, 1975.

PERAZZO, Sergio. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. 5. ed. São Paulo, SP: Ágora, 2019.

RAMOS-TOESCHER, Aline Marcelino *et al.* Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. esp., p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HwhCLFJwBRv9MdDqWCw6kmy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-10, jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080008>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008. Acesso em: 15 fev. 2023.

SANTOS, Janaina Luiza dos; BUENO, Sonia Maria Villela. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 272-276, mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100038>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/4GHP4xHkLb4wt9PSzq3rQVh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

STOCHERO, Helena Moro *et al.* Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e morte por graduandos de enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 219-229, abr./jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972016000200009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 12 mar. 2023.

STRAUCH, Vanessa Ramalho Ferreira. Ressignificação da morte na abordagem psicodramática: perdas e ganhos no luto. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 49-58, 2017. DOI: <https://10.15329/2318-0498.20170006>. Disponível em: <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/157>. Acesso em: 13 fev. 2023.

TRAESEL, Elisete Soares. **A psicodinâmica do reconhecimento:** sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores da enfermagem de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. 2007. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10099>. Acesso em: 10 jan. 2023.

Círculo de Cultura com hiperutilizadores: momentos de educação em saúde durante a pandemia *coronavirus disease*

Carine Vendruscolo
Poliana Lopes Alves Koszelski
Diane Basei De Conto
Eliani Mortari
Rui Carlos Sacramento
Rafael Gué Martini

“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.”
(Paulo Freire).

Introdução

Alguns usuários visitam repetidamente os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), na maioria das vezes, com uma demanda clínica inespecífica. Costumamos denominar estas pessoas como hiperutilizadores ou hiperfrequentadores. Esse grupo caracteriza-se pelas queixas e sintomas múltiplos, difíceis de identificar e tratar, e são pessoas adeptas do uso de medicação, por vezes exagerado. Entretanto, nem sempre suas queixas são incoerentes, havendo necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde (Telessaúde, 2017). Independentemente do critério usado para definir quem é hiperutilizador, na APS a continuidade e a longitudinalidade no cuidado são características desta condição, o que necessariamente implica visitas mais frequentes ao serviço (Cecilio; Reis, 2018).

Com a situação pandêmica decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, devido à expansão sem precedentes da *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-COV-2), que causa a *Coronavirus disease-2019* (Covid-19), foram necessárias alterações e adequações no cotidiano das pessoas em todo o mundo, sobretudo em relação ao necessário distanciamento físico¹. Estressores foram potencializados pela politização da pandemia, pelo medo da contaminação, das mortes prematuras, da crise econômica, pela ausência de leitos hospitalares e de vacinas, além do sentimento de impotência e frustração geral (Santarone; Mckenney; Elkbuli, 2020). Com isso, muitas pessoas adoeceram e, por vezes, desenvolveram a sensação ou o medo de estar/ficar doentes. Pessoas hiperutilizadoras apresentaram um período agudo desta condição e foram notadas as consequências desta ocorrência pelo aumento da procura por farmácias, medicamentos “preventivos” e serviços da APS.

Todavia, sabe-se que, na ausência de vacinas e de medicamentos específicos e devido à alta transmissibilidade da infecção, no início da pandemia ocasionada pela Covid-19, as únicas intervenções eficazes para o controle da pandemia eram medidas de prevenção, como o isolamento, o distanciamento social e a vigilância dos casos, a fim de reduzir o contágio e evitar a morte (Aquino *et al.*, 2020), além de iniciativas de educação em saúde com a população. Nesse sentido,

1 Durante a pandemia, as expressões “isolamento social” e “isolamento físico” foram frequentemente usadas para se referir às medidas de distanciamento implementadas para conter a disseminação da Covid-19. Optamos pela expressão “isolamento físico” porque ela enfatiza a importância das medidas de proteção pessoal, como distanciamento físico, máscaras e higiene das mãos, que são fundamentais para prevenir a propagação da Covid-19 (Morello; Boggio, 2020).

os profissionais da área da saúde, sobretudo enfermeiros, tiveram papel de destaque, seja na linha direta de enfrentamento da doença, seja na realização de ações preventivas.

Por tudo isso, deseja-se neste capítulo relatar uma experiência de reflexão (para a ação) com os hiperutilizadores da APS sobre o excesso de procura por ações clínicas e consumo exagerado de medicamentos que, em parte, foram decorrentes da pandemia *Coronavirus disease*.

Método

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado com oito usuários, pessoas caracterizadas como hiperutilizadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios de Santa Catarina, Brasil. Foram realizados dois Círculos de Cultura Virtuais (CCV), percorrendo o Itinerário Freiriano, constituído pelas seguintes etapas, interligadas entre si: 1) Investigação Temática; 2) Codificação e Decodificação; 3) Desvelamento Crítico da realidade encontrada (Heidemann; Dalmolin; Rumor, 2017). Optou-se pela modalidade virtual, tendo em vista o cenário pandêmico vigente, também no momento da produção das informações.

Ao operacionalizar uma atividade educativa, em pleno evento pandêmico, fundamentada em espaços dialógicos, se está oferecendo ao outro a possibilidade de corroborar sua palavra, seus sentimentos e, sobretudo, a tomada de decisões, pois não há palavra verdadeira que não seja um conjunto solidário de duas dimensões indicotomizáveis: reflexão e ação, logo, a *práxis* (Freire, 2011).

Figura 1: Representação do método Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire



Fonte: construção dos autores, 2023.

A abordagem aos participantes e o convite para os Círculos foram realizados com o auxílio das enfermeiras das UBS. Estas reconheceram alguns usuários hiperutilizadores, selecionaram e conversaram com eles, explicando sobre a atividade. Foi também aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicado sobre a utilização da plataforma *online* e o compartilhamento do *link* de acesso às salas virtuais, que foi previamente enviado, por meio do aplicativo *WhatsApp*. Todos os usuários abordados concordaram em participar do estudo.

Os dois encontros foram realizados por meio da plataforma virtual e gratuita *Microsoft Teams*, possibilitando a interação dos participantes através de áudio e vídeo. O período de realização dos Círculos foi o mês de outubro de 2021. Os encontros tiveram a duração de, aproximadamente, uma hora cada um. Foram mediados por uma estudante de enfermagem, com o auxílio das enfermeiras das UBS, ambas com experiência neste tipo de abordagem.

No primeiro encontro foi necessário conhecer os participantes e, com isso, deu-se início a fase da **Investigação Temática**. Este momento se caracteriza pela exploração de palavras significativas, a partir do universo vocabular dos participantes. São os chamados Temas Geradores, os quais são provenientes da realidade vivenciada pelo grupo abordado. Eles refletem desafios, potencialidades e necessidades do grupo (Heidemann; Dalmolin; Rumor, 2017; Freire, 2016). Para disparar os diálogos, foram utilizadas questões norteadoras, as quais estimularam os usuários a compartilhar suas percepções acerca da sua saúde e da necessidade de procura por exames, medicações e serviços de saúde, por vezes sem necessidade. Assim, foi possível identificar os Temas Geradores, que embasaram e legitimaram as situações-limite (ou situações problema) (Freire, 2016; Heidemann; Dalmolin; Rumor, 2017).

Em seguida, partiu-se para a segunda etapa do Itinerário, a **Codificação**, em que foi compartilhada na tela do computador a foto de um receituário médico, instigando a analogia com esse objeto (re)conhecido pelos participantes e que instigaria à reflexão sobre suas expectativas, ao procurarem a UBS. Os participantes foram convidados a observar a figura e relatar o que poderia estar no receituário, com destaque para o motivo pelo qual precisariam daquela prescrição. A utilização de um objeto lúdico, representado pelo receituário, buscou

incitar a reflexão crítica (Souza; Vendruscolo; Maestri, 2021) e, com isso, os participantes foram instigados a pensar sobre o real propósito de sair de uma consulta portando um receituário.

No momento de **Descodificação**, os participantes foram provocados a descrever os seus sentimentos ao depararem-se com a imagem, compartilhando suas vivências nessa direção. Nesse momento, a mediadora participava do diálogo, ao contribuir com conhecimentos referentes às situações, alguns dados oriundos da literatura científica, instigando a reflexão crítica, de modo que as temáticas se interligassem, estimulando a conscientização (Freire, 2018).

No segundo Círculo, percorreu-se a última etapa do Itinerário Freiriano, o **Desvelamento Crítico**, que leva ao movimento de ação-reflexão-ação, no qual o diálogo compõe o elemento dinamizador e sensibiliza as pessoas a compreenderem a importância de uma ação concreta, também enaltece o poder reflexivo e provoca a sensação de ser capaz de superar os limites (Heidemann; Dalmolin; Rumor, 2017; Souza; Vendruscolo; Maestri, 2021).

A análise das informações ocorreu concomitante à produção das informações, conforme prevê o Itinerário Freiriano, com a participação de todos os envolvidos nos dois CCV, em todas as fases da pesquisa (Heidemann; Dalmolin; Rumor, 2017; Souza; Vendruscolo; Maestri, 2021). No presente capítulo será discutido um dos Temas Geradores desvelados, que tem a ver com a procura exacerbada por exames de rotina/*check-up* e hipermedicalização, ocasionada pelos sentimentos causados pela pandemia da Covid-19.

Embora seja realizado aqui um relato desta experiência, é necessário destacar que o estudo é oriundo de uma macropesquisa, a qual respeitou os preceitos éticos que envolvem investigações realizadas

com seres humanos. Assim, obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente, sob parecer número 3.375.951 e CAAE: 10420819.0.0000.0118, na data de nove de junho de 2019.

Resultados e discussão

A pandemia ocasionada pela Covid-2019, de modo geral, provocou reflexões sobre os cuidados aos usuários com vulnerabilidades e características diversas, dentre eles, os hiperutilizadores. Também fez pensar nos anseios, medos, incertezas que envolvem os profissionais e seus pacientes e, por isso, iniciativas educativas diversas, a exemplo dos Círculos de Cultura, emergiram como possibilidades de encarar a realidade e o “novo normal”, durante o momento pandêmico.

Durante a pandemia, o sofrimento mental pairava como ameaça permanente, o medo e risco potencial de infecção por Covid-19 gerou insegurança e mudança de hábitos nos usuários e na conduta dos profissionais de saúde, que também operavam, em meio a sentimentos diversos.

O sofrimento moral pode dificultar a tomada de decisões devido a pressões internas (medo, incapacidade de enfrentar sofrimento, falta de conhecimento) ou pressões externas (hierárquica, comunicação e problemas organizacionais), gerando insegurança e incertezas diante da pandemia, além de, por vezes, levar ao colapso emocional dos profissionais (Souza; Vendruscolo; Maestri, 2021, p. 2).

Os depoimentos dos hiperutilizadores, durante os Círculos, passaram pelas suas angústias no período pandêmico. Durante a fase

de **Investigação Temática**, eles dialogaram sobre as razões que os levam a buscar pela atenção dos profissionais de saúde. Uma dessas razões foi o medo da doença e da morte, que implica a necessidade de segurança.

No depoimento de um dos participantes, vê-se claramente, o receio de agravamentos à sua condição de saúde, após desenvolver a Covid-19: “A última vez que eu estive na Unidade de Saúde foi para fazer encaminhamento de uma tomografia de pulmão pós-Covid, tive perda de 35% de pulmão, tenho ainda algumas dificuldades de respiração, então, depois de três ou quatro meses, o médico falou que seria legal eu fazer uma tomografia para ver como ficou, eu fiz umas dez sessões de fisioterapias intensivas para o pulmão, foi uma situação difícil, emagreci 11kg em oito dias, foi traumático para mim”.

A oportunidade de diálogo entre as pessoas participantes do estudo, ocorreu em um momento de isolamento social e, pode-se supor, em um cenário que, provavelmente, não dispunham de oportunidades de escuta e diálogo cotidiano, em suas relações familiares e/ou no contexto do atendimento dos serviços de saúde, o que pode implicar em aumento na busca por cuidado. Conforme Souza, Vendruscolo e Maestri (2021), a prática de Círculos de Cultura vai ao encontro dos pressupostos freirianos, na medida em que mobiliza os sujeitos, mediante uma *práxis* dialógica, aproxima e promove relações de afetividade, de humildade e de respeito uns pelos outros e também, pelo mundo. Nesse sentido, Alves, Vendruscolo e Souza (apud Vendruscolo, 2023) colaboram sinalizando que o pensamento teórico-filosófico de Paulo Freire tem se mostrado útil na utilização de Círculos de Cultura na área da Enfermagem, como uma alternativa necessária para superar os desafios e transformar a realidade. Desse modo a metodo-

logia valoriza o saber popular ao considerar os participantes como indivíduos ativos, durante toda a atividade (Vendruscolo, 2023).

Os saberes descritos e praticados por Paulo Freire demonstram a possibilidade de “transformação” dos homens e mulheres, entre os quais se criam relações de cuidado e de afeto. Estabelece-se uma afinidade ética e humanística, pautada no respeito ao ser humano e aos seus valores e crenças, o que traz a compreensão de que todo sujeito é portador de saberes imprescindíveis para que se possa estabelecer uma articulação de amorosidade e de trocas (Heidemann; Dalmolin; Rumor, 2017). Nessa direção, os usuários hiperutilizadores reconheceram a sua condição e, durante a **Codificação e Descodificação**, refletiram que poderiam optar por medidas não farmacológicas para a prevenção de doenças como a Covid-19, como a utilização de chás, a prática de exercícios físicos, a alimentação saudável, os bons hábitos de higiene e o distanciamento físico.

Antigamente tinha um médico aqui que conversava muito com as pessoas e ele dizia assim que tinham pessoas que precisavam de alguém para ouvir elas e não precisam de remédio, e outras vezes ele falava muito de ervas medicinais e fitoterápico, e ainda tem médicos que dizem que se a gente sabe de uma coisa natural, que ajuda é para fazer, se cuidar e não tomar remédio. Eu quando vou no médico, gosto que ele ouça o que eu estou sentindo né, o que eu estou passando e tal, para depois ele dar o diagnóstico. (Participante da pesquisa, 2023)

Esta percepção dos usuários também converge com a Teoria do Autocuidado de Orem (1995). Essa teórica da enfermagem enfatizava a importância da educação em saúde para auxiliar as pessoas a desenvolverem habilidades de autocuidado e prevenir doenças. Em sua Teoria, Orem descreve como os indivíduos podem cuidar de si

mesmos em relação à sua saúde e bem-estar. A autora destaca que o autocuidado é um comportamento aprendido e é influenciado por fatores sociais, culturais e ambientais, tendo como requisito de autocuidado universal as necessidades básicas de todos os seres humanos, como nutrição, eliminação, atividade física e repouso.

Conforme Souza, Vendruscolo e Maestri (2021), por meio dos Círculos de Cultura, enfatiza-se o protagonismo dos envolvidos, a sua autonomia e a emancipação, que conduz para a conscientização acerca do problema e ao desvelamento das potencialidades, mediante a reflexão com os pares acerca das situações vividas. Assim, desenvolve a criticidade e, conseqüentemente, o empoderamento (Freire, 2016). Faz-se necessário, então, estimular os participantes a realizar uma autoavaliação de suas práticas, que possibilite o reconhecimento de novas realizações para o alívio dos sintomas, angústias e medos, que os levam a hiperfrequentar os serviços.

O **Desvelamento Crítico**, assim, foi notório nas falas dos usuários, ao término da atividade: “Percebemos que estamos deixando ou querendo que ocorram intervenções referentes à nossa saúde, mas que há muitas coisas que nós podemos fazer por nós mesmos” (Participante da pesquisa, 2023).

Nessa perspectiva, observa-se que os Círculos de Cultura podem ser utilizados para conscientizar os usuários/pacientes sobre a gravidade das doenças e a importância de seguir as medidas de prevenção, a exemplo da pandemia: o distanciamento físico, o uso de máscaras, a higiene das mãos. Ainda, houve uma reflexão mais profunda, que implicou a descoberta de que o exagero de intervenções pode causar danos. Assim, os usuários refletiram que, em algumas situações, a espera de que o sintoma desapareça, sem buscar por nenhuma intervenção, pode ser uma boa escolha, por algum tempo.

Tal compreensão pode ser relacionada com o conceito de Prevenção Quaternária, que envolve a responsabilidade do profissional de saúde em identificar pacientes/usuários que estejam em risco de práticas intervencionistas desnecessárias, as quais podem causar mais danos do que benefícios à saúde, zelando por esses indivíduos. Para tanto, os princípios éticos e morais de proteção aos usuários necessitam prevalecer diante do risco de agravos causados pelos excessos, especialmente quando se trata de pessoas saudáveis (Schopf; Vendruscolo; Silva, 2022).

A Prevenção Quaternária é um conceito relativamente novo no âmbito da saúde, prática esta que tem por objetivo evitar a medicalização excessiva e de problemas que, por vezes, não se configuram como doenças. O uso excessivo e desnecessário de medicamentos pode causar mais danos do que benefícios, fato este identificado na assistência a pacientes que relatam a automedicação durante as consultas de enfermagem, por exemplo. O que se percebe é que as queixas geralmente estão relacionadas ao uso indevido de algumas medicações, sendo os sintomas, por vezes, reações medicamentosas (Vendruscolo, 2023).

Cecilio e Reis (2018) apontam que inúmeras responsabilidades contidas nos documentos mais importantes produzidos pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além de distintos governos, indicam que a APS é a aposta central para produzir a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, para buscar o acesso universal e a proteção social em saúde. Por meio da APS, pode-se produzir respostas às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigar danos sociais e ambientais sobre a saúde (Cecilio; Reis, 2018). Cabe aos profissionais

de saúde, portanto, buscar estratégias preventivas e de educação popular, a exemplo da Prevenção Quaternária e dos Círculos de Cultura, com finalidade de acolher para transformar o contexto de saúde dos pacientes hiperutilizadores.

É importante destacar que o Círculo de Cultura, realizado por meio do Itinerário de Freire, por vezes resulta na mudança de comportamento. O Itinerário de Freire contribui, não somente como um dispositivo de educação, que pode ser utilizado por enfermeiros e outros profissionais da equipe, mas também, nas mais diversas oportunidades e cenários, por pessoas com interesse na educação popular e na transformação das práticas, por meio da valorização dos saberes dos participantes e promoção do seu empoderamento.

Paulo Freire (2016) enfatizava a importância do diálogo crítico como uma forma de superar as desigualdades e injustiças sociais. Nesse sentido, os Círculos de Cultura podem ser uma ferramenta poderosa para trabalhar com os usuários hiperutilizadores, especialmente em comunidades vulneráveis ou marginalizadas no âmbito da APS. Ao criar um espaço para o diálogo e a reflexão, os Círculos podem auxiliar na melhor compreensão da situação em que se encontram e a buscar soluções coletivas para enfrentar os desafios impostos pela sua realidade social, econômica ou emocional.

Considerações finais

O Círculo de Cultura foi mais uma vez reconhecido como metodologia participativa, compatível com intervenções que se propõem a desenvolver educação popular, além de ser mais uma possibilidade de construir conhecimento nos tempos pós-pandêmicos que vivencia-

mos. Trata-se de um modo conveniente para reconhecer e lidar com os problemas de saúde, por meio da educação popular. Esta metodologia provoca reflexões entre os envolvidos e acaba por desvelar suas impressões, a partir de um posicionamento crítico, fazendo-os sair do senso comum. No caso aqui relatado, os participantes perceberam que a busca por exames, consultas e medicações assume um papel de destaque nas suas vidas, e que poderiam ser alternadas com a adoção de hábitos mais saudáveis ou práticas de saúde mais alternativas.

Durante os diálogos, foi perceptível a necessidade de acolhimento dos participantes durante a assistência nos serviços de saúde, especialmente neste momento de pós-Covid, confirmando que a continuidade do cuidado e a longitudinalidade são atributos da APS que devem ser considerados ao lidar com essa população. Sendo assim, destaca-se a necessidade de escuta ativa dos profissionais, oportunizando o diálogo e o vínculo com os usuários.

Referências

ALVES, P. L. *et al.* Círculo de Cultura: possibilidade de mudança comportamental de usuários hiperutilizadores na atenção primária. *In: VENDRUSCOLO, C. (org.). Promoção da saúde e ações preventivas na atenção primária.* Chapecó, SC: Argos, 2023. Cap. 5, p. 91-138.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-14, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcckDqZhrJN/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FREIRE, P. **Conscientização – teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo, SP: Centauro, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 43. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2016.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 1-8, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdfHS9bS8fqwp5BTcPqL64L/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

MORELLO, L. Y.; BOGGIO, P. Isolamento físico não precisa ser isolamento social. **Questão de Ciência**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2020/04/11/isolamento-fisico-nao-precisa-ser-isolamento-social>. Acesso em: 12 mar. 2023.

OREM, D. **Nursing: Concepts of practice**. St. Louis, MO: Mosby, 1995.

SANTARONE, K.; McKENNEY, M.; ELKBULI, A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. **The American Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 38, n. 7, p. 1530-1531, July 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.030>. Disponível em: <https://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156943/. Acesso em: 10 mar. 2023.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-8, ago. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0178>. Disponível em: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2020/04/11/isolamento-fisico-nao-precisa-ser-isolamento-social>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SOUZA, J. B. *et al.* Virtual cultural circle: promoting the health of nurses fighting the covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n. esp., p. 1-6, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200158>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4bZ935DNsNmZvRmNWTv9Dtx/?lang=en>. Acesso em: 8 mar. 2023.

TELESSAUDE – ES. **Vídeo de Webconferência:** Hiperfrequentador – Um desafio para a gestão clínica. (Aprox. 35 min.). Palestrante: Diego José Brandão (Médico de Família e Comunidade ACMFC / Coordenado RMMFC / UVV); Zilma Rios (Debatedora). Publicado em: 31 ago 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Gp7NEgpqk_k. Acesso em: 5 mar. 2023.

A pandemia e o pós-pandemia de Covid-19 na perspectiva de professoras¹ de escolas públicas: desafios do trabalho docente²

Sara de Moura

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Elizangela Felipi

O fechamento das escolas foi uma das muitas mudanças que a pandemia do coronavírus ocasionou, e que transformou a rotina de crianças, adolescentes, pais e trabalhadores da educação em todo o mundo. De acordo com a Unesco, em 2020, aproximadamente 1,6 bilhão de crianças e jovens de 194 países se encontravam fora da escola, o que representava mais de 91% dos estudantes destas nações (Unesco, 2020). Mas, se a necessidade de isolamento social e da adoção do ensino remoto durante este período foi universal, as condições para fazê-lo foram muito distintas entre os países, as regiões e as famílias, sendo permeadas por questões de classe social, gênero, etnia, entre outros. Isso pode ser observado, por exemplo, no relatório da Unicef (2020) que aponta que 97% dos estudantes das escolas públicas da

1 A opção pela escrita predominantemente no feminino tem relação com reconhecer e visibilizar a presença maciça das mulheres no magistério, especialmente na Educação Básica, num processo denominado por Vianna (2013) de feminização desta profissão.

2 Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – Fapesc, por meio do Edital de Chamada Pública 16/2020 PPSUS.

América Latina e Caribe não tinham acesso aos recursos tecnológicos mínimos para as aulas remotas.

De acordo com Melo (2021, p. 82), a pandemia produziu uma “[...] verdadeira metamorfose no desenvolvimento das práticas pedagógicas nas novas formas de aprendizagem do presencial para o virtual [...]” envolvendo toda a comunidade escolar. As professoras e professores que estiveram imersos neste processo precisaram se adequar rapidamente a esta nova forma de “educar”, em meio ao turbilhão de demandas e emoções que tomaram a todos neste período.

Este texto se propõe a trazer excertos do campo de uma pesquisa³ de mestrado em andamento, a fim de visibilizar como foi a experiência da Pandemia de Covid-19 para professoras e professores que então atuavam em escolas públicas de Chapecó, Santa Catarina.

O ensino a distância e seus desafios

No contexto estudado, o primeiro aspecto que se destacou na fala das professoras ouvidas foi a dificuldade para lidar com rápidas mudanças que demandavam adaptações constantes na forma de dar aula neste período, o que foi retratado como uma experiência que produziu mal-estar. Freud, em seu texto “O mal-estar na civilização” (1930/1996), discute sobre o incômodo que a tarefa de viver em so-

3 Este estudo tem como objetivo “Analisar as vivências de prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho de docentes do ensino fundamental de escolas públicas, no contexto de sindemia” e foi realizado por meio de grupos focais com 12 professores, bem como de observações participantes do cotidiano escolar, registradas em diário de campo.

cidade nos causa. A dicotomia entre desejos individuais e a vida em sociedade é geradora de mal-estar ao ser humano, sendo que a origem desse sofrimento residiria em três fontes: a relação com o outro, a perenidade do nosso corpo e os perigos do mundo externo. Pensar nisso, e olhar para a pandemia da Covid-19, é entendê-la como um fenômeno gerador de mal-estar que intensificou significativamente o sofrimento humano em diferentes contextos e situações, dentre estes, a escola e a educação e pode ser assim exemplificado no fragmento da fala da professora Amélia:

[...] o ano passado eu já sentia uma angústia muito grande, porque como eu estava trabalhando em casa, e as coisas mudavam diariamente, ou semanalmente né, as coisas ficavam mudando e a gente tinha que ir se adaptando a isso. Eu me senti muito perdida, angustiada, preocupada, com tudo o que estava acontecendo, com as famílias perdendo as pessoas e tal.

Sugiro contextualizar as falas. Qual o *locus* das coletas? Como as professoras foram escolhidas? Um aspecto que se destacou nas falas das participantes foi a falta de preparo e de apoio institucional para lidar com o novo cenário: “No início nós não tivemos apoio nenhum, não tivemos formação. No segundo ano da pandemia nós continuamos sem formação. Era só cobrança, em cima de cobrança! Acho que ainda é” (Linda).

As professoras também relatam a falta de apoio das famílias, o qual se fazia fundamental para o processo de ensino e aprendizagem no formato de ensino a distância:

Então eu fiz o melhor que eu pude! A minha frustração foi grande! Foi quase zero de retorno das famílias, sabe? De ligar para as famílias, de pedir para ir buscar atividade, para tentar

conversar, pra trocar uma ideia e eles dizerem que não conheciam a criança, e que não era de lá! Então, o primeiro ano para mim foi uma cena de terror. (Linda).

Já Luiz aponta:

[...] as demandas foram duplicadas, entendeu? Aquela metodologia de colocar atividades uma vez por semana ou a cada 15 dias, era um fim em si mesmo, ou seja, nós fazíamos, e não tivemos retorno por parte dos alunos. E então, muitas vezes, eu me sentia igual aquele personagem do Charles Chaplin de Tempos Modernos, que nós éramos meros produtores de atividades.

Os relatos das professoras nos remetem à experiência de desamparo, descrita pela teoria psicanalítica. Freud (1926) esclarece que o desamparo é inerente à constituição de cada sujeito, visto a condição de imaturidade biológica do ser humano ao nascer, o qual obrigatoriamente depende do outro para ser cuidado e amparado. Tal experiência, inscreve para sempre no nosso psiquismo a angústia do desamparo, a qual pode ser reativada, mesmo na vida adulta, quando diante de demandas, internas ou externas, em que o outro do amparo não se faz presente, e nos sentimos sozinhos, sem condições de lidar com determinada realidade, resultando em uma situação traumática. “Seguindo essa sequência, ansiedade-perigo-desamparo (trauma), podemos agora resumir o que se disse. Uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo” (Freud, 1926, p. 162). A situação da pandemia, somada às dificuldades dos encaminhamentos diante dela, em especial nesse cenário para o qual estamos olhando, potencializou o estado de desamparo.

“Foi nesse período que eu desenvolvi crises de ansiedade, então eu concordo com o que os outros profes falaram porque não foi fácil por sempre estarmos desamparados. E a gente continua, pelo meu ponto de vista” (Linda). A ansiedade (angústia) apontada pela professora pode ser entendida como um sintoma em resposta ao traumático do desamparo, nos alerta para um pedido de ajuda, assim como exposto por Freud em seu texto *Sintoma, Inibições e Angústia* (1926/1976). “A angústia é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois na situação de perigo como um sinal em busca de ajuda” (Freud, 1926/1976, p. 192).

Além do desamparo mencionado em muitos momentos com diferentes palavras, a sensação de sobrecarga foi unânime entre as participantes.

Eu acho que assim, no início da pandemia, bem no início eu fiquei desesperada. [...] Eu acho que no segundo ano da pandemia, eu fiquei mais do que sobrecarregada. Como segunda profe, além das adaptações, eu era cobrada a auxiliar o professor regente porque ele não conseguia lidar com o sistema, o sistema que eu digo é a parte para enviar as atividades, então eu fiquei com dois trabalhos. (Maria)

A ampliação de exigências ao trabalho do professor, no cenário pandêmico, parece ter sido uma realidade em várias escolas, quiçá, em todas. Relatos parecidos com o de Maria, Linda, Luiz, Amélia, encontramos em outras pesquisas e/ou relato de experiências, já publicados. Cardozo *et al.* (2021), ao apresentar o relato de experiência de um projeto de intervenção com professores do ensino básico da rede municipal do Rio de Janeiro, diz que a pandemia resultou modificações abruptas e inesperadas nas atividades dos educadores, o que teve

extrema repercussão psíquica. Os educadores também apontam que a precariedade, os riscos à integridade dos alunos e suas famílias, os desafios do trabalho virtual, a baixa adesão e participação dos alunos, a ausência do Estado como elemento de responsabilização e gestão, foram fontes de sofrimento.

A dificuldade das famílias em acessar os recursos tecnológicos para acompanhar o novo formato de atividades também foi um desafio e uma preocupação para as professoras:

[...] as famílias quase todas carentes, não tinham acesso à internet, não tinham *WhatsApp*, *e-mail*, muitas vezes a gente teve que pegar e ir até a casa, porque como estava sem aula os alunos não tinham o transporte para vir, então, muitas vezes pelo fato da gente não ter notícias e tudo mais, a escola não ter como acessar eles, a gente pegava o próprio carro e ia até a família, levar o material, levar as atividades adequadas, adaptadas para o aluno. Então, assim, foi um desgaste muito, muito forte.

Uma fala amplamente apresentada no auge da pandemia e que nos parece fazer sentido aqui, é que todos estavam vivendo a mesma “tempestade” (pandemia), mas não da mesma forma, em especial porque, os recursos materiais e psíquicos, eram diferentes, e isso precisa ser considerado.

E então, o retorno ao presencial

As dificuldades do período em que as atividades foram a distância, gerou em muitas professoras um alívio frente ao retorno. Como diz Linda:

Me senti presa, enjaulada, sozinha, sufocada. Foi assim bem complicado. Quando veio a possibilidade de voltar para a escola [...] eu queria voltar para a escola. Porque eu gosto, porque eu... acho que é aquela energia das crianças... dos alunos, aquela loucura em sala, aquilo pra mim é um carregador de baterias. É o que me move! [...] então, para mim, o retorno da pandemia foi um alívio, sabe? Foi um Alívio! Eu disse: eu trabalho de máscara, apesar daquela máscara pra mim ter sido uma tortura, me faltava ar, era sufocante, mas eu preferia aquilo tudo, e estar lá no meu chão, aquele olho no olho, o contato físico.

A importância de poder reestabelecer os laços com o outro, aqueles laços identificatórios, dos quais nos fazem grupo, aparece na narrativa de Linda. Não somos seres isolados, o humano é um ser gregário, que pertence a grupos, e se movimenta em grupo. Mas a situação pandêmica nos exigiu o isolamento, um recolher nossos corpos para dentro das nossas casas, reduzindo nossos espaços de circulação, como corpo físico e pulsional. Isso trouxe desdobramentos físicos e psíquicos de toda ordem, que ainda está em curso, é bom lembrar, pois se a pandemia “passou”, seus impactos ainda estão se apresentando e carecendo de escutas, validações, estudos, intervenções, elaborações.

Mas o medo da morte, seja de morrer ou de que alguém importante morresse, tão presente na pandemia, também afetou as professoras e seu retorno. Como disse Júlia: “A questão da pandemia, sim, eu fiquei com muito medo, ela trouxe uma sensação muito estranha, além da sensação de medo. Além da sensação de que a gente poderia perder alguém a qualquer momento”. Ou como diz Linda:

No início, eu sempre tive muito medo, na questão da saúde, porque meu filho tem problema. Quando eu voltei a trabalhar,

isso afetou bastante na questão de ficar mais vulnerável. Então, qualquer coisa, choro. [...] Tive que voltar com uma medicação para dormir, agora nos últimos tempos, por causa de problemas decorrentes do trabalho né. Então, a pandemia só agravou meu quadro por conta da ansiedade e do medo, e me deixou mais vulnerável.

A fala de Linda nos interroga: quais são as possibilidades de enfrentamento diante da situação traumática? É sabido que a medicalização, às vezes necessária, acaba sendo uma via preferencial adotada, mas é uma terapêutica da ordem do amortecimento da dor, e não da elaboração da dor. O que a teoria psicanalítica nos ensinou, já desde o final do século XIX, é que aquilo que não é elaborado, não cessará em se reapresentar, de diferentes formas (sintomas), e que dar palavra ao que se vive e sente, é uma forma de tentar elaborar as situações traumáticas, por elas serem estruturantes e não desestruturantes psiquicamente. Importante também retomarmos a teoria ferenciana do trauma, em que para além de dar palavra, essa possa ser escutada, autorizada, validada pelo outro que a escuta, que esse medo, como diz a professora, possa ser reconhecido, para então ser pensando, elaborado. E no traumático que estamos tratando aqui, pensado socialmente, coletivamente, pois todos fomos atingidos pela situação da pandemia da Covid-19.

Mesmo com medo, as professoras precisaram ser continentais com o medo das famílias neste retorno, como conta Maria:

Aí a gente estava recebendo as crianças, a maioria das famílias com medo de mandar. Então a gente tinha que também fazer esse trabalho de psicóloga né, para dar segurança para as famílias e poder, como é que eu posso dizer assim, sem poder garantir que o seu filho não vai pegar Covid e de repente

não vai parar numa UTI lá no início, né? Quando a gente retornou, então, a maioria das famílias tinha medo de mandar para a escola.

Interessante como a professora Maria apresenta o ofício e a arte de escutar, como se isso fosse exclusividade da psicologia/psicólogas. Ao escutar tal relato, nos parece que a professora se ocupou de tal ofício e pode escutar, acolher, validar e autorizar o medo dos pais. Se tem alguém que faz par às psicólogas nesse ofício de escutar, são os educadores, saibam eles ou não, preparados tecnicamente e/ou emocionalmente ou não. E isso aparece de forma muito espontânea no relato da professora, que tomada por suporte técnico ou “intuitivo”, entendeu que precisava escutar a angústia dos pais, mesmo compartilhando do mesmo trauma.

A culpa é dos professores!

O segundo aspecto que emergiu entre as professoras participantes, remete a um processo de culpabilização da categoria dos professores por parte dos pais e dos gestores pelo que aconteceu com a escola e com as crianças durante a pandemia. Um processo que acentuou o mal-estar docente. Com a palavra as professoras:

O que aconteceu no ano passado e esse ano mais intensamente, para mim foi isso, essa pressão em cima da gente como se a culpa fosse da gente, e a obrigação da gente dar conta de reverter uma situação que, pra mim, pode até ter piorado nesse ano que eles ficaram em casa, porém, a meu ver, pelas experiências que eu tinha, todos esses problemas já vinham se arrastando.
(Linda)

[...] aí você acaba levando trabalho para casa né, então essa sobrecarga está intensa e o sistema cobra da gente o tempo todo, e aí quando você ouve dos que tem um cargo, um cargo político, que nós ficamos sem fazer nada na pandemia, além dos pais, eu digo assim... os pais tudo bem, a maioria tem pouca instrução, e coisa e tal, mas aí você ouvir de governo, de gente assim da sociedade que tem um entendimento que nós estávamos trabalhando sim, eu acredito que mais do que no presencial, por que prefiro muito mais presencial, isso aí chega ser desumano. (Maria)

Mas hoje, o que que eu percebo assim, eu desde o ano passado voltando, o professor não foi acolhido. E lá atrás quando teve a pandemia, quando iniciou, que a gente parou as aulas, o professor por muito tempo foi o culpado pela pandemia. De você ver em redes sociais pais de alunos teus postando que a pandemia era culpa dos professores. Teve muito isso. A gente sabe, né? Então a gente foi muito agredido verbalmente nas redes sociais. A gente não foi valorizado por muitas, por muitas famílias e nem por muita gente. Eu sinto isso, que a gente foi o culpado por um bom tempo da pandemia, porque a gente não queria trabalhar. Então as angústias ela só vem. (Luana)

Eu gosto [referindo-se ao trabalho], eu sou feliz lá, eu adoro! Mas eu acho que um pouco disso que a gente já tinha falado, que é a questão dessa cobrança em cima da gente, como se a culpa fosse nossa de um ano de parada né, como se a culpa fosse nossa porque as crianças chegaram com bastante dificuldade, por neste ano, não terem o acompanhamento de educador. Apesar da gente ter feito atividades, estar com o nosso celular particular sempre a disposição pra ajudar, pra esclarecer. (Amélia)

Então eu vejo hoje... que eu me sinto muito sozinha [pausa, respiração profunda], eu me sinto triste muitas vezes, coisa que

eu não sentia né? Porque eu como as minhas colegas falaram, amo o que eu faço, e amo mesmo! Eu estou na profissão que é pra mim, porque eu gosto muito, eu adoro o que eu faço. Mas a gente se sente desmotivado porque vem muitas coisas. E não querem saber se o professor... a gente teve que lidar coisas que a gente não fazia antes. Claro, a gente fez, a gente lidou, a gente aprendeu. Muitas vezes a gente segurou um na mão do outro. Várias vezes no final de semana a gente fazia um *google meet* pra combinar o que a gente ia mandar para as famílias, fazer com as crianças [...]. Só que quando a gente chegou na escola, no retorno, a gente não teve aquele acolhimento, aquele olhar sabe? É vamos trabalhar... porque vocês... não trabalhavam... não trabalharam durante a pandemia. Eu vejo que... eu senti muito isso. (Luana)

Os relatos nos exemplificam o que encontramos nos escritos de Ferenczi (1933; 1934) sobre o trauma, assim como já exposto anteriormente. Não é o fato - a catástrofe - o gerador do trauma, mas a desautorização do que isso produziu no sujeito, quando o que o sujeito sente, que é da ordem dos afetos, não for validado, escutado, acolhido. Se coube aos professores acolher e validar o medo real dos pais, quando do retorno das aulas presenciais, quem fez isso aos professores, que também viveram esse traumático, que também estavam com medo, inseguros e desamparados? Vale lembrar que para a teoria ferencziana do trauma, diferente de Freud que toma o trauma como da ordem do intrapsíquico, o trauma é da ordem relacional, e se estabelece em relações de poder.

Foi muito difícil e, daí você ouvir que você não estava trabalhando porque você não queria né? Era a vontade de abandonar mesmo, teve umas horas que eu tive vontade de abandonar mesmo, ir lá e pedir as contas, porque acaba afetando muito a

parte psicológica. Para mim o segundo ano da pandemia, até a gente retornar, foi horrível. Horrível mesmo. De ter que tomar medicação para conseguir dormir. De ter que voltar a tomar medicação psiquiátrica por conta da ansiedade, desse nervosismo, de você não dar conta. (Maria)

Cardoso *et al.* (2021), tomando discussões teóricas a partir de Dejours (2008) apresentado por Walter e Souza (2012), aponta o quanto a validação social traz segurança e sentido ao trabalho, e fortalece o sujeito no enfrentamento dos sofrimentos humanos. Já a falta de reconhecimento, traz à tona o sentimento de injustiça e falta de confiança no ambiente, o que contribui para o desequilíbrio da vida psíquica, adoecimento do sujeito e desmobilização e redução da cooperação. Tal discussão traz à baila a importância do olhar do outro, do reconhecimento do outro, que aqui em questão, seriam diferentes outros: pais, Estado, etc., e sua implicação na vida pessoal e laboral do professor, o que, conseqüentemente, ressoa na vida escolar das crianças e adolescentes.

O mal-estar docente

Outro aspecto que se destacou na fala das professoras que ouvimos remete a um mal-estar que permeia o contexto da educação, que a pandemia evidencia, acentua, mas que é anterior a este acontecimento e diz de uma condição da educação pública na atualidade.

No livro “Por que Ferenczi”, de Kupermann (2022), Jean-François Chiantaretto, psicanalista e professor de psicopatologia na Universidade de Paris, ao escrever o prefácio, dialoga com a ideia de trauma, tema central em Ferenczi, com a situação da Covid-19, e alerta

para a necessidade/importância de compreendermos “[...] a Covid como reveladora de um mal-estar na cultura que o preexiste – e não o inverso” (Kupermann, 2022, p. 24). Isso ganha ressonância no nosso contexto e com o material da pesquisa aqui apresentado. Como diz Linda: “[...] todos esses problemas (de aprendizagem) já vinham se arrastando. Então, têm criança lá no oitavo ano, no nono ano que não sabe ler, e não foi por causa da pandemia sabe?”. Outra situação neste mesmo sentido é apresentada por outro professor:

[...] nós temos muitos problemas, são mudanças, todo ano parece que vai mudar tudo, é o novo ensino médio, é tecnologias, depois é apostilamento, então o ambiente também... e preocupação, porque os alunos estão chegando no ensino médio analfabetos. Então, tudo isso aí... em relação a este contexto... o medo, porque causa medo, preocupação de como que vai ser, o que que vai acontecer daqui uns anos né? Essa diferença entre as crianças que estão estudando na escola pública e na escola particular vai acentuar as desigualdades. Porque elas estão chegando cada vez menos preparadas para o mercado de trabalho. E como que vai ser o futuro dessa geração? E eu tenho essa preocupação. Nós que trabalhamos com ensino fundamental e médio, as professoras falaram lá no terceiro ano que eles não estão alfabetizados, gente, mas temos alunos no sétimo que não são alfabetizados. [...] Eu tenho medo de tudo isso, dessas incertezas que a gente vive né? Que foram acentuadas pela pandemia, mas que a gente não pode achar que tudo é causa da pandemia. A pandemia causou muitos problemas no nosso campo de atuação, que é a educação, mas esses problemas já vinham, e aí teve só um potencializador. (João)

Maria também aponta: “Então assim, se precarizou muito, muito, muito o olhar para o professor, o olhar para educação, a gente sabe assim que isso já vinha de muitas deficiências na educação,

mas ela se ampliou depois da pandemia, eu tenho certeza que ela se ampliou”.

As professoras demarcam assim a existência de um mal estar, um sofrimento que está presente hoje no fazer docente:

Me parece que foi correndo o tempo... foi atropelando... e tem que dar conta de tudo, tem que fazer tudo, e parece que aqueles dois anos foram colocados em uma caixa, junto com os nossos anseios, os nossos medos, e colocado lá no cantinho e, a gente teve que recuperar esses dois anos [...]. E não vejo essa humanidade toda que se falavam devido à pandemia né, que o ser humano mudou, que o ser humano vai olhar mais para o outro, eu não vi isso me parece que veio mais cobranças ainda né? (Júlia)

“Apesar de tudo, eu amo o que eu faço”

Apesar das dificuldades vivenciadas pelos professores durante e depois da pandemia da Covid-19, o amor pela profissão e pelas crianças aparece como o pilar do fazer docente, em meio aos tempos difíceis:

E todos contribuindo, todos buscando esse aprendizado do aluno e, aí chegar e ver esse brilho nos olhos, é a recompensa de muitas noites sem dormir, muitas noites sem dormir preocupada, como fazer com aquela criança, que estratégia usar então, é essa questão assim... e fazendo um Balanço e vendo que é... todos... chegando quase ao final, praticamente no final do ano, estão praticamente todos alfabetizados, isso é uma recompensa assim que não cabe sabe, gente é uma felicidade muito grande. (Amélia)

Já a professora Júlia fala:

Eu trabalhei com o meu segundo ano a música Aquarela. Ele (referindo-se ao aluno) escreveu assim pra mim: ‘Você me levou ao Novo Mundo, *I Love You*’. Então todas as dores que a gente sente, todas as dificuldades, é essa profissão que eu escolhi. [...] Uma cartinha assim, te dá um gás para mais seis meses então, isso que faz com que a gente tenha certeza da profissão que a gente escolheu, apesar das dores.

As falas das professoras nos remetem à reflexão de Nóvoa e Alvim (2021, p. 4) quando fazem um paralelo da pandemia com a reflexão sobre a Segunda Guerra feita por Adorno no texto “A educação depois de Auschwitz”, em que perguntam “[...] como superar tragédias tão profundas e manter essa *esperança* sem a qual não é possível educar?”. Na sequência os autores respondem: “Eis a razão por que somos professores” (Nóvoa; Alvim, 2021, p. 4).

Notas finais

As falas das professoras e professores entrevistados indicam que há um mal-estar docente. Este não iniciou com a pandemia, parece ser anterior a ela, mas certamente se intensifica em meio a emergência de saúde pública e tudo o que aconteceu durante e após esta. Condições de trabalho precárias, desigualdades sociais e educacionais que se aprofundaram com a pandemia, são questões destacadas e que precisam ser ouvidas. A escola, seus docentes e alunos precisam ser acolhidos, escutados e apoiados, a fim de enfrentar os muitos desafios no horizonte da educação brasileira. Nesse sentido, Nóvoa e Alvim (2021, p. 13) nos chamam a construir novos futuros para a

educação frente às mudanças ocasionadas pela pandemia e as incertezas do presente.

Referências

CARDOSO, M. R. *et al.* Sofrimento psíquico e trabalho em tempos de pandemia: uma intervenção clínica com educadores. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 44-57, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i1p44-57>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/178516>. Acesso em: 1 fev. 2023.

FERENCZI, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1992. p. 97-106. (Obras completas, 4).

FERENCZI, S. (1934). Reflexões sobre o trauma. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1992. p. 109-117. (Obras completas, 4).

FREUD, S. (1926). Inibição, sintoma e ansiedade. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio Janeiro, RJ: Imago, 1976. v. 20.

FREUD, S. (1930). O mal-estar na civilização. *In*: S. FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 21.

KUPERMANN, D. **Por que Ferenczi?** 2. ed. São Paulo, SP: Zagodoni, 2022.

NÓVOA, A.; ALVIM, Y. C. Os professores depois da pandemia. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 42, p. 1-13, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/ES.249236>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/mvX3xShv5C7dsMtLKTS75PB/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2023.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Educação: da Interrupção à recuperação. **Portal Eletrônico da UNESCO Brasil**, 2020. Disponível em: <https://pt.unesco.org>. Acesso em: 2 fev. 2023.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Covid-19: mais de 97% dos estudantes ainda estão fora das salas de aula na América Latina e no Caribe. **Portal Eletrônico da UNICEF**, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>. Acesso em: 3 fev. 2023.

VIANNA, C. P. A feminização do magistério na educação básica e os desafios para a prática e a identidade coletiva docente. *In*: YANNOULAS, S. C. (org.). **Trabalhadoras**: análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília, DF: Abaré, 2013. p. 159-180. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/4424>. Acesso em: 5 fev. 2023.

Fadiga por Compaixão entre profissionais de saúde: análise de imagens que circularam na mídia durante a pandemia

Maiara Daís Schoeninger

Letícia de Lima Trindade

Josiane Carneiro

Caroline Correa

Introdução

A Fadiga por Compaixão (FC) se caracteriza como um estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem (Figley, 1995). Segundo pesquisadores, o resultado da combinação de altos níveis de Síndrome de *Burnout* (BO) e Estresse Traumático Secundário (ETS), acompanhado da reduzida Satisfação por Compaixão (SC), resulta na FC (Figley, 1995; Santarone; Mckenny; Elkbuli, 2020).

Profissionais de saúde se deparam com situações clínicas estressantes e testemunham eventos de violência, acidentes, sofrimento, perdas, abusos, traumas e mortes (Marco *et al.*, 2020).

A complexidade e frequente exposição a situações de vulnerabilidade ou limitação de vida, somada ao excesso de demandas cognitivas e emocionais, a ocultação de sentimentos, e o intenso ritmo de trabalho, constantemente adoecem inúmeros trabalhadores de saúde (Pousa; Lucca, 2021).

Com a pandemia causada pela Covid-19, esses fatores foram potencializados, expondo os profissionais atuantes, a uma série de novos riscos psicossociais (Franklin; Gkiouleka, 2021). No Brasil, o primeiro caso foi anunciado no dia 26 de fevereiro de 2020. Até o dia 25 de abril de 2023, foram confirmadas 699.310 mortes pela doença (Johns Hopkins University, 2023).

Além do aumento desenfreado de atendimentos, inúmeros estressores podem ser associados ao contexto pandêmico, como: falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); politização da pandemia; lotação hospitalar; aumento da violência no trabalho; obstinação dos líderes em trabalhar de modo cooperativo; mudanças constantes de informações; decisões éticas difíceis; trabalhar por longas horas; disparidade sociais nos cuidados de saúde; medo da contaminação; mortes pré-maturas; crise econômica; ausência de leitos hospitalares, testes e vacinas; e o sentimento de impotência e frustração (Santarone; Mckenny; Elkbuli, 2020).

Autores contextualizam que a situação pandêmica se dividiu em doença real, causada pelo vírus, e o sofrimento secundário, ocasionado pelos inúmeros fatores potencializadores (Santarone; Mckenny; Elkbuli, 2020). Em detrimento das necessidades imediatas proporcionadas pelo primeiro fator, a saúde mental e emocional dos trabalhadores permaneceu em segundo plano (Schuster; Dwyer, 2020).

Outra pesquisa com 21.199 enfermeiros de linha de frente atuantes durante a crise sanitária destacou que os impactos da pandemia estão significativamente associados à ocorrência de ansiedade e depressão (Han *et al.*, 2020).

Investigação realizada em quatro hospitais da Inglaterra mostrou índices de 44% de ETS e 39% de depressão. Ainda, 24% destes profissionais relataram trauma diretamente relacionado ao Covid-19

(Wild; Mckinnon; Wilkins; Browne, 2021). Já uma revisão de literatura, envolvendo mais de 6.533 enfermeiros oncológicos atuantes durante a pandemia em seis países, mostrou que 22% desses profissionais sofriam de FC (Xie *et al.*, 2021).

Para além das pesquisas acadêmicas, a mídia retratou diversas imagens que evidenciam o desgaste dos profissionais de saúde, potencialmente contribuindo para visibilidade do desgaste destes trabalhadores, ampliando a consciência coletiva da crise sanitária e, potencialmente, contribuindo para a valorização do trabalho das equipes e serviços de saúde. Nessa direção, e como importante dispositivo de memória, este manuscrito objetiva refletir acerca do fenômeno da Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde, através de imagens que circularam na mídia durante a pandemia de Covid-19.

Desenvolvimento

Trata-se de uma reflexão teórica, que, segundo Meneguetti (2011), é caracterizado pela natureza interpretativa dos fatos, valorizando aspectos relacionados às mudanças qualitativas que ocorrem nos objetos ou fenômenos analisados. O estudo foi elaborado no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó a partir de leituras realizadas para a construção da tese de Doutorado intitulada como: “Fadiga por Compaixão e interfaces na segurança do paciente: um estudo de método misto com profissionais dos serviços de urgência e emergência do Sul do Brasil e Norte de Portugal”. As buscas pelas imagens que representam o fenômeno foram realizadas de modo aleatório no *Google*, utilizando-se apenas aquelas de livre acesso. Ainda, todas as imagens foram devidamente referenciadas, priorizando os direitos autorais.

Resultados

O trabalho dos profissionais de saúde durante a pandemia foi fundamental na vida de milhares de pessoas. A máscara apertada, o ar não passa, o capote sufoca. E mesmo em meio a tantas dificuldades, esses trabalhadores precisaram aprimorar uma importante ferramenta dos profissionais de saúde: a empatia. Empatia que vira compaixão, cuidado, responsabilidade e também sofrimento. Sofrimento que durante o contexto de atuação da pandemia pode ser evidenciado na face, na pele, no olhar do profissional de saúde.

Figura 1 - Marcas faciais decorrentes da utilização de Equipamentos de Proteção Individual durante a Pandemia



Fonte: Jornal Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022.

Por muitas vezes, os profissionais de saúde vivenciam o conflito interno de admitir o próprio sofrimento, frequentemente treinados para não demonstrar suas fragilidades e vulnerabilidades, as situações culminaram em posturas que revelam o sentimento de impotência (Jilou *et al.*, 2021). Além disso, a cultura mental enraizada de “não preciso de ajuda, meu trabalho é ajudar os outros” acarreta em fragilidades no autocuidado e na aceitação da sobrecarga de trabalho, conseqüentemente, o que tem elevada relação com o desgaste e com o adoecimento (Sullivan; Germain, 2020).

Figura 2 - Impacto da Pandemia na Saúde dos Trabalhadores



Fonte: Miranda (2020).

Mais um dia, ou menos um dia? Mais um dia de perdas ou menos um dia de pandemia? Certamente, foi necessária muita coragem para sair de casa todos os dias para trabalhar. O peso de estar longe

dos familiares, as horas excessivas de trabalho, a responsabilidade de salvar vidas, ou até mesmo de escolher quem ocupará um leito de Unidade de Terapia Intensiva tem um potencial elevado para o ETS (Marco *et al.*, 2020). Esse também tem potencial risco no processo de comunicação, sendo o comunicado de agravamento e óbito ainda mais comum no contexto de elevada mortalidade ocasionado pelo Covid-19.

Figura 3 - Abraço entre profissionais de saúde



Fonte: A linha de frente: trabalhadores da saúde contra a Covid-19 em fotos (2020).

A paramentação esconde, mas esses profissionais vivenciaram e ainda vivem a exposição ao desgaste físico e psicológico. Pesquisa com 15.243 médicos atuantes nos serviços de urgência e emergência da China mostrou que 14,9% dos participantes apresentaram alto nível de BO, sendo que 46,8% apresentaram Exaustão Emocional,

24% Despersonalização e 60,5% baixa Realização Profissional (Yan *et al.*, 2021). Outra investigação realizada na Itália evidenciou que os níveis de ETS atingiram 49,3% dos participantes, depressão grave (24,7%), e insônia (19,8%) (Rossi *et al.*, 2021). No mesmo sentido, na Espanha, os níveis de ETS entre trabalhadores da saúde atingiram 56,6% dos participantes (Luceño-Moreno *et al.*, 2020). Outro estudo realizado durante a pandemia mostrou que 43% dos participantes apresentaram depressão e, ainda, de forma mais grave, 13% destes relataram automutilação ou ideação suicida (Greenberg *et al.*, 2021). Ainda, os índices de FC neste cenário e período atingiram 38,5% dos trabalhadores de saúde (Labrague; Los Santos, 2021).

Figura 4 - Trabalhador de Saúde em estado de exaustão



Fonte: Lemos (2021).

“O custo de cuidar”, assim caracterizado pelas consequências da Fadiga por Compaixão, traz à tona o desafio de repensar os sentidos e significados do trabalho em saúde (Jilou *et al.*, 2021). As interações

genuínas e de compaixão podem causar sentimentos ambíguos, que levam à satisfação ou à fadiga (Jilou *et al.*, 2021).

A linha tênue entre a esperança de um nascimento e a frustração de uma morte foi cada vez mais perceptível. Crianças que já nasceram isoladas dos avós, tios, primos. Sem passeios, sem escola, sem contato com outros iguais. Pacientes conversando por chamada de vídeo com os seus familiares antes da intubação, sem saber se aquele seria o último momento de vida. A esperança da respiração sem intercorrência, sem máquinas, sem anestésicos. Quando um ser humano é anestesiado, também se anestesia a sua vida, sua história, seus planos, medos, anseios, amores e sonhos. Para muitos, a hora da intubação foi a incerteza do amanhã.

Figura 5 - Nascimento de um bebê durante a Pandemia



Fonte: A linha de frente: trabalhadores da saúde contra a Covid-19 em fotos (2020).

Figura 6 - Paciente recebendo uma chamada de vídeo durante a internação



Fonte: Nicolav (2020).

E com um vírus negligenciado por muitos, profissionais perderam a vida.

Depois de um tempo, as marcas físicas foram cicatrizadas. Mas, entre os trabalhadores que carregam consigo a empatia, as marcas serão eternas. O sorriso, que por muitos meses ficou escondido atrás da máscara, hoje volta a aparecer. Mesmo que ainda um pouco tímido, ele demonstra que a luta contra o vírus, contra o negacionismo, contra a falta de insumos, oxigênio, vacinas, *fake news*, leitos, medicamentos e recursos humanos, foi vencida, não por super-heróis, mas por humanos, que vivem o luto, mas não se cansam de lutar.

Figura 7 - Profissional de Saúde segurando a mão de um paciente



Fonte: A linha de frente: trabalhadores da saúde contra a Covid-19 em fotos (2020).

As imagens nos mostram que a pandemia foi vivida por cada um, de modo singular. Que era preciso centrar-se na vida. Tivemos a oportunidade de compreender que quando faltou imunizantes ou imunidade, sobrou humanidade, e, nesse momento, a gentileza e a compaixão dos profissionais de saúde tiveram elevado poder.

A cada nova recuperação e em cada manchete que noticiava a diminuição do número de óbitos e o aumento nos índices de vacinação, fomos alimentados pela esperança de dias melhores. A mesma compaixão que gera a fadiga pode proporcionar a satisfação. O que cada profissional viveu, e as marcas que cada um leva consigo, não podem ser analisadas no plural. A única certeza que temos, é que mais o trabalho dos profissionais de saúde se mostrou fundamental à vida.

Figura 8 - Idoso recebendo alta hospitalar após Covid-19



Fonte: Passarinho (2021).

Reflexões Finais

Ao buscar refletir acerca do fenômeno da Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde, através de imagens que circularam na mídia durante a pandemia de Covid-19, evidenciou-se a vulnerabilidade destes trabalhadores, o grau extremo de exposição destes ao desgaste físico e psíquico. A empatia não pode culminar em Fadiga, para isso é preciso equilíbrio na exposição ao estresse e investimentos na satisfação profissional.

As imagens têm um papel de registro histórico de um evento global que precisa ser utilizado para dar visibilidade ao trabalho rea-

lizado, bem como exemplo para fomentar ações de cuidado voltadas para esses trabalhadores, formulação de políticas públicas e garantia de condições de trabalho para além do contexto pandêmico.

Referências

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO (OSHA). **Guia eletrônico sobre a gestão do stresse e dos riscos psicossociais no local de trabalho**. Luxemburgo: 2018. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-risk>. Acesso em: 16 mar. 2023.

A LINHA DE FRENTE: trabalhadores da saúde contra a Covid-19 em fotos. **Jornal, Rádio e Televisão Record**, Internacional, 2020. Disponível em: <https://noticias.r7.com/internacional/fotos/a-linha-de-frente-trabalhadores-da-saude-contr-a-covid-19-em-fotos-29062022>

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Enfermeira da Rede Ebserh emociona com depoimento sobre o cotidiano do enfrentamento à Covid-19, **Jornal Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/enfermeira-da-rede-ebserh-emociona-com-depoimento-sobre-o-cotidiano-do-enfrentamento-a-covid-19>.

FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue**: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Nova Iorque: Brunner-Routledge, 1995.

FRANKLIN, P.; GKIOULEKA, A. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers During the Covid-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 1-20, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>. Disponível

em: <file:///C:/Users/bruni/Downloads/ijerph-18-02453-v5.pdf>.
Acesso em: 08 mar. 2023.

GREENBERG, N. *et al.* Mental health of staff working in intensive care during covid-19. **Occupational Medicine**, v. 71, n. 2, p. 62– 67, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>. Disponível em: <https://academic.oup.com/occmed/article/71/2/62/6072139>. Acesso em: 12 mar. 2023.

HAN, L. *et al.* Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 52, p. 564-573, 2020. Disponível em: <https://sigmapubs-onlinelibrary-wiley.ez224.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jnu.12590>. Acesso em: 12 mar. 2023.

JILOU, V. *et al.* Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, p. 1-11, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0628. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>. Acesso em: 12 mar. 2023.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins CSSE** [Internet]. Johns Hopkins University; 2023 [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.

LABRAGUE, L. J.; LOS SANTOS, J. A. A. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. **Appl Nurs Res.**, v. 61, n. 1, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151476>. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0897189721000835?token=B9B81FBEC0F7B7A9A17E1D4D8456C702FD543A876B1AB577D20363D607C5E7C7A261F586249447D417072799DBC2F18F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220521153059>. Acesso em: 13 mar. 2023.

LEMOS, Vinícius. Do medo da covid-19 à desolação: enfermeiros enfrentam danos psicológicos do trabalho na pandemia. **BBC NEWS**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57151630>.

LUCENÑO-MORENO, L. *et al.* Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 1-25, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5514>. Acesso em: 16 mar. 2023.

MARCO, C. *et al.* Post traumatic stress and stress disorders during the COVID-19 pandemic: Survey of emergency physicians. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, v. 1, n. 6, p. 1-14, 2020. DOI: 10.1002/emp2.12305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33392568/>. Acesso em: 16 mar. 2023.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de administração contemporânea**, v. 15, p. 320-332, 2011.

MIRANDA, Paolo. Enfermeiro fotografa impacto do coronavírus em hospital da Itália. **Folha de S. Paulo**, mar. 2020. Disponível em: <https://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/1661697478019470-enfermeiro-fotografa-impacto-do-coronavirus-em-hospital-da-italia>.

NICOLAV, Vanessa. No dia da enfermagem, Brasil é líder mundial em mortes de profissionais por covid-19. **Jornal Brasil de Fato**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/12/no-dia-da-enfermagem-brasil-e-lider-mundial-em-morte-de-profissionais-por-covid-19>.

PASSARINHO, Nathalia. Covid-19: “Dói demais ver as crianças morrendo sem poder ver os pais”, diz pediatra de UTI. **BBC News Brasil**, Londres, 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56300040>.

POUSA, P. C. P.; LUCCA, S. R. Psychosocial factors in nursing work and occupational risks: a systematic review. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 3, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0198>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/V3D8krPNR8RPGy8ZpF84yRp/?lang=en>. Acesso em: 18 mar. 2023.

ROSSI, R. *et al.* Mental health outcomes among front-line and second-line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. **Rede JAMA aberta**, v. 3, n. 5, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067801>. Disponível em: <https://doi-org.ez224.periodicos.capes.gov.br/10.1101/2020.04.16.20067801>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SANTARONE, K.; MCKENNY, M; ELKBULI, A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 38, n. 7, p. 1530-1531, 2020. DOI: 10.1016/Zj.ajem.2020.04.030. Disponível em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1016Zj.ajem.2020.04.030>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SCHUSTER, M.; DWYER, P. A. Post-traumatic stress disorder in nurses: an integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 1, p. 15-16, 2020. DOI: 10.1111/jocn.15288. Disponível em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.15288>. Acesso em: 17 mar. 2023.

SULLIVAN, S.; GERMAIN, M. L. Psychosocial risks of healthcare professionals and occupational suicide. **Industrial and Commercial Training**, v. 52, n. 1, p. 1-14, 2020. DOI: 10.1108/ICT-08-2019-0081. Disponível em: <https://doi-org.ez224.periodicos.capes.gov.br/10.1108/ICT-08-2019-0081>. Acesso em: 13 mar. 2023.

XIE, W. *et al.* The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 120, n. 1, p. 1-7, 2021. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103973. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>. Acesso em: 11 mar. 2023.

WILD, J.; MCKINNON, A.; WILKINS, A.; BROWNE, H. Post traumatic stress disorder and major depression among frontline healthcare staff working during the COVID-19 pandemic. **British Journal of Clinical Psychology, British journal of clinical psychology**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2021. DOI: 10.1111/bjc.12340. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjc.12340>. Acesso em: 14 mar. 2023.

YAN, S. *et al.* Challenges Faced by Emergency Physicians in China: An Observation From the Perspective of Burnout. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2021. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.766111. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356286238_Challenges_Faced_by_Emergency_Physicians_in_China_An_Observation_From_the_Perspective_of_Burnout. Acesso em: 12 mar. 2023.

Entre Genocídios e Pandemias: vidas Kaingang sobrevivendo no sul do Brasil e autodeterminação comunitária para enfrentamento da Covid-19¹

Leonel Piovezana

Introdução

O texto a seguir é um estudo que relata impactos da Covid-19 entre o povo Kaingang, evidenciando que a autodeterminação comunitária frente à pandemia, desde os primeiros alertas da disseminação do Sars-CoV-2 em território nacional, as comunidades e organizações desses indígenas têm adotado estratégias de autoproteção, como o isolamento voluntário, a redução da circulação de pessoas nas aldeias e entre aldeias, o uso de ervas medicinais e, posteriormente, a vacina foram fatores que reduziram significativamente as mortes. Contextualizo com pesquisas realizadas para a produção de minha tese sobre o Território Kaingang na Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul, as lutas, conquistas e dizimações por doenças contagiantes ocorridas no processo de colonização da região (Piovezana, 2010).

1 Projeto CNPq/MCTI/FNDCT nº 18/2021

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) pontua que, diante da subnotificação dos casos de contágios da Covid-19 em indígenas, vem realizando levantamento independente dos casos, apontando que os números são superiores aos notificados pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), que tem contabilizado somente casos em terras indígenas homologadas. A compilação de dados da APIB tem sido feita pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena e pelas organizações indígenas de base da APIB. Outras frentes de enfrentamento à Covid-19 organizadas no Brasil, também têm colaborado com a iniciativa. Diferentes fontes de dados têm sido utilizadas nesse esforço, além da própria SESAI, o comitê tem analisado dados das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério Público Federal (Instituto Socioambiental, 2023).

A população indígena brasileira, segundo resultados do último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no país, em 2010, era de 896.917 indígenas, dos quais 572.083 viviam na zona rural e 324.834 habitavam as zonas urbanas brasileiras. Os dados estatísticos revelaram que em todos os Estados da Federação, inclusive no Distrito Federal, há populações indígenas. [...] O percentual de indígenas em relação à população total brasileira saltou de 0,2% em 1991 para 0,4% em 2000, totalizando 734 mil pessoas. Houve um aumento anual de 10,8% da população, a maior taxa de crescimento dentre todas as categorias, quando a média total de crescimento foi de 1,6%. (FUNAI, 2022, s.p.).

Observando o aumento, a população indígena do Brasil ultrapassa um milhão de pessoas nesse início do ano de 2023. A população Kaingang deve somar mais de 45 mil pessoas que sobrevivem em 32 terras indígenas no Sul do Brasil e nas periferias das cidades. Aproximadamente 90% dos adultos, homens e mulheres, trabalham

na agroindústria e nas colheitas de frutas, erva-mate e cereais da região. Este foi um fator importante que determinou o grande número de infectados com o vírus da Covid-19.

A partir de minhas observações como pesquisador desde o ano de 1995 e professor dos cursos de Licenciaturas Intercultural Indígena da Unochapecó, iniciadas em 2009, administradas no interior das Terras Kondá, Xaçecó e Chimbanguê, a Pandemia de Covid-19, para os povos originários do Brasil se coloca no mesmo patamar de tantas outras epidemias que foram herdadas de forma criminosa e violenta. Invasão brutal de suas terras, guerras, fome, desapropriações, escravidões, gripes, doenças sexualmente transmissíveis, varíola, pestes, envenenamentos, genocídio pelos bugreiros e outras formas de extermínios foram estratégias para dizimação.

Um fato que observei no povo Kaingang: no início da pandemia Covid-19, devido à imunidade e histórico das mortes causadas pelas gripes herdadas nos processos de colonização, a previsão era de muitas mortes. O exército brasileiro instalou um hospital emergencial na TI Xaçecó, com 100 (cem) leitos, distribuídos nas salas de aula da Escola Cacique Vanhkre, na comunidade sede da aldeia, que conta com uma população de, aproximadamente, sete mil pessoas. A grande maioria de homens e mulheres da Terra Xaçecó trabalhavam, trabalham, nas agroindústrias da região oeste do estado de Santa Catarina. A contaminação pela Covid-19 foi alta e num determinado período de 2020 haviam mais de mil indígenas contaminados. Eles ficaram em quarentena atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e nas comunidades, automedicaram-se com chás e remédios caseiros. O sucesso e curas foi positivo e nenhum indígena ficou internado ou isolado no hospital de campanha do exército, que logo foi desativado.

Um senhor sábio da Terra Kondá relata que eles aprenderam muito a partir das infecções propositárias da varíola e gripes a se defenderem, que usam dos medicamentos dos brancos e levam a sério os deles também.

Devido à proibição de acesso às terras indígenas da região e aos cuidados dispensados pelas Organizações Não Governamentais (ONGs) e Universidades, foram recuperados a grande maioria dos contaminados. Não posso dizer que foram poucas mortes, porque considero uma morte demais. Nossa região conta com a presença muito efetiva do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) que há 49 anos atua em defesa dos direitos dos povos indígenas do Brasil, e Conselho de Missão entre Povos Indígenas (COMIN), vinculado à Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB), assessora e coordena trabalhos junto aos povos indígenas. Criado em 1982, que se mantiveram sempre atentos e cuidadosos.

A Terra Indígena Xaçecó, com uma área territorial de 15.632 (ha), está localizada entre os municípios de Ipuçu e Entre Rios (SC) que soma com uma população de sete mil pessoas entre Kaingang e Guarani. O número de óbitos indígenas por Covid-19 informados pela Secretaria da Saúde de Ipuçu foi de 07 (sete) pessoas, e informado pela Secretaria da Saúde de Entre Rios foi de 02 (duas) pessoas, desde o início da pandemia. Dados informados em 06 de fevereiro de 2023.

Contextualizando os Kaingang: entre a vida e a morte matada

Com a colonização do noroeste do Rio Grande do Sul, em fins do século XVIII e início do século XIX, e dos campos de Palmas (PR), incluindo todo o oeste catarinense, a partir de 1915, empresas colonizadoras loteiam a região com o aval dos governos, desconsiderando as áreas demarcadas ou ocupadas pelos Kaingang, vendendo a agricultores descendentes de imigrantes italianos e alemães provindos do Rio Grande do Sul. Esses grupos eram constituídos por famílias numerosas, praticantes da policultura, que viam a natureza, matas e fauna como obstáculos, e a limpeza, leia-se desmatamento da terra e captura ou extermínio de nativos, era princípio fundamental para o progresso e o desenvolvimento de suas atividades, e nisto consistia a eliminação também dos índios ou selvagens.

Os Kaingang assistem, nesse processo, à invasão de seus territórios e interferências em suas territorialidades, de forma mais violenta, pois já conviviam com remanescentes de negros e caboclos sobreviventes da Guerra do Contestado de 1912-1916, episódio que dizimou grande parte da população de negros, caboclos e índios do estado de Santa Catarina.

Com a política de aldeamento e confinamento territorial a que foram submetidos muitos grupos Kaingang, a partir da segunda metade do século XIX, houve conflitos intensos, que forçaram grupos familiares inteiros a abandonar suas casas e terras de origem. Muitos procuraram abrigo em outras terras indígenas, outros, no entanto, passaram a habitar a periferia das propriedades rurais como agregados ou peões, ou nas periferias urbanas, favelas e vazios das cidades da região.

A partir do exposto, concebemos o território Kaingang como aquele que é materializado no espaço como um campo de forças, definido e delimitado por relações de poder, relações estas que têm levado ao embate entre o poder do Estado, representado pelos órgãos institucionais, como Funai e Funasa, SESA e o poder do grupo, nesse caso, os Kaingang, como atores sociais na luta pela terra e pelos espaços de cidadania e autonomia de seu povo.

Para analisar o processo de formação do território Kaingang na Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul, as territorialidades em confronto com a sociedade não indígena, visando a identificar suas condições de vida, de saúde, de educação e perspectivas, como grupo étnico diferenciado, é importante assinalar que desde a chegada dos europeus, no ano de 1500, e de povos remanescentes do processo de miscigenação entre portugueses, afrodescendentes e povos originários, e mais especificamente a partir do final do século XIX e meados do século XX, com a entrada das empresas colonizadoras e a vinda, na maioria, de grupos de famílias de origem italiana e alemã, ações e práticas de extermínios foram uma constante. A natureza (leia-se floresta) se constituía em obstáculo a ser dominado para a implantação de atividades agrícolas e de criação de animais. Nesse contexto, o índio era visto como natureza ou selvagem, passível da mesma ação de limpeza da terra. Então, os Kaingang passam a sofrer as pressões e são obrigados a se aculturarem, a assimilarem aspectos de culturas diferentes, trazidos pela sociedade neobrasileira de migrantes.

Neste contexto, os Kaingang da Mesorregião do Mercosul sofrem grandes perdas e, no processo de reintegração aos seus grupos de origem e territórios em formação, buscam redefinir seus territórios e construir suas territorialidades, como ação afirmativa na reconquista de seus antigos espaços de vida, na perspectiva de reaverem sua iden-

tidade étnica que possa reforçar a alteridade e mesmo a relação socioambiental e cultural, para poderem assim criar políticas de desenvolvimento que os mantenham vinculados à terra. As comunidades Kaingang, vinculadas à natureza e à cultura, reivindicam políticas públicas para a garantia de suas necessidades prementes. Essas políticas foram e são constituídas pelas lutas em prol da demarcação de terra, pelo direito à autonomia e à cidadania, pela saúde, habitação e educação e pelo gozo do que estabelece a Constituição Federal de 1988.

Cabe, então, à sociedade representada por governos constituídos, órgãos públicos, ONGs e entidades sociais, conhecer a realidade dos povos indígenas Kaingang, desde a interação socioeconômica regional, às necessidades de víveres para a sua sobrevivência, como pessoas de direitos e deveres no território nacional, para assim promover políticas de desenvolvimento que priorizem a vida coletiva, nas formas de uso e ocupação das terras que lhes são próprias.

Desde o século XIII, a Europa vinha passando por diversas transformações nos campos econômicos, político, cultural e social. No século XIV, guerras, doenças e fome mergulham o velho continente numa profunda crise, reduzindo a população e desestruturando a agricultura. A partir do século XV, diversos países da Europa, gradual e lentamente, conseguiram se recompor, melhorando a situação socioeconômica: a vida urbana ganhou novo impulso através da retomada do desenvolvimento manufatureiro e comercial.

Porém, o mundo conhecido era por demais reduzido, fato que dificultava a expansão comercial, isto é, as trocas; tais espaços geográficos reduziam-se ao próprio continente, ao Norte da África e ao Oriente próximo. Portugal, beneficiado por fatores como sua tradição marítima, sua situação política interna estável, sua posição geográfica (voltado para o Atlântico), existência de uma classe interessada em

comerciar (burguesia mercantil), e com o apoio do Vaticano e especialistas religiosos na busca desesperada por fiéis, investe à procura de povos e de riquezas, principalmente de metais preciosos, para a comercialização em alta na época.

Ampliaram-se os conhecimentos geográficos. Aperfeiçoaram-se aparelhos como a bússola; os portugueses inventaram a caravela, o que tornou possível viagem em alto-mar; enfim, observou-se notável desenvolvimento técnico e científico que impulsionou as grandes navegações. Fazia-se urgente trilhar um novo caminho para o Oriente em busca de especiarias (produtos consumidos pela população e inexistentes na Europa), fonte de fabulosos lucros, a exemplo dos comerciantes italianos de Gênova e Veneza, que monopolizavam tal comércio. Em meados do século XV, a situação piorou ainda mais. Os turcos otomanos tomaram a cidade de Constantinopla, centro comercial dos produtos orientais. A Europa sente imediatamente os reflexos desta atitude, e sua economia é drasticamente prejudicada. A própria Igreja Católica incentivou a navegação marítima, na esperança de aquisição de novos fiéis que poderiam ser conquistados através de seus missionários. E realmente tal intenção se efetivará com as missões jesuíticas posteriormente.

Ao contrário do que pensou Colombo, ele estava na atual América Central. Oito anos mais tarde, ou seja, 22 de abril de 1500, outro marinheiro, desta vez um português chamado Pedro Álvares Cabral, com sua expedição, invade e ocupa o território de quase mil povos originários, denominados de indígenas.

Até a invasão europeia, o continente que viria a receber o nome América era uno. Não havia uma divisão geográfica-política estabelecida. Milhares de indivíduos povoavam tal espaço geográfico, de forma nômade ou sedentária, em decorrência de sua necessidade de

sobrevivência, com exceção de determinados povos, como os incas, maias e astecas. Contudo, a descoberta das riquezas contidas nos impérios asteca e inca passou a atrair os interesses dos espanhóis, que logo trataram de ocupar-se em conquistar esse novo continente.

Apesar das diversidades culturais, climáticas, sociais, políticas e econômicas, esses grupos humanos apresentavam alguma forma de organização comunitária, no seio da qual a propriedade comum da terra se unia ao cultivo familiar.

Em menos de dois séculos, a expansão pastoril ocupou todo o Nordeste. Isso não significava caçar índios simplesmente. Significava a ocupação e posse efetiva da terra indígena pelo europeu, enquanto esses campos representavam a “casa” de diversos povos indígenas. Neste lugar as disputas eram pela posse da terra. Os grupos que mais lutaram, representando oposição, foram eliminados a ferro e a fogo, e sobreviventes se tornavam compulsoriamente escravos na produção açucareira ou eram confinados nas reduções religiosas.

No Brasil central, os índios que ocupavam a Bacia do Tocantins foram devassados pelos bandeirantes e garimpeiros que invadiam suas terras em busca de metais valiosos (ouro e prata). Já os Kayapós, os mais temidos e odiados pelos brancos portugueses no Brasil, viviam entre o Planalto Central e a floresta amazônica, opondo resistência, eram sempre atacados violentamente.

Mas aos poucos, os índios sobreviventes das chacinas, das doenças e da fome começaram a ser encaminhados para as missões, único refúgio que lhes restava. Nos recessos das florestas paulistas, paranaenses e catarinenses, os índios ali existentes eram chamados genericamente de Kaingang, que viviam em conflitos e disputando

suas terras invadidas pelos criadores de gado nos chamados campos de Paranapanema e de Palmas.

Os Botocudos ou Colorados de Santa Catarina, conhecidos etnologicamente como Xockleng, com os quais os bugreiros atuaram com tal eficiência que superaram os caçadores de índios de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, sofreram genocídios incontáveis, acompanhados de extrema violência.

Não se salvam atualmente nem mesmo os índios que vivem nas selvas: no começo do século XX, sobreviviam ainda 230 tribos no Brasil. Desde então, desaparecem 90, aniquilados por obra e graça das armas de fogo, violência e doenças, ponta de lança da civilização: o contato com o homem branco continua sendo para o índio o contato com a morte. As disposições legais que desde 1537 protegem os índios do Brasil voltam-se contra eles. De acordo com o texto de todas as constituições brasileiras, são os primitivos e naturais senhores das terras que ocupam. Quanto mais ricas são estas terras virgens, mais grave é a ameaça que pende sobre suas vidas, a generosidade da natureza os condena à espoliação e ao crime.

A caça aos índios foi deflagrada, nos últimos anos, com furiosa crueldade, na maior selva do mundo, gigantesco espaço tropical aberto, onde a lenda e a aventura converteram-se simultaneamente no cenário de um novo sonho americano. Em ritmo de conquista, homens e empresas dos Estados Unidos lançaram-se sobre a Amazônia como se fosse um novo *far west*. Essa invasão norte-americana incendiou como nunca a cobiça dos aventureiros brasileiros. Os índios morreram sem deixar rastros, e as terras foram vendidas em dólares aos novos interessados.

O ouro e outros minerais, a madeira e a borracha, riquezas cujo valor comercial os nativos ignoram, aparecem vinculados aos resultados de cada uma das escassas investigações que foram realizadas. Sabe-se que os indígenas foram metralhados dos helicópteros, que se lhes inoculou o vírus da varíola, que se lançou dinamite sobre suas aldeias e se lhes presenteou açúcar misturado com estricnina e sal com arsênico.

O próprio diretor do extinto Serviço de Proteção dos Índios, designado pelo presidente Castelo Branco para sanear a administração, foi acusado, com provas, de cometer quarenta e dois tipos de crimes contra os índios. O escândalo explodiu em 1968. (Galeano, 2007, p. 36).

Para Galeano (2007), a sociedade indígena de nossos dias não existe no vazio, fora do marco geral da economia latino-americana. É verdade que há tribos brasileiras ainda encerradas na selva, comunidades do altiplano isoladas por completo do mundo, redutos de barbárie na Venezuela, mas, no geral, os índios estão incorporados no sistema de produção e no mercado de consumo, embora de forma indireta. Participam como vítimas de uma ordem econômica e social onde desempenham o duro papel dos mais explorados entre os diferentes grupos étnicos regionais. Compram e vendem boa parte das escassas coisas que consomem e produzem em mãos de intermediários poderosos e vorazes que cobram muito e pagam pouco: são diaristas nas plantações, a mão de obra mais barata, e soldados nas montanhas, gastam seus dias trabalhando para o mercado mundial ou lutando por seus vendedores.

A expropriação dos indígenas – usurpação de suas terras e de sua força de trabalho – foi e é simétrica ao desprezo racial, que por

sua vez se alimenta da objetiva degradação das civilizações indígenas arrasadas pela conquista. É incrível a concepção que tanto os povos indígenas pré-colombianos quanto os pré-cabralianos têm sobre a terra. Para estes, a terra é que é sua dona, sua mãe. Já para o branco, imbuído pelas ideias capitalistas, precisa necessariamente ele ser o dono da terra, ter a posse, o poder sobre ela.

No início do século XXI, os Kaingang ainda são vítimas da discriminação e dos preconceitos e encontram-se, na sua grande maioria, explorados pelo trabalho braçal e barato, por empresas e agroindústrias. A partir de tais noções, torna-se possível ver uma injustiça *a priori* da civilização ou do homem europeu perante tudo e perante todos os que foram (e ainda são) vistos como não europeus. Genericamente, o pensamento europeu estaria divinamente destinado a dar sentido e ânimo ao mundo todo, no sentido de que o mundo estaria dotado de uma ausência, de um vazio a ser preenchido.

A interpretação ocidental acerca dos territórios, no sentido de falta de tudo, de víveres, de estradas e de habitantes, remonta a uma questão muito profunda, que tem base em modelos determinados de sociedade e racionalidade. Trata-se de uma visão de mundo em que tudo o que estivesse fora do modelo dominante da racionalidade europeia era visto como uma natureza faltosa, do mesmo modo como, aos olhos dos colonizadores, aos indígenas não cabia o estatuto de humanidade. É interessante abordar esse modelo de racionalidade porque a partir dele se pode compreender o caráter dominador do europeu, presente na própria filosofia, o que vem a ampliar o olhar sobre os conceitos de invasão e dominação que se caracterizaram.

O vazio, pela ótica dos colonizadores, que justificava a invasão é o mesmo vazio que os filósofos viram no mundo objetivo e físico, momento em que a técnica passou a ser valorizada na ciência, isto é,

quando a perspectiva de domínio se intensificou. O pensamento racional definido pela filosofia moderna é aquele que constrói a própria razão numa operação de domínio sobre a natureza.

Se os colonizadores não viram humanidade nos índios é porque eles sabiam teoricamente o que se caracterizava como humanidade. Nesse ponto, cabe uma pergunta: como os europeus da revolução científica, cultural e econômica viram a humanidade? Do ponto de vista filosófico/geográfico, como se viu, a humanidade foi definida pelo poder que tem de dominar a natureza. Nesse sentido, entendemos que uma abertura do humano à diversidade não trata somente de reconhecer a existência de humanos diferentes e respeitar seus territórios, mas também de saber que nunca se pode compreendê-los integralmente, e que, entretanto, respeitá-los nas suas manifestações e territorialidades constitui um direito.

Um grande impasse na Mesorregião é o conflito entre as etnias, vítimas da desorganização e do desinteresse público dos órgãos tutores, que no processo de exploração dessas terras foram cedendo espaços às empresas colonizadoras, que vendiam terrenos de propriedade indígena e permitiam arrendamento ou exploração das reservas naturais, sem retorno à população indígena.

Com a expulsão dos intrusos, nos anos setenta, os índios recuperaram parte de suas terras. Eram famílias de colonos descendentes de imigrantes italianos e alemães provenientes do Rio Grande do Sul, que durante anos cultivaram essa terra e que culpam os índios pela perda desse espaço, não entendendo a relação tradicional que esse povo mantinha e mantém com a terra.

É importante ressaltar que nos anos sessenta a cobertura florestal dessas áreas indígenas, representada basicamente pelo pinheiro do

Paraná, foi totalmente destruída através de contratos ilegais mantidos entre o antigo SPI (Serviço de Proteção aos Índios) e madeireiros regionais.

“Ordeno-vos: deveis considerar como principiada a guerra contra esses bárbaros índios (Carta Régia de 5 de novembro de 1808)”.

O século XIX caracterizou-se, do ponto de vista dos regimes políticos praticados no Brasil, como um século heterogêneo. Marcado por três regimes políticos: Colônia, Império e República Velha, este século iniciou quando o tráfico negreiro se encontrava em pleno vigor, e termina marcado pela vinda das levas de imigrantes europeus livres.

Além das expedições de caça e extermínio, que caracterizaram a conquista indígena no Sul, diversas epidemias tomaram conta das aldeias, fatores que colaboraram para a conquista dos territórios indígenas.

Destaque-se que essa ocupação não se deu linearmente, com a extinção de indígenas e o aldeamento dos grupos indígenas sobreviventes primeiro, para posterior ocupação do território. Ao contrário, enquanto todos os grupos Kaingang hostis eram violentamente atacados e exterminados, caminhos de tropas eram abertos e fazendas eram instaladas.

O território Kaingang na mesorregião Grande Fronteira do Mercosul é constituído por 15 terras indígenas, segmentadas e distribuídas na grande maioria no sentido longitudinal, totalizando aproximadamente 134 mil hectares. A organização social Kaingang opera a partir do reconhecimento de três níveis de organização espacial, a saber: as unidades domésticas, as aldeias e as unidades político/territoriais, essas últimas que recebem o nome genérico de Terra Indígena. As uni-

dades domésticas cumprem papel estruturante na socioespacialidade Kaingang. Com efeito, é a partir das relações entre as unidades domésticas e do dualismo sociocosmológico que se constituem as aldeias.

Em todas as Terras Indígenas Kaingang há mais de um agrupamento de residências, os quais podem ser chamados de aldeias, e um desses agrupamentos se caracteriza como o centro político e social. Geralmente, esse agrupamento central é chamado de Aldeia da Sede ou Aldeia do Posto, pois constitui seu centro administrativo. É comum que nessas aldeias centrais haja uma maior concentração populacional. Tal concentração é resultado da política de aldeamento, empreendida pelos órgãos indigenistas desde o século XIX. As críticas a esse tipo de distribuição espacial são inúmeras, a exemplo do que ocorre com as lavouras coletivas. Em síntese, pode-se dizer que esse tipo de sociabilidade, instituindo a figura do vizinho, algo estranho à tradição Kaingang, inibe a autonomia política relativa que cada grupo de residências e/ou aldeias possuía tradicionalmente.

Os Kaingang aldeados e os não aldeados, denominados de *bugres*, por não se submeterem aos ditames da sociedade não indígena, embora partilhando da mesma identidade étnica, vivenciaram no pós-contato com os colonizadores, a partir do século XVIII, experiências diferenciadas de dizimação, subordinação, discriminação e condições de vida. Enquanto outra parte dessa população foi confinada em reservas indígenas, outra ficou à mercê de grupos da sociedade que a envolvia, sofrendo toda a forma de violência.

Apesar de suas experiências diversificadas, os Kaingang conheceram, como minoria étnica, a dizimação decorrente do contato, a desarticulação dos modos tradicionais de existência, a perda de partes, de seus territórios e dos recursos naturais, com todos os significados simbólicos constituídos pela cultura – enfim, perderam grande parte

da liberdade e da possibilidade de viverem como Kaingang. Embora a situação de contato com os brancos lhes tenha imposto a condição de minoria, esse povo continua se autoidentificando como membro de um grupo étnico diferenciado, que pertence à etnia Kaingang.

Os Kaingang constituem um dos povos indígenas mais numerosos do Brasil e a sua população, de aproximadamente 50.000 habitantes, concentra-se na sua maioria, nas Terras Indígenas localizadas nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Uma parcela desse total vive em áreas que se encontram em processo de regularização, especialmente nos dois últimos estados, e pertencentes à mesorregião Grande Fronteira do Mercosul.

Não há um sistema de atendimento aos indígenas que leve em conta as particularidades da situação cultural, social, econômica e de saúde de cada Terra Indígena específica e nem mesmo programas específicos que valorizem a religiosidade, a formação de recursos humanos para os diversos exercícios que possam garantir desenvolvimento e cidadania. A esperança está na atuação e desenvolvimento do Ministério Indígena, constituído com lideranças indígenas, criado no início do terceiro Governo Lula, ano de 2023.

Foram várias as estratégias de dominação exercidas pelos portugueses e demais povos europeus, valendo-se também de contextos religiosos. A conquista de algumas tribos através de trocas e negociações não leais mantinha-os aliados para combaterem contra os índios e, conseqüentemente, contra o destino destes. Os Kaingang foram utilizados pelos bandeirantes nas campanhas contra os índios Guaraní durante o século XVIII e, já no século XIX, foram vítimas da escravidão, quando da proibição do tráfico negreiro.

Como os Kaingang eram povos que viviam em territórios demarcados e a luta pela conquista de mais territórios era constante,

os portugueses, aproveitando-se disso, apoiaram-se nesses indígenas, que cruelmente avançaram contra os povos Guarani, matando-os ou prendendo-os e entregando-os aos bandeirantes, para serem vendidos como escravos.

A experiência realizada pelos jesuítas com os índios Guarani parece indicar a tentativa de criação de uma nação Índia na América, extravasando, assim, a simples ação missionária, o que ajudou a fomentar as estratégias de extermínio.

A agressão à cultura indígena aconteceu com o uso de muitas estratégias, e o indígena era submetido às mais cruéis situações de degradação humana e, após sofrer todo tipo de exploração física, era obrigado a seguir os padrões culturais do dominante. Atualmente, a situação das Terras Indígenas sofre consequências dessa política e vivem sob a pressão dos padrões culturais, principalmente religiosas neopentecostais e econômicos da sociedade nacional.

Nas Terras Indígenas do noroeste do Rio Grande do Sul, oeste de Santa Catarina e sudoeste do Paraná, essas e outras estratégias de domínio deixaram marcas profundas de desolação, miséria e descrença. Apesar dessa constatação histórica, atualmente, os indígenas Kaingang sofrem pela exclusão, pela xenofobia, pelo descaso do povo e das autoridades brasileiras.

Do ponto de vista cultural, para o governo, os nativos eram considerados bárbaros, assassinos de fazendeiros e denominados, de forma depreciativa, de Bugres. As leis do homem branco da época (1808) permitiam também a escravização dos índios presos em luta, que eram batizados e a partir da data do batismo deveriam servir como escravos a seus senhores por quinze anos.

A Constituição do Estado de Santa Catarina reafirma em seu Art. 192 as garantias expressas na Constituição Federal aos índios, complementando em parágrafo único que “o Estado assegurará às comunidades indígenas [...] proteção, assistência social, técnica e de saúde, sem interferir em seus hábitos, crenças e costumes”.

Na área da saúde, não são verificadas melhorias nos últimos anos, sendo os postos de atendimento mal equipados, sem profissionais e funcionando mais como pontos de encaminhamento para hospitais da região. Os indígenas sofrem de problemas nutricionais, desnutrição e má nutrição, de tuberculose e de outras doenças respiratórias, de várias doenças venéreas, de frequentes surtos provocados por vírus, de saúde bucal e de danos psíquicos provocados pelo alcoolismo, trabalhos noturnos nas agroindústrias e pelo estresse.

A intervenção no sistema tradicional de cura dos indígenas fez com que se perdessem muitas das práticas e dos saberes medicinais, como por exemplo, do uso de ervas medicinais, que atualmente está bem reduzido, até pelas mudanças ecológicas e pelo desflorestamento. O sistema de saúde dos municípios e da Funai causou a dependência e, ao mesmo tempo, o descrédito. Como índios aldeados ou na reserva convivem diretamente com a sociedade regional, a reserva é expressão de isolamento, como se o problema todo não tivesse nada a ver com a sociedade do homem branco.

Os dados relativos à pobreza e às condições de vida da grande maioria do povo indígena Kaingang justificam-se pelo não cumprimento das formas de uso da terra, de ocupação e de exploração de suas riquezas. Na sociedade brasileira a hierarquia do poder e de apropriação de capitais são similares, só que mais fortes no interior das terras Kaingang, que atendem aos interesses de uma elite interna e esta elite encontra-se atrelada ao poder de investidores não indíge-

nas da região, seja para exploração dos recursos naturais ou do trabalho indígena.

Com oportunidades reduzidas no interior das aldeias, devido à falta de acesso à terra para plantar, à pobreza e à ignorância perpetrada por séculos, a terra é um lugar de referência para a grande maioria, que sai em busca de trabalhos nas granjas agrícolas, cidades e agroindústrias da região.

São poucas os indígenas que usufruem da condição de cidadãos, cumpridores de direitos e deveres. É comum encontrar famílias indígenas acampadas nos cantos das rodoviárias, nas periferias, ruas e em espaços vazios das cidades do Sul do Brasil.

Quanto ao Estado Nacional, como órgão tutor e interveniente, é uma constante no resguardo pela terra, pela administração dos recursos financeiros e pela manutenção de um *status quo* clientelista. As precárias condições de vida observadas nas Terras Indígenas Kaingang da Mesorregião do Mercosul não se justificam ante os investimentos e progressos da humanidade, mesmo comparado à região Sul do Brasil e aos recursos destinados pelo governo federal para os povos indígenas.

Para muitos municípios da região, os Kaingang constituem a grande maioria dos eleitores ou número expressivo deles, fator que desperta interesses e diferentes olhares das autoridades locais e regionais. Muitas autoridades, como arrendatários das terras indígenas e monitores da mão de obra dessas pessoas, assumem ainda um papel de controle social e econômico das populações indígenas.

Os governos estaduais realizam, sob pressão, atividades pontuais na educação. Eles se contrapõem às demarcações de novas áreas de terra, o que deixa clara a opção pela permanência dos agricultores

não indígenas, mesmo que estejam reconhecidos o direito e a responsabilidade do Estado pelas indenizações.

Outro aspecto quase que legitimado pela sociedade regional, difundido por autoridades e lideranças políticas e econômicas, é a improdutividade da terra e dos indígenas da região. Não são levadas em conta as entradas dos benefícios de aposentadorias, bolsa família, agricultura familiar, salários provindos das agroindústrias e das atividades nas colheitas da fruticultura e de cereais de outras regiões, recursos estes gastos no comércio local de cada município que abriga terras indígenas.

As áreas indígenas Kaingang, na grande maioria, são remanescentes de ocupação e cultura agrícola de não indígenas, nas terras mecanizadas, que continuam produzindo o que vinham sendo cultivado antes das desapropriações dos agricultores não indígenas. Há muitos casos em que elas são arrendadas por ex-proprietários ou granjeiros locais.

Outro fator que cabe ressaltar é que, devido ao trabalho em regime de semi-escravidão dos indígenas diaristas nas granjas agrícolas, na poda da erva-mate e nas colheitas de frutas da região, os acidentes por picadas de cobras e aranhas são uma constante.

O confronto entre as diferentes sociedades indígenas e não indígenas ocorre devido aos diferentes níveis de razões e significados, de poder e de acessos a coisas. Reconhecida a Terra Indígena, um dos maiores problemas que se tem confrontado diz respeito à indenização dos colonos, que exige, além de vontade política, recursos que possibilitem proceder ao que determina a lei vigente, ou seja, apenas o pagamento como forma de indenização das benfeitorias, não havendo,

portanto, direito à indenização das terras, razão para as intermináveis discórdias entre índios e não índios.

Mesmo que por muitos anos os Kaingang sejam obrigados a deixar seus espaços, seus territórios, eles permanecem, se multiplicam e se restabelecem a partir das territorialidades, das relações espaciais humanas e da concepção de espaço, do poder de influenciar e de controlar ideias e ações de outros para entendê-los, aceitá-los como grupos humanos, com direitos de cidadãos.

Todos os processos de ocupações promovidos pelas colonizadoras e/ou investidores, com o aval do Estado, não calcularam em nenhum momento os custos ambientais, a presença dos indígenas no território e, um período de cinquenta anos, foi suficiente para que o oeste de Santa Catarina e noroeste do Rio Grande do Sul fossem totalmente degradados, com terras concentradas para a especulação capitalista de produção, desencadeando conflitos entre indígenas e não indígenas, agricultores sem-terra e diversos movimentos sociais pela posse de terras.

Não há interesse dos governos e dos colonizadores provindos de vários matizes étnicos de origem europeia em definir o que está sob controle no novo território em desbravamento. Os indígenas foram vítimas do processo fundiário e a cada entrada de pessoas, novos agentes na região, eles não possuíam argumentos suficientes para impedi-los e muito menos tinham claro a quem podiam e como podiam recorrer.

As iniciativas e normas governamentais foram, e são efetivadas, sem a participação dos grupos indígenas, sem a compreensão dos seus modos de vida e dos seus valores culturais. São fatores que permitem entendermos os lugares e as identidades regionais e, estas,

como processo contínuo de transformação, exigindo das indígenas atuações pontuais de apropriações do conhecimento, dos modos de produção em que estão inseridos no contexto regional e nacional, para poderem, assim, se colocarem em pé de igualdade, fator que acreditam para melhoria da qualidade de vida e manutenção de seu povo nas Terras Indígenas.

O povo indígena Kaingang, ante a sociedade regional, é uma consequência das políticas públicas de inclusão à sociedade brasileira. Constituem-se como resultado de forças exógenas, na exploração humana e dos recursos naturais, num primeiro momento, pelos investimentos capitalistas e modos de produção de colonizadores italianos e alemães, provindos do estado do Rio Grande do Sul.

A maioria dos indígenas Kaingang vem sobrevivendo sem as condições que lhes proporcione a satisfação de suas necessidades básicas. A cada ano das últimas décadas, as desigualdades, o aumento de tensões e os conflitos têm aumentado devido à fome, pobreza, às drogas, à indefinição de suas terras, às migrações e conflitos interétnicos.

Quanto ao confronto e aos conflitos com a sociedade não indígena, são artimanhas das políticas públicas. Tanto os índios quanto os pequenos produtores rurais da região são vítimas dos processos fundiários do governo atrelado às empresas colonizadoras. Cabe ao poder público resolver sob pressão de ambas as partes com a luz da razão e do conhecimento histórico.

Criaram-se animosidades que resultaram no confronto entre índios e agricultores e com a sociedade não indígena regional, responsabilizando as partes conforme os interesses econômicos de exploração de áreas destinadas aos povos indígenas ou às pessoas desapropriadas.

O território Kaingang vem se definindo à luz dos interesses da União, das forças e pressões de indígenas e simpatizantes, à medida que se intensifica o poder de mobilização desses povos. É o exercício da territorialidade como pano de fundo dessas relações espaciais e das próprias concepções de espaço, indicando que essas relações espaciais não são neutras.

Os Kaingang, na contemporaneidade, não apenas interagem no espaço e se movem através do espaço como em trilhas pré-determinadas; interação entre grupos e pessoas, movimentos e contatos são também casos de transmissão de conhecimento, de trocas e significados, de informações para afetar, influenciar e controlar as ideias e ações dos não indígenas.

O desenvolvimento, para garantir qualidade de vida ao povo Kaingang, será possível se houver a atuação responsável de forças exógenas e endógenas; num primeiro momento, no preparo e na formação de profissionais e lideranças indígenas; num segundo momento, nas definições dos órgãos públicos compostos pelos agentes indígenas para os cargos de comando e na inclusão a políticas públicas de desenvolvimento socioeconômico e cultural.

Considerações finais

Os Kaingang vêm restabelecendo seus espaços e territórios, emergindo sob novas formas, com novos significados buscados na educação formal, na saúde, na religião, no confronto com a sociedade brasileira, na afirmação de suas territorialidades, na conquista e visibilidade que vão territorializando e garantindo a autonomia e cidadania com respeito às diferenças. Fator que os identifica, e, os

empodera em suas territorialidades, observada nos procedimentos interno e específicos de combate à Covid-19.

Quando a sociedade brasileira esperava uma dizimação em massa, inclusive com campanhas contra as vacinas, promovidas via igrejas neopentecostais e pelo governo bolsonarista, foram propositivos e a exemplo das vacinas contra a gripe, acreditaram na ciência e nas suas curas com remédios de ervas, isolamentos e formas de cuidados específicos de cada Aldeia, poucas mortes foram registradas no interior de suas terras, exceto a situação de saúde e de mortes dos urbanizados.

Aprovar e fazer cumprir o Estatuto dos Povos Indígenas do Brasil, mesmo que muitas conquistas sejam processos consequentes, é fundamental para reverter a situação de miséria decorrente do servilismo e clientelismo, criados por séculos, vivida por esses povos.

Referência

CARTA Régia de 05 de novembro de 1808. Sobre os Índios botocudos cultura e povoação dos campos gerais de Curitiba e Guarapuava. In: CUNHA, USP, 1992: 62-64.

FUNAI- Fundação Nacional dos Povos Indígenas. **Último censo do IBGE registrou quase 900 mil indígenas no país; dados serão atualizados em 2022.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2022-02/ultimo-censo-do-ibge-registrou-quase-900-mil-indigenas-no-pais-dados-serao-atualizados-em-2022>. Acesso em: 07 fev. 2023.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

PIOVEZANA, L. Tese. **Território kaingang na Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul – Territorialidades em confronto**. 286 f. 2010. Tese (Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2010.

SANTA CATARINA. **Constituição, 1989 S231c Constituição do Estado de Santa Catarina**. Ed. atualizada com 80 Emendas Constitucionais. Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2021.

YANOMAMI, Davi Kopenawa. COVID 19 e os povos indígenas. Plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil. **Instituto Socioambiental**, 2023. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SEGUNDA PARTE
RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Grupos de Desenvolvimento Humano em tempos de pandemia e pós-pandemia

Flávio Braga de Freitas

Introdução: aspectos históricos

O Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) nasceu em 2012 com uma proposta, aparentemente, muito simples: capacitar os profissionais da saúde para oferecerem acolhimento aos sofrimentos psíquicos dos pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde). Essa continência aos sofrimentos humanos deveria ser prestada aos pacientes em geral, quer fossem pacientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), das especialidades médicas em geral ou da Psiquiatria/Psicologia.

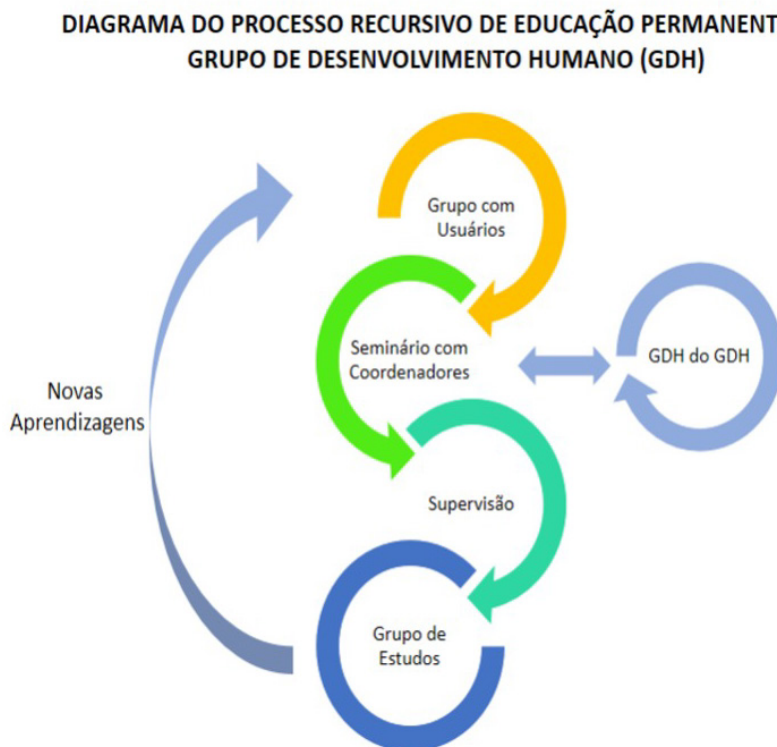
A capacitação seria feita por profissional habilitado em coordenar grupos horizontalizados, isto é, baseado na interação dos seus membros na busca da solução de problemas vivenciais. Na primeira parte da capacitação o profissional habilitado coordenaria o grupo acompanhado de uma a três pessoas pertencentes às equipes multiprofissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Essas pessoas eram denominadas de coterapeutas. Essa parte tinha duração de uma hora. Na segunda parte, que também tinha duração de uma hora, o coordenador, também denominado de terapeuta grupal, e coterapeutas

peutas se reuniam num seminário pós-grupo para refletirem sobre o fenômeno grupal por eles vivenciado. Tais reflexões tinham como suporte uma apostila básica sobre técnica grupal baseada na interação. À medida que os coterapeutas fossem dominando a técnica de coordenarem grupos com as características descritas eles passariam a assumir o papel de coordenarem os novos grupos a serem formados. A partir desse momento, eles se tornariam capacitadores. Assim, passariam a ser multiplicadores da referida técnica para novos coterapeutas que entrariam num processo de capacitação.

Findo o primeiro ciclo de capacitação, que durou mais ou menos um ano, alguns profissionais já estavam dominando a técnica de coordenarem grupos horizontalizados interativos. Decidiu-se manter o suporte aos profissionais capacitados num processo de educação permanente. De acordo com as novas demandas, abriu-se a capacitação para novos profissionais.

Na tentativa de esclarecermos o processo dinâmico e complexo que o GDH vem apresentando ao longo dos anos, usaremos o diagrama a seguir como ilustração para demonstrar o referido processo. Para efeitos didáticos, dividiremos esse processo em movimentos. Lembrando que esses movimentos interagem entre si de forma recursiva. Portanto, um age e retroage sobre o outro, estabelecendo uma comunicação interna dinâmica, circular.

Figura 1 – Diagrama do processo recursivo de educação permanente do Grupo de Desenvolvimento Humano



Movimento 1: grupos

A montagem dos grupos com as diversas temáticas se dava de acordo com as demandas providas das práticas dos diversos profissionais em seus territórios de ação. Por exemplo, se um determinado profissional percebesse que, no seu território, havia muitos pacientes que estavam apresentando sintomas psicossomáticos, era montado um grupo de atendimentos com esse perfil. Se, em um outro território, outro profissional percebesse que havia muitas mães enlutadas

com a morte de filhos, então, se montava um grupo com essas pacientes.

Os coordenadores em processo de capacitação eram orientados a seguirem normas básicas para a estruturação e o bom funcionamento grupal. Portanto, já no processo de montagem do grupo, os profissionais eram orientados a, no transcorrer do acolhimento dos pacientes convidados para essa modalidade de atendimentos, definir o tempo de duração dos encontros, os quais, em geral, duravam de 4 a 6 meses, de acordo com as possibilidades dos profissionais. Assim como esclarecer que os encontros durariam uma hora; que os pacientes não poderiam faltar a três encontros ou mais, nesse caso não poderiam mais participar daquele grupo porque perderiam muito da sequência do grupo; não deveriam se atrasar mais do que 10 minutos para a sessão grupal porque atrapalhariam a dinâmica do grupo.

Os coordenadores em processo de capacitação deveriam ainda, explicitar sobre a democracia da fala: as pessoas poderiam falar o que quisessem, se quisessem e quando quisessem sobre as “coisas do coração”. Poderiam falar sobre suas experiências de vida que se tornaram problemas para elas tanto do presente, quanto do passado. Após dividirem com o grupo as referidas experiências conflitivas, caberia ao grupo apontar algum tipo de solução para aquele problema. Em relação à postura do coordenador do grupo, era sugerido que este tivesse uma “escuta humanizada”. Que estimulasse os pacientes do grupo a “drenarem suas dores da alma”. Que fizesse perguntas que colaborassem para os pacientes trazerem suas emoções que, até então, estavam guardadas consigo na forma de segredo, as quais estavam contribuindo para adoecimentos tanto mentais, quanto orgânicos. Essa postura do terapeuta grupal gerava demandas que contribuíram para o surgimento do segundo movimento.

Movimento 2: seminário dos coordenadores

Os seminários pós-grupo surgiram de forma espontânea, através de um ato criativo, para dar conta do papel dos terapeutas e co-terapeutas grupais de oferecerem uma “escuta humanizada”. A postura de funcionar como uma “esponja emocional” para os sofrimentos dos pacientes, naturalmente, mobilizava conteúdos conflitantes nos terapeutas e co-terapeutas. Por consequência, eles sentiram a necessidade de criarem um espaço de continência para os seus próprios sofrimentos mobilizados durante o acontecer grupal. Nesses momentos, eles socializavam seus sofrimentos pessoais e se autoacolhiam. Ao oferecerem uma “escuta humanizada” para si, eles aliviavam-se contratransferencialmente.

Nesses seminários pós-grupo, o terapeuta e os co-terapeutas também faziam um relato do fenômeno grupal do qual haviam participado e/ou coordenado. A seguir, encaminhavam os relatos para um profissional mais experiente que funcionava como supervisor. Esse supervisor fazia uma análise do acontecer grupal, segundo o seu olhar, para ajudar o terapeuta e o co-terapeuta a ampliarem a compreensão sobre o complexo processo grupal. Fomos percebendo, na prática, que esta ação, afora a ampliação do conhecimento sobre a técnica da coordenação de grupos horizontalizados, interativos, também contribuía para evitar a formação de “pontos cegos” nos terapeutas. Ou seja, evitava a formação de resistências no papel de escuta a determinados conteúdos conflitivos dos pacientes que estariam em sintonia com conflitos pessoais dos terapeutas.

A supervisão contribuía para o aumento da motivação dos terapeutas a voltarem a depararem-se com problemas durante o acontecer grupal, pois percebiam que, ao mesmo tempo em que estavam

ajudando os pacientes a acharem solução para os seus problemas, também se sentiam fazendo parte do processo de aprendizado junto com eles. Assim, de forma integrada, os seminários pós-grupo e a supervisão dos relatos dos grupos proporcionavam um aprendizado intelectual e emocional aos terapeutas e aos co-terapeutas.

Essa forma de aprendizado intelectual e emocional leva-nos ao terceiro movimento.

Movimento 3: grupo de estudos

Os grupos de estudos fizeram parte das ações do GDH desde o início. No início dos trabalhos, o coordenador geral do GDH realizava, nos seminários pós-grupo, um momento de reflexão sobre o acontecer grupal. Era realizado um “estudo” sobre as práticas. Nesse processo de análise do fenômeno grupal, o coordenador geral destacava, junto com os capacitandos, um determinado ponto sobre o qual precisariam ampliar a compreensão. A seguir, era sugerido algum referencial teórico para leitura para ajudar a refletirem sobre determinada situação provinda das vivências práticas.

Ao longo dos anos, foi aumentando o número de profissionais em capacitação no GDH. Passaram a participar do processo de capacitação profissionais de outros setores da administração pública além do setor da saúde. Descreveremos essa fase mais detalhadamente quando abordarmos o papel multiplicador dos profissionais capacitados pelo GDH.

À medida que o grupo de capacitandos foi aumentando, fomos dividindo esses profissionais por fase, de acordo com suas habilidades técnicas referentes a coordenar grupos baseados na interação. Per-

tenciam à fase dos iniciantes aquelas pessoas que estavam no primeiro ano de capacitação. Esses profissionais estavam ainda na etapa de buscar dominar os conceitos básicos referentes aos grupos baseados na interação. Para evoluírem para a fase dos intermediários, os capacitandos necessitavam dominar os conceitos básicos sobre a técnica dessa modalidade grupal. Também deveriam participar da coordenação dos grupos no papel de co-terapeutas e elaborar um projeto sobre a temática do grupo que pretendiam desenvolver em seus territórios. Evoluíam para a fase dos avançados aqueles profissionais que já estavam habilitados para coordenarem grupos. Eles deveriam ser multiplicadores das ações do GDH em seus territórios. Passavam a pertencer a fase dos supervisores aqueles profissionais que, além de estarem coordenando grupo, estivessem habilitados para coordenar grupos de estudos com os iniciantes (Freitas; Dal Magro; Felipi, 2020).

Os grupos de estudos aconteciam a cada três semanas e tinham duração de duas horas. Em nossos grupos de estudos, buscávamos articular o conhecimento advindo da prática com os conhecimentos teóricos. Portanto, ficava estabelecido, previamente, quem deveria encaminhar relato de um atendimento grupal. Paralelamente, selecionávamos material teórico que tivesse correlação com o relato proposto e que serviria de referencial para nossas reflexões e discussões relativas ao relato de caso. Todos deveriam receber o relato de caso ler o referencial teórico previamente em relação ao dia do encontro do grupo. Percebíamos que essa estratégia dinamizava o processo de aprendizado. Constatávamos também que o exercício de correlacionarmos as ações práticas com a teoria ampliava bastante a compreensão do fenômeno complexo grupal.

Movimento 4: GDH do GDH

Com o processo de amadurecimento do GDH, as suas novas ações tornaram-se cada vez mais desafiadoras. Tais desafios passaram a criar maiores sobrecargas sobre seus membros, com falas no sentido de que os seminários pós-grupo propiciavam alívio parcial e temporário para seus conteúdos conflitivos pessoais. Porém, sentiam a necessidade de trabalhar outras questões que estavam no entorno daqueles sofrimentos mobilizados a partir das suas “escutas humanizadas”. Reconheciam que tinham oportunidade para falarem sobre questões pessoais em outros espaços, como por exemplo, nos grupos de estudos e nas supervisões. No entanto, a escuta para tais questões acontecia de forma pontual e limitada. Ou seja, havia uma demanda do grupo de ter um espaço para que seus membros pudessem trazer os sofrimentos pessoais de uma forma mais estruturada e sistematizada.

Após várias discussões, ficou acordado que passaríamos a desenvolver mais essa atividade. Que realizaríamos encontros semanais com duração de uma hora. Que esses primeiros encontros, os quais foram denominados GDH do GDH, dariam-se com os profissionais do grupo dos avançados. Que, posteriormente, poderiam ser estendidos às outras fases. Que a coordenação desses grupos daria-se, inicialmente, pelo coordenador técnico do GDH. Porém, que o papel de coordenação deveria sofrer adjudicação dinâmica no transcorrer dos encontros.

Sobre a meta central desses encontros, ficou definido que os grupos teriam objetivos terapêuticos. Que procurariam lidar com os sofrimentos dos participantes, advindos tanto das suas práticas profissionais, quanto de dificuldades emocionais previamente existentes

em suas vidas. Ficando bem entendido que o termo terapêutico não estava atrelado à sintoma/doença, mas, sim, ao fortalecimento pessoal em lidar com situações-problemas. No caso, tais situações-problemas estavam relacionadas a sofrimentos emocionais.

O início dessa prática ocorreu no ano de 2018.

Movimento 5: grupos interativos – nova proposta teórico metodológica

Neste item, faremos uma síntese de como se deu o movimento do surgimento, a criação dos Grupos Interativos (GI). Ele está descrito no terceiro capítulo do livro “GDH, Grupos de Desenvolvimento Humano”. Uma estratégia para trabalho com grupos nas políticas públicas (Freitas; Dal Magro; Felipi, 2020).

Ao iniciar as ações do GDH, em 2012, estas se baseavam na conceituação dos grupos horizontalizados apoiados na interação dos seus membros na resolução dos problemas surgidos durante o acontecer grupal. Esses grupos se assentavam num tripé teórico: Teoria psicanalítica (Freud, 1959); Grupos operativos (Pichon-Rivière, 2005); Teoria da complexidade (Morin, 2008; Freitas, 2010). Porém, à medida que a estrutura de funcionamento do GDH, assentada num processo recursivo permanente, foi se desenvolvendo, ele foi promovendo um movimento dinâmico de interação entre as partes e o todo. As partes foram se incluindo no todo e parte do todo foi sendo assimilado pelas partes, ou seja, os vários componentes da estrutura do GDH foram interagindo hologramaticamente. À medida que aqueles componentes do GDH foram se incluindo no todo, eles foram levando consigo os seus ECROS individuais (Esquema Conceitual Operativo). Segun-

do a tradução do autor deste capítulo, ECRO seria “um jeito aprendido de como lidar com as diversas situações da vida”. Esses ECROS individuais passaram a fazer parte do ECRO geral do GDH. Porém, os elementos individuais levaram consigo as suas lógicas próprias. Isso fez com que o todo grupal passar a conter em si próprio diversas lógicas. Portanto, a dialógica passou a ser incrementada no funcionamento geral do GDH.

Um dos desdobramentos desse processo foi que a técnica dos grupos horizontalizados, baseados na interação, sofreu alguns acréscimos em suas compreensões teóricas. Ou seja, essa ferramenta de operar com grupos ampliou-se e passou por um processo de aprimoramento. A resultante desse processo tão complexo foi que os grupos horizontalizados baseados na interação, mudaram o seu estado de funcionamento. Deixaram de ser apenas um produto do tripé teórico citado anteriormente e se tornaram também produtores. Ou seja, estavam em sintonia com o processo recursivo permanente da estrutura de funcionamento do GDH. Diante dessa percepção houve a necessidade de renomear a nossa técnica. Passamos a nomear essa nova forma de operar com os grupos de Grupos Interativos (GI).

Nos GI buscávamos de forma permanente articular o tripé teórico no qual ele se assenta, de tal maneira que os três campos do conhecimento dialogassem entre si. Do diálogo dinâmico entre esses campos dos saberes, íamos percebendo que surgiam novos conhecimentos constituídos por fechamentos e aberturas. Isto é, mantinham os elementos de seus referenciais básicos e, ao mesmo tempo, se abriam para a inclusão de novos conhecimentos provindos da prática.

Para clarear tal abordagem teórica, vamos citar um exemplo de ilustrar o funcionamento dessa ferramenta chamada GI, a qual passou a ser usada nos grupos do GDH.

Este exemplo foi utilizado por Freitas e Metelski (2020). Nós, ao abordarmos o tema referente à produção de novos conhecimentos a partir dos conhecimentos provindos da teoria psicanalítica, citamos um exemplo vivenciado num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Chapecó. Era um grupo com pacientes graves que estavam internados naquele serviço na modalidade de hospital dia. Participavam dele, entre outros, uma paciente com esquizofrenia paranoide (delírio de perseguição); um paciente com transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos (vivia com uma nuvem negra na cabeça); um paciente bipolar (misto de depressão e mania); dois pacientes com retardo mental grave com sintomas psicóticos associados (esses dois pacientes estavam acompanhados por familiares); uma paciente com transtorno invasivo do desenvolvimento (acompanhada pela mãe).

Ao entrar na sala de grupo, percebi um ambiente tenso. Pacientes agitados, desorganizados. A paciente com diagnóstico de esquizofrenia permanecia de pé próxima à porta. Um dos pacientes com retardo mental, acompanhado da mãe adotiva, apresentava intensa agitação corporal. A paciente com transtorno invasivo do desenvolvimento sentava-se e ficava de pé a todo instante. Procurei manter uma postura mental calma que pudesse servir de continência para o caos grupal. Convidei-os a trazerem suas angústias pessoais. Falando algo como: “Estamos aqui para deixar nosso ‘coração falar’, desabafar. Portanto, podem ficar à vontade para fazerem isso”. Após algumas falas com pouco conteúdo emocional, surgiu o pronunciamento da mãe da paciente com transtorno invasivo do desenvolvimento que ajudou a clarear o motivo da agitação grupal. Ela narrou o episódio em que sua filha teria visto o pai matar o próprio irmão bêbado, que, bêbado teria invadido a casa deles de forma ameaçadora. O dia dela ir depor

no fórum sobre o caso estaria chegando. Por conta disso, a filha e a família estavam muito ansiosas.

Mediante tal fala, ficou evidenciado o emergente grupal. Ou seja, o tema que o grupo estava precisando conversar e processar: “Como lidar com o desespero paralisante provocado por certas situações desafiadoras da vida”. Eu, como coordenador grupal, fiz convites reiteradamente para as demais pessoas do grupo falarem sobre vivências idênticas. Diante das resistências dos participantes do grupo a lembrarem e falarem sobre o tema do desespero, recorri a uma experiência pessoal para partilhar com o grupo. Relembrei do meu desespero diante do risco de não passar no vestibular para medicina. Narrei o diálogo que tive com a minha mãe. Ao falar para ela que tinha ido mal em uma das provas e que poderia reprovar, ela, calmamente, falou: “E se tu rodar, este tal de vestibular não tem todos os anos?”. Após socializar tal experiência, percebi que o grupo se acalmou. Foi então que uma paciente falou: “A partir do que o doutor falou, quem sabe a mãe dela ali deva acompanhar a filha no fórum? Só não sei direito como ela pode fazer para tranquilizar a filha”. Alguém falou, em resposta, que a “mãe deveria dar a mão para a filha para acalmar ela”. Outro recomendou que ela “pedisse um calmante para o médico e desse para ela”.

Como o grupo havia entrado na tarefa de lidar com o “medo paralisante diante de uma situação problema”, fiz o seguinte ensaio no sentido de entender o grau de compreensão do grupo do papel, da função da minha mãe simbólica dentro do grupo: “Minha mãe poderia estar aqui dentro do grupo de alguma maneira, ou em alguém?”. Nesse momento, uma paciente fez um sinal circular com a mão e falou: “Eu acho que sua mãe está em cada um de nós, em todos nós, aqui dentro do grupo”. No final do encontro a mãe da paciente que es-

tava apavorada diante da audiência passou a apresentar um sorriso de alívio no rosto. A paciente permanecia sentada. O grupo estava mais organizado. E quando perguntei se estavam muito assustados, se poderíamos prosseguir lidando com coisas assustadoras, traumatizantes da vida, um paciente respondeu: “Conseguimos sim. É só a gente se firmar bem na nossa cabeça. Se apoiar um no ombro do outro. E daí, vamos se embora”.

Poderíamos recorrer a vários comentários teóricos sobre este fenômeno grupal que vivenciamos. Porém, faremos alguns comentários focando, essencialmente, na questão do GI ser produto do tripé teórico citado anteriormente e produtor de novos conhecimentos a partir dele.

A teoria psicanalítica, ao abordar o tema da contratransferência – conteúdos emocionais pessoais mobilizados no terapeuta provindos da interação com o(s) paciente(s) –, recomenda que se reconheça tais sensações, porém, que o terapeuta evite deixar vir à tona para dentro do *setting* individual ou grupal tais conteúdos mobilizados. Ou seja, que ele mantenha a postura de neutralidade. Porém, nós no GDH, baseados no pensamento sistêmico complexo, seguindo o “princípio sistêmico” (Morin, 2015), o qual afirma que o sistema não se constitui pela existência em si dos elementos, mas na inter-relação dos mesmos, passamos a assumir uma postura um pouco diferente. Acreditamos que a proposta da coordenação grupal de oferecer uma escuta humanizada para os demais integrantes do grupo coloca-se em confrontação com a manutenção da neutralidade terapêutica e que, seguindo o princípio sistêmico, o terapeuta grupal não existe em si mesmo; ele existe a partir da interação com o todo grupal, ele afeta o grupo assim como o grupo lhe afeta. Portanto, julgamos que é importante que o terapeuta, em determinados momentos, tenha uma

postura interativa e ativa com os demais elementos do grupo. Faça uma adjudicação de papel com demais integrantes do grupo e depois retorne ao seu papel previamente definido de coordenador.

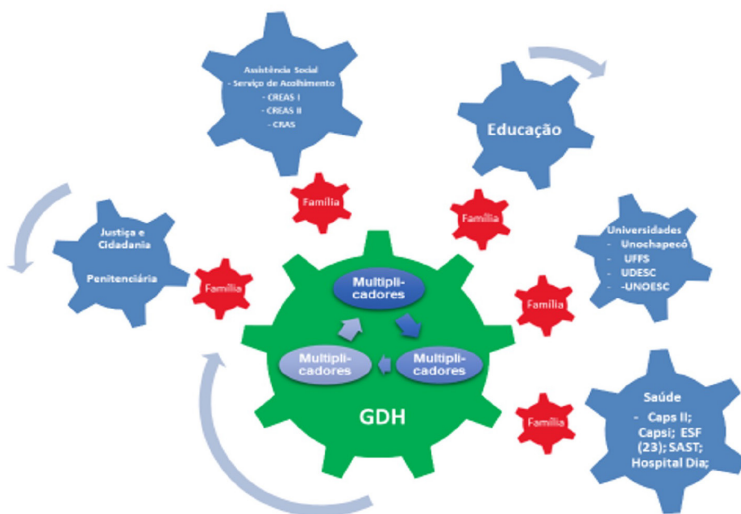
Na sessão grupal, podemos perceber que o terapeuta se permite fazer uma adequação da técnica psicanalítica sobre o tema da contra-transferência. Quando ele, embasado no pensamento sistêmico complexo, trouxe para o tempo presente do grupo o seu diálogo com a sua mãe, ele estava, implicitamente, descrevendo lógicas diferentes. Uma lógica do filho baseada numa resposta única, narcísicamente pré-definida, de passar no vestibular e uma lógica materna baseada em resultados diversos e adversos, uma lógica mais madura, com aberturas, egóica. Essa dialógica extragrupo, provinda do ECRO do terapeuta, passou a ser incluída no ECRO grupal e a fazer parte da dialógica deste. Tal postura do terapeuta atraiu um movimento hologramático grupal. Percebe-se isso nas falas da paciente que responde ao terapeuta sobre onde estaria sua mãe dentro do grupo: “Eu acho que sua mãe está em cada um de nós, em todos nós aqui dentro do grupo”. Assim como quando outro paciente responde ao terapeuta sobre suportar os desafios de lidar com coisas pesadas: “Conseguimos. É só a gente se firmar bem na nossa cabeça. Se apoiar um no ombro do outro. E daí, vamos embora”. Assim, a mãe da paciente que estava assustada em acompanhar a filha na ida ao fórum mudou de postura e empoderou-se para dar “a mão para a filha”. Podemos dizer que a “mãe assustada” do grupo representava a figura do “vestibulando assustado”, e que ela, recursivamente, aceitou as sugestões acolhedoras da “mãe grupo” e prontificou-se a levar essa “mãe continente” consigo e ir com a filha enfrentar uma situação que, até então, era ameaçadora.

Movimento 6: a expansão do GDH para outros setores

Como o objetivo deste capítulo é abordar as ações do GDH na época da pandemia e da pós-pandemia, pretendemos aqui fornecer apenas uma ideia do processo de expansão das ações do GDH nestes 11 anos de ações. Pensamos que o diagrama a seguir clareia bastante o universo dessas ações.

Figura 2 – Ativação intersetorial das diferentes redes de assistência

Ativação intersetorial das diferentes redes de assistência



Alguns comentários a partir do diagrama:

Inicialmente, gostaríamos de esclarecer o significado das engrenagens. Com estas pretendemos representar o papel da integração recursiva dessas peças representacionais. Além disso, gostaríamos de explicitar que as engrenagens em vermelho, onde está escrito o termo “família”, tentam comunicar sobre o papel integrador e continente dos profissionais capacitados no GDH. Ou seja, cabia a esses

profissionais, no seu papel de multiplicadores, assumirem a função de interligação e continência para os outros setores na ação de capacitação e nas práticas dos seus integrantes.

Conforme mostra o diagrama, podemos perceber que o GDH se expandiu para outros setores da administração pública municipal. Se estendeu no setor da saúde, levando suas ações, que haviam iniciado nos NASF, ESF e CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) para o CAPSi, SAST (Serviço de Assistência à Saúde do Trabalhador) e para o hospital Dia. Passou a realizar grupos de atendimentos e de capacitação nos setores da Assistência Social e Educação. Passou a atuar também na rede estadual no serviço de Justiça e Cidadania (Penitenciária). Estendeu sua parceria na troca de conhecimentos que havia iniciado com a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), para a Universidade da Fronteira Sul (UFFS), para a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e para a Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).

Destacamos que, nesses diversos setores, foram capacitados profissionais pertencentes a equipes multiprofissionais da administração pública municipal. Entre eles: psiquiatras, psicólogos(as), assistentes sociais, enfermeiros(as), médicos(as) clínicos(as) gerais e especialistas, educadores(as) físicos(as), farmacêuticos(as) bioquímicos(a), odontólogos (as), pedagogos(as), nutricionistas, docentes universitários(os) e estudantes de psicologia.

Foram realizados grupos na modalidade GI com as mais diversas temáticas. Como, por exemplo: pacientes com transtorno mental grave, mães e pais que perderam filhos, usuários de medicamentos controlados, transtorno mental comum, mulheres vítimas de abuso/violência sexual, trabalhadores com Lesão por Esforço Repetitivo/

Distúrbio Osteoarticular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT), familiares de crianças e adolescentes dependentes químicos, crianças e adolescentes em conflito com a lei, professores da rede municipal de ensino, alunos do Ensino Médio, apenados da penitenciária, hiperutilizadores do sistema de saúde e com compulsão alimentar.

Além dessas ações, o coordenador técnico do GDH realizou um trabalho de grupos em uma empresa da região oeste do estado de Santa Catarina. Nessa ação, ficou evidenciado o quanto os sofrimentos psíquicos dos funcionários contribuía para acidentes de trabalhos e para o surgimento e manutenção das LER/DORT. Um exemplo é de uma paciente que apresentava LER/DORT e não conseguia melhorar desse distúrbio. Portanto, mantinha-se afastada do trabalho por um longo período. No transcorrer das sessões grupais, ela e o grupo foram se dando conta de que a função dela naquela empresa frigorífica de realizar o corte de determinada peça dos frangos fazia-a reviver traumas do passado. Ao realizar essa atividade, ela revivia situações em que o pai chegava bêbado e batia na sua mãe. Por conta disso, ela desenvolveu no seu inconsciente um ódio culposo recalcado. Nos seus pensamentos, ela imaginava-se cortando e esquartejando seu pai. Portanto, as suas atividades profissionais faziam-na reviver esse ódio culposo. Por conta disto ela, inconscientemente, usava a sua LER/DORT como argumento para manter-se afastada do trabalho e de seus sofrimentos psíquicos. Após elaborar, livrar-se desse trauma, ela conseguiu retornar ao trabalho.

GDH e suas ações em tempos de pandemia e pós-pandemia

GDH do GDH online: suporte emocional online aos profissionais do GDH

É importante relembrarmos que o GDH do GDH presencial havia iniciado no ano de 2018. No início do ano de 2020, a pandemia de COVID-19 surgiu no Brasil e, diante das medidas restritivas quanto aos contatos sociais, foram suspensas as atividades em grupo. No entanto, as ações do GDH continuaram desenvolvendo-se, conforme descreveremos na sequência. Nesse período, os desafios ficaram ainda maiores em decorrência dos desastres humanos provocados pela pandemia. Diante desse quadro, alguns profissionais começaram a mobilizar-se em busca de suporte para continuarem enfrentando as sobrecargas vinculadas à COVID-19. Foi então que, após algumas conversas, decidimos que voltaríamos a realizar as sessões do GDH do GDH na forma online. O *setting* seria semelhante ao GDH do GDH presencial. Porém, por questões de adequação de agenda, as sessões ocorreriam no período da noite. Iniciamos essa atividade em maio de 2021. Tal atividade acontece até o presente momento.

Recentemente, após aceitarmos o convite para escrevermos um capítulo do novo livro do GDH, comunicamos esse fato aos integrantes do GDH do GDH online. Foram questionados, através de grupo de WhatsApp, se concordavam que socializássemos nossas experiências/vivências dessa atividade, evidentemente, com os devidos cuidados éticos. Após a aquiescência de todo o grupo foi solicitado a eles que comentassem, a partir das suas sensações pessoais, as vantagens e

desvantagens entre as sessões presenciais e online do GDH do GDH. Além disso, foi solicitado que nos enviassem momentos significativos vividos nesses dois anos de atividades que gostaríamos de abordar neste capítulo a ser escrito. É baseado nessas impressões e sugestões que tentaremos fazer uma tessitura com o funcionamento do GDH do GDH online em prol de oferecer suporte emocional aos seus integrantes nas suas funções de escuta aos sofrimentos humanos de seus pacientes. Destacando que, como os questionamentos e os pedidos de sugestões foram realizados em grupo de WhatsApp, os referidos comentários, muito embora tenham sido feitos de forma pessoal, ao não sofrerem discordâncias, passaram a ser compreendidos como opiniões do grupo.

Por questões didáticas, procederemos a esta tessitura em duas partes. Na primeira parte, abordaremos os aspectos práticos, objetivos das vantagens e desvantagens existentes entre o GDH do GDH presencial versus o GDH do GDH online. Na outra parte, descreveremos os processos terapêuticos dos atendimentos online em comparação com os atendimentos presenciais. O objetivo central é analisarmos se há algum prejuízo da técnica nessa nova forma de atendimentos online comparada a abordagem presencial que era realizada até então.

GDH do GDH online versus GDH do GDH presencial: vantagens e desvantagens

Sobre as facilitações das sessões online: foi destacado o quanto os atendimentos online são práticos e facilitadores. Motivo: não precisar se deslocar; não precisar enfrentar frio, chuva ou buscar lugar para estacionar. Poderem cumprir certos compromissos familiares

como pegar filhos na escola e depois poderem ficar em casa com eles, não necessitando se preocuparem em arrumar pessoas cuidadoras.

O lar como ambiente protetor: foi salientado o quanto o ambiente familiar propicia o contato mais íntimo consigo próprio. De assumir a identidade própria, com roupas aconchegantes, sem maquiagem e sem “máscaras sociais”. Foi falado sobre o estar em casa, à vontade, na cama ou em outro ambiente de aconchego do lar, como se estivessem em seu “ninho”, e o quanto isso ajuda a relaxar e soltar mais os sentimentos.

Da necessidade da presença física ao uso da palavra na função “amparo terapêutico”: foi destacada a desacomodação inicial das sessões online. Foi comentado sobre o estranhamento em estar falando sobre emoções pessoais diante de uma “telinha”. Porém, foi constatado, ao longo do tempo, que a “telinha” ia adquirindo um caráter de realidade. Que a necessidade da presença física, que se sentia no início dos encontros, ia cedendo espaço para a palavra servir como elemento de continência para os sofrimentos e as angústias pessoais. Foi associada às sessões online com o uso do divã na psicanálise. Ou seja, as pessoas ficariam mais voltadas para os seus sentimentos e, quando tivessem necessidade de sentir a presença do “analista”, eles poderiam dirigir o olhar para a “telinha” para contatar com esse(s) Outro(s).

Sobre o processo terapêutico online: foi afirmado pelos participantes do grupo de GDH do GDH online que o processo terapêutico não foi afetado. Que, ao contrário, ele foi se aprofundando ao longo dos encontros.

Processos terapêuticos no GDH do GDH online: Abordaremos aqui momentos significativos que vivemos no GDH do GDH online na tentativa de descrever os processos dinâmicos terapêuticos

dos nossos encontros. Nesse sentido, faremos alguns recortes de sessões. Colocaremos um título por nós criado como forma de tentar sintetizar a essência do fenômeno vivido. Por questões éticas, faremos algumas adaptações no sentido da preservação da identidade e da intimidade das pessoas. No entanto, sem alterar a essência dos fatos. Para preservação da identidade, por sugestão das integrantes do grupo, seus nomes serão substituídos por nomes de flores. Entendendo que o desabrochar dessas tem muito a ver com a proposta de nosso trabalho: “ajudar a desabrochar para o viver a vida”.

a) Transferências. A revivência do ódio transferencial

O ambiente grupal estava carregado de emoções, até que Margarida, bastante emocionada, falou: “Eu estou com muita raiva”. Então, irrompeu o seguinte diálogo:

Terapeuta: “Raiva de quem?”.

Margarida: “Do meu pai. Ele é um idiota...”.

Terapeuta: “Pessoal, não sei se vocês vão tolerar a raiva de mim, mas quero perguntar uma coisa: ‘Fiquei me perguntando quem seria, ou que parte esta seria idiota?’”.

Margarida, olhando para mim através da “telinha”, com bastante raiva, falou:

Margarida: “Idiota sou eu. Eu é que sou uma idiota que fico choramingando pelas atitudes do meu pai, mendigando a atenção e o amor dele”.

Terapeuta: “Parece que Margarida não aceita ‘perder o objeto idealizado dela. Que ela idealizou e continua idealizando’. E aí, não se afastando do espelho, continua sendo o ‘desejo do desejo do espelho’”.

Margarida: “Um dia eu já falei para a Lotus: ‘o Flávio (terapeuta) está aqui dando uma de bonzinho. Está se doando tanto para gente. A gente não pode se iludir. Acho que ele está nos usando. Um dia destes nos dá um pé na bunda e vai embora.’ Lembro que a Lotus falou: ‘Tudo bem. Pelo menos teremos aprendido bastante com ele. Ele tem tanto conhecimento’”.

Após algumas falas sobre o tema que envolvia a questão dos “movimentos da libido em direção ao objeto”, Margarida, lembrando episódio da época dos encontros presenciais, falou: “Flávio, será que isso tem a ver com aquele abraço que eu te neguei?!”.

Comentários: gostaríamos de destacar nesse recorte de uma vivência transferencial edípica o momento do: “tem a ver com o abraço que eu te neguei”. Talvez este se refira, inconscientemente, a algo do tipo: “fui eu que te dei um pé na bunda”. Essa talvez seja uma forma do Ego que fala auxiliar o Id a não se sentir humilhado e aceitar o final do ciclo, a perda aparente. Que no fundo é libertação. A libido descolando-se do gozo com um objeto único e podendo ficar flutuante a procura de outros objetos para ter prazer. Isto é, reencontrar pai ou mãe simbólica em outras pessoas ou objetos e voltar a se realizar.

A partir desse encontro, surgiram aberturas para, num encontro futuro, revivermos o incesto.

b) Revivência do incesto. A postura contratransferencial do analista.

Em alguns encontros, vínhamos abordando questões edípicas. Até que, em determinado momento, a porta-voz do grupo começou a falar sobre o tema do incesto físico.

Lótus: “Relembrei da cena quando sofri abuso por parte de um primo bem mais velho. Eu estava na casa de parentes. Já tinha acontecido outras vezes... naquele dia, lembro que ele tocava em minhas partes íntimas e se masturbava. Eu tinha 2/3 aninhos. Meu primo tinha 17... ele sempre dizia que não era para eu falar para ninguém. Naquele dia, meu pai foi me pegar. Lembro que eu esfregava minha ‘chechequinha’ no pescoço do meu pai. Ele perguntou se tinha acontecido alguma coisa e eu disse que não... confesso que lembro que gostava quando meu primo me tocava. Tanto que tinha prazer em ficar me esfregando no meu pai... depois disso, ele se tornou um pedófilo. Tempos depois, ele pegou uma outra priminha. Aí esse meu tio afofou ele a pau... depois de anos, ele se tornou carpinteiro. Caiu de uma construção. Hoje está todo ruim da coluna...”

Terapeuta: “A Lótus está nos convidando para falarmos de nossos incestos”.

Margarida: “Isso que a Lótus falou, realmente é muito louco. Lembro que uma vez eu vi uma pessoa da minha familiaridade toda suada. Ele sempre foi muito bonito... aí vi ele suado, todo musculoso eu senti algo de sexual. Aí falei para mim mesma: não... outra vez, estava no *shopping* de mãos dadas com meu pai. Devia ter uns 12 a 13 anos. Passaram duas mulheres e comentaram algo como se meu pai fosse meu namorado... depois a gente falava disto e ria...”

Após o terapeuta convidar o grupo para falarem sobre possíveis “sensações de realização de desejos” e haver resistência, o terapeuta permitiu-se fazer uma adjudicação de papel e falar:

Terapeuta: “Bem, parece que a Margarida falou antes algo como “precisamos conciliar nosso lado humano racional com nosso lado animal?!”. Portanto, vou falar sobre um sonho que eu tive: pessoal,

tive uma vez um sonho no qual era como se eu estivesse me dirigindo para ter uma relação sexual com minha mãe. Aí surgiu uma espécie de contratempo, como se naquele momento não fosse possível termos relação sexual. Aí, naquela instantaneidade, parece que sumiu a premência de eu manter a relação com ela. Na consciência, apareceu uma sensação atemporal de realização do desejo. De ter acontecido o dito encontro. Era como se o gozo se mantivesse presente, atualizado. Aí eu relaxei e não me incomodei com o fato de não poder ter a dita relação com ela. É como se eu próprio dissesse o não”.

Após alguns instantes de silêncio, Dália falou:

Dália: “Outro dia, a Margarida falou sobre o sonho de estar transando com o pai dela e que depois era como se estivesse transando com o marido. Eu também sonhei de estar tendo algo com meu pai. Acho que é disso que o Dr. Flávio está nos convidando para falar...”.

Margarida encerrou a sessão falando: Ouvindo aqui o Dr Flávio falar do sonho dele e depois a Dália falar dos nossos sonhos, me veio a frase: “O corno revoltado é um exterminador de prazer, que tira a nossa liberdade de aproveitarmos a vida como ela é”.

Comentários: após Lótus falar da sua vivência física do incesto, expressando sentimentos de forma parcial, ela provocou no grupo um ambiente favorável para abordarmos esse tema. Quando ela falou do acidente do primo, estava implícita a “raiva vingativa” relacionada à interdição do incesto. Como o grupo estava com dificuldades para lidar com a sensação de realização dos desejos edípicos e aceitar a castração, o terapeuta permitiu-se usar das suas vivências pessoais para lidar com essa questão. Tal postura contratransferencial do terapeuta parece ter contribuído com o movimento grupal.

Haja visto que, no final do encontro, Margarida falou: “O corno revoltado é um exterminador de prazer, que tira a nossa liberdade de aproveitarmos a vida como ela é”. Com isso, parece que ela estava sendo a porta-voz da nova capacidade mental do grupo de acessar e lidar com o “id revoltado com a interdição do incesto”. E, assim ter aberto o caminho para revivenciarmos o incesto na consciência, aceitarmos a interdição e nos libertarmos do aprisionamento da paixão pelo “objeto idealizado único”. Ou seja, mantermos no imaginário a sensação da realização do desejo. O gozo. Auxiliando o Id a não destruir a “fonte do prazer” localizada no espaço do imaginário. Pois é essa fonte que serve de modelo e de impulso para buscarmos reeditar tal sensação na realidade externa do tempo presente.

c) A ferida narcísica do “espelho materno”. O resgate da imagem aprisionada nesse espelho.

Nos encontros iniciais, a Girassol falou sobre sua mãe querer ter um filho menino e ela ter nascido no lugar deste. Por conta disso, segundo ela, sua mãe nunca conseguiu dar-lhe carinho, abraçá-la, amá-la como filha. Com o tempo, sua mãe adoeceu, tem apresentado problemas de memória, e só tem a Girassol para atender as demandas materna. A outra irmã mora no estrangeiro. Girassol conseguiu falar sobre seus sentimentos contraditórios diante dessa função de cuidadora da figura materna.

Numa situação que antecedeu a sessão que descreveremos na sequência, Girassol fez o seguinte relato: “Convidei minha mãe para almoçar num lugar bem legal. Ao retornarmos para casa surgiu algum tipo de desavença por conta de alguma reclamação da minha mãe. Aí

fiquei com muita raiva. Sentia o corpo tremer de raiva. Então parei o carro para discutir com ela. Nos chingamos muito. Parecia que eu escutava um eco na minha cabeça de palavras muito violentas que vinham de dentro de mim. E que pertenciam a um passado distante. Em determinado momento da discussão gritei e disse para ela olhar para mim. E ela não foi capaz de olhar nos meus olhos. Lá pelas tantas, me descontrolei tanto que mandei ela calar a boca. Liguei o carro e voltamos para casa. Após meia hora sem falarmos uma palavra, eu deixei ela na frente do prédio dela e fui para minha casa”.

Após muito choro ela prosseguiu o relato: “Ficamos a semana toda sem nos falarmos. Aí, no último final de semana, eu descobri que meu namorado estava me traindo. Acabamos tudo... ontem, terça feira, me senti muito mal. Pedi dispensa do trabalho e fui para casa. Estava desesperada. Por um acaso, minha mãe me ligou nessa hora e perguntou se eu estava trabalhando. Disse que não. Então ela pediu se podia vir me visitar. Chegou lá em casa. Perguntou o que estava acontecendo. Falei da situação com meu namorado. Então ela falou: ‘Tive um pressentimento nessa noite passada que tu estavas precisando muito de mim. E que eu precisava fazer alguma coisa. Senti um aperto no peito. E aí fui no mercado e comprei esta lembrancinha’. Enquanto tirava algo de uma sacolinha do mercado me falou: ‘Minha filha, nunca esqueça que tu tens uma mãe que te ama muito’. Na sequência, me entregou um saquinho de bolachas e uma caneca com o desenho de dois corações escrito: “Te amo, meu amor””.

Após esses momentos tão significativos, ocorreu a seguinte sessão:

Após alguns instantes de conversas vagas uma pessoa do grupo falou:

Rosa: “Girassol, está acontecendo alguma coisa contigo?”

A aparência da Girassol era de alguém que estava muito mal. Ela afastou o seu rosto da “telinha” enquanto falava:

Girassol: “Estou com falta de ar. Estou sentindo ânsia de vômito”.

Terapeuta: “Girassol, na tua impressão, o que está te causando falta de ar?”.

Girassol demorou um tempo para responder. Parecia estar lutando com sua falta de ar. Até que ela respondeu: “Não sei. Eu passei o dia assim hoje. Depois que voltei de férias, não consegui trabalhar direito... hoje me perguntaram o que estava acontecendo e eu disse que não sabia. Apenas me sentia triste”.

Rosa: “Lembro que a Girassol tinha nos falado sobre a questão da mãe dela não aceitar o fato dela ter nascido uma menina. Que ela queria um filho menino...”.

Terapeuta: “Que lugar seria esse que tu entraste e que te deu falta de ar?”.

Girassol: “Eu não sei. Apenas sinto um medo de me quebrar. Como se eu fosse me arrebentar toda. E aí sinto medo de não conseguir voltar a me juntar. A voltar a ser a Girassol”.

Terapeuta: “Girassol, parece que tu entraste num lugar e ficou aprisionada lá dentro. Parece ter faltado o ar e ter provocado ânsia de vômito. Que lugar poderia ser este que esteja revisitando?”.

Margarida: “Parece uma coisa, um lugar, que me lembra o útero”.

Gardênia: “E talvez daí a falta de ar diante do esforço para poder sair do útero!?”.

Terapeuta: “No útero, também ocorrem espelhamentos. Mas fiquei com a impressão que a Girassol talvez esteja tendo a experiência de uma revivência. Como se estivesse experimentando um retorno a fase do espelho. E quando transmitiu sua imagem no espelho mãe, o que esta fez com tua imagem?”

Girassol: “Cuspiu fora!”

Margarida: “Que ódio ela deve ter sentido desta mãe!?”

Terapeuta: “E talvez a Girassol esteja experimentando, neste momento, aquilo que a Lótus falou sobre o ‘ódio assassino’. Uma vontade confusa de destruir o espelho. E ao destruir o espelho destrói a sua própria imagem. Não sei se faz sentido para a Girassol e para o grupo. Mas talvez a Girassol esteja conseguindo adentrar nesse espelho e destruir a ‘imagem desejante’ da mãe de ter um filho menino. Parece que a Girassol estava misturada e aprisionada nessa imagem”.

Petúnia: “Que confusão”.

Terapeuta: “Se isso faz sentido, fico pensando na coragem da Girassol”.

Girassol: “Não foi coragem. Parece que simplesmente aconteceu. Vou confessar: eu não queria vir para o grupo hoje. Aí falei com a minha criança interna: ‘vamos ir. Não podemos mais continuar fugindo’. E aí tomei coragem e decidi vir. E agora estou mais aliviada. Gente, agradeço a todos vocês”.

Amor perfeito: “Girassol, cada vez eu te admiro mais. Que puta coragem. Este nosso grupo está muito difícil. Mas está muito bom. Parece que estamos nos aproximando do nosso centro”.

Comentários: num encontro posterior, Girassol chegou com falta de ar. Houve a interpretação de uma pessoa do grupo que falou: “Talvez seja a parte feminina dela que esteja com um pouco de fal-

ta de ar. Que esteja querendo existir”. Numa outra situação, Girassol falou sobre seus “reencontros com a mãe física externa e com a mãe psíquica interna. Seus resgates e reconstruções”. A partir desses comentários, talvez possamos pensar no quanto Girassol pôde sentir e pensar aquilo que o “espelho mãe” não conseguiu suportar. Sua mãe havia nascido numa família em que as mulheres eram desrespeitadas e ela sofreu muito por isso. Aí, inconscientemente, ela viveu sentimentos contraditórios de querer amar a filha mulher ao mesmo tempo em que sentia um susto atemporal de revivência de desrespeito e sofrimentos na pessoa da filha. Assim, confundida e espelhada com a imagem especular da filha, atacava a sua própria imagem projetada na sua cria. Parece que Girassol pôde fazer esse resgate da figura representacional da mãe interna junto com a figura concreta da mãe da realidade externa. Haja visto que mãe e filha puderam brigar, atacarem-se e sobreviveram ao ódio narcísico. As últimas notícias são de que estão conseguindo “tomar chimarrão na mesma cuia”.

d) Posição narcísica. A violência contraditória entre paixão e ódio

Numa determinada sessão, Azaleia iniciou falando sobre as “confusões” do ambiente de trabalho. Outras pessoas passaram a falar sobre o extragrupo. Sobre as “loucuras e atrapalhos” dos outros. Até que Margarida falou: “O meu ambiente de trabalho é que nem era na casa dos meus pais. Uma verdadeira ‘zona’. Não adianta, todos os lugares são mais ou menos assim”.

Então surgiu, resumidamente, o seguinte diálogo:

Terapeuta: “Sobre o que a Azaleia está nos convidando a falar?”

Rosa: “Será que não tem a ver com as nossas idealizações? A Azaleia parece que idealizou a chefe dela. Agora está se apercebendo que a chefe dela é como todo mundo. Tem seus atrapalhos. Talvez ela não esteja tolerando a frustração?!”

Deu para perceber que Azaleia ficou muito incomodada.

Dália: “Acho que a Azaleia está revivendo, no trabalho, um pouco da inveja que ela tinha do familiar dela, com a colega que ela falou que é protegida da chefe”.

Amor perfeito: “Quando a Dália falou isso da inveja da Azaleia, parece que isso bateu numa parte minha. É como se eu, Amor perfeito, fosse dividida em duas partes que formam uma só. Uma que quer ser a gostosa, a queridinha de todo mundo e outra que, quando as coisas não dão certo, quer fazer o maior escândalo e quebrar tudo. E aí eu não vejo saída. É uma coisa muito louca isso. Como lidar com esta loucura toda?!”

Nesse momento, o terapeuta procurou representar com as mãos o objeto idealizado aprisionado num quadrado e falou:

Terapeuta: “Pelo que a Rosa falou, parece que nós idealizamos as coisas, as pessoas e, depois, queremos que a realidade lá fora se ajuste, se adapte nesse ‘quadrado’?! Talvez a amor perfeito esteja falando sobre quando as coisas não se ajustam neste quadrado?!”

Dália: “Só que daí, na verdade, nós é que ficamos aprisionados aí dentro. Se nós superamos esse nosso egoísmo e deixamos de olhar só para nosso umbigo, nós nos libertamos desse ‘quadrado’”.

Rosa: “Tem um ditado que diz: ‘Você tem que escolher. Ou fica com a razão ou se permite ser feliz...’”

Margarida: “Acho que a gente tem que deixar a vida ser como ela é. Algo do tipo: ‘É assim que é, e pronto’. Como disse a Rosa. Chega de querermos ter a razão. Vamos viver a vida”.

Amor perfeito: “Mas aí me veio o seguinte. Me veio a cena de estar almoçando num restaurante. A gente está lá comendo tudo que dá vontade de comer. Estamos comendo que nem uma ‘vacá’. Aí aparece uma senhora, uma dama, toda cheia de etiquetas, que come elegantemente. ‘Putá merda!!!’ Aí aquela parte que estava comendo que nem uma ‘vacá’, como é que ela fica? Aí não pode mais comer o que ela quer, não pode mais ficar uma casca de feijão ou um pedacinho de alface no meio dos dentes?!...”.

Terapeuta: “Pessoal, estamos no final do encontro. Parece que a amor perfeito está nos convidando para dialogarmos com duas partes nossas que, aparentemente, têm posturas, olhares diferentes sobre as demandas da realidade interna e da realidade externa. Será que conseguimos adentrar nessa seara? Será que estamos preparados para lidar com esta ‘fera violenta’ (parte narcísica contrariada)?”.

Rosa: “Eu não sei se estou preparada. Mas estou com coragem. Acho que temos que adentrar. Me veio um pensamento que, se todos nós descermos juntos neste poço, aí nós conseguiremos sair de dentro dele nos apoiando um no ombro do outro”.

Comentários: Quando Rosa comenta sobre o ditado que diz: “Você tem que escolher. Ou fica com a razão ou se permite ser feliz”, no contexto do grupo, ela parecia estar fazendo alusão a: “Ou você supera a arrogância de perseguir a posição idealizada de querer ser onipotente e onisciente, querer ser o centro do mundo, ou então está fadado a viver na frustração”. Tal comentário parece ter batido em nossas resistências narcísicas, que insistem em perseguir tal postura idealizada. A

amor perfeito foi a porta-voz da violência narcísica dessa nossa instância mental. Instância pertencente ao Id, o qual é baseado no princípio do prazer. Tomado pela via curta, quer dar vazão aos seus desejos e demandas internas de forma livre. Tendo como referencial apenas as suas necessidades. Não prestando atenção à realidade externa, às demandas do(s) Outro(s). Ou seja, a “vaca” do restaurante, como ela falava anteriormente. No contexto grupal, dava para traduzir que ela estava falando sobre essa parte tomada por uma paixão arrebatadora. Baseada no tudo ou nada. Ou ser a queridinha ou então quebrar tudo, caso alguém lhe contrariasse. E aí ele, o Id, reluta a dar espaço para o Ego assumir a administração da nossa mente. Pois este é tomado pelo pensamento baseado na via longa, que procura refletir sobre os resultados de seus atos. Se as suas ações não irão prejudicar o(s) Outro(s). É a “dama” com etiquetas do restaurante. Quando o terapeuta questiona o grupo sobre as possibilidades de enfrentarmos tais violências narcísicas e rosa fala: “Me veio que se todos nós descermos juntos neste poço, aí nós conseguiremos sair de dentro dele nos apoiando um no ombro do outro”, parece que ela estava sendo a porta-voz da parte egoica do grupo que “reconhece a importância de aceitarmos a dependência relativa do Outro”. E esta mútua dependência gera, potencialmente, um processo de soma para o Eu e para o Outro.

Ações do GDH no suporte aos trabalhadores da saúde e aos pacientes no transcorrer da pandemia de covid-19

Histórico: Como sabemos, no final do ano de 2019 e início do ano 2020, iniciou a pandemia de COVID-19 no Brasil. Após a con-

firmação do surto pandêmico, foram tomadas algumas medidas preventivas. Entre estas, foi decretado o *lockdown* e, depois, o distanciamento social. Houve um grande sofrimento da população em geral. Em determinado momento, houve um colapso do sistema de saúde. Passou a faltar leitos para os doentes, faltar medicações e também faltar oxigênio para os pacientes que entravam em estado de sofrimento respiratório decorrente da ação viral. Isso tudo corroborou para o surgimento de um grande número de mortes. Tudo isso sobrecarregou os profissionais da saúde que estavam na linha de frente.

Foi nesse cenário que surgiram algumas ações em grupo e individuais dos profissionais capacitados no GDH com o objetivo de darem suporte aos profissionais da ESF e de outras especialidades no enfrentamento desses desafios.

Os comentários que faremos na sequência são embasados, essencialmente, no *podcast* sobre GDH, saúde e pandemia (2021). Destacaremos alguns pontos que julgamos relevantes dessa entrevista. Também usaremos de outros elementos da nossa prática junto ao GDH.

A sobrecarga da pandemia e o desespero dos profissionais

Como falado anteriormente, os profissionais da saúde precisaram lidar com situações bastante estressoras no transcorrer da pandemia. Passaram por situações desafiadoras, como, por exemplo, lidarem com a perda de um grande número de pacientes. Terem que comunicar sobre a morte de filhos para os seus respectivos pais. Ou então criar critérios, um tanto quanto subjetivos, para definir quais pacientes seriam selecionados para o uso do oxigênio diante da falta desse produto. Esse estado provocou distress (estresse com potencial

adoecedor) em grande número de profissionais. Evidentemente, todo profissional, acima de tudo, é um ser humano e, como ser humano, ele tem uma história. Essa sua história tende a ser semelhante, em alguns aspectos, com os pacientes os quais ele atende. Tal situação tende a mobilizar conteúdos angustiantes nesses profissionais. O que se constatou foi que a maioria quase absoluta dos profissionais, não recebeu em seus cursos de formação preparo para lidar com os sentimentos humanos. Conforme a fala da entrevistada Luciana: “aprendemos no GDH a lidar com nossos próprios sentimentos e a partir daí com os sentimentos dos outros. Coisa que não se aprende em nenhuma faculdade”. Ao falar disso, lembrou uma vivência que teve em um grupo suportivo destinado a acolher os sofrimentos dos profissionais da saúde. Cito aqui uma fala, citada por ela, sobre um profissional médico que participou em um desses grupos: “Nossa. Depois que comecei a participar destes grupos estou dormindo melhor. Não estou mais precisando usar remédio para dormir. E agora já consigo escutar mais os pacientes a falarem sobre seus medos, suas angústias. Estou também conseguindo dar mais atenção para os familiares dos pacientes”. Ou seja, à medida que esse trabalhador médico recebeu acolhimento para os seus sofrimentos, ele também passou a ser continente para os sofrimentos psíquicos dos seus pacientes e familiares.

O estresse e os seus efeitos agravantes na pandemia

Vamos definir aqui o estresse como uma resultante física de um estado subjetivo de angústia. Nesse sentido, o organismo entra num estado de luta para tentar superar alguma situação interna ou externa que seja ameaçadora. Resumidamente, o estresse aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória. Há um

aumento da mobilização de glicose dos depósitos para disponibilizar energia para o organismo lutar. Essa nova fisiologia provocada pelo estado de estresse tende a provocar desgastes e adoecimentos nas pessoas.

No caso da pandemia, afora a ação direta do vírus sobre o organismo, percebia-se o quanto esse estado de estresse generalizado contribuía para o agravamento dos efeitos virais. Esse tema foi abordado pela entrevistada Luciana. Ela descreveu suas ações em pacientes que estavam baixando a saturação. Pacientes que apresentavam falta de ar por estarem com saturação abaixo de 90%. Ela passou a aplicar acupuntura e Reiki em alguns casos. Acompanhado dessas técnicas, ela usava a fala para acolher os medos e sofrimentos dos pacientes. Ela foi constatando que esses pacientes passavam a diminuir os movimentos respiratórios. Consequentemente, diminuía o consumo de oxigênio e paravam de dessaturar. Aos poucos, a saturação subia para acima dos 90%. Associado a esse relato, ela fez o seguinte comentário: “No GDH nós nos empoderamos. Aprendemos a pensar. A achar saída para os problemas. Em alguns casos nós fizemos grupos com os pacientes. Em outros casos não tinha como realizarmos atendimentos em grupo. Como neste caso que acabei de descrever”.

Exemplo de ações desenvolvidas por membros do GDH na pandemia

Comentaremos aqui duas formas de acolhimento que os membros do GDH prestaram aos pacientes com COVID-19 e aos seus familiares. Em relação ao acolhimento às equipes de saúde, já citamos anteriormente. Relembrando que, houve um período da pandemia em que foi decretado o *lockdown*. Naquele momento, não eram admi-

tidas reuniões em grupo. Depois, houve um relaxamento das medidas e eram admitidas reuniões em grupo mantendo-se o distanciamento e considerando outros cuidados. Portanto, a continência oferecida aos demais profissionais da saúde pelos membros do GDH seguia essas orientações. Por esse motivo, houve momentos de acolhimento individualizado e depois acolhimentos em grupo.

Em relação ao acolhimento individualizado, a entrevistada Luciana descreveu sobre o atendimento que ela prestou a uma pessoa com diabetes e que estava apresentando descompensações da sua doença com episódios de hiperglicemia (aumento da glicose sanguínea) frequentes. Quando foi conversar com a paciente sobre o assunto, a profissional falou: “Você que está dentro da doença sabe melhor que eu sobre teu problema. Então, me conta o que está acontecendo. Por que teu açúcar no sangue (hiperglicemia) está subindo tanto?”. Após alguns convites para a pessoa falar, ela acabou abrindo-se. Falou que “não tinha mais vontade de viver”. Admitiu que o comer bastante era uma forma dela cometer suicídio. Depois de mais um tempo de diálogo, a paciente conseguiu associar sua postura depressiva com perdas de pessoas queridas pela COVID-19. Por fim, a entrevistada narrou que, após a postura de continência para os sofrimentos da paciente, as angústias dela aliviaram-se e a glicemia (açúcar no sangue) melhorou. A entrevistada encerrou sua fala dizendo que conhecia a referida paciente, que sabia que ela tinha conflitos prévios. Mas que a pandemia, assim como provocava adoecimentos, também propiciava agravos de problemas pré-existentes.

Em relação ao acolhimento grupal, a entrevistada Dalvana, ao descrever os seus atendimentos de grupos de luto, trouxe um recorte de uma situação grupal. Descreveu sobre uma filha que, para evitar o risco de transmitir o vírus da COVID-19 para sua mãe, procurou

evitar visitá-la. Porém, sua mãe veio a contrair a COVID-19 e morreu vítima desse vírus. Num dos grupos de luto, no qual essa pessoa participou, ela, em determinado momento, teria feito o seguinte desabafo: “Diziam que os filhos deviam evitar visitar os pais idosos para não levar a COVID-19 para eles. Aí eu fiquei um tempão sem visitar minha mãe. Só falava com ela por telefone. O que adiantou? Minha mãe morreu igual. E eu não pude dar nenhum abraço nela. Agora eu me culpo por ter deixado ela morrer sozinha”. Após o grupo ouvir o desabafo dessa paciente, outro paciente comentou algo assim: “Tu fizeste o certo. Tu não poderias ter feito outra coisa. Não tem porque se culpar. Eu acompanhei a minha esposa desde que ela pegou a COVID-19 até ela morrer. Fizemos o que podíamos. Mas não adiantou nada. Ela sobreviveu um tempão. E só sofreu. Pelo menos a tua mãe pegou a COVID-19 e logo morreu. Não ficou sofrendo. Acho que tu tens que se conformar”.

No final do relato, a entrevistada comentou sobre a importância da continência grupal para o sofrimento dos seus membros. O quanto esse auto acolhimento grupal contribuiu para a paciente “ressignificar suas impressões. Mudar seus pensamentos e superar suas sensações de culpa”.

Pós-pandemia e o trauma e o risco dos adoecimentos

No final da entrevista, o entrevistador chamou a atenção para o que ele chamou de “fase de guerra”. Que estaríamos na fase de “combater a pandemia para sobrevivermos” e que, nesse momento, estaríamos “amortecidos”. Ele estava, nesse momento, referindo-se a uma fase em que estávamos voltados para o “inimigo externo”. Estava prenunciando uma fase posterior em que teríamos que nos deparar com

o “inimigo interno”. Quando eu, Flávio, um dos entrevistados, falei sobre a noção de trauma, eu estava referindo-me àquelas situações em que a pessoa não consegue suportar e nem pensar sobre certas situações de vida. O não conseguir sentir ou pensar sobre certas vivências pessoais faz ficarem contidas dentro de nós numa espécie de “problema à espera de solução”. Boa parte da nossa energia, que deveria se destinar a vivermos nossa vida, dirige-se e é consumida por esse dito problema. Essa energia represada na situação conflitiva é potencialmente adoecedora.

Portanto, no exemplo citado acima da filha que perdeu a mãe, ela obteve, parcialmente, um alívio de suas culpas. O que poderíamos chamar de culpa consciente. Uma culpa por não ter ficado próxima da mãe. Já foi aliviador. No entanto, essa filha poderia ter algum tipo de conflito não resolvido com sua mãe. Nesse caso, uma possível culpa inconsciente poderá ficar pesando internamente e, com o tempo, vir a adoecer o seu corpo. Citamos isso para salientar a importância de pensarmos na continuidade da continência para os sofrimentos humanos no pós-pandemia. Não apenas para as possíveis sequelas físicas, orgânicas da COVID-19, mas também para as “sequelas psíquicas” que essa pandemia traz potencialmente consigo. Sobre a forma de suporte, concordamos com a entrevistada Dalvana quando ela faz uma comparação entre os atendimentos individual e em grupo: “No individual, há uma grande demora para se acessar e solucionar problemas. No grupo, há uma dinamização desse processo. Isso porque as pessoas se ajudam a dividir e compartilhar o ‘impensável’. Quando uma pessoa faz isso ela mobiliza e encoraja as outras pessoas a trazerem o, até então, ‘impensável e insuportável’... reconhecem que a dor do outro é a mesma dor que faz parte de si”.

Para finalizar, reproduzo aqui a fala da entrevista Luciana quando o entrevistador pergunta sobre o funcionamento do GDH em termos de capacitação para lidar com os sofrimentos humanos. Ela respondeu mais ou menos assim: “Nós costumamos falar que, no GDH, nós aprendemos a desenvolver uma ‘arte’ de transformar os problemas em solução”. Penso que, com isso, ela estaria referindo-se a trabalhar com os problemas inerentes à arte de viver a vida. Ou seja, o “transformar o problema em solução” é semelhante a transformar o “limão em limonada”. No sentido em que eles se tornam, de forma complementar, uma experiência de vida e fortalecimento humano. Nesse sentido, o GDH ajuda na promoção de saúde.

Salientamos que o GDH do GDH online estava, paralelamente, servindo de apoio para os profissionais entrevistados nesse *podcast* a realizarem suas atividades em prol de aliviar os sofrimentos trazidos pela pandemia de COVID-19.

Conclusões

Podemos perceber que o GDH, através das suas ações práticas, que são os grupos de GI, empodera as pessoas a lidarem com os problemas inerentes a arte de viver a vida. Portanto, pela via do fortalecimento pessoal podemos concluir que ele colabora com a promoção da saúde da população em geral.

Destacamos também que o GDH comporta o pensamento sistêmico complexo nas suas ações práticas. Nesse sentido, podemos afirmar que ele apresenta recursos técnicos para acolher e tratar situações humanas complexas no âmbito da saúde, educação, serviços sociais, no meio empresarial e em outros setores. E que pessoas ade-

quadamente preparadas para lidarem com situações que exijam maturidade e equilíbrio emocional respondem de forma qualificada e mais prontamente a situações desafiadoras como foi e continua sendo a epidemia de COVID-19 e suas graves e, até o momento, subdimensionadas consequências.

Referências

FREITAS, F. B.; METELSKI, F. K. Grupos interativos: proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: FREITAS, F. B.; DALMAGRO, M. L. P.; FELIPI, E. (Orgs.). **GRUPOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO: Uma estratégia para trabalho com grupos nas políticas públicas**. Chapecó: Argos, 2020.

FREITAS, F. B.; DALMAGRO, M. L. P.; FELIPI, E. (Orgs.). **GRUPOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO: uma estratégia para trabalho com grupos nas políticas públicas**. Chapecó, SC: Argos, 2020.

FREITAS, F. B. de. **Pequenos grupos sistêmicos complexos como uma estratégia na promoção de saúde coletiva no SUS**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Delta, 1959.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PODCAST DO GDH: GDH, saúde mental e pandemia. Entrevistador: Felipi Ezequiel. Entrevistados: Flávio Braga de Freitas, Geovana Lago e Luciana Hendges. [S.I]. 13 ago. 2021. Podcast disponível em: <https://open.spotify.com/episode/7C03pMKLyk8W8nhqg5QkpD>. Acesso: em 15 maio 2023.

Diário de bordo: entre máscaras e álcool gel, histórias de cuidado de uma equipe de Saúde Mental durante a Pandemia

Carolina Santana Mafra

“O ano de 2020 começou errado e nosso diário pode provar!”
Essa foi a primeira frase do modesto discurso de final de ano em nosso tímido encerramento, dentro do CAPS II, no município de Joinville - SC. Ainda não podíamos nos reunir como fizemos tantos e tantos anos seguidos. Além disso, o verbo comemorar vinha carregado de contradições. Não era o período mais indicado para as tradicionais festas de final de ano. Reservamos um tempinho, no meio do expediente, para lembrar os acontecimentos deste ano que foi marcado por diversas intercorrências em nossa prática. E foram tantas que ao longo do ano resolvemos registrar todas essas situações em um diário, que foi lido em nosso pequeno encerramento.

Passamos por tantas dificuldades e experiências positivas em um ano com tantas limitações que percebemos como essas ações passam despercebidas. Ter esse diário registrado fez toda a diferença em nossa percepção. Dito isso, você já deve ter percebido que esse capítulo não será sobre teorias. Esse não é um texto acadêmico. Esse capítulo é sobre a rotina, o dia a dia, a prática. Aquilo que não está descrito nos livros, mas que está baseado neles. Pretendo relatar aquilo que pode ser reproduzido em outras equipes, situações que, de forma geral, cabem em vários contextos e diferentes períodos. Não tenho a

pretensão de trazer resoluções complexas ou desvendar grandes teóricos, mas sim de compartilhar uma prática que vem carregada de responsabilidade e afeto, as mudanças nos processos de trabalho de uma equipe que acredita que só assim é possível realizar atenção psicossocial de verdade.

Nosso diário começa a ser registrado já na primeira semana de janeiro de 2020. Estávamos com a equipe reduzida por conta das férias e esperançosos que a demanda seria igualmente reduzida. Além disso, estávamos de olho nas notícias que vinham da China, mesmo achando tudo muito distante de nós. Nessa primeira semana, a mãe de um usuário entrou em contato com a equipe pedindo ajuda pois seu estado de saúde mental havia se agravado. Já havíamos tentado diversas ações pois ele apresentava uma combinação preocupante de sintomas: delírios e alucinações, agressividade, falta de crítica em relação a sua doença e por isso se negava a realizar o tratamento. Fizemos contato com a mãe e combinamos uma visita domiciliar, ação rotineira nos serviços de saúde mental. Dois profissionais foram até a casa do usuário, uma psicóloga e um técnico de enfermagem acompanhados pelo motorista do serviço e sua Kombi muito antiga, que possuía uma folga de quase uma volta no volante. Quem trabalha no serviço público sabe como alguns equipamentos são precários. Ele não estava em casa. A mãe informa que ele tem uma arma e pede ajuda pois teme pela sua segurança. Nosso técnico de enfermagem também é sargento da reserva, ou seja, policial militar aposentado, e para nossa sorte, sabia bem o que fazer nesse caso. A arma foi colocada na Kombi para desespero do motorista, um senhor franzino, aposentado, com um sotaque bem carregado do interior de Santa Catarina, que ficou sem entender nada, afinal de contas, era apenas mais uma das tantas visitas domiciliares que ele já tinha acompanhado. Enquanto nosso

técnico de enfermagem se afastava da Kombi o motorista gritava: “o que eu faço com isso?” A resposta do técnico não o deixou mais calmo: “Não toque nela! E deixe a kombi ligada!” O plano então era aguardar o usuário chegar em casa, avaliar seu estado de saúde mental e depois disso tomar a conduta mais adequada. Entre as muitas possibilidades estavam, convidar o usuário a iniciar tratamento no CAPS (novamente viria o convite se ele estivesse em condições para isso) ou chamar o SAMU caso a equipe percebesse algum risco para si ou terceiros, lembrando dos sintomas que ele apresentava. E a arma seria levada para a delegacia mesmo sem o consentimento do usuário, visto que ele não possuía porte de arma. Arriscado? Muito! Mas a kombi estava ligada.

Assim que o usuário chegou, não teve jeito. Agitado, ameaçador, delirante, principalmente com a mãe. Até tratou a equipe com certa cordialidade, mas era visível a gravidade da situação. O SAMU foi acionado. A polícia veio junto e levou a arma do usuário para alívio do nosso motorista que falou sobre isso por meses.

Caso alguém tenha ficado curioso, esse usuário ficou estável após a internação e aderiu ao tratamento no CAPS. Se mantém bem até hoje.

Na mesma semana, ainda se recuperando da visita que ficou conhecida como “a visita da arma”, recebemos no CAPS uma senhora institucionalizada que precisava de uma avaliação psiquiátrica. O lar onde ela morava estava há semanas conversando com a equipe sobre seu caso, traziam relatos de que ela era uma pessoa de difícil convivência com os outros moradores e com a equipe que a assistia, que, por vezes, era agressiva física e verbalmente, mesmo fazendo uso de algumas medicações psiquiátricas. A equipe do CAPS percebia a dificuldade no manejo com a usuária e orientava a equipe, que, por vezes, recebia essas orientações com certa resistência. Acreditavam que somente uma

quantidade maior de medicação faria diferença no caso. Então, após muitas reuniões, agendamos a tão sonhada avaliação psiquiátrica, que coincidiu com a mesma semana da “visita da arma”. A idosa estava acompanhada de dois profissionais do lar. Era um dia com poucos usuários na casa, lembro de passar pelo corredor e ver os profissionais sentados do lado de fora da sala do médico, aguardando o término da consulta. Ao passar novamente pelo mesmo corredor um deles está com o corpo colado à porta, segurando um celular igualmente colado à porta. Essa atitude não me deixou dúvida: estavam escutando e gravando a consulta! Imediatamente a equipe os abordou e interrompeu a consulta, informando ao médico e à idosa que aquela consulta estava sendo escutada e provavelmente gravada. A idosa saiu do CAPS enfurecida, discutindo com os profissionais do lar. Ficamos imaginando o quanto a relação entre a moradora e a equipe do lar piorou, sendo que a consulta era para melhorar a convivência. O famoso “tiro no pé”. No dia seguinte a equipe recebeu a informação de que o profissional que estava escutando a consulta atrás da porta acusou a equipe de calúnia e que iria nos processar. Esse processo nunca chegou.

Nas semanas que seguiram, outras situações atípicas aconteceram: uma reunião com um padre de determinada paróquia da cidade questionando condutas da equipe, ligações de um familiar que mora no exterior fazendo exigências à equipe que na verdade são de responsabilidade da família, inclusive proferindo ameaças aos profissionais que estava prestando assistência a essa pessoa. Teve ainda a saída da coordenação do CAPS que estava a frente do cargo há muitos anos e o início de uma greve dos funcionários públicos.

Depois de tudo isso nos demos conta de que muita coisa já havia acontecido nos dois primeiros meses do ano e que, se continuasse nesse ritmo, deveríamos anotar tudo de estranho, difícil ou excêntrico

que estava acontecendo, pois quando esse ano chegasse ao seu final, não lembraríamos da metade dessas situações. Foi aí que começou nosso diário, de forma inocente, acreditando que o nosso mundinho, naquela casinha ali da rua Pernambuco, estava confuso e agitado e que aquela equipe já tinha emoção demais para um bimestre. Em determinado momento alguém da equipe disse: o que mais pode acontecer esse ano? E se isso fosse um documentário, haveria agora uma pausa dramática, e você veria na tela a palavra: **PANDEMIA**.

Início de março e tudo virou de cabeça para baixo. Cada semana um memorando diferente. Uma conduta diferente. Um medo diferente. Um tipo de máscara ideal diferente. Imagino que essa instabilidade tenha sido comum a todos nós, independente do lugar que ocupamos na época. Apesar de sermos uma equipe da saúde que tem que se adequar às novas exigências sanitárias, estávamos de certa forma mais tranquilos do que as equipes de urgência e emergência, porém, também tínhamos um cenário preocupante: nosso serviço atende metade de um município de mais de seiscentos mil habitantes. Nosso carro-chefe de atendimento são grupos terapêuticos, e pouco antes da necessidade do isolamento, alguns grupos chegavam a 20 pessoas em salas apertadas e mal ventiladas. Alguns usuários passavam o dia todo no serviço, cinco dias na semana, dependendo do seu estado emocional. E foi esse formato de cuidado que evitou muitas tentativas de suicídio, internações hospitalares durante crises e que evitou agravos importantes da saúde mental dessa população. Todo dia a mesma pergunta: o que vamos fazer?

Inicialmente dispensamos os usuários idosos e com doenças crônicas, daquilo que chamamos de “frequência”. A frequência faz parte do plano terapêutico singular de cada usuário. Plano terapêutico é um assunto extenso e vai ter que ficar para outro momento, mas a

frequência está dentro de uma série de ações que cada usuário define com sua equipe de referência, quando elabora seu plano terapêutico singular. A frequência são as atividades, grupos e oficinas terapêuticas que o usuário fará no serviço, de acordo com a sua demanda naquele momento. Isso significa estar em uma sala, muitas vezes pequena, com mais pessoas, compartilhando materiais de pintura, artesanato, papéis, ou estar sentado lado a lado em grupos terapêuticos, tocar em pessoas em caso de dinâmicas de grupo ou rodas de conversas.

Conforme aumentavam os casos e também o conhecimento sobre a doença e sua gravidade, a conduta da equipe precisava ser alterada. Muitas vezes nem era possível avaliar se determinado processo de trabalho estava sendo viável.

Depois de liberar os idosos e usuários com doenças crônicas da frequência, foi necessário reduzir a participação dos demais. Em vez de comparecer ao serviço no mínimo uma vez na semana, todos passaram a frequentá-lo quinzenalmente, o que não era nada habitual para nossa equipe. Se o CAPS é um serviço especializado em saúde mental para tratamento do sofrimento psíquico grave e persistente, para realizar o cuidado e atenção à crise, não fazia sentido uma pessoa ficar duas semanas sem atendimento. Mas nada naquele momento fazia sentido. Então, liberamos os doentes crônicos, diminuimos a frequência dos demais usuários para atendimento quinzenal, com o objetivo de ter menos pessoas em cada grupo, podendo assim realizar o espaçamento indicado entre cada participante. E assim, ao longo dos meses, o serviço ficava cada vez mais vazio.

As consultas psiquiátricas e o acolhimento (triagem para iniciar tratamento no CAPS) foram mantidos, mas não sem alterações. Os serviços de saúde mental são conhecidos por serem locais acolhedores, ambientes familiares, longe de se parecerem com hospitais, clíni-

casas médicas ou ambulatórios. Devem ser instalados em casas com fácil acesso para a comunidade. São locais onde o afeto e o toque são utilizados como recursos terapêuticos. Mas para manter minimamente o cuidado, foi necessário se paramentar a ponto de ficar irreconhecível, distante. Ser o mais estéril possível. Os acompanhantes precisavam esperar na rua e a sala de recepção vazia deixava tudo mais pesado.

Em pouco tempo foi inevitável cancelar de vez os grupos. Os casos aumentavam em uma velocidade assustadora, assim como o número de óbitos. Muitos usuários do nosso serviço faleceram. Muitos familiares dos nossos usuários faleceram.

Deixamos o telefone à disposição. Fizemos diversas intervenções, manejos de crise e orientações por esse canal de comunicação que anteriormente era só para avisar das consultas que estavam agendadas.

Criamos uma rotina para levar a medicação na casa dos usuários, pois as linhas de ônibus estavam extremamente reduzidas e, em alguns períodos, até mesmo inexistentes. Sabendo da vulnerabilidade social da maioria dos usuários, todos os dias tínhamos um roteiro para entrega das medicações em domicílio, principalmente daqueles que não tinham condições ou familiares para buscar a medicação semanalmente. Também era uma oportunidade para que a equipe fizesse um breve acompanhamento, uma conversa no portão, com a família ou com o próprio usuário.

O mundo estava online. Fizemos alguns matriciamentos e reuniões com outros serviços pelo *Whatsapp*, *Google Meet*, *Zoom*, perdemos a conta de quantas conexões caíram, de quantas conversas iniciadas e interrompidas pelo despreparo com a tecnologia. Mas ela ajudou bastante em diversos momentos. Por volta de maio de 2020 começamos a fazer *lives* no Facebook pela página da Rádio Ânima, que é uma Rádio

do SOIS - Serviços Organizados de Inclusão Social - um serviço que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial de Joinville. O SOIS tem oficinas de dança, música, teatro, rádio, artesanato, alfabetização e Oficinas de Geração de Trabalho e Renda. É um serviço destinado aos usuários da saúde mental de Joinville que estão estáveis, mas necessitam de acompanhamento contínuo ou um meio facilitador para a vida em comunidade. Os usuários do SOIS fazem essa Oficina de Rádio semanalmente nessa página, e então, a pegamos emprestada. Teve *live* para falar sobre saúde mental, falar das oficinas que o CAPS oferece, *live* com dicas de filmes e até pra contar piada. Teve *live* ensinando origami e coreografia para fazer em casa. Algumas *lives* foram emocionantes, com a participação de usuários e familiares convidados para falar sobre a importância da família e da rede de apoio durante o tratamento. Mas as *lives* de maior sucesso, sem dúvida foram as de música, que tinham como *slogan*: “*Live* do CAPSII - Porque a sua saúde mental não entra em quarentena”. A interação dos usuários durante as *lives* surpreendeu! Não eram muitos, mas eles eram assíduos. Teve usuário que estava morando no nordeste e marcava presença sempre que a gente entrava “no ar”, interagindo pelo chat. Foi uma delícia. Era um momento muito prazeroso em meio a tanta tensão. A equipe preparava uma lista de músicas e os participantes pediam outras durante a transmissão, enriquecendo o repertório, trazendo memórias afetivas e contando suas histórias. Muitas vezes não dava tempo de atender todos os pedidos.

Mas tudo isso ainda parecia frágil. Pouco. Pensamos em realizar atendimentos *on-line*. Mas qual a viabilidade disso para nossos usuários, conhecidos também pela vulnerabilidade social? Decidimos realizar uma pesquisa por telefone, com perguntas simples que compartilharei com vocês a seguir, para avaliar a possibilidade e o interesse nesse atendimento.

NOME:

DATA:

ENTREVISTADOR:

Realizado contato para aplicar questionário da pesquisa elaborada durante período de pandemia, para traçar novas estratégias de cuidado.

Desde o início da pandemia, você percebe que:

- Piorou
- Melhorou
- Manteve-se igual

Não ter frequência/ oficinas no CAPS:

- Piorou o quadro
- Melhorou o quadro
- Não fez diferença

Apresentou alguma dificuldade com relação ao uso de medicação neste período de pandemia:

- Sim
- Não
- Manteve igual

Você tem acesso à internet?

- Sim
- Não
- Às vezes

Você tem acesso/ utiliza redes sociais?

- Sim
- Não

Quais?

- Facebook
- Instagram
- WhatsApp
- Outro:

Sobre as lives da Rádio Ânima, você:

- Conhece e assiste
- Conhece mas não assiste
- Desconhece

Você teria interesse em atendimentos online (chamada de vídeo em grupo)?

- Sim
- Não
- Indiferente

Infelizmente nossa pesquisa mostrou que a maioria dos usuários não tinham acesso ou não sabiam usar o celular e as redes sociais e não tinham uma pessoa disponível para auxiliar no atendimento. Nesse questionário também conseguimos identificar usuários que precisavam de alguma atenção maior da equipe. Muitos se queixavam

de efeitos colaterais da medicação que estavam intoleráveis, das crises que se mantinham mesmo após o início do tratamento, ou da piora após a perda de um familiar ou outros problemas que surgiram ao longo dos meses. Para esses usuários montamos planos terapêuticos que poderiam ser realizados em casa, intensificamos os contatos telefônicos, antecipamos consultas médicas e agendamos atendimentos individuais presenciais abaixo de muito paramento e álcool gel. Pessoas iniciaram e terminaram o tratamento no CAPS sem nunca terem conversado com sua equipe de referência presencialmente. Em outros tempos isso parecia impensável.

Enquanto o ano passava, nosso diário ficava repleto de situações engraçadas, angustiantes e inesperadas. Revisitando essas anotações percebo o quanto estávamos suscetíveis ao estresse. Não julgo. E por olhar agora e ver que algumas situações eram corriqueiras, mas estavam em um contexto extremamente ansiogênico, não compartilharei todas aqui. Mas a quantidade de situações inusitadas não estava só no CAPS, registramos em nosso diário as notícias do mundo inteiro. Teve incêndio próximo a usina nuclear de Chernobyl, teve vespas assassinas nos Estados Unidos, uma moça chamada Adeyula Dias Barbosa descobriu que estava registrada como presidente do Brasil ao solicitar auxílio emergencial, teve três trocas de ministro da saúde em um mês, teve nuvem de gafanhoto e nuvem de poeira Godzilla. Teve explosão no porto de Beirute e também a maior onda de seca do Pantanal com 32.000 focos de incêndio registrados. Além disso, tudo que vinha da China estava em falta e aí nos demos conta que quase tudo vinha da China! E teve muito mais. Mas nem tudo vale o registro. Há em nosso diário a seguinte anotação: “a política está um caos, impossível acompanhar!”. Essa vou deixar para a imaginação do leitor.

Voltando às nossas angústias, além de ter poucos recursos para atender quem já era acompanhado no CAPS, tínhamos uma porta de entrada que não fechou nenhum dia durante a pandemia. Todos os dias realizamos diversos acolhimentos e muitas admissões. Mas admitir para fazer o que? Era a pergunta que permanecia sem resposta durante a pandemia. Muitas pessoas que iniciaram tratamento conosco no período da Covid-19, tinham como pano de fundo questões sociais, fome, desemprego, violência, desamparo social. Começamos a perceber uma mudança no perfil dessas admissões. Pessoas com sofrimento grave, mas pontual, eram quase a maioria nas agendas médicas. Não mais o esquizofrênico, a pessoa com transtorno bipolar, as tentativas de suicídio. Hoje, completando 3 anos após o início da pandemia, um reflexo dessa mudança de perfil se dá nas oficinas e grupos terapêuticos oferecidos no CAPS. Temos agora uma alta demanda por psicoterapia e grupos para trabalhar emoções, sentimentos, traumas. As oficinas construtivas, os atendimentos para aumentar a autonomia, independência e a cidadania são a minoria. Atendimentos de AT - acompanhante terapêutico nunca mais foram realizados. Treinos de trajeto, uso do transporte coletivo, inserção na tecnologia como aprender a usar seu próprio celular, chamar o Uber, usar outros aplicativos, redes sociais, enfim, não se mostram mais necessários. As atividades extramuros são raras e perderam a espontaneidade, pois, com a equipe reduzida após transferências, exonerações, diminuição dos recursos para a saúde pública, precisamos de muita organização e planejamento para tirar profissionais das atividades que acontecem dentro do CAPS. Em contrapartida, estamos com grupos terapêuticos lotados.

Eu não sei muito bem como terminar essa nossa conversa porque na verdade ela não tem um fim. Porque a pandemia ainda está

muito perto de nós e suas consequências ainda ditam o ritmo do nosso trabalho em vários momentos. Até mesmo o fato de compartilhar essas histórias me gerou dúvidas diversas vezes. Isso é de fato relevante? Provavelmente eu nunca saberei sobre o impacto desse texto para você, mas ter vivido essas experiências, mudou meu olhar como pessoa e como profissional. Esse período reforçou muitas convicções em relação ao atendimento oferecido aos nossos usuários. No dia a dia parece pouco, nosso nível de tecnologia não se compara à de um centro cirúrgico. Isso ficou ainda mais nítido durante a pandemia. Mas a nossa prática também salva vidas. Promove a vida! O Passeio Terapêutico é uma atividade que desenvolvemos semanalmente lá no CAPS e é muito simples: colocar todos dentro de uma van e levar para passear, escolher um lugar legal, relevante na cidade, um parque, um museu, um shopping, uma praça. Apropriar-se do que já é seu, usar esses espaços da comunidade. Sentar ali, jogar conversa fora, fazer um lanche. Ao final dessa atividade você se pergunta: Valeu a pena? Fez a diferença para alguém? E quando os usuários respondem que moram há anos na mesma cidade e que não frequentam esses lugares por vergonha, medo, falta de dinheiro, falta de companhia, você sabe que não é pouco. E que quando lá estão, se sentem pertencentes, cidadãos, detentores do direito de ali estar. E se sentem motivados a voltar. E para voltar ali, eles se arrumam, planejam, convidam outros e fazem algo por si. E mais um dia se passa na vida daquele que só fazia pensar e planejar a própria morte. E se você chegou até aqui, talvez tenha valido a pena para você também.

Compartilho essas histórias com o desejo de eternizar as experiências desses anos e dessa equipe, pois como mostrou nosso registro em 2020, esquecemos com facilidade acontecimentos importantes e, por vezes, não nos damos conta da quantidade e da qualidade do

trabalho que realizamos. E se isso não for pretensioso demais, inspirar equipes a repensar os processos e protocolos, desinstitucionalizar diariamente como nos convoca a reforma psiquiátrica pois, como diz Mehry em seu ensaio de 2004, os CAPS estão sempre no “olho do furacão”.

Meu nome é Carolina, trabalho com saúde mental há 13 anos e posso afirmar: nenhum delírio do paciente mais grave que conheci, poderia imaginar uma pandemia como a que vivemos. Principalmente como aconteceu no Brasil.

O sociodrama na minimização dos agravos à saúde mental em pacientes pós-Covid

Inara Lany Biavatti

Franciele Castanho

A história nos mostrou diversas tragédias como a Gripe Espanhola em 1918, o surto da Síndrome Respiratória Aguda Leve (SARS), no ano de 2002, do Ebola entre os anos de 2013 e 2016 e a pandemia da Gripe Suína (H1N1) em 2019. Sabemos que os impactos na saúde mental permanecem mais tempo do que a duração de uma pandemia em si e que os danos são incalculáveis, pois, frequentemente, o número de indivíduos que manifestam transtornos mentais decorrentes da pandemia ultrapassa o número de afetados pela doença (Lipp; Lipp, 2020).

No final do ano de 2019, surge um novo marco na história da humanidade, a Covid-19 (SARS-CoV-2). Uma infecção respiratória aguda detectada pela primeira vez na cidade de Wuhan, capital da província da China Central (Brasil, 2021). Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou a doença como pandemia, trazendo algumas medidas para a prevenção e diminuição do risco de contágio do vírus, como o distanciamento social, a quarentena e o isolamento (Faro *et al.*, 2020). Dentre os impactos e perdas decorrentes de uma pandemia, podemos observar reações emocionais como: estresse, luto, culpa, raiva, temor pela própria vida, dos familiares e amigos, ainda, sinais de ansiedade, depressão,

perda da vontade de fazer atividades cotidianas, além dos sintomas físicos como dores de cabeça e distúrbios alimentares (Casellato, 2020).

O agravamento do quadro sintomático da Covid-19 leva os pacientes para cuidados hospitalares intensivos (Sousa; Cerqueira, 2022). A hospitalização em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) causa intenso sofrimento psíquico e pode levar ao desenvolvimento de sintomas e/ou transtornos mentais, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que se caracteriza num quadro de ansiedade e depressão resultantes de um evento traumático estressante, ameaçador ou catastrófico (Kellermann; Hudgins, 2021).

Frente a isso, entende-se a importância de desenvolver práticas de cuidado e realizar uma escuta qualificada para aqueles que se encontram em sofrimento psíquico para restabelecer a qualidade da saúde mental. Assim, surge este relato de experiência, que teve como proposta desenvolver intervenções grupais com pacientes pós-Covid que apresentavam agravos na saúde mental, para isso utilizou-se o referencial teórico e metodológico do Psicodrama, desenvolvido por Jacob Levy Moreno, que consiste numa teoria que se fundamenta na espontaneidade e na criatividade como um meio para obtenção da saúde mental.

Para este trabalho, realizou-se seis sessões grupais sociodramáticas com duração de aproximadamente uma hora e vinte minutos, no período de setembro a outubro de 2022 em uma Clínica-Escola de Fisioterapia de uma Universidade do Oeste Catarinense. Participaram quatro pacientes que foram atendidos pela Clínica-Escola devido a sequelas da Covid-19 e que estiveram internados em decorrência da Covid-19 entre os anos de 2020 a 2021. Para a seleção destes pacientes, utilizou-se o Teste Psicológico Escala de

Pensamentos Depressivos — EPD (Carneiro; Baptista, 2016) a fim de reconhecer os participantes que apresentavam classificações que indicavam a probabilidade do desenvolvimento de um quadro depressivo.

Na intervenção grupal cumpriu-se com as orientações do método psicodramático seguindo as etapas da sessão (aquecimento, dramatização, compartilhamento e processamento) e a modalidade do sociodrama temático, que envolveu temas protagônicos construídos durante o processo grupal, tais como, o reconhecimento do Eu (autoestima), o medo, a vida e a morte.

O relato desta experiência irá demarcar as histórias de pessoas as quais vivenciaram o diagnóstico, a internação, as sequelas e a recuperação de um vírus que matou 6,8 milhões de pessoas no mundo entre o período de 11 de janeiro de 2020 a 11 de março de 2023, no Brasil 699 mil pessoas entre o período de 17 de março de 2020 a 11 de março de 2023 (Sociedade Brasileira de Infectologia, 2023). Sendo assim, não se pretende neste capítulo esgotar as reflexões sobre os impactos da Covid-19 na saúde mental da população, mas é de suma importância que as vozes dessas pessoas sejam escutadas, afinal, a pandemia de Covid-19 é um marco na história da humanidade, que mostrou ao mesmo tempo a potência, bem como as fragilidades das políticas públicas e das relações humanas.

Para que nosso leitor possa “escutar” as histórias destas pessoas, iremos contar um pouco sobre cada um deles, antes disso, importante dizer que, a fim de garantir a privacidade da identidade dos participantes, ao longo das análises foram dados nomes fictícios a eles. Sendo assim, temos primeiramente a Cristina, 37 anos, casada, quando iniciamos o grupo estava no 6º mês de gestação, hoje é mãe de uma menina. Positivou para Covid-19 em dezembro de 2020,

quando foi hospitalizada já estava com 75% do pulmão comprometido, ficou três dias na UTI e quatro dias na enfermaria, utilizando máscara de Ventilação Mecânica Não-Invasiva (VNI). Joana, 31 anos, casada, possui duas filhas, uma de cinco anos e outra de 10 anos, trabalha no financeiro de uma empresa do município, contraiu o vírus em março de 2021, sendo que, logo após positivar precisou ser internada na UTI por 10 dias e utilizar VNI, pois também já estava com 75% do pulmão comprometido.

Pedro, 47 anos, casado, possui uma filha de 27 anos e um filho de 12 anos, trabalha como frentista em um posto de combustível e nos contou uma experiência de quase morte que antecede sua experiência com a Covid-19. Em dezembro de 2020 sofreu um acidente grave de moto indo para o trabalho, sendo que, devido à superlotação dos sistemas de saúde por conta da Covid-19, precisou ser levado de helicóptero para outra cidade, lá permaneceu em coma por oito dias e, ao receber alta, foi levado para o hospital da cidade que reside para realizar uma cirurgia no braço. Antes deste procedimento, descobriu que estava com uma bactéria hospitalar na coluna que o deixou novamente internado na UTI e em janeiro de 2021, ao se recuperar da bactéria e após operar o braço, positivou para Covid-19, ficando cerca de nove dias hospitalizado novamente na UTI, utilizando VNI. Ficou com sequelas permanentes do acidente, perdeu o movimento do braço direito e faz uso contínuo de medicação para o controle de suas dores.

Viviane, 43 anos, casada, possui três filhos, um de 10 anos, uma de 12 anos e outra de 16 anos, contraiu a Covid-19 em fevereiro de 2021. Inicialmente, ainda assintomática, conta que fez uso de um xarope receitado pela médica, após dois dias os sintomas pioraram e foi hospitalizada, ficando entubada na UTI por 52 dias e mais 10

dias na enfermaria. Conta que quando estava hospitalizada pegou uma bactéria que perfurou seu pulmão e fez com que precisassem drená-lo. Ao sair do hospital não conseguia mover nenhuma parte de seu corpo, então precisou de cuidados constantes, entretanto, após uma semana conseguiu sair das fraldas e logo após começou aos poucos a movimentar seu corpo. Importante destacar que Viviane desistiu de participar do grupo logo após a primeira sessão grupal, nos contou que iniciou um curso superior e não conseguiu conciliar os horários. Nota-se, no entanto, que ela foi a que teve maiores prejuízos e sequelas decorrentes da Covid-19, assim, pode-se compreender que mexer nisso tudo não deve ser fácil, mas pode haver um dia que isso eclodirá. Tomara que Viviane encontre o acolhimento e a orientação necessária para isso.

Agora que você já conhece quem são nossos protagonistas, vamos conhecer como foi a experiência da Covid-19 para eles.

A Experiência da Covid-19

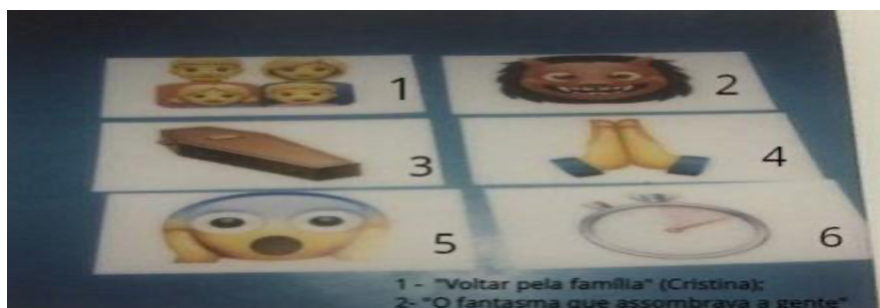
Desde a primeira sessão grupal, os participantes relataram o quanto suas vidas mudaram com a experiência da Covid-19 e nos dizem, “a gente tinha uma vida antes da pandemia e com a pandemia deu uma bagunçada” (Cristina), “aí que a gente aprende o que é a vida, passa um filme na cabeça, tudo que aconteceu, tudo que vai acontecer” (Joana), “todos os dias é uma luta porque ficamos com sequelas” (Viviane). Identifica-se que esta consciência surgiu à medida que cada um deles se conectaram com as emoções relacionadas ao trauma e, ao passo que foram revivenciando as cenas conflituosas, tendo em vista que se colocaram em contato com novas formas

de lidar com a situação, possibilitando o resgate da espontaneidade e da criatividade.

Gonçalves, Wolff e Almeida (1988, p. 55), ao falarem sobre espontaneidade e criatividade, conceitos primordiais na teoria de Moreno, dizem que: “[...] para que tenhamos o prazer de nos sentirmos vivos é preciso que nos reconheçamos como agentes do nosso próprio destino”. A espontaneidade e criatividade estão interligadas e saúde física, psíquica e relacional só são possíveis se existe a saúde da espontaneidade, pois o oposto da espontaneidade é a ansiedade, do mesmo modo que, a inibição de espontaneidade abre espaço para a angústia (Sene-Costa, 2006).

Na terceira sessão, os participantes (Cristina e Pedro, pois Paola não conseguiu comparecer nesta sessão), montaram uma cena representando o medo relacionado ao tratamento durante a Covid-19 com emojis impressos e, após, fizeram a resolução daquela cena conflituosa em relação ao medo que envolveu a internação durante a Covid-19. No compartilhamento desta sessão, afirmaram que retornar para o momento que descobriram que seriam internados, “deixa o coração acelerado” (Cristina), porém, através da cena montada, identificaram motivos para viver, apesar da experiência ter sido muito difícil, conforme fala da Cristina “era para passar por aquilo, para a gente aprender, pois na dor a gente aprende muitas coisas” e, do Pedro “aprendemos que devemos viver a vida, ser humilde, fazer a coisa certa, pois é uma chance”. Segue os emojis que escolheram para montar a cena:

Figura 1 - Emojis - 1. “voltar pela família” (Cristina); 2. “o fantasma que nos assombrava” (Cristina); 3. “à morte” (Pedro); 4. “a importância da oração” (Pedro); 5. “o medo, estávamos apavorados” (Cristina); 6. “o tempo que não passava” (Cristina)



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A ação psicodramática possibilita a representação de “[...] vivências internas, emoções, sensações corporais e suas associações” (Strauch, 2017, p. 52), em que a cena é o elemento simbólico onde o conflito é evidenciado na busca da resolução deste, propiciando o resgate da espontaneidade e da criatividade, ao passo que se trabalha suas inúmeras dimensões, retornando ao aqui e agora após o fechamento, possibilitando “[...] maior compreensão, conscientização, *insight* e catarse de integração após uma separação progressiva dos focos no real e no imaginário/simbólico – um desatar de nós” (Strauch, 2017, p. 52).

Compreenderam que a experiência da Covid-19, logo após o diagnóstico, caracterizou uma luta contra o desconhecido, afinal ainda não havia liberação das vacinas, bem como se deparavam com um sistema de saúde superlotado. Este cenário favoreceu o surgimento de diversas emoções envolvendo a tristeza e ansiedade, das incertezas e do medo da morte e/ou da transmissão viral para um familiar.

O período de hospitalização deixou marcas nos participantes, como podemos observar nos relatos trazidos por eles, “é vergonhoso ser tratada, usar fralda, acho que é a pior sensação do mundo de se ter... eu passei e sei que é horrível... e a dor do potássio entrando na tua veia e não conseguir dormir é horrível” (Joana). Cristina complementa sobre o tempo que estiveram internados, “o tempo parece que não passa, parece uma eternidade, parece que eu fiquei 20 anos lá e não passava” (Cristina). Joana, continuou seu relato e nos contou sobre “o medo, a dor... ficava sozinha às vezes a noite lá, ouvindo os barulhos da UTI – piti, piti”.

Algumas experiências foram relatadas por Pedro, em que se pode observar lembranças de fatos irreais envolvendo seu processo de internação hospitalar. Primeiramente traz a vivência de um acidente automobilístico que teve antes de contrair a Covid-19, ele nos conta que um homem em um carro preto foi até o hospital para oferecer caixões a ele, ele negou e, então, pediu uma pizza. Diz que toda vez que alguém fala sobre a morte essa lembrança lhe vem à cabeça, afirmando assim, “causou tristeza, aquilo não seria pra mim [referindo-se à morte] não queria, daí pedi as pizzas. O carro com a van preta sumiu da minha frente”. Depois, Pedro nos contou sobre a experiência durante o processo de recuperação da Covid-19, relatou que viu um homem ao seu lado, “é que nem o São José que estava lá me cuidando, atropeli e ele não saiu, eu senti o cheiro de suor, cheiro de humano”. Relata que só identificou que quem estava ao seu lado era o santo São José, ao assistir uma novena na televisão quando havia retornado para casa depois da internação. Assim, identifica-se algo delirante ou fantasioso que marca a experiência traumática.

A realidade suplementar pode ser definida como uma interseção entre diferentes realidades, conhecidas e desconhecidas, em que a capacidade do ego de controlar e distinguir cessa. Esse estado determina o êxtase, que entendemos a partir de sua raiz etimológica como sendo ‘sair dos limites da individualidade de alguém’. Trata-se de um estado em que a pessoa não vivencia as coisas do modo usual, mas as vê a partir de outra perspectiva, não-familiar. Essa perspectiva pode pertencer ou a uma parte desconhecida do *self*, ou a outra pessoa, conhecida ou desconhecida, ou a uma força impessoal. (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 53).

Com isso, pode-se compreender que o fato vivenciado por Pedro ganha maior importância do que o fato acontecido em si, denominado como realidade suplementar, ou seja, é a verdade relativa ou subjetiva.

A experiência da Covid-19 trouxe junto o desejo de viver intensamente, evidenciando a gratidão por terem tido uma segunda chance, como nos disse Viviane, “tão bom ter uma segunda chance” e, Pedro complementou “a gente não tinha certeza que ia pra casa, que ia ficar tudo bem, que ia sobreviver, então por isso que a gente tem essa alegria de ter vida, de fazer tudo que a gente gosta”. Tal processo mostra o que Stanczak *et al.* (1984), chamaram de “processo de morte-renascimento” que ocorre em experiências de quase morte e provoca a alteração de hábitos, percepções e reflexões, propiciando a criação de novos padrões de desejos, pensamentos, sentimentos e emoções, “[...] as pessoas despertam para a vida quando se deparam com a morte, e acordam podendo até mesmo modificar não somente o seu olhar, mas também atitudes perante a vida” (Barbosa; Fontes, 2015, p. 62).

A ação psicodramática permite a criação de novas respostas às situações antigas através do reavivamento da espontaneidade e da criatividade. Para Moreno, espontaneidade e criatividade são intrínsecas uma à outra, pois para modificar uma situação ou constituir situações novas, o sujeito precisa criar, deste modo, é a partir da espontaneidade que o sujeito consegue o potencial criativo para atualizar-se e manifestar-se (Gonçalves; Wolff; Almeida, 1988).

Neste sentido, em uma das sessões, o grupo deu o título de “viver intensamente” a uma das cenas que dramatizaram, significando a vida que querem ter após a Covid-19 e, sobre esta vida que desejam, Pedro nos conta o seguinte:

Aproveitar o que a gente pode fazer, não prejudicar os outros, se puder ajudar as pessoas, mas pensar em nós e ajudar você mesmo, a família estar feliz com você... porque às vezes a gente tem muitas coisas, mas não está feliz. Não adianta ter dinheiro e não ter uma família unida, ter dinheiro, mas não ter saúde, então assim tentar viver o máximo que pode, mas ser humilde... porque muitos acham que tem alguma coisa e passam por cima das outras pessoas e não é assim, a gente tem que pensar no próximo também, o que eu não quero para mim eu não vou fazer para o outro, não vou desejar para o outro.

Tal fala nos mostra a adoção de uma determinada posição ética perante o outro e a si mesmo a partir da experiência de quase morte. A partir da dramatização foi possível identificar que aquelas pessoas que estavam conosco ali naquele grupo, puderam criar sentidos para os conflitos emocionais que foram trabalhados simbolicamente na ação dramática. Portanto, os conflitos internos que causavam o embotamento das potencialidades, foi sendo aos poucos desvelado e, a partir disso, foram identificando um novo significado para os sen-

timentos e resgatando a espontaneidade e a criatividade, ou seja, de acordo com as premissas morenianas recuperou-se os “[...] recursos inatos, fundamentais para o desenvolvimento saudável do homem” (Santos, 2008, p. 13).

Viver a vida assim, bem, contente, fazer as coisas certas e ver os outros bem, ver alguém conquistando algo e ficar feliz, que Deus abençoe, então, bastante coisa boa, para assim tirar um pouco o medo, esquecer um pouco, que fique pouco se ficar, alguma coisa sempre vai existir... que nem a gente que passou pela Covid a gente nunca vai esquecer, mas tentar tocar a vida pra frente. (Pedro)

Podemos também identificar a vida que desejam através de falas que escolheram no aquecimento do quinto encontro, importante destacar que as citações impressas foram coletadas do próprio discurso deles durante os quatro encontros anteriores. Naquele quinto encontro pôde-se trabalhar com o grupo a partir destas frases, a vida que desejam após a Covid-19 e construir/pensar este futuro juntos, por meio da técnica da projeção para o futuro (Crelier, 2021).

Figura 2 - A vida que desejam (frases)



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Ainda, sobre a experiência da Covid-19 identifica-se que a empatia, cuidado e atenção dos profissionais da área da saúde foi essencial para a recuperação dos pacientes. Falas deles nos mostram a importância destes profissionais no tratamento e recuperação da Covid-19, “uma enfermeira fez um bolinho pra não passar em branco meu aniversário, foi uma coisa muito importante” (Joana), ainda, “eu agradeço muito por tudo que me ajudaram, fico muito feliz pelo atendimento, só sei agradecer todos os médicos e equipe, todos que fizeram um bom trabalho” (Pedro). Também, o reconhecimento é visível quando Viviane disse “agradeci os médicos, enfermeiros que foram uns amores comigo, até pensei em ser enfermeira para ajudar o próximo, porque o quanto eu fui ajudada”. Assim, percebe-se que tiveram um papel fundamental, não somente no que diz respeito ao tratamento físico dos pacientes, mas no emocional também, pois o cuidado que mostraram foi essencial para auxiliar na diminuição dos sentimentos de tristeza, medo, incerteza e solidão que surgiam no período em que eles estavam hospitalizados.

A Espiritualidade

Identificou-se ao longo das sessões que para os participantes, a crença em um ser divino superior - Deus - foi de extrema importância para que conseguissem sobreviver à experiência da Covid-19, pois nos momentos em que se encontravam entre a vida e a morte, era o que dava força a eles. Podemos observar isso quando Pedro afirmou, “tinha medo do que poderia acontecer, então eu pegava na mão de Deus” (Pedro) e, quando Viviane nos contou que “quando o doutor

falou comigo eu disse, doutor eu sei que Deus vai me guiar, a única coisa que eu peço para ele é não me deixa morrer” (Viviane).

Os participantes relataram durante as sessões que no período que estavam internados os pensamentos invasivos - especialmente o medo de morrer - surgiam constantemente e, que a única forma de lidar com isto, era fazendo orações, conforme fala da Cristina, “através das orações que eu me sentia ali, que eu perdia o medo, se eu não tivesse rezando ou alguma coisa, o pensamento negativo vinha, daí eu começava rezar para sair o pensamento”, assim, percebe-se que em muitos momentos os pacientes utilizavam a oração como um meio para recalcar o medo.

Moreno construiu uma ética psicodramática com base em seus princípios religiosos. Acreditava que o homem se encontra com a divindade a partir da espontaneidade e da criatividade, “[...] a ideia de Moreno era de que, quanto mais próximos estamos de Deus, mais criativos nos tornamos” (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 36). Uma das técnicas psicodramáticas é a inversão de papéis que permite que as pessoas desenvolvam “[...] uma nova resposta a uma velha situação” (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 20), restabelecendo, assim, a espontaneidade e a criatividade.

Conforme relatado anteriormente, na dramatização realizada na sessão três, Cristina inverteu de papel com o medo utilizando um *emoji* de um demônio para representar a morte e o Pedro entrou no papel das orações utilizando um *emoji* de duas mãos juntas a fim de representar esta força divina que os guiava, no compartilhamento, que consiste no “[...] momento que os membros do grupo compartilham seus sentimentos e experiências de vida no que se refere ao psicodrama” (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 102), Cristina disse “é ver que o medo não aceitou lá a proposta do mal”, referindo-se à morte e,

Pedro afirmou “é emocionante, a gente superou o medo, a gente está aqui lutando pela vida”, estes recortes mostram o efeito terapêutico do grupo, bem como o resgate daquilo que propõe Moreno em sua visão de saúde, ou seja, “[...] a capacidade de agir de modo ‘adequado’ diante de situações novas, criando uma resposta inédita ou renovadora ou, ainda, transformadora de situações preestabelecidas” (Gonçalves; Wolff; Almeida, 1988, p. 47). A seguir há uma foto da resolução da cena, significada por eles como a fé que venceu o medo.

Figura 3 - Dramatização com Emojis - resolução da cena - “eu quero voltar para casa, eu tenho fé” (Pedro)



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Ainda, ao que se refere a espiritualidade, identificou-se que após a Covid-19 possuem a perspectiva de que por terem sobrevivi-

do, devem viver de forma correta e buscando sempre fazer o melhor, pois, conforme Pedro relatou, “se vamos ter segundas chances, tem coisa séria que a gente não pode ficar brincando, a gente pediu para Deus, fez oração e voltar para casa e fazer errado...”. Sobre isto, Joana afirmou que “às vezes a gente é mal-agradecido por tudo que Deus dá pra gente e a vida que dá pra gente, a gente acaba pisando na bola” e Pedro complementou, “reclamar nem pensar, mas agradecer muito a Deus e viver muito feliz”. Na técnica da projeção para o futuro, o Eu do Futuro (Cristina) dá um conselho para o Eu do Presente:

Continuar lutando, nunca desanime, sempre tenha fé em Deus primeiramente... e que nem eu falei antes, ser você mesmo, não pisar nos outros, não humilhar os outros, ter um coração bom que seja humilde, que ajuda o próximo sem pensar em ganhar nada em troca.

Estas falas indicam, que a espiritualidade continua sendo relevante na construção das vidas que querem após a Covid-19, conforme Cristina relatou:

Gratidão por Deus ter nos dado uma segunda chance para nós vivermos melhor e tirar o melhor de nós. Muitas vezes não é fácil, às vezes a gente erra, ninguém é perfeito, mas é com os erros da gente que a gente aprende, o que a gente não quer para a gente não se faz com outro, então a gente erra, mas vai aprender e consertar os erros e pedir perdão.

Um exemplo que pôde-se identificar o embotamento da espontaneidade e criatividade é quando o Pedro relatou que perdeu sua mãe na Covid-19, mas que não permitiu-se sofrer por isso, quando está em casa sozinho precisa sempre ter a televisão ligada ou uma mú-

sica, pois se não afirma, “eu não fico muito legal”, ainda, diz que falou para sua irmã, “você quieta todo esse tempo pensando sobre isso, liga a televisão, música no rádio, pois não traz sentimentos de perder alguém, a TV te passa alguma coisa ali e vai te jogar mais para a frente”.

Deste modo, percebe-se que um dos motivos para que este embotamento ocorra é porque entrar em contato com este sentimento - a dor de ter perdido a sua mãe - seria entrar em contato com as dores que passou quando sofreu o acidente, com o que vivenciou na Covid-19 e, especialmente, com o medo de morrer que possui, discussão que será ampliada posteriormente. Na última sessão, identificou-se que Pedro conseguiu falar mais abertamente sobre a morte, “ninguém morre na véspera (risos), igual diz o ditado... se o escolhido é aquele, não adianta passar pro outro”. Isso nos mostra o poder curativo do Sociodrama, tendo em vista que propicia um espaço seguro para “[...] revivenciar conscientemente o trauma” (Kellermann; Hudgins, 2021, p. 19), e que “[...] poder ser capaz de rir de si mesmo e das próprias falhas certamente representa um passo na direção da cura, uma vez que requer o distanciamento de alguma parte do *self*” (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 23).

O Medo

Identificamos que o medo os acompanhou em diversos momentos na experiência com a Covid-19, percebe-se que a primeira vez que esta emoção surgiu foi quando iniciaram os sintomas e foram para o hospital, Pedro disse, “a gente já saiu preocupado, sentimento de que dava medo mesmo, me questionei: será que a gente volta pra casa?” e também na fala da Cristina que disse que quando positivou

para Covid-19, “estava com medo do que ia acontecer, pois para mim, na minha cabeça, eu tava bem”.

O medo de morrer os acompanhou durante a internação, conforme relatou Cristina, “tinha medo de morrer... eu morrer mesmo, que cada vez eu piorasse mais”. Sobre isso, Pedro complementou “medo de faltar a luz e as coisas pararem de funcionar e que eles não conseguissem atender a gente”. Identificou-se ainda, na internação, o medo de deixar aqueles que amavam e de não ter feito o suficiente por eles, conforme o relato da Cristina, “eu tinha bastante medo por não ter expressado de forma suficiente o amor e o carinho”, Pedro compartilhou do mesmo sentimento, “lá no hospital medo do Covid, perder a minha esposa, ou de dar muito serviço para eles, me dava medo”.

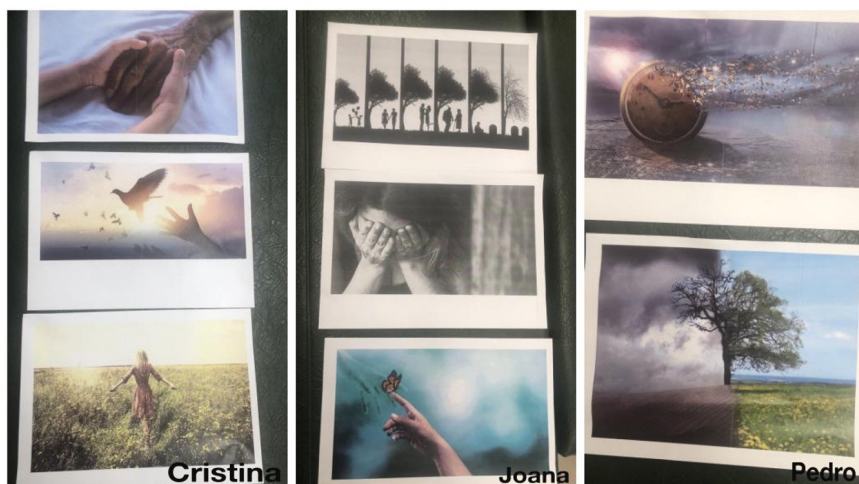
Apesar de todos sabermos que um dia iremos morrer, não imaginamos de fato a nossa própria morte. Estamos tão comprometidos com nossas vidas a ponto de achar que isto é algo que acontece somente com o outro, assim, acabamos não respeitando nossa finitude e mostramos uma dificuldade imensa de conversar sobre e aceitar a morte como uma realidade natural (Santos, 2008), ainda, as diversas representações existentes da morte, como podemos identificar nas artes, músicas, poemas e escritos, excedem o antigo e o moderno, de modo que, em todo tempo existirá uma forma de tratar a morte e polaridades em sua compreensão (Perazzo, 2019).

Pôde-se perceber uma resistência em falar sobre a morte na realização da projeção para o futuro, técnica que “[...] possibilita que o indivíduo demonstre como imagina seu futuro, entrando em contato com suas fantasias e emoções sobre ele” (Vidal; Lopes; Castro, 2021, p. 138). Na parte final, ou seja, a projeção do último dia de vida deles, Pedro disse, “eu pensei agora que nem quero pensar nessas coi-

sas, nesse último dia, entendeu...” e Joana afirmou, “chega na hora, não importa se é nós ou alguém conhecido, a gente tem muito medo”. Ainda, disseram que pensar sobre a morte causa angústia, medo e incerteza. Assim, identificou-se que evitam entrar em contato com certas emoções e que o medo ainda é um dos panos de fundo de suas vidas. Entretanto, sem dúvidas, a experiência da Covid-19 muda a maneira que muitos seres humanos lidam com a morte, considerando que nos colocou em contato com diversas formas de luto (Lo Bianco; Costa-Moura, 2020).

Na quinta sessão escolheram de duas a três figuras que definissem o que é a morte para eles:

Figura 4 - O significado da morte



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Nesta sessão, percebe-se que conseguiram produzir novos olhares sobre a morte, conforme a fala de Cristina, “hoje a gente pensou mais na morte, viu ela de outro lado também e cada um colocou seu ponto de vista... morte é uma palavra forte, mas a gente tendo

fé e segurando na mão de Deus a gente vai superar ela”, novamente a espiritualidade surge como um apoio e uma forma de lidar com a vida, afinal, a morte também faz parte da vida. Sobre isso, Viviana diz, “existe uma segunda vida, a eterna com Deus, nossa alma fica com Deus, a gente sai e fica lá do lado dele” e Cristina complementa, “quem morre, morre o corpo, mas tem uma outra vida e as pessoas que amam a gente vão lembrar da gente, como era feliz, como queremos viver a vida, alegre”.

Na mesma sessão, introduziram um tema de extrema relevância que se relacionou com a morte - a depressão.

A gente acaba tendo medo de perder alguém que ama muito, esse é meu maior medo e aqui (imagem de um rosto com mãos) é a famosa depressão, que a gente passa, muitos passam por isso e acaba tendo pensamentos negativos, acaba fazendo coisas e lembra que tem alguém que espera por ti, isso que a gente pensa bastante.

Relataram que após a Covid-19 se sentiram deprimidos, especialmente a Cristina e a Joana, pois, percebe-se através de relatos do Pedro que ele busca focar em suas dores físicas (decorrentes do acidente relatado anteriormente) para não entrar em contato com suas dores emocionais, “os medicamentos que continuo tomando pra dor são muito fortes e se atrasar um comprimido começa as dores que eu não aguento, então eu foco nisso aqui, nessa dor”.

No compartilhamento da sessão relatada anteriormente, Joana contou sobre a depressão após a Covid-19, “depois da Covid veio a depressão, daí que eu penso, olho para as minhas filhas principalmente e tenho medo de deixar elas sofrendo, mas às vezes o esgotamento e o estresse levam a pensar nisso”, este relato sensibilizou Cristina que

percebeu que o que Joana havia dito referia-se a um desejo pessoal de suicídio, assim, trouxe uma fala sobre sua experiência relacionada a isto, a fim de expressar que existem outras formas além do suicídio para lidar com nossas emoções:

Tem os que se matam, esses acho que não é a hora, mas é o caixão que vem e puxa... quem pensa na doença, na depressão, entende que a única saída é o suicídio, mas tem tantas outros meios de procurar ajuda antes de... eu já pensei, antes, quando perdi meu primeiro marido, na hora da dor eu me peguei com uma faca, pra cortar meus pulsos, mas alguém me chacoalhou e eu pensei, essa não sou eu, quero ficar perto da minha família, não é porque Deus levou ele que... Deus quer que... eu fiz meu melhor, meu melhor pra ele e tenho que pensar na minha família, nos que ficaram aqui, então foi dali que eu comecei a... depois disso eu nunca mais assim... procurei ajuda, fui pra psicólogo, psiquiatra, fazia quatorze anos que não tomava mais medicação... na Covid, eu tinha medo de morrer e da outra vez eu tentei morrer.

Ao ser ouvida pelo grupo, Joana relatou o sentimento de que muitas vezes a própria família não entende o que ela passa, “muitos julgam a gente, ah isso não é nada, levanta a cabeça e vamos lá, veste uma roupa e vai” e Cristina afirmou, “muitos chamam a gente de louco”. Segundo Dias (1994, p. 70), “[...] a depressão necessita ser elaborada [...] elaborar a depressão é poder aceitar que o ser humano é assim e ele não é um ser especial, e sim que ele é tão humano como todo mundo”.

No que se refere ao medo após a Covid-19, percebeu-se o medo de adoecer novamente, conforme observamos na fala de Pedro: “parece que estamos mais fracos, o alimento, tudo, não é mais como antigamente, tudo é mais fácil de ficar fraco por alguma coisa”. Santos e

Wechsler (2022), ao falarem sobre a pandemia de Covid-19, enfatizaram que grande parte das pessoas apresentam medo do futuro, pois ele mostra-se incerto e misterioso, considerando a probabilidade do surgimento de novos vírus/catástrofes. Ao que se refere a Covid-19, Cristina falou que:

Terminar, nunca vai, vamos ter que conviver com isso sempre, mas continuar se cuidando e aprender a viver com ela aqui, assim como a gripe aquela vez que teve e agora tem vindo mais coisas e cada vez mais coisas, a varíola do macaco tá aqui também temos que nos cuidar, cada vez vem vindo mais coisas.

Sobre esta imprevisibilidade, Kellerman e Hudgins (2021) nos dizem que após vivenciar um trauma a vida muda substancialmente, a segurança, previsibilidade e confiança se vão, pois os sobreviventes identificam que situações ruins podem ocorrer com elas, assim, o medo, a impotência e a perda de controle tornam-se uma vivência de aprendizado permanente, que dificilmente será esquecida.

Consegue-se identificar as estratégias que os participantes encontraram sobre o que farão para enfrentar o medo de viver, afirmando sobre a importância do amor, Cristina ressaltou a importância de fazer o bem, “fazendo o bem, amor, muito amor, não de marido e mulher” e Joana enfatizou, “amor ao próximo”.

O Ser em Relação - um passo para a cura

Um encontro entre dois: olho no olho, cara a cara.
E quando estiveres próximo tomarei teus olhos
e os colocarei no lugar dos meus,

e tu tomarás meus olhos
e os colocará no lugar dos teus,
então te olharei com teus olhos
e tu me olharás com os meus.

Assim nosso silêncio se serve até das coisas mais comuns e o
nosso encontro é meta livre:

O lugar indeterminado, em um momento indefinido, a palavra
ilimitada para o homem não cerceado. (Moreno, [s.d.] *apud*
Gonçalves; Wolff; Almeida, 1988, p. 53).

Moreno nos presenteou com esse poema em que ele nos mostra os conceitos fundantes da sua teoria e método, dentre eles, a empatia, que leva à receptividade de acolher o outro em si mesmo mutuamente de modo compreensivo, além disso, a vivência plena de troca no aqui e agora, ou seja, num lugar que não pode ser determinado e num tempo que é o momento presente que não se delimita por nenhuma medida, denominado por Moreno como o Encontro - o encontro moreniano é a meta. Todos estes conceitos são para o Psicodrama, ideias estruturantes para um ser humano criativo, espontâneo e sensível, ou seja, um ser que afeta e é afetado, que constrói e é construído por suas relações com o outro e o mundo.

Percebe-se que para este grupo, a experiência da Covid-19 fortaleceu os vínculos afetivos e, acredita-se que isto se dá por dois motivos, primeiro que enquanto estavam internados pensar nos familiares era um motivo para lutar e sobreviver e, também, no pós-Covid a rede de apoio foi extremamente importante considerando que eles precisaram de cuidados especiais devido às sequelas da Covid-19, a Cristina afirmou isso ao falar sobre a importância da família, “se a gente não pensasse tanto na família, a gente não tinha forças para sair de lá” e, Pedro complementou, “eu tinha a esposa junto e isso dava

mais confiança, quando eu tinha medo a minha esposa pegava na minha mão e segurava”.

Em uma das sessões, conforme dito anteriormente, utilizou-se *emojis* na dramatização, em que puderam trabalhar sobre o medo que sentiram quando estavam hospitalizados, Pedro naquela cena afirmou:

Eu quero voltar para casa bem, eu não quero viver as coisas do mal. Eu quero voltar para a família e ser feliz. Eu não vou me derrotar, o meu lugar não é esse aí. Eu não aceito, eu quero ir para casa, eu quero ir para a minha família, seguir meus compromissos e viver minha vida, pois eu acho que é cedo para tudo. Quero viver a vida e voltar para casa. Então eu não vou encarar isso com medo.

O desejo de retornar para suas famílias foi crucial na luta contra a Covid-19, nos levando a uma reflexão que “[...] por incrível que pareça, a pandemia, para muitos, leva a uma preocupação com o futuro, ajuda a refletir sobre as vidas rotineiras [...]. Talvez, para alguns, ela fortaleça os vínculos pessoais; para outros, a ruptura” (Sene-Costa, 2022, [s.p.]).

Vários foram os relatos em que confirmavam que antes da Covid-19 pensavam muito mais nos outros do que em si mesmos e que não davam tanto valor para suas vidas, como Viviane nos contou, “antes da Covid eu me sentia uma vítima de mim mesma, eu me agarrava aos meus problemas e as minhas dificuldades pra me sentir assim, vitimizada por aquilo”. Cristina também afirmou “eu pensava muito nos outros em primeiro, agora não, penso primeiro em mim: eu tô sendo feliz fazendo isso pra ajudar os outros ou eu só tô fazendo pra animar os outros? Então, agora eu penso em mim”.

Outro fator de extrema relevância que pudemos observar no decorrer da intervenção grupal, foi o grupo como ponto de apoio para os integrantes, ali eles puderam contar e encontrar-se nas histórias compartilhadas. Segundo Kellermann e Hudgins (2021, p. 53), “[...] o grupo ajuda os traumatizados a romper seu isolamento e a descobrir que suas reações emocionais são compartilhadas com muitos que vivenciaram fatos traumáticos semelhantes”.

Pôde-se identificar uma sintonia nos integrantes deste grupo desde o primeiro encontro, ficou claro quando eles afirmavam que fora dali era difícil falar das profundas marcas deixadas pela Covid-19, bem como, quando sentiam-se pertencendo a uma nova família no grupo, Cristina dizia, “aqui a gente é uma família”, Pedro parecia sentir-se acolhido quando afirmava “saber que elas passaram coisas que eu também passei, não sou só eu que passei por esse problema, outros também passaram” e, Joana completou “aprendemos um pouco com cada um, com a vida de cada um... a gente aprende com ele, com ela... cada um aprendeu com cada um, um pouquinho de cada um”. Aqui, podemos visualizar o que Moreno chamou de Tele, “[...] a tele é um processo da alma, uma vez que põe em contato as pessoas com o significado do amor e da beleza, tal como se refletem um no outro, no mundo e nos deuses” (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 115).

“A diferença entre saúde e doença é uma questão de caminho, sentido, direção. Alguns procuram a saúde para frente, pela inversão de papéis/experienciação do outro, do Encontro, atingindo o reviver cósmico. Outros buscam regressivamente” (Fonseca Filho, 2008, p. 133). Frente a isso, pôde-se observar durante o processo terapêutico grupal a busca de cada integrante, uma resposta adequada a si mesmo e uma abertura à história do outro, tornando possível ver em ação o

que Moreno propôs no poema anteriormente citado, “te olharei com teus olhos e tu olharás com os meus”.

Moreno definiu a psicoterapia de grupo como um espaço em que cada pessoa pudesse ser o agente terapêutico do outro, “[...] onde um grupo fosse o agente terapêutico do outro” (Moreno; Blomkvist; Rutzel, 2001, p. 126). Isso foi possível perceber no grupo, em que foi agente terapêutico em diversos momentos, mostrando assim, a importância da psicoterapia grupal e o efeito catártico do grupo, em especial quando nos falamos sobre a relevância daquela experiência grupal na vida deles, como disse Cristina, “sentimento de gratidão, a gente superou bastante coisa aqui”, também, Pedro expressou o desejo de continuidade nos vínculos que foram firmados ali “espero ver eles um dia em algum lugar por aí, são amigos, se a gente não se ver que cada um viva muito bem, tanto eles, como a família toda... em primeiro lugar a saúde, sempre”. Joana confirmou o que o colega trouxe e ressaltou a aprendizagem construída a partir das experiências construídas no processo grupal “pra mim foi um aprendizado, a gente aprende com cada um, nem todo mundo é igual, mas foi um bom... um grupo maravilhoso... eu agradeço muito e como ele diz que Deus abençoe todo mundo e que mais pra frente a gente se reencontre de novo”.

Como dito anteriormente, em um dos momentos do trabalho terapêutico, foi realizada uma técnica denominada Projeção para o Futuro (Crelie, 2021), naquele momento, os participantes criaram um novo encontro para daqui a cinco anos, reforçando o desejo de reencontro entre eles, Cristina disse “agora que a gente se tornou uma família eu acho que aqui, aqui seria um encontro bem emocionante”, mostrando que se sentiram compreendidos e acolhidos no grupo, conforme Moreno pontuou em seu poema sobre o encontro.

Ainda sobre o impacto positivo que o trabalho terapêutico grupal teve, identificamos na dramatização realizada com emojis uma mudança nas percepções sobre o medo e a morte, Pedro disse “percebo que apesar de ter vindo o medo daquilo [referindo-se à morte], que com certeza veio, mas com a fé que eu tenho, o lado errado eu não vou aceitar”, surgindo novamente, a espiritualidade como outro pilar de sustentação no enfrentamento da Covid-19. No compartilhamento disseram que saíam das sessões grupais mais leves, Cristina afirmou “descarrega um pouco, por mais que em casa a gente converse, aqui parece que a gente se livra... lá em casa a gente procura nem falar mais nisso”. Entretanto, em muitos momentos os pacientes não conseguiram dar o nome para aquilo que estavam dizendo como morte, mostrando que o medo ainda está presente e evidenciando a necessidade de que o trabalho psíquico siga – no grupo ou fora dele – para que possam ressignificar suas vivências traumáticas.

Frente a isso, podemos identificar que quando Cristina diz que o grupo é lugar em que ela se livra daquilo que lhe angustiava, comprova o efeito terapêutico do grupo, em que Moreno nos diz sobre a ação dramática: “[...] toda verdadeira segunda vez é a libertação da primeira” (Fonseca Filho, 2008, p. 28).

Sobre a importância das relações no processo de recuperação após a Covid-19, Cristina traduziu de forma muito clara a visão de mundo moreniana, dizendo “mas se a gente não tem amizades, uma família, sozinho a gente não vive intensamente, ninguém vive sozinho, nada vive sozinho”, afinal, na teoria psicodramática a existência pode ser compreendida da seguinte maneira, “[...] só existimos na relação. Existir é coexistir” (Nery, 2014, p. 17).

Para finalizar, deixamos uma foto do cartaz que construímos coletivamente no último encontro que mostra a percepção grupal dos

encontros, identificando-se assim os aprendizados e relações que foram sendo constituídas entre os participantes.

Figura 5 - (Cartaz) - 1. Como chegamos? “meio com medo do que que vinha” (Cristina); “envergonhados” (Joana); “a gente chega com medo, meio perdido” (Pedro). **2. Como foi o processo?** - “uma evolução, um aprendizado” (Cristina); “aprendemos um pouco com cada um, com a vida de cada um” (Joana). **3. O que levamos daqui?** - “sentimento de gratidão” (Cristina); “amizade” (Joana); “coração mais leve, pensamentos mais leves” (Cristina); “com planos... o barco significa isso, eu adoro pescar” (Pedro).



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Comprendemos que os breves trechos que contamos aqui das histórias destas pessoas, foi um recorte, muito sucinto, daquilo que elas vivenciaram na relação com a Covid-19, sem dúvida, há muito mais o que se explorar. Esperamos que cada uma destas vidas que acompanhamos durante este processo, sejam vistas, sejam escutadas e, principalmente, que sejam cuidadas, por eles mesmos e por todos àqueles que de algum modo se entrelaçarem com eles.

Considerações finais

É visível que o grupo auxiliou os participantes a ressignificarem afetos e emoções relacionadas a cenas conflituosas de suas experiências com a Covid-19, pois (re)viver o trauma em um espaço seguro os auxiliou a criar respostas a temas que antes eram muito difíceis de se entrar em contato, especialmente no que se refere ao medo e à morte. Através do encontro consigo e com o outro e por meio da ação dramática ocorreu a diminuição das crenças culturais, a promoção da liberdade, a consciência de atitudes e comportamentos que antes não compreendiam e o resgate de seus potenciais espontâneos e criativos. O sociodrama, mostrou o seu potencial na diminuição dos agravos à saúde mental em pacientes pós-Covid afinal, as falas dos participantes demonstraram que a troca afetiva vivenciada durante esse processo terapêutico possibilitou, mesmo que de forma muito tênue, novos modos de se viver no mundo através do resgate da espontaneidade.

É fundamental o desenvolvimento de ações que visem a promoção de saúde e prevenção das doenças mentais, em especial, trabalhos no âmbito da Universidade que favoreçam novos estudos e ações que atendam as necessidades da população, para prevenir agravos aos sofrimentos psíquicos, bem como promover bem-estar e saúde mental.

Por fim, deixamos um agradecimento aos participantes e esperamos que deem novas respostas adequadas a si mesmos para as situações que encontrarem na vida e, assim, que possam experimentar a vida que desejaram ao longo das sessões.

Referências

BARBOSA, Irella Borges dos Santos; FONTES, Nice Corrêa Machado Corrêa Machado. A experiência do coma e seus aspectos psicológicos no confronto com a morte. **Life Style**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 55-68, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/572>. Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **O que é a Covid-19?** Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 12 mar. 2023.

CARNEIRO, Adriana Munhoz; BAPTISTA, Makilim Nunes. **Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)**. São Paulo: Hogrefe, 2016.

CASELLATO, Gabriela. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. 1 ed. São Paulo: Summus, 2020.

CRELIER, Vânia. Projeção para o Futuro. In: MONTEIRO, Regina Fournaut (Org.). **Técnicas Fundamentais do Psicodrama**. 4. ed. São Paulo: Summus, 2021.

DIAS, Victor Roberto Ciacco da Silva. **Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica**. 1. ed. São Paulo: Ágora, 1994.

FARO, André *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FONSECA FILHO, José de Souza. **Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno**. 7. ed. rev. São Paulo: Ágora, 2008.

GONÇALVES, Camila Salles; WOLFF, José Roberto; ALMEIDA, Wilson Castello de. **Lições de psicodrama: introdução ao pensamento de JL Moreno**. São Paulo: Ágora, 1988.

KELLERMANN, Peter Felix; HUDGINS, M. K. (Orgs.). **Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena**. São Paulo: Ágora, 2021.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; LIPP, Louis Mario Novaes. Stress e transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 99, p. 180-191, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200003. Acesso em: 08 mar. 2023.

LO BIANCO, Anna Carolina; COSTA-MOURA, Fernanda. Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/d9mBr3GZfndZsRN6wtL7D9q/?format=html>. Acesso em: 12 mar. 2023.

MORENO, Zerka T.; BLOMKVIST, Dag Leif; RUTZEL Thomas. **A Realidade Suplementar e a Arte de Curar**. São Paulo: Ágora, 2001.

NERY, Maria da Penha. **Vínculo e Afetividade: caminho das relações humanas**. 3. ed. São Paulo: Ágora, 2014.

PERAZZO, Sergio. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. São Paulo: Ágora, 2019.

SANTOS, Jania Alves dos. **Psicodrama: Uma intervenção na elaboração do luto**. 2008. 44f. Monografia (Especialista em Psicodrama Terapêutico) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008. Disponível em: <https://silو.tips/download/psicodrama-uma-intervenao-na-elaboraao-do-luto>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SANTOS, Maria Luiza Vieira; WECHSLER, Mariângela Pinto da Fonseca. O fio da vida e a vida por um fio - Aprendendo a se reencantar em tempo de pandemia. In: CUNHA, Adelsa; SENE-COSTA, Elisabeth (Orgs.). **Viagens virtuais psicodramáticas: A Travessia da Sociedade de Psicodrama de São Paulo**. São Paulo: Ágora, 2022. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/201501/epub/8>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SENE-COSTA, Elisabeth. **Universo da depressão: histórias e tratamentos pela psiquiatria e pelo psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.

SENE-COSTA, Elisabeth. Experiências surrealistas - Pandemia e Psicodrama: como sobreviveremos? In: CUNHA, Adelsa; SENE-COSTA, Elisabeth (Orgs.). **Viagens virtuais psicodramáticas: A Travessia da Sociedade de Psicodrama de São Paulo**. São Paulo: Ágora, 2022. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/201501/epub/8>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Pandemia/ Covid-19**. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://infectologia.org.br/pandemia-covid-19/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SOUSA, Gabriela Silva; CERQUEIRA, Gustavo Luiz Caribé. **Hospitalização por COVID-19 e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão integrativa da literatura**. 2022. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2022. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/4904>. Acesso em: 08 jan. 2023.

STANCZAK, D. E *et al.* Assessment of level of consciousness following severe neurological insult: a comparison of the psychometric qualities of the Glasgow coma scale and the comprehensive level of consciousness scale. **Journal of Neurosurgery**, v. 60, n. 5, p. 955-960, 1984. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6716164/>. Acesso em: 12 mar. 2023.

STRAUCH, Vanessa Ramalho Ferreira. Resignificação da morte na abordagem psicodramática: perdas e ganhos no luto. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 49-58, 2017. Disponível em: <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/157>. Acesso em: 08 mar. 2023.

VIDAL, Gabriela Pereira; LOPES, Ronilto Arthur Gonçalves; CASTRO, Amanda. A despedida dos vivos: contribuições do psicodrama no luto antecipatório. **Revista Panorâmica**, v. 32, p. 136-148, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistapanoramica/index.php/revistapanoramica/article/viewFile/1248/19192428>. Acesso em: 10 jan. 2023.

Sobreviventes da Covid-19: um nome para aqueles que protagonizaram uma experiência psicodramática

Liliane Pedon
Estéfani Bianca Küttner
Franciele Castanho

Frente à emergência mundial de saúde pública decorrente da pandemia da Covid-19¹ e ao mapeamento de demandas que dizem respeito às sequelas físicas e psicológicas em pacientes de uma Clínica Escola de Fisioterapia de uma universidade do oeste catarinense que passaram pela doença, surgiu a ideia de uma intervenção grupal com pessoas que tiveram a experiência de passar pela forma mais grave da Covid-19, culminando no presente relato de experiência.

Para este trabalho realizaram-se seis encontros grupais, com frequência semanal, ocorridos no período de outubro a novembro de 2021, participaram sete pacientes que foram atendidos pela Clínica-Escola devido a sequelas da Covid-19. Utilizou-se o referencial teórico do Psicodrama de Jacob Levy Moreno, respeitando o método psicodramático (aquecimento, dramatização e compartilhamento), bem como os grupos tiveram um caráter aberto, ou seja, a participação era

1 A Covid-19, também conhecida como Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus (SARS-CoV-2), é um betacoronavírus que causa uma infecção respiratória aguda.

voluntária, deste modo, a presença dos membros variou entre quatro e sete participantes em cada encontro. Por fim, para firmar a identidade grupal, os participantes denominaram-se como “Sobreviventes da Covid-19”, daí vem o título deste capítulo.

O Psicodrama busca por meio da espontaneidade e criatividade, alcançar a existência autêntica do homem, resgatando a liberdade de utilizar as suas próprias capacidades de ser e existir (Cukier, 2018). No decorrer das sessões de acordo com o método psicodramático, foi escolhido um protagonista, bem como o grupo serviu como ego auxiliar, favorecendo a coesão coletiva. Quando ocorre a possibilidade de trazer para a ação a realidade interna, é possível introduzir finais que potencializam, fortalecem, reparam e ressignificam a vida dos sujeitos (Kellermann; Hudgins, 2010).

Não pretendemos neste relato de experiência esgotar a discussão sobre os efeitos terapêuticos do trabalho com grupos em pacientes sobreviventes da Covid-19, no entanto, compreende-se que os elementos presentes e mobilizadores do grupo somam um conteúdo riquíssimo frente a escassez de referencial teórico já produzido sobre os efeitos da vivência da fase aguda da Covid-19.

Deste modo, para que nosso leitor compreenda melhor a experiência com a Covid-19 das pessoas que participaram do grupo, é importante dizer que os sete participantes que compõem o grupo foram hospitalizados e encaminhados para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), destes, apenas dois não precisaram ser entubados, mas fizeram a utilização da máscara de Ventilação Mecânica Não-Invasiva (VNI).

Para preservar a identidade de cada participante, utilizaremos nomes fictícios, sendo eles: Rafaela, Antônio, Raissa, Vanessa, Fernando, Lívia e Ingrid. Antes de expor o desenvolvimento e análise dos en-

contros grupais, acreditamos que seja necessário que nosso leitor conheça melhor quem são os protagonistas deste relato de experiência.

Rafaela é cabeleireira e demorou para retomar seu trabalho em decorrência das sequelas da Covid. Ficou 17 dias entubada e mais 13 dias internada em outro município do oeste catarinense, próximo à cidade onde morava. Perdeu todo seu cabelo e a visão em decorrência do adoecimento pela Covid, mas ressaltou que a perda de memória foi o impacto maior, diante de suas atividades cotidianas.

Antônio é funcionário público, aposentado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por invalidez por conta das sequelas da Covid-19, devido ao comprometimento de seu pulmão, ficou internado em um leito de UTI, utilizou VNI e afirma que o impacto maior foi relacionado a parte psíquica, pois viu a morte de outros pacientes enquanto esteve internado no hospital.

Raissa trabalha numa agroindústria e passou por grandes dificuldades em decorrência da Covid. No início dos sintomas só apresentava dor no ombro, que a princípio suspeitava ser Lesão por Esforço Repetitivo (LER), mas na verdade era em decorrência que 69% do seu pulmão estava comprometido. Ela ficou entubada, desenvolveu trombose, perdendo totalmente o movimento das pernas e teve comprometimentos na visão.

Vanessa teve inicialmente sintomas leves, passou um mês sentindo-se mal, até que teve grave queda em sua saturação sanguínea e precisou ser internada com urgência. Ela possuía histórico de tratamento psiquiátrico e após a vivência da Covid apresentou recaídas acentuadas. Depois do isolamento, percebeu a necessidade de interagir com outras pessoas e já havia participado de outros grupos terapêuticos.

Fernando, 27 anos, professor, relatou que foi em sala de aula onde se contaminou, passou 5 dias entubado e mais alguns hospitalizado. Refletiu sobre o caráter substituível das pessoas no mercado de trabalho, pois assim que ele internou percebeu que já haviam colocado outro em seu lugar. Sentiu-se mal e buscou o hospital, lá já foi entubado com urgência, apresentando comprometimento em 80% dos pulmões.

Lívia nos contou que passou por uma situação grave no seu adoecimento, se deparou com a morte e ficou 30 dias entubada. Verbalizou sobre sua vulnerabilidade devido a perda de autonomia, pois precisou de ajuda para se alimentar, usou fraldas e seus movimentos corporais só retomaram após acompanhamento fisioterápico.

Ingrid, expôs que no começo dos sintomas apenas apresentava dor de cabeça e estava tratando como enxaqueca em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Porém, em um certo dia ficou com os lábios roxos e a pele pálida, sua pressão arterial baixou e sua saturação caiu para 49, foi encaminhada para a UTI imediatamente, não foi entubada, mas utilizou a VNI. Neste processo relembra que ficou lúcida, porém, sentiu-se muito ansiosa, assustada e nervosa. Afirmou que a fé e suas orações a sustentaram naquele período, se alimentava sem ter vontade, pois sabia que era necessário para ficar forte, declarou: “o que mais me deixou motivada foi a vídeo chamada com a minha família”.

Conhecemos, então, quem são nossos protagonistas e brevemente como foi a relação deles com a Covid-19. As histórias anteriores nos foram contadas pelos próprios participantes no primeiro encontro grupal. Deixamos que eles falassem livremente sobre si mesmos, sobre a experiência e os principais desafios frente ao adoecimento da Covid-19. E, para melhor compreensão, organizamos este capítulo apresentando as seis sessões com o grupo, em cada sessão

será mostrado o objetivo, os participantes e o desenvolvimento e análise dos encontros.

Sessão I

No dia 19 de outubro de 2021, estiveram presentes no primeiro encontro seis participantes, Rafaela, Raissa, Vanessa, Lívia, Fernando e Antônio. Naquele encontro foi realizado o jogo do novelo (Yozo, 1996), com o objetivo de estabelecer o contrato terapêutico, promover a integração e o reconhecimento grupal. Formaram um círculo e falaram seu nome, suas características pessoais e o que estavam trazendo para o grupo naquele momento. Em seguida, jogaram o novelo de lã para outro participante dando sequência no jogo de apresentação.

Neste primeiro encontro, proporcionamos um momento para os participantes se localizarem e se identificarem com os outros participantes, respeitando o ritmo e o espaço interno de cada sujeito. No contrato terapêutico grupal, realizado coletivamente, foram construídas as regras para o funcionamento e realização do trabalho, ressaltando o sigilo.

Durante o jogo de apresentação, o grupo se apresentou acolhedor e envolvido, expressando sentimentos, sensações, com uma comunicação e integração adequada. No que diz respeito ao que pretendiam trazer para aquele grupo, mencionaram: cuidado, confiança, conforto, amizade e esperança. E sobre o que esperavam levar daquele grupo para suas vidas através dos encontros grupais, apontaram: carinho, compromisso, positividade, incentivo/ânimo, confiança, cuidado e amizade.

Diante da apresentação deles e de suas experiências com a Covid-19, ficaram evidentes os impactos que a doença causou. Algumas das sequelas sentidas pelos participantes foram: respiratórias, como capacidade de difusão pulmonar comprometida, pneumonia; cardiovasculares, aperto no peito; neurológicas, como confusão mental, perda de concentração e lapsos de memória e linguagem (dificuldade/alteração na emissão da voz), dores de cabeça; psicológicos, como ansiedade, insônia, transtorno de estresse pós-traumático, estresse, isolamento; assim como outras manifestações, como perda de visão e queda de cabelo.

Sessão II

No dia 26 de outubro de 2021, compareceram ao encontro cinco participantes, Fernanda, Karen, Antônio, Rafaela e uma nova integrante: Ingrid. Iniciamos o encontro do grupo com a apresentação da nova participante e na sequência foi explicado o contrato do grupo para que ela pudesse estar ciente e concordar com os termos. Após, realizamos o aquecimento (Cukier, 2018), para isso, foi aplicada uma técnica de relaxamento a fim de que eles pudessem entrar em contato com suas emoções e mundo interno. Em seguida, foi dada a consigna para que cada um escolhesse um objeto com o objetivo de representar o que foi a experiência da Covid-19 para cada um e como isso afetou a saúde mental (Yozo, 1996).

O primeiro a compartilhar sobre o significado do objeto que havia escolhido foi Fernando, que escolheu uma fênix. Afirmou que o objeto o representava, pois sente como se tivesse renascido, expressando a importância das pequenas vitórias. Fernando expôs que a música foi significativa no seu processo de recuperação. Contou que

havia sofrido um acidente grave antes da Covid-19, ficando em coma por alguns dias, teve traumatismo craniano e diversas complicações. Quando se recuperou, cantou a música “*We are the champions*” do Queen para a sua mãe. E, ao se curar da Covid, mesmo com a voz quase inexistente, por conta dos procedimentos invasivos, cantou por vídeo chamada a música novamente para ela.

Karen escolheu um tigre, mas se identificou também com a fênix. Contou que seu objeto representa força, pois lembrou de quando estava entubada “pensava em desistir da vida”, mas ao mesmo tempo escutava uma voz dizendo “aguenta mais um pouquinho”. Ela relatou que via e ouvia algumas coisas que aconteciam em sua volta, enxergava luz sobre ela, narrou que a lembrança era vaga em sua mente e não sabe distinguir o que foi real ou imaginário.

A escolha de Ingrid foi um boneco de enfermeiro, representando o apoio dos profissionais quando estava hospitalizada. Passou por um processo de reabilitação, se referindo também ao grupo, relata que a família e a religiosidade também lhe deram forças para enfrentar aquele momento de adoecimento da Covid-19.

Antônio escolheu um boneco para representar o corpo, declarou “se apagamos no corpo”. Percebeu na UTI (onde permaneceu lúcido devido a utilizar somente a VNI) que ali precisava se desapegar das vaidades do corpo físico, lá estavam todos nus e dependentes de outros para sobreviver. Relatou que quando saiu do hospital, a primeira coisa que queria fazer era tomar banho sozinho, não aguentava mais exposição e que aquilo foi revitalizador para ele. Mencionou ainda que poderiam ter separado os pacientes que estavam em estado mais grave daqueles que estavam mais estáveis, pois havia forte impacto psicológico. Ver as pessoas morrendo do seu lado, vivenciar aquilo e saber que você pode ser o próximo, “mexe com o psicológico,

isso é ruim”. Além de tudo, relatou que só via paredes brancas, sem nenhum som, sem televisão (TV), apenas a angústia pairando no ar, assistindo o terror do ambiente da UTI. Manifestou o quão desesperador foi o momento em que soube que seria encaminhado para a UTI, pois já havia perdido diversos familiares e amigos que foram para lá e não voltaram. Expôs que o sentimento “era de morte, por que não sabe se vai voltar”, e afirmou que pensou “Deus me ajuda”. Contou, ainda, que antes de pegar a Covid, não queria tomar a vacina, teve a oportunidade de tomar a primeira dose, mas optou por não tomar, mencionou sobre como as pessoas foram influenciadas pelos governantes e percebeu que isso quase custou a sua vida. Após a contaminação pela Covid tomou as vacinas e aconselhou todos a se imunizarem também, afinal a doença não brinca.

Rafaela escolheu uma leoa para representá-la, afirmou que precisou rugir como um leão para superar a Covid-19 e, principalmente, quando soube que sua perna poderia ser amputada por conta da trombose. Expôs que ao receber a notícia, o que lhe deu forças para conseguir a cura foi uma música cristã que a família lhe enviou. Ao escutá-la, fechou os olhos e descreveu que naquele momento “rugiu”, mostrou um gesto de força que fez no momento, cerrando suas mãos e então sentindo um calor que iniciou na mão e espalhou-se por seu corpo chegando nas suas pernas que já não sentia mais. Após este momento, contou que voltou a senti-las, conseguiu mexer até o dedão de seu pé e, então, não precisou mais amputar a sua perna.

Karen refletiu que algumas coisas simples fizeram falta no período de internação, como por exemplo, beber água. Fernando concordou e complementou dizendo ter vivenciado a mesma situação, lembra da angústia em sentir a boca seca e não poder beber água, pois era arriscado engasgar-se ou aspirar. Mencionou que em um dia

implorou por água, então umedeceram seus lábios com uma gaze, mais adiante concederam a permissão de tomar 20 mililitros (ml) de água numa seringa e quando foi liberado, tomou 250 ml de água, não aguentava mais, sua garganta estava muito seca e ardia. Então, solicitamos a eles que pensassem juntos numa forma de expressar com o corpo aquilo que foi trazido pelo grupo naquele momento no encontro (Cukier, 2018). Os participantes conversaram entre si e chegaram na seguinte imagem:

Figura 1 - Representação grupal através da técnica de imagem sobre a experiência da Covid-19.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Na foto, Fernando está no meio representando a *Fênix* como símbolo de *renascimento*; Antônio (à direita) representou a *força* necessária para enfrentar a situação que vivenciaram; Ingrid (ao fundo

e à direita) representou o *acolhimento*; Karen (ao fundo e à esquerda) representou a *união*; e por último, Rafaela (à esquerda) representou o *aconchego* da família. Os participantes nomearam a imagem como: Esperança e Renascimento.

Observamos no grupo um sentimento muito presente de superação e euforia, justamente por terem sobrevivido à doença. Também houve interação positiva entre eles, proporcionando um ambiente favorável para o compartilhamento das suas histórias e sentimentos. Porém, percebeu-se a necessidade de aprofundar certas questões, como a vivência da hospitalização e os lutos enfrentados por cada um, para que de fato houvesse a ressignificação das questões vividas durante a internação.

Ainda, os participantes avaliaram positivamente a experiência das visitas virtuais durante o período de hospitalização e de como estas foram importantes para a sua recuperação. Foi uma ferramenta que possibilitou a troca de afeto dos pacientes com seus familiares. Sinaliza-se essa ação fundamental no contexto enfrentado, sendo que se torna uma ferramenta para humanização dos atendimentos, “[...] poder refazer o sentido de viver diante do imprevisível e avassalador da pandemia, é imprescindível para não adoecer psicologicamente” (Nunes *et al.*, 2020, p. 6) e isso perpassa pela manutenção dos vínculos com os familiares, amigos entre outros.

Pôde-se, também, observar que em meio a toda a experiência de sofrimento que vivenciaram, buscaram fortalecer a saúde mental através da aceitação de um novo papel que desempenham, o papel de sobreviventes. Através dos relatos, afirmam que percebem a vida com outra cor, cheiro, tato, sentido, pois se reinventaram, renasceram e criaram um modo de ser e estar no mundo. No Psicodrama, o papel é a forma como o indivíduo reage frente a uma determinada situa-

ção em um momento específico, em interação com outras pessoas e o mundo. Assim, “[...] o modo de ser, a identidade de um indivíduo decorre dos papéis que complementa ao longo de sua existência e de suas experiências” (Gonçalves; Wollf; Almeida, 1988, p. 74).

Sessão III

No dia 09 de novembro foi realizado o terceiro encontro com o grupo, estavam presentes Fernando, Ingrid, Antônio e Karen. Iniciamos o encontro com um aquecimento, o jogo do andar (Yozo, 1996), onde foi solicitado que os participantes caminhassem pela sala, sentido o seu ritmo e com o objetivo de escolher o momento de maior sofrimento e dor que passaram naquele período de suas vidas.

Com a cena escolhida por eles, pedimos que trouxessem de forma breve, em uma palavra, o que descreveria tais momentos. Fernando trouxe angústia e aperto no peito e que foi difícil o que viu, outros pacientes saindo em um “saco preto”. Em seguida, Ingrid manifestou que sentiu medo e que foi muito ruim ficar dependente, e que o apoio da família foi fundamental para ajudá-la. Elucidou também que os profissionais da saúde não são humanos, são anjos, como forma de reconhecimento e agradecimento a eles. Antônio trouxe a palavra esperança, relembra que ela foi necessária para ele conseguir sair do hospital. Karen expressou a palavra saída, explicando que queria voltar para casa e relembra das experiências de alguns colegas que relataram só ver a placa de saída durante o período de hospitalização.

Foi solicitado então que cada um escolhesse uma palavra com que mais se identificou, como houve empate entre esperança e angústia, foi solicitado que os participantes falassem mais sobre suas

palavras. Fernando ao discorrer sobre o sentimento de angústia, citou que após pegar Covid em seu local de trabalho, acabou por contaminar seu pai, e que no momento que acordou da hospitalização se viu amarrado em uma maca com o tubo no esôfago, ficou só de fralda, usou cateter para a urinar e que isso foi angustiante para ele. Não poder se levantar do lugar em que estava, só poder mexer os olhos, sentia muita dor na traqueia, expressou que ter escutado o sofrimento dos outros naquele local mexeu psicologicamente com ele.

Antônio expôs que o seu pior momento foi quando deu entrada na UTI e teve de se despedir de seus familiares. Visualizou pessoas em situações piores e que isso o motivou a continuar. Reconheceu a importância de buscar ajuda, pois antigamente pensava que psicólogo e psiquiatra “eram somente para loucos”, mas hoje, depois da Covid, percebe a importância de pedir ajuda.

Em seguida, realizamos a escolha do protagonista e o relato que mais gerou identificação entre os participantes foi o de Fernando com a angústia. Ao abrir sobre a sua experiência, ele relata que sempre foi um sujeito dinâmico e espontâneo, porém, Fernando se viu paralisado quando acordou para a desintubação. Ao estar amarrado em uma maca com um tubo em seu esôfago, ele lembra ter ouvido a enfermeira dizer: “você já acordou?” e que sentiu muita angústia por estar com dor e sentir sua garganta áspera e seca e por não poder se movimentar e depender de outras pessoas. No “como se”, da dramatização, solicitamos que Fernando representasse com o corpo como a angústia se manifestava nele naquele momento da internação. Então, inclinou-se para trás, com os braços presos nas costas e com as pernas dobradas próximas ao seu corpo e afirmou que se via sem movimento. Fernando traz que a angústia o acompanhou durante todo o processo, e que

também o fazia pensar em como seria a partir do momento da alta, sobre seu futuro, se poderia voltar a cantar ou não.

Além da angústia, também lhe acompanhava um sentimento de sufocamento. Pedimos que Fernando escolhesse alguém para representar esse sufocamento e mostrar como ele a sentia em seu corpo por meio dessa outra pessoa. Karen foi escolhida e então a pedido do protagonista colocou-se atrás dele com as duas mãos ao redor de sua garganta. Fernando expôs que se sentiu sufocado desta maneira nos momentos em que esteve internado, que era angustiante estar naquela situação. Relatou que a angústia o deixava sem voz e com dor, ele escolheu Ingrid para representar isso, ela foi posicionada com as mãos na frente da boca de Fernando.

Com a escultura montada, solicitamos que o protagonista olhasse no espelho (que estava na parede em sua frente) a escultura que tinha sido construída. Ao se ver daquela forma ficou surpreso e expressou ser doloroso e vergonhoso estar naquela situação. Percebemos o quanto Fernando manteve-se forte apesar da vergonha diante da sua vulnerabilidade. Mencionou ainda o quanto se sentiu descartável naquele momento em que esteve internado, como se o mundo estivesse na frente dele e ele apenas assistindo escorado em um cantinho. Pedimos que ele representasse essa cena indo até um canto da sala e a reproduzindo junto do sufocamento e da dor, ele se posicionou e apoiou a cabeça na parede cabisbaixo. Questionado sobre os seus sentimentos ao estar naquele lugar, ele respondeu que era ruim, que não se sentia uma pessoa mesmo sabendo que é uma, informou novamente que sentia como se o mundo acontecesse na sua frente e ele estivesse ali paralisado.

Buscando a resolução da cena, pedimos a ele o que poderia ajudá-lo a sair daquela posição. Sobre seu processo de internação, ele

lembrou da coragem, Antônio é convidado para representá-la, colocando a mão no ombro de Fernando. A coragem o incentivou a sair daquele lugar, dizendo que estava ao seu lado e que juntos iriam conseguir sair dali. Naquele momento a coragem ajudou Fernando, fizeram força e conseguiram sair daquele lugar, imediatamente todos do grupo comemoram (aplaudindo) por ele ter conseguido se libertar de sua angústia. O “como se”, a montagem das cenas no palco psicodramático favoreceu Fernando a encontrar dentro de si o potencial necessário - a coragem - para enfrentar sua angústia, o grupo, da mesma forma, identificou-se e vibrou ao vê-lo sair daquele lugar paralisante.

No compartilhamento, momento em que cada membro do grupo traz sua individualidade e mostra como a história dramatizada reverbera em seu coração, em sua vida, os participantes trouxeram a angústia e medo de morrer, falaram sobre sua dificuldade de dormir após a Covid-19 e sobre sentir-se inútil e substituível. Antônio falou sobre como foi constrangedor ficar nu na maca, ter que usar fraldas e depender dos outros, constatou: “você não é nada”. Karen explicou que nunca imaginou que seu filho cuidaria dela e concorda que foi constrangedor para ela usar fraldas, se sentia sem forças. Ingrid declarou que Deus lhe deu forças para passar por estas situações. Para finalizar o encontro, as palavras compartilhadas foram: amparo, esperança, gratidão, superação, e Antônio complementou discorrendo que é necessário viver sem apressar as coisas e que foi uma lição tudo o que vivenciaram e que busca prestar mais atenção em cada dia vivido.

Os sentimentos de medo e angústia no contexto pandêmico, apresentados pelos participantes do grupo, têm relação a alterações no estilo de vida. Compreende-se que ao vivenciar eventos inesperados e desconhecidos como a Covid-19, prejuízos e danos são consequências para a vida dos seres humanos, afinal, são situações que

carregam em si um potencial traumático, devido aos impactos experienciados de forma coletiva, seja pela mortalidade ou pela sensação de vulnerabilidade sentida pelos sujeitos em sofrimento. Importante propor intervenções que busquem encontrar os melhores recursos internos para se sentirem seguros no seguimento de suas vidas, a criatividade possibilita desenvolver de forma autônoma e para ressignificar a experiência traumática (Kellermann; Hudgins, 2010).

Sessão IV

No dia 16 de novembro foi realizado o quarto encontro com o grupo, estiveram presentes cinco participantes, Rafaela, Antônio, Ingrid, Karen e Fernando. Foi realizado o aquecimento a fim de mobilizar os participantes sobre sua relação com o sono e a hora de dormir. Fernando trouxe a palavra recarga, para ele, após a Covid, tudo passou a ser mais cansativo, fazendo o corpo cansar e com isso proporcionando um sono mais profundo e o fazendo acordar renovado. Seu único porém é que toda noite acorda e precisa tomar água, pois sua garganta fica seca como se tivesse engolido uma colher de sal. Já Ingrid trouxe a palavra tranquilidade/relaxamento e manteve a esperança de acordar melhor do que no dia anterior. Relatou que tomou medicação para dormir (Zolpidem) após a Covid e que também passou a utilizar medicação para sintomas ansiosos.

Ingrid relembra que acordava no meio da noite, não conseguindo mais dormir afirmando: “preciso ficar de olhos abertos”. Karen complementou, expressando o sentimento de ansiedade, pois antes de ter a Covid “sempre era ligada no 12” e que hoje em dia gostaria de voltar ao seu normal, mas por não conseguir, sentia-se irritada. Finalizando a etapa do aquecimento, Ingrid ainda comenta como é difícil

lidar com o julgamento por parte de outras pessoas que não compreendem as limitações causadas pelo vírus, minimizando sua vivência e sua dificuldade legítima de realizar tarefas cotidianas.

Na retirada da protagonista, a temática que Ingrid trouxe foi escolhida pelo grupo. Ao falar mais sobre como a sua ansiedade afetou seu sono, ela trouxe: “Tento não pensar em nada” e “distorço os pensamentos”. Como uma forma de proteção, alegou pensar positivo para tentar desviar os pensamentos ruins. Em seguida, foi solicitado que a protagonista se deitasse, fechasse os olhos e voltasse para o momento em que sentiu a insônia. Quando estava imersa na cena, ela expôs secreta na garganta e descreve uma sensação física, demonstrando a inscrição do sofrimento vivenciado em seu corpo, com dificuldade em nomear, traduzir em sentimento mobilizado, aspecto comum à situação traumática (Kellermann; Hudgins, 2010).

Questionamos sobre o que a dificulta dormir, ela relatou que sentia como se algo a puxasse para trás. Então solicitamos a um ego auxiliar que ficasse atrás de Ingrid e simulasse a força puxando-a para trás. A protagonista manifestou o quanto é ruim sentir essa força puxando, pois mesmo que tentasse ir para frente tem essa força, nomeada por ela como “coisa”, a impedindo. Investigando sobre a coisa, Ingrid expressou que é muita pressão, por não poder mais fazer o que fazia antes por si e por seus familiares, e por isso se sente julgada. Questionada se é ela mesma que se cobra por não fazer mais aquilo que fazia, ela afirma que sim e se emociona.

Em seguida, a protagonista menciona que essa “coisa” é acompanhada pelo medo e a insegurança. Manifestou sentir medo toda vez que precisava ir ao médico, pois sempre descobria que estava com uma seqüela diferente e sentia insegurança por não saber se conseguiria se recuperar totalmente. Esse relato ocorreu com muita emoção

pela participante. Em seguida, foi solicitado que ela pensasse de que forma ela poderia se libertar desta coisa que a puxava, ela expressou que precisará de coragem e força; então Fernando representou a coragem junto dela, a Ingrid fez força para conseguir livrar-se da “coisa”. Depois, solicitamos como ela gostaria de finalizar a cena, ela declarou que sorrindo ao lado da coragem, e assim fizeram.

No compartilhamento, Ingrid expressou que se sentiu bem com a ajuda do grupo. Ainda, surgiram diversas questões importantes, como por exemplo, a vulnerabilidade, sobre precisar de ajuda e aceitar ser ajudado, assim como respeitar suas limitações: “é preciso viver a vida, o momento, o hoje e o agora”, Ingrid acrescentou “é um passo de cada vez”. Antônio expressa que é bom ter a possibilidade de compartilhar neste grupo pois percebe as superações. Ao fim do encontro os participantes agradeceram e declararam para nós diretoras: “vocês são anjos”.

As dificuldades enfrentadas diante do sono, expressam o sofrimento psicológico dos sobreviventes da pandemia, seja por conta da situação traumática em si, ou pelo desejo de voltar a uma vida sem dificuldades para desempenhar tarefas simples. Ao refletir sobre a insônia, acordar sem motivos aparentes, percebe-se a existência de uma defesa para censurar os materiais intrapsíquicos que estão reprimidos, afinal, passar pela Covid-19 foi uma vivência inesperada, o que deixa o sujeito, em um primeiro momento, sem recursos para lidar com o trauma. Assim, diante a uma situação ou estado de crise, restará o nível de resposta primitivo, o fisiológico, “[...] originando as manifestações psicossomáticas sintomáticas, que nada mais são do que a representação corporal da angústia” (Freire, 2000, p. 54).

Poucos sintomas interpelam tão radicalmente o sujeito em relação à verdade de seus desejos e de suas paixões quanto a insônia. A dificuldade de adormecer, o despertar sobressaltado

no meio da noite ou simplesmente o sono inquieto e agitado impõem a ele uma interrogação sobre a porção oculta de si mesmo que insiste em se fazer reconhecer pela via dessas inquietações noturnas. (Pereira, 2003, p. 127)

Além desta problemática afetar os pacientes que estiveram hospitalizados, identificou-se o sofrimento de sobreviventes secundários. A participante Rafaela, cita que seu filho vivenciou coisas horríveis enquanto a acompanhou no hospital e que após isto ele passou a apresentar dificuldade para dormir. A fala mostra como os cuidadores apresentam traumas ocultos, neste caso da participante, a vítima oculta é seu próprio filho (Kellermann; Hudgins, 2010).

Os sintomas trazidos pelos participantes dão indícios de um possível Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Segundo Kellermann e Hudgins (2010), o corpo e a mente de quem sofre deste transtorno, apresenta certo grau de ansiedade e depressão, fazendo com que o sujeito reviva continuamente o trauma. Percebe-se que no caso dos participantes, esses indícios aparecem através de alguns sintomas verbalizados como o cansaço, a falta de memória, dificuldade de dormir, a busca diária por equilíbrio emocional e harmonia em seu interior, e que dizem justamente de um movimento psíquico, consciente ou não, de tentar esquecer e não reviver as lembranças dolorosas vividas anteriormente.

Foi possível analisar no encontro grupal que os sobreviventes estão emocionalmente fragilizados, assim como apresentando mecanismos de adaptação ao que enfrentaram em suas vidas. A fragmentação da memória, por exemplo, tem relação ao processo traumático, assim como a falta de sono, visto que ao vivenciar traumas ocorre a manifestação de deficiência em neurotransmissores, pensamento ilógico, memória sensório-motora não processada, falha nas sinapses, dissociação

afetiva, relacionamentos transferenciais e comportamentais, repetição de experiências e defesas primitivas (Kellermann; Hudgins, 2010).

Sessão V

No dia 23 de novembro foi realizado o quinto encontro com o grupo, nesse encontro estiveram presentes cinco participantes, Rafaela, Antônio, Ingrid, Karen e Fernando. O aquecimento inespecífico propôs relaxamento e sensibilização, a fim de levar os participantes a entrarem em contato com o momento que se contaminaram pela Covid-19, que foram hospitalizados e a passagem pelo pior momento da doença, buscando provocar sentimentos diante das vivências traumáticas.

Figura 2 - Aquecimento grupal - viagem ao momento que se contaminaram com a Covid-19



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Após o aquecimento, foi aberta a discussão no grupo, onde solicitamos que trouxessem como havia sido essa viagem. Fernando rela-

tou que foi uma viagem conturbada, pois não lembrava de muita coisa, apenas se viu entrando em uma ambulância e após acordando da intubação. Ingrid informou que revive muitas vezes essa viagem quando não consegue dormir, mas afirma que hoje em dia já se sente mais leve com esse vislumbre. Rafaela mencionou que o pior momento de sua viagem foi quando o médico falou para ela se despedir de seu marido, relatou que ele chorou muito e que foi “cruel”. Ingrid complementou que também vivenciou esse momento da despedida, onde todos os seus pertences foram entregues aos seus familiares, conta que eles se mantiveram fortes e não choraram na frente dela. Antônio mencionou que também se despediu dos familiares ao adentrar na UTI e lembrou dos amigos que já haviam partido por conta da Covid-19, gerando forte angústia, “queria ter a liberdade de sair de lá e não depender de mais ninguém”, e complementa afirmando que enquanto esteve no hospital tinha “a sensação de não saber se vai voltar para casa”.

Na dramatização, utilizamos a técnica da escultura, que tem por objetivo proporcionar, através de uma imagem corporal, uma visão estrutural dos fatos e assim propiciar *insights* intelectuais, liberando a espontaneidade (Cukier, 2018). Karen se disponibilizou para começar, ela escolheu Ingrid para moldar sua escultura. A orientação dada foi para que ela representasse como se sentiu no pior momento da Covid. Ela expressou o medo do caminho de volta para casa, relatou que entrou em pânico quando a médica informou que iria voltar para sua casa, pois ela estava internada numa cidade distante de onde ela morava. Começou a pensar se haveria oxigênio e se a ambulância garantiria sua segurança, além disso, seu filho precisou dirigir para acompanhar a ambulância até sua casa, afirmou que precisou se acalmar para conseguir fazer a viagem, pois estava com muita tensão. Pedimos para que Karen trocasse de lugar com Ingrid e assumisse o lugar do medo, então lhe foi

questionada como é estar nesse lugar, ela respondeu que era ruim, disse que a viagem foi angustiante, tinha medo das coisas não darem certo. Quando questionada sobre o medo de terminar o oxigênio expressa: “medo de morrer e deixar minha família”. Relatou ainda sobre o sentimento de impotência quando se deparou com a necessidade de ser cuidada. Perguntamos o que havia ajudado naquele momento, expôs que foi a família, a força, a paciência e até seus animais de estimação cuidavam e auxiliaram em sua melhora. Pedimos quais mudanças ela faria em sua escultura, após ter dito seus sentimentos, ela então tirou o peso e expressou o carinho como fonte de auxílio diante de seu adoecimento. Ingrid, que representava estas coisas, tirou os pesos de Karen e lhe deu um afago, como representado na foto a seguir:

Figura 3 - Escultura representando o peso X Escultura representando a leveza



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No compartilhamento, Fernando lembra um momento que o mobilizou muito, contou que enquanto estava internado, seu pai teve um Acidente Vascular Encefálico (AVE) logo após receber a notícia de que o Fernando havia sido internado na UTI. Também lembrou que ficava perguntando a hora para os profissionais da saúde, e que já

estava se sentindo um chato por conta disso, o sentimento era de impotência. Pedimos para representar com o seu corpo o que este sentimento fazia com ele, então, o participante baixou os braços e a cabeça, dobrando sua postura para frente, sentindo o peso do próprio corpo e expôs: “sentia que não tinha poder para nada” e “sempre ajudei a todos, mas não consegui ajudar a mim mesmo”. Foi solicitado que pensasse em algo que o ajudou a sair daquela posição, ele trouxe a esperança. Antônio representou a esperança e ajudou a arrumar sua postura, lhe dando força para conseguir ficar ereto. Concluiu expressando que uma palavra de apoio o ajudou muito a enfrentar seu adoecimento.

Figura 4 - Escultura representando a impotência X Escultura representando a esperança



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Introduzimos para o grupo que naquele momento poderiam no aqui e agora ressignificar sua experiência permitindo um novo olhar para o que passou e ao que vai vir. Fernando afirmou que “é necessário aproveitar a vida agora, a vida é o bem mais precioso, o aqui e agora não deixa para o amanhã” e, complementa que a vida é um sopro e precisa ser vivida. Ingrid expressou que agora comemora dois aniversários (do seu nascimento e do dia em que saiu do hospi-

tal) e afirmou que aquilo que viveu no seu processo de adoecimento da Covid-19 considera como um aprendizado. Ao final, escolheram a palavra gratidão para representar aquele encontro e fizeram uma imagem que representasse.

Figura 5 - Imagem grupal representando a gratidão.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Identificamos que os indivíduos que compunham aquele grupo, cada um com sua história, vivenciavam seu processo de luto, pois enfrentaram perdas significativas. Foi necessário criar e aprender uma nova forma de desempenhar seus papéis em detrimento daqueles que já faziam parte da sua identidade. Ainda é possível perceber o luto pela culpa de ter transmitido a doença aos familiares e de imaginar que o mesmo que aconteceu para eles poderia acontecer para sua família. A cura psicológica ocorre através do luto, neste sentido, reconhecer que ocorrem perdas (Kellermann; Hudgins, 2010).

Percebe-se um impacto psicossocial de grande magnitude em cada um dos participantes quando se depararam com o adoecimento pela Covid-19, pois compreende um grau de vulnerabilidade acentuada. Ressalta-se que os problemas psicológicos ou sociais apresentados não devem ser qualificados como doenças, pois são “[...] reações normais diante de uma situação anormal” (Melo *et al.*, 2020, p. 2).

As reações mais frequentes foram o medo do adoecimento e da morte, perder familiares, transmitir o vírus, perder meios de subsistência, o distanciamento em virtude ao regime de quarentena, assim como outras sensações, como irritabilidade, tristeza, angústia e a impotência frente aos acontecimentos. Nos casos de isolamento, alguns sentimentos podem ser intensificados como a tristeza, tédio, solidão e o desamparo. Alguns comportamentos observados no grupo foram de pensamentos recorrentes sobre a pandemia, assim como do medo de novas variantes, visto a fragilidade que se encontram possuindo risco de serem contaminados novamente, assim como pensamentos recorrentes sobre a saúde dos familiares e relacionados à morte (Melo *et al.*, 2020).

Na pandemia, ocorrem atravessamentos no processo de luto que potencializam os riscos de agravamento dos sofrimentos psíquicos tanto individuais quanto coletivos. No contexto epidêmico, as mortes se tornaram mais frequentes, de forma inesperada e abrupta. Os rituais de despedida ocorreram de formas diferentes, díspares à tradição cultural, sem a possibilidade de contato e de presença para apoiar e ser consolado. Tudo isso em decorrência ao distanciamento, devido às possíveis contaminações da doença, produzindo lutos coletivos, em que identificam a dor dos outros com a sua própria dor (Kellermann; Hudgins, 2010).

O método psicodramático favoreceu a catarse grupal, bem como a elaboração de conteúdos internos conflitantes para o grupo. Esta ação teve cunho terapêutico, pois ajudou o protagonista e o grupo a processar e reconhecer cognitivamente suas perdas, colaborando na ampliação da espontaneidade e diminuindo o impacto psicológico sofrido. A espontaneidade ajuda no processo de autorregulação, colaborando para o equilíbrio emocional, sendo este o objetivo essencial do psicodrama com as pessoas que vivenciaram um trauma (Kellermann; Hudgins, 2010). O trabalho com este grupo permitiu compartilhar as estratégias de enfrentamento para a promoção da saúde mental, visando a criação de bem-estar psicológico e emocional. Conclui-se que os grupos foram essenciais na promoção da saúde mental entre os envolvidos.

Sessão VI

No dia 30 de novembro foi realizado o sexto e último encontro com o grupo. Nesse encontro estiveram presentes cinco participantes, Rafaela, Antônio, Ingrid, Karen e Fernando. O aquecimento proporcionou uma retrospectiva da vida dos participantes e vislumbrar o presente e futuro. Depois disso, foram trabalhadas no encontro questões relacionadas ao compromisso consigo mesmo e com o sentimento de gratidão, trazido nos encontros anteriores. Para isso, utilizou-se câmera fotográfica instantânea, por meio da fotografia os participantes concretizaram os sentimentos positivos em relação a si mesmos.

A participante Karen estabeleceu um compromisso consigo mesma, “eu que preciso ficar bem [...] estive ali na beira da morte, agora quero aproveitar para ser diferente, para ser melhor”, conta que viu homenagens para os mortos na tragédia de avião do time de

futebol da Chapecoense e que ficou muito comovida, principalmente com a fala de um dos sobreviventes, afinal ela se considera uma sobrevivente também. Complementa que não segura mais mágoas e que naquele momento sentia medo de pegar novamente a Covid por conta das novas variantes do vírus. Relembra a situação de solidão quando estavam internados na UTI, em especial sobre a morte solitária, Antônio mencionou que tudo acontecia em questão de minutos, a pessoa que estava ao seu lado estava viva, logo após passava em sua frente dentro de um saco preto.

Fernando estabeleceu como compromisso para si a vontade de mudar o mundo e para isso levará alegria ao coração das pessoas. Reiterou que não tem o poder de mudar o mundo como um todo, mas tem o poder de mudar o seu mundo e a partir disso poder passar esperança e felicidade. Rafaela contribuiu expressando que a mudança deve partir de dentro, “tive outra chance de vida, quero ser feliz”, a participante relatou que durante a pandemia percebeu que o que mais lhe faltou foi o ar e que por mais que tivesse cercada dele não conseguia usá-lo. Hoje conta que respira um novo ar e quer continuar dar mais valor às coisas, “o mundo eu não consigo mudar, mas meu mundo sim”. Antônio ressaltou “sou grato às pessoas que eu tenho do meu lado” e citou a importância de cultivar as pessoas ao seu redor e treinar o exercício do perdão, “o perdão não é para elas, é para mim”.

Depois disso, solicitamos aos participantes que nomeassem as suas fotografias e, em seguida, realizamos o compartilhamento das imagens e dos significados que elas carregam. Antônio verbalizou que a sua foto se chama um “Olhar para vida”, nela está a imagem do horizonte além da janela. Explicou que no hospital ficava olhando para a janela e que não desejava nada melhor do que poder sair de

lá. Além disso, expressou que a imagem significa a conquista das pequenas coisas e não precisar mais depender de aparelhos para viver.

Karen afirmou que a sua imagem representa “Vitória” e que está registrada na fotografia, ela por ela mesma. Rafaela nomeou a sua fotografia como “Gratidão”, mostrando suas pernas e a felicidade por não precisar amputá-las. Ingrid nomeou a sua foto como “Amor”, ressaltando a importância do amor pela vida e por ela mesma e as pessoas que auxiliaram. Por fim, Fernando nomeou seu registro fotográfico como “Horizonte é o limite da esperança”, simbolizando a saída do hospital e a oportunidade de uma nova vida.

Figura 6 - Fotografias individuais. Da direita para a esquerda: “Gratidão”, “Olhar para a vida”, “Horizonte é o limite da esperança”, “Vitória” e “Amor”



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Ao final deste encontro ressaltaram a importância do compromisso com a saúde e com o bem-estar, de reconhecer momentos em

que não estamos bem e aceitar que, às vezes, é preciso ser vulnerável. Para finalizar, entregamos para cada participante uma foto do grupo e junto uma frase com a imagem de uma fênix. Ainda pedimos para eles escreverem uma palavra no bilhete do outro para manter registrado a memória do que foi este encontro tão bonito entre pessoas que tiveram experiências tão traumáticas e que agora buscam voltar à vida e ressignificar as suas dores. Os participantes ressaltaram que a realização dos encontros foi importante, pois puderam compartilhar as vivências com quem acolheu suas dores e, sem dúvida, foi terapêutico para eles.

Quase ao final do encontro, registramos o momento, através de uma foto coletiva, montamos uma imagem representando aquele momento para eles, conforme vemos a seguir.

Figura 7 - Imagem grupal intitulada “fênix”



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A experiência com os encontros grupais nos fez perceber a necessidade do cuidado com a saúde mental dos sobreviventes da Covid-19, visto parecer ser difícil se deparar com suas fraquezas, com as experiências traumáticas e suas dores. O cenário que vivenciaram durante a pandemia modificou a percepção em relação à finitude, o valor e o significado da vida. É marcante no discurso dos pacientes a importância da ajuda ao próximo, fato que pode estar relacionado a dois polos, um que diz respeito a uma mudança de percepção sobre o outro após sua experiência e outro sobre a dificuldade de olhar para si. E neste último encontro, com as fotografias, ficou evidenciado, de forma mais palpável, quais os compromissos que eles possuem consigo mesmos. E, para nossa satisfação, tais compromissos envolvem o cuidado da saúde de forma integral - biopsicossocial e espiritual - apesar de todos os recursos que utilizaram para passar pela doença. A fé em si mesmo também foi um fator importante e é a partir dela que eles passam a vislumbrar o futuro.

Considerações finais

A pandemia produziu em seus sobreviventes traumas, por isso, o presente relato de experiência mostra a importância da intervenção grupal realizada, acredita-se, que foi possível minimizar os danos à saúde mental, assim como promover um espaço para compartilhar vivências e emoções, desenvolvendo o bem-estar destes sujeitos.

Ressalta-se o papel fundamental do contexto universitário no desenvolvimento da pesquisa e ferramentas para promover ações que em prol do bem-estar coletivo e individual advindos dos impactos da

pandemia de Covid-19. Afinal, ainda se trata de um “trauma” recente do qual as feridas perduram e não podem ser negadas.

Por fim, agradecemos a todos os participantes do grupo, que compartilharam suas histórias conosco, que nos emocionaram e nos mobilizaram a comprometermo-nos também com nosso fazer profissional, em prol do bem-estar e saúde mental individual e coletivo. Sentimo-nos gratas pela oportunidade em fazer parte deste momento da vida de cada um deles, que possam, sempre que necessário e possível, resgatar as fotos e renovar os compromissos que fizeram consigo mesmo naquele momento.

Referências

BENDASSOLLI, Pedro F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37- 46, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/yPXV5GCcFNTfX7sMRNTMBXh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CUKIER, Rosa. **Vida e clínica de uma psicoterapeuta**. [recurso eletrônico]. São Paulo: Ágora, 2018.

FREIRE, M. Christina A. **O corpo reflete seu drama: somatodrama como uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Ágora, 2000.

GONÇALVES, Camila Salles; WOLFF, José Roberto; ALMEIDA, Wilson Castello. **Lições de Psicodrama: introdução ao pensamento de J. L. Moreno**. São Paulo: Ágora, 1988.

KELLERMANN, Peter Felix; HUDGINS, M. K. (Orgs.). **Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena**. [recurso eletrônico]. São Paulo: Ágora, 2010.

MELO, Bernardo Dolabella *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: Recomendações gerais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40748>. Acesso em: 14 fev. 2023.

NUNES, Tayna Nayara *et al.* Visitas virtuais: possibilidades de participação das famílias nas UTIs frente à pandemia. **Cadernos de Psicologia**, Curitiba, n. 1, 2020. Disponível em: <https://cadernosdepsicologias.crprr.org.br/tag/visita-virtual/>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A insônia, o sono ruim e o dormir em paz: a “erótica do sono” em tempos de Lexotan. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6., n. 2, p. 126-144, 2003.

YOZO, Ronaldo Yudi K. **100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas.** São Paulo: Ágora, 1996.

Diário da Pandemia: visões de uma médica e de uma enfermeira em meio ao caos

Gabriele Zuanazzi Tonello
Simone Orth

02 de agosto de 2020

Acordo com uma notificação do *Google*, avisando que os casos de Covid-19 bateram o recorde em Santa Catarina. Tomo um café em silêncio e crio coragem para ligar a TV. A reportagem mostrando a falta de vaga nas UTIs me faz desligar a TV em 10 segundos.

Pego minha mochila e vou para o trabalho. Desço do carro e observo a fila de pessoas na frente da Unidade de Saúde. Mais de 15 pessoas às 7h da manhã em uma tenda, que foi colocada lá há 3 meses, para dar conta de atender a população. Hoje é meu dia de trabalhar na Covid, lembrei. E um frio na barriga começa a surgir.

Paramentação e oração. Coloco a mesma máscara N95 que estou usando há 8 dias, pois estamos com falta de EPIs. Atendo 15 pacientes com sintomas respiratórios. E entre testes, uma transferência de paciente grave e inúmeras caras feias quando falava em isolamento, finalmente sento para descansar.

Já é final da manhã quando a enfermeira vem e fala:

- “Doutora! Consegue atender a Dona Maria? Testamos ela novamente hoje, é o terceiro teste em menos de 2 meses.”

Tiro a paramentação, troco de máscara e sinto meu nariz arder com a marca da N95. Entro no consultório e chamo a Dona Maria.

Vários médicos, cinco medicações, dois meses de tratamento. Nenhuma melhora. Queixas inespecíficas. A perna balançava durante a consulta. Tirava e colocava a aliança. Se arrumou na cadeira cinco vezes. Uma lágrima no olho quando perguntei o que tinha mudado na sua vida nesses últimos meses.

- “Tem coisas piores que a Covid, Dona Maria”.

- “Solidão também mata, né doutora”.

Encerro a manhã indo para casa almoçar. Chego em casa e tiro a roupa na porta. Tomo banho e meu filho pergunta:

- “Estava na Covid hoje mãe?” Ele sabe que é melhor não me abraçar.

Almoço pensando na Dona Maria. Mandei-a receber os filhos e os netos em casa e jogar baralho nas vizinhas, no meio de uma pandemia.

Alguns estão morrendo de insuficiência respiratória, outros de fome e muitos de saudade. O fato é que todos estamos morrendo um pouquinho. Vamos precisar renascer.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

30 de agosto de 2020

Bom dia meu caro diário, ou será que já é boa tarde?

Não sei, deixe-me conferir no relógio, a demanda de pacientes está alta novamente, hoje não é um dia excepcional, a demanda de atendimento vem decorrendo dia após dia, e o número de profissionais de saúde continua o mesmo.

Eu sei, eles precisam de nós, precisamos ser fortes, superar, aguentar e ao final de tudo colher o fruto de tanta dedicação e trabalho.

Mas onde está o final?! Estamos no início, na metade ou no final dessa batalha? Será que alguém consegue nos informar ou continuamos apenas a remar, em meio às incertezas e às inseguranças.

Ah sim, existem frutos bons no meio desse alvoroço de sentimentos, entre os medos, as inseguranças e um pouco de esperança submersos em nossos corações.

Lembro quando tudo começou a ser barrado, escolas fechadas, empresas sem trabalhar, apenas os serviços essenciais estavam permitidos trabalhar.

Lembro quando realizei uma ligação de vídeo via *WhatsApp* para minha família, que mora a 15 quilômetros de distância da minha residência dizendo que não iria visitá-los até a pandemia se encerrar. Será que foi apenas inocência minha, ou realmente não acreditava que a situação se delongaria por tanto tempo.

Pois é, minha família era grupo de risco, minha vó tinha 94 anos, a insegurança era tamanha que a distância que era próxima em questão territorial se tornou tão distante.

Assim vai se somando um turbilhão de sentimentos: o medo, a insegurança, o cansaço, a saudade... Onde estarei e como estarei daqui a dois meses? Não sei!

Simone Orth - enfermeira

10 de setembro de 2020

Hoje é sábado. Acordo às 8 horas da manhã, com uma mensagem da enfermeira da Unidade de Saúde: “Gabi, a Jaqueline faleceu”. Sinto uma tristeza tão profunda que não sei explicar, as lágrimas caem e molham o travesseiro sem nem perceber.

Relembro do atendimento há quatro dias, tentando achar uma explicação. Jaqueline chegou para atendimento em insuficiência respiratória. 44 anos, hipertensa e com sobrepeso. Chegou no décimo dia de sintomas. Já havia procurado um médico particular, estava em uso de antibioticoterapia e insistia não ser Covid. Tinha uma radiografia de tórax feito há três dias: infiltrado pulmonar bilateral, em vidro fosco. Mais de 50% dos pulmões comprometidos. Nas poucas palavras que conseguia dizer, insistia: “ele disse que não era Covid”.

Estabilizamos a paciente e ligo para regulação para conseguir um leito. “Temos apenas leito clínico em hospital de pequeno porte, doutora” – disse o médico regulador. Melhor que nada, penso. Nas últimas semanas está cada vez mais difícil conseguir leito, de UTI então, nem se fala. A paciente é transferida.

Não tinha tido notícias dela até então. E essa definitivamente não era a notícia que eu esperava. Mais tarde fiquei sabendo que não tinha leito de UTI disponível para transferir a paciente. Ela nem chegou a ser entubada. Ela nem teve a chance de lutar.

Não consigo sorrir mais. Olho para as minhas mãos descamando de tanto álcool e luva: nunca mais seremos os mesmos. Hoje todos morremos um pouquinho.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

22 de setembro de 2020

O dia após dia está se tornando rotineiro no atendimento. Corremos contra o relógio e apressamos para conseguir atender a toda demanda. Ao visualizar a hora notamos que já são 17 horas, expediente se encerrando, mas ainda faltam três pessoas para atendimento. Sim, excedemos quase diariamente a carga horária para suprir a demanda.

Pronto, 17h40, podemos guardar todo o material do expediente e higienizar todo o setor!

Mas espera um pouco, ainda falta a questão burocrática. Essencialmente, além de todo trabalho técnico são diversos sistemas para alimentar, notificar e informar, além do boletim epidemiológico diário para publicar para os municípios acompanharem.

Sim, mais 60 minutos de dedicação... E não, não são apenas números avulsos contabilizados. São números somados, outros subtraídos, é João que teve alta hospitalar, Maria que saiu do isolamento, Pedro que positivou, André que é suspeito, Ana que está com sintomas mais severos e deverá ser reavaliada em 24 horas. É lembrar que amanhã tenho que telefonar para Antônio para reavaliar, pedir para o Agente Comunitário de Saúde realizar busca ativa de Dona Carmen que não têm telefone, é realizar visita domiciliar para Jurema que é acamada e tem suspeita de Covid. Sim, não são apenas números, são nomes, rostos, pessoas, que minha memória e meu cansaço devem jamais esquecer para continuar meu trabalho diário!

Contabilizando, somando positivos do dia, subtraindo recuperados, subtraindo altas hospitalares hoje encerro o dia com 501 recuperados durante a pandemia! Não são apenas cinco dezenas e sim

cinco centenas! E finalizo dizendo que até o momento são oito óbitos, sem crescimento exponencial!

Portanto, minha luta, nossa luta está valendo a pena!

Simone Orth - enfermeira

24 de outubro de 2020

Domingo. Resolvemos ir tomar um sol na praça. Meu filho disse que a perna dele estava tão branca que ele parecia albino. Dei uma olhada na rua, assim, pela fresta da janela, como quem não quer nada: vazia.

Ok, então vamos. Sabe quando você anda pisando em ovos? Eu sabia que precisávamos tomar sol, mas e o medo? E vou confessar: o medo do julgamento dos outros era maior que o medo do vírus.

Estávamos caminhando e seguindo a orientação de distanciamento social, quando vejo meu filho olhar para o sol, franzir o nariz e fechar os olhos. Meu Deus! Olhei para o meu marido, ele me olhou e pensamos: espirro não! Juro que eu vi o espirro em câmera lenta. Enxerguei as gotículas voando em alta velocidade e se espalhando no ar. Senti um frio na barriga. Olhei ao redor. Algumas pessoas caminhavam a alguns metros de nós. Acho que não ouviram. Ufa! O espirro passou despercebido. Mas já notaram os olhares de pânico quando alguém tosse ou espirra?

Está difícil viver nesse mundo. Julgam os espirros e não julgam os desvios de verbas, as compras superfaturadas, os descumprimen-

tos de isolamento, os crimes políticos. Daqui uns dias, te assaltam com um espirro: passa pra cá o celular ou aaaaaatchim!

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

30 de outubro de 2020

Me perco diariamente no calendário, não sei que dia da semana é, toda vez que escrevo a data confiro no calendário, os dias passam rapidamente, os meses também passam, e quando vejo, passa data de aniversário sem comemorar, datas festivas sem festejar, o pensamento paira sobre a pandemia e ali ela se estabelece.

Tomo meu café, passo um olhar pelos noticiários, a pandemia mantém o *ranking* dos noticiários, me mantenho firme, cultivo de uma dupla dádiva: a persistência e a dedicação.

Hoje, após inúmeros atendimentos, orientações, palavras e mais palavras, desenhos no papel para explicar, exausta, mas feliz em poder ajudar, recebo uma ligação anônima.

Denúncia!

Sim, em meio as milhares de explicações e orientações vem à tona que pacientes estão desrespeitando o isolamento, que estão levando o vírus além das paredes de sua residência!

Ligo para o paciente, oriento novamente e solicito singelo respeito, não a mim, mas sim ao outro, que pode ser mais suscetível ao vírus e sofrer de posteriores complicações.

Muitos reclamam, outros ficam bravos e outros me entendem!

Difícil, mas não vou desistir, a cada 1% de sucesso, alguma vida está sendo salva de alguma forma.

Afinal, nada fazemos sozinhos, necessitamos de ajuda de todos!
A luta não é minha, ela é NOSSA!

Simone Orth - enfermeira

25 de fevereiro de 2021

1 ano de pandemia. 250 mil mortes no Brasil. 1 ano que se fala sobre a mesma coisa todos os dias, na TV, grupos de WhatsApp, rádios, redes sociais. Mais de 10 milhões de casos no Brasil, mais de 650 mil em Santa Catarina. Mas vou facilitar a tua vida, já que parece tão distante, né? 364 casos no teu município. E apesar de toda a informação disponível EM TODOS OS LUGARES, às vezes tenho a sensação de que algumas pessoas nunca ouviram falar sobre a Covid. Chegam para atendimento com vários sintomas, continuaram trabalhando, tomando chimarrão, frequentando a casa de familiares. Alguns se apavoram quando o teste dá positivo. Alguns se recusam a fazer ou acreditar no resultado. Outros não respeitam o isolamento.

E todos os dias, quando eu ouço que foi “o ar condicionado da noite” ou “a gripe que tenho todo ano” ou toda vez que alguém faz aglomeração e depois chega sintomático para a consulta, eu tenho vontade de perguntar: a tua vida vale mais que a do outro?

Entendam, quando fazíamos aquelas recomendações para que o sistema de saúde não entrasse em colapso, estávamos falando sério. Não era exagero da mídia. Mas vocês ignoraram. “Não vai acontecer comigo”.

O colapso chegou. E com ele o esgotamento de todos os recursos em saúde. Recursos humanos, técnicos e materiais. E não tenho

medo de dizer: nós já perdemos a guerra. Perdemos todos os dias. Não temos mais o que fazer. Pessoas vão morrer em casa por falta de atendimento, vão morrer nas portas dos hospitais, já estão morrendo por falta de respiradores e UTI. Morrendo embaixo do teu nariz.

E a maior verdade que essa pandemia nos mostrou: a sua vida não vale mais que a de ninguém.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

01 de março de 2021. Bom dia!

Não sei se é um bom dia, pois em questão de minutos a vida de muitos brasileiros se tornou uma incógnita. Uma verdadeira pandemia iniciou-se, se alastrou além das fronteiras terrestres e aquáticas, as autoridades de saúde emitiram alertas, emitiram que todos os atendimentos de saúde eletivos fossem suspensos, agendas de semanas e meses canceladas, medicações dispensadas a longo prazo, paciente levando remédio para quatro meses para casa

Sim, quatro meses!

Seriam quatro meses sem eles poderem sair de casa? Quatro meses sem acompanhamento? Quatro meses para a pandemia se encerrar?

Os protocolos se atentam, por exemplo, que os pacientes que convivem com Diabetes Mellitus devem ser acompanhados no mínimo semestralmente. E agora, quando vamos poder acompanhá-los novamente?

Além disso, colegas de trabalho tendo que trabalhar de forma remota por serem indivíduos portadores de Diabetes Mellitus,

hipertensão arterial sistêmica, asma, dentre outras patologias, considerados indivíduos de risco. Pois é, a equipe se torna reduzida e a demanda lentamente aumentando.

Sobramos nós, sem saber do amanhã, sem saber o quão grande será essa batalha. Fecho os olhos, inspiro e atraio pensamentos positivos em meio ao caos. Eles ainda precisam de mim, eles ainda precisam de nós! Tudo vai se resolver, vamos vencer essa batalha!

Simone Orth - enfermeira

08 de maio de 2021

A enfermeira da Unidade de Saúde colocou um recado no grupo hoje pela manhã. “Estamos há quatro meses sem óbitos por Covid-19 no nosso município”. Volto a sorrir. Parece que finalmente estamos enxergando uma luz no fim do túnel.

Relembro as inúmeras reuniões de equipe que fizemos, tentando bolar um fluxo de atendimento, um protocolo de monitorização dos pacientes que desse certo. Parece que deu. Pacientes sintomáticos atendidos em ala separada, todos testados para Covid-19 e isolados junto de seus familiares. Pacientes de risco ganham um oxímetro para monitorar a saturação no domicílio. Ligamos para todos os pacientes após 48 horas do atendimento para monitorar os sintomas. Avaliamos, reavaliamos e reavaliamos mais uma vez. Sem kit Covid.

Os pacientes têm dificuldade de entender esse fluxo. Não compreendem porque precisam retornar à Unidade de Saúde. Às vezes não atendem o telefone. Resistem ao isolamento. Mas hoje temos cer-

teza que estamos no caminho certo. As vidas salvas são nossa recompensa.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

08 de maio de 2021

Bom dia!

Hoje, inicio o dia com a seguinte frase “Sabemos que a trajetória é longa, mas para quem não desiste de lutar a vitória há de chegar”. Trago tal citação em razão de que nesse final de semana estaremos comemorando uma pequena conquista de uma longa caminhada que percorremos, a qual já passou mais de um ano e que ainda teremos que cursar por um longo período. Neste final de semana, além da comemoração do dia das mães (meus sinceros parabéns e admiração a elas), estaremos também comemorando quatro meses sem óbitos decorrentes do Coronavírus em nosso município. Com toda certeza essa pequena vitória é mérito de todos que em cada detalhe da nossa caminhada auxiliaram nesse êxito. Agradeço e convido a todos a permanecerem nessa luta, juntos, com certeza, venceremos essa batalha.

Foi esse o recado que deixei no *WhatsApp* da unidade de saúde que trabalhamos. Sim, comemorando pequenas conquistas. Hoje é um dia importante, fazem quatro meses, 120 longos dias, não corresponde ao período de ausência de casos de Covid-19, mas equivale ao intervalo, desde o início da pandemia que em nossa população não foi registrado nenhum óbito. Sim, quatro meses sem óbito decorrente da Covid-19! Vitória!

E digo mais, passou-se uma onda de muitos casos positivos, quem sabe seja o período com o maior número de positivos! Ah, e tem mais...

Sem “kit Covid”!

Fruto da monitorização intensa da saturação em domicílio, empréstimo de oxímetro de pulso e reavaliação presencial a cada 48 horas para o grupo de risco.

E muita, muita orientação!

Sim, muitas palavras, desenhos e explicações... sem contar os inúmeros telefonemas... “Alô? Seu João, como se sente hoje?”

E eu? Hoje estou feliz, colhendo frutos magníficos de nossa dedicação.

Simone Orth - enfermeira

26 de junho de 2021

Já faz 1 ano e 4 meses.

- Positivo Senhor José. É Covid.
- Como assim? Peguei como, se não saio de casa?

- Positivos os dois. Vamos prorrogar o isolamento.
- Só o que me faltava, você vai pagar minhas contas?

- Positivo Dona Maria.
- Não vão fazer uma contraprova? Eu não acredito nesses testes.

- Positivo Lucas.
- Meu Deus, e agora?

Sempre há um relato, uma justificativa. A culpa não é minha, é do outro. A culpa é de quem visitou e não de quem abriu a porta. A culpa é de quem ofereceu o chimarrão e não de quem aceitou. A culpa é do governo que liberou e não de quem viajou.

Ando na contramão. Oriento uso de máscaras, mas o presidente passa pelas ruas tirando. Oriento monitorização da saturação e o presidente, o kit Covid. Oriento o isolamento, mas ligo a TV e ouço sobre imunidade de rebanho. Ando, ando e nunca chego.

E todo final de dia, tento digerir os fatos, entender o outro lado, represo a voz. Eu calo, mas dentro sinto gritar.

São 1 ano e 4 meses e sinto que nem começamos.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

01 de julho de 2021

Hoje acordei reflexiva: qual é o motivo que acordo entusiasmada toda manhã? Ao meio do caos, milhares de pessoas morrendo, outras adoecendo, esperando leito de internação ou mesmo leito UTI. Tendo que ir a outros estados para encontrar leito de UTI. O que me motiva no meio de tudo isso?

Pois é, existem valores discrepantes positivos nessa curva. As pessoas que se recuperam da Covid, as pessoas que recebem alta, as que são retiradas dos respiradores com sucesso, as famílias que

se reencontram novamente após muita fé, orações e pensamentos positivos.

Existe sim os frutos positivos, e são eles que me movem e motivam todas as manhãs. Esse ambiente hostil, desafiador trouxe conclusões surpreendentes e empolgantes também.

A maneira como vivenciamos o mundo, as experiências são essenciais sobre o poder da nossa mente, o que instiga a atingirmos a realização. Assim, permite que mapeemos diversos trajetos para vencermos as adversidades. Formando uma tríade: o conhecimento, a experiência e a criatividade.

Um conjunto de ferramentas totalmente novo por diversas vezes, iniciar do zero e voltar a positivar a curva das atividades. Sim, não saímos das universidades com todo o conhecimento, em toda nossa caminhada profissional vamos agregando valores e conhecimentos. Afinal, qual curso/universidade poderia imaginar que repentinamente seus alunos estariam lutando em meio a uma pandemia?

Simone Orth - enfermeira

14 de agosto de 2022

Hoje desmanchamos a ala Covid. Não faz mais sentido. Os casos diminuíram muito. Mas isso não quer dizer que ainda não sintamos os efeitos da pandemia. Só essa semana atendi quatro crises de ansiedade. Três delas com início durante a quarentena.

A farmacêutica da Unidade vem preocupada me falar sobre o aumento de pacientes usando ansiolíticos. A fila para consulta

psicológica está gigante, apesar de terem sido contratados mais dois psicólogos.

Estamos tendo que lidar com uma demanda gigantesca de problemas de saúde mental. E é difícil diferenciar a tristeza patológica das adversidades da vida. Tenho medo de medicar os sentimentos. Frustrações, luto, desentendimentos familiares, crises financeiras, fazem parte da vida. Porém, ninguém mais quer sentir. Procuram felicidade 100% do tempo. Não há ansiolítico que dê conta.

Quem não sabia conviver e apreciar a própria companhia, sofreu durante o isolamento. Fomos obrigados a retomar o convívio familiar diário, o tempo de tédio e a solidão. Aprendemos o que realmente importa. Aprendemos através do sofrimento.

Sobrevivemos com sequelas. Estamos em reabilitação.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

20 de agosto de 2022

Dia após dia, na corrida contra o tempo, organizando, atualizando e mantendo padrões de atendimento, com mudanças constantes de atendimentos, protocolos e orientações do Ministério da Saúde mudando semana após semana, dia após dia, termino de ler uma orientação e novamente modifica tudo. Um dia isola 15 dias, posteriormente 10 dias, após 5 dias, retorna aos 10 dias, reduz para 5 dias.

Isola conforme sintomas, realiza testagem, negativa, realizo testagem novamente depois de um período. Explica ao paciente porque ele mantém isolamento de 10 dias e o amigo/conhecido apenas 7 dias. Porque coleta de antígeno, quando colete anticorpo.

Empresas pressionando para liberar funcionários do isolamento, precisam de mão de obra. Empresas fecham as portas pois houve contaminação em massa. Não aderência às máscaras. Restringindo o ir e vir das pessoas, a liberdade de circular. Apenas mantêm-se trabalhos essenciais. Ruas vazias, som da cidade vazia, cidade morta! O que está acontecendo lá fora, estão todos bem? Como estão os pensamentos, as angústias e os medos? Estamos conseguindo suprir a demanda da população? Somos poucos, eles são muitos, como faremos?

Pois é, tento manter tudo sob controle, protocolos atualizados, dados publicados, controle sobre isolados e internados. Busca ativa de indivíduos, para reavaliação ou mesmo testagem, e os demais, como estão? Não, eu não tenho e não consigo manter controle sobre tudo!

Mas sim, dou o meu melhor!

Simone Orth - enfermeira

17 de fevereiro de 2023

Hoje atendi uma paciente que me contou que nos dois anos de pandemia perdeu o pai, um filho, o esposo e um neto. Foram anos muito difíceis, disse ela. Mas é a vida, não é? A morte é o fim de todos. Devemos estar sempre com a mala pronta.

Devemos estar sempre com a mala pronta. Fiquei por dias pensando nessa frase e no que ela quis dizer com isso. De primeiro momento lembrei da minha vó, que tem uma gaveta do guarda roupa com um pijama, calcinhas e um chinelo, todos novos, para caso tenha que ir ao hospital. Sempre achei isso meio macabro. Quem se prepara antecipadamente para ficar doente? Sei de histórias de pessoas que

deixam tudo pronto para o seu funeral. Tudo pago, roupa escolhida. É estranho se preparar para a morte de forma tão literal.

Mas não era esse tipo de mala que a paciente estava sem referindo. E soube disso quando continuamos a conversa e ficou claro, que apesar de todo sofrimento, tinha muita vontade de viver.

A gente não precisa ter a gaveta do hospital. Nem funeral pago. Pode usar o pijama velhinho e pode ser enterrado no jardim de casa. Mas não pode sentir que deixou a vida passar sem aproveitá-la. Não pode deitar no travesseiro e pensar “e se eu tivesse...”

A mala precisa estar pronta. Precisa estar cheia de memórias, realizações, amor. Precisamos ter certeza que a mala vai estar ali, quando chegar a hora.

Era isso que a paciente quis dizer. Viver a vida com tal intensidade, que quando chegar a hora (porque vai chegar), possamos partir em paz.

Talvez esse seja nosso maior aprendizado durante essa pandemia: a vida é por um fio.

Gabriele Zuanazzi Tonello - médica

Relato de experiências – A pandemia e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS): experiências e desdobramentos

Daniela Fernanda Schott

Introdução

A Política Pública de Assistência Social, como parte da Seguridade Social, tem se destacado ainda mais – naquilo que lhe compete e diante do que se propõe – como intrínseca à garantia dos direitos sociais. Ainda que houveram (im)possibilidades financeiras e operacionais nos últimos quatro anos, a Assistência Social se mostrou imprescindível ao longo da pandemia de Covid-19.

No que se refere às (im)possibilidades, tem-se que:

[...] o desmonte das políticas sociais brasileiras, entre as quais se destaca a Assistência Social, sinaliza que ‘outros tempos’, já vividos ao longo da história desse campo de atuação, estão sendo revividos. O cenário atual desfavorece o processo de implementação, ainda em curso, da Política Pública de Assistência Social e indica um retrocesso dos avanços, insuficientes nesse campo. Certamente isso implicará na (des)garantia de direitos sociais junto à população que necessita do SUAS, na precarização do trabalho na Política Pública de Assistência Social e produzirá impactos também no desenvolvimento regional. (Schott; Dal Magro, 2020, p. 43081).

Isso corrobora com os apontamentos que caracterizaram o período que antecedeu o contexto de pandemia pelo Covid-19:

A opção do governo brasileiro pelo neoliberalismo, aferrada nos últimos três anos, guia-se pela força do mercado, pelo o individualismo e pelo Estado mínimo com sensível redução da proteção social. As políticas sociais têm sido tratadas com austeridade e solapadas em seus recursos financeiros submetidos a cortes significativos pela PEC da Morte. (Sposati, 2020, p. 102).

A esse respeito, considerando o percurso da Política Pública de Assistência Social, em meio a esse cenário de desafios, (im)possibilidades e desmontes, vivencia-se uma pandemia que exigiu/exige a (re) afirmação dessa Política Pública e de sua essencialidade. Isso porque,

[...] no atual cenário em que as demandas para a Política Pública de Assistência Social tendem a aumentar significativamente pelo agravamento da questão social, tendo em vista mudanças como a reforma da previdência social e a reforma trabalhista, e a crise sanitária e econômica gerada pela pandemia de Covid-19, é urgente reafirmar a importância do SUAS e viabilizar sua expansão e qualificação. (Schott; Dal Magro, 2020, p. 43081).

A partir desses apontamentos, menciona-se que, em 11 de março de 2020, ocorreu a confirmação pela Organização das Nações Unidas (ONU) de que o “novo” coronavírus se referia a uma pandemia. De tal modo, o Covid-19 dizia respeito – e continua sendo – a uma infecção respiratória e aguda, provocada pelo coronavírus

SARS-CoV-2, com potencial gravidade, transmissibilidade elevada e de distribuição global.¹

Esta pandemia evidenciou as desigualdades sociais, na medida em que:

Tornou escancarada a desigualdade social nas diferentes dimensões da vida cotidiana, das condições de moradia, das fragilidades de emprego e renda e da participação nas atividades remotas da educação. O espaço público passa a ser um espaço de insegurança, enquanto a autossegregação e o isolamento impactam as rotinas e organizações sociais. (Guzzo; Souza; Ferreira, 2022, p. 3).

As (im)possibilidades de as pessoas reagirem – ou tentarem, conseguindo ou não – ao que se instalava com a pandemia pelo Covid-19 variavam e se agravavam de acordo com os contextos nos quais estavam/viviam. A exemplo de que: “o grupo de pessoas de média ou baixa renda que não tem condições de permanecer em casa e precisa buscar alimento tem sido mais exposto à contaminação e morte pelo coronavírus” (Guzzo; Souza; Ferreira, 2022, p. 2).

Isso se confirma com a contribuição de Sposati (2020, p. 103), ao mencionar que: “A pandemia da Covid-19 amplia o risco social já existente para significativa parte da população brasileira. As suas inequidades se agravam quando nela estão as maiores possibilidades de contaminação e morte, a vivência da fome e da violência”.

1 Informações disponíveis em: Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia | ONU News (Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia | ONU News). Acesso em: 12 mar. 2023.

De acordo com Pan *et al.* (2021), essas desigualdades e inequidades sociais se configuraram como a marca social do Covid-19, com índices de infecção e de mortes atrelados, principalmente, às classes populares. Mostra-se pertinente ressaltar que o Brasil apresentou os resultados de gestão ante a pandemia mais ineficazes, incipientes, se não piores, comparados ao que mundialmente foi plausível executar, para amenizar/minimizar os impactos da referida pandemia.

A atuação do Governo Brasileiro, diante das problemáticas explicitadas pela pandemia, pode ser descrita com base na seguinte afirmação:

[...] são desnudadas as políticas de saúde, de educação, de trabalho e renda, e a desigualdade social se expande em indicadores inaceitáveis, demonstrando como é problemática a ausência de controle sobre a pandemia e afetando diretamente a fome, a ausência de dignidade no morar e a exclusão social consequente da exclusão educacional. (Guzzo; Souza; Ferreira, 2022, p. 2).

Em outras palavras, a própria atuação do Governo Brasileiro, daquele momento, se referiu a uma problemática evidenciada pelo contexto pandêmico. Em contrapartida, ainda assim, não se pode esquecer que, mesmo em um contexto imprevisível, havia políticas públicas – suas/seus profissionais – que estavam na linha de frente, com seus limites e possibilidades. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que operacionaliza a Política Pública de Assistência Social, lá estava/continuava. Para Pan *et al.* (2021), naquela ocasião, mostrava-se pertinente identificar:

[...] o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como uma estrutura bastante relevante para fazer frente aos desafios atu-

ais. Trata-se de uma rede capilarizada de unidades, serviços e programas com perspectiva socioterritorial; sistemas de proteção e vigilância socioassistencial; e equipes multiprofissionais especializadas nos âmbitos da proteção social básica e especial, com possibilidade de gerir benefícios regulares e eventuais. (Pan *et al.*, 2021, p. 5).

Nesse contexto, ao se considerar os aspectos experienciais/vivenciais que impulsionaram esta produção, tem-se como lugar de fala a condição de Psicóloga do/no SUAS – efetiva/concursada –, e as experiências na Proteção Social Básica (PSB) e na Proteção Social Especial (PSE), média e alta complexidade, desse Sistema, ao atuar/estar em municípios – de Pequeno Porte I e de Grande Porte – do oeste de Santa Catarina. Desse modo, lança-se mão da intenção de (re)conhecer as experiências vivenciadas nesse lugar e (com)partilhá-las, para compreender seus possíveis desdobramentos.

Uma das experiências transcorreu em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), pelo período aproximado de três anos, anteriormente à pandemia até o início de 2021; a segunda experiência se deu como profissional de um Serviço de Acolhimento Familiar, pelo tempo de um ano e dois meses; e a terceira experiência, a partir de maio/2022, por opção em assumir outro concurso público, foi – e continua sendo – em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Pontua-se que não será possível explanar sobre o que se refere cada um dos locais e sobre o que cada Serviço realiza/executa, na medida em que se recomenda, caso necessário, realizar leituras das orientações técnicas e oficiais a respeito deles, para compreender o que compete a cada qual.

A construção deste relato (diante das experiências vivenciadas até o momento, no lugar – também social – de Psicóloga do/no SUAS

durante um contexto pandêmico – e a continuidade disso) diz respeito a uma versão de sentido, conforme ilustra AmatuZZi (1996), quando o ocorrido será evocado – neste caso, escrito –, em um movimento de presentificação (tornar presente vivencialmente). Nesta maneira de ressaltar as experiências vivenciadas, pelo que, nesta produção, se nomeou como relato (de maneira mais específica: relatar, referir, relacionar, descrever, entre outros sinônimos), será plausível compartilhar o “sentido-que-faz-sentido”, com ênfase, segundo o mesmo autor, nas memórias, lembranças e desdobramentos, em uma perspectiva de “con-versar” sobre as impressões e os sentimentos, (re)experenciando e (re)atualizando as situações vivenciadas naquele momento (AmatuZZi, 1996).

Ao lançar mão de tais aspectos, compartilha-se que caso os apontamentos aqui produzidos/construídos tivessem sido redigidos em outros momentos, eles estariam diferentes, localizados conforme o que se vive, se sente e se pensa na ocasião que as situações transcorreram e, não menos importante, neste momento em que se olha para elas e elas se refletem e são refletidas. De igual modo, a pandemia, sua intensidade e seus reflexos não se tornam menos impactantes, quando se pensa que aquele caos não permanece do mesmo modo, mas as memórias e as afetações daquele tempo seguem e perduram conosco, cada qual a sua maneira.

Esses elementos se aproximam com o que Zanella (2013) descreve sobre a sensibilidade de quem observa, pesquisa, escreve e se aventura nos encontros com os outros. Para ela, a sensibilidade possibilita viver intensamente as possibilidades e os imprevistos que caracterizam o encontro com o outro, como também é a sensibilidade que mobiliza a produção de perguntas, talvez provisórias, que impulsionam outras perguntas.

Nesta perspectiva, sensibilidade para enfatizar alguns aspectos e algumas experiências em detrimento de outras. Isso acontece, considerando que:

As possibilidades de reconhecer como significativos alguns aspectos e não outros em determinado tempo e espaço, e descolá-los dentre uma infinidade de possíveis, afirma a importância da constituição de olhares estéticos que caracterizam a condição singular e social de toda e qualquer pessoa: marcada pelas características do momento histórico em que vive, mobilizada por suas inquietações, interesses, incertezas, por aquilo que a afeta, a pessoa *ad-mira* e dialoga com essas características, trava *in-tenso* debate marcado por movimentos de aceitação, oposição, recusa, acolhimento. Em outras palavras, toda pessoa retrata, através de seu posicionamento axiológico, o que se lhe reapresenta como realidade instituinte e, nesse movimento, descola antropofagicamente aspectos que lhe são significativos e a afetam para compor, inventivamente, novos possíveis para si, para outros, para o contexto em que vive. (Zanella, 2013, p. 133).

Por tal razão, e da mesma maneira, que ora as reflexões que seguem serão permeadas por apontamentos teóricos, ora a intensidade do que foi experienciado se deu pelos registros afetivos (por meio da escrita). Assim, na sequência, ter-se-á momentos teóricos e outros nem tanto, mas isso não os torna menos importantes. Isso porque, de acordo com o tempo que se vivenciou determinadas situações e o que transcorreu de lá até aqui, seja esse tempo cronológico, seja aquele sentido e vivido intensamente; ou ainda, o que se experienciou em determinados espaços, (des)localizados, situados, imersa neles e a eles, aos tempos e aos espaços, construiu-se olhares e percepções, ora

compreendidas teoricamente, ora sentidas intensamente, tal como se descreve e se “con-versa” nos próximos itens.

As experiências em um Centro de Referência de Assistência Social em tempos de pandemia

Para além do que caracteriza a atuação de uma/um profissional de Psicologia em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), neste relato se enfatizará a experiência durante e a partir do contexto de pandemia. De tal modo, identificou-se, consideravelmente, a demanda de trabalho relacionada ao direito primário de qualquer ser humano: direito à alimentação. Perante um contexto sem garantias de renda, sem perspectivas para o amanhã e, muitas/os, sem possuir máscara, havia filas de indivíduos em busca desse direito, que ultrapassaram qualquer recomendação de distanciamento e/ou isolamento social, quando máscaras e produtos de higiene passaram a compor a cesta de alimentos, como benefício eventual, que – naquele momento – não era eventual, mas primordial e se tornou contínuo.

Naquele contexto de pandemia pelo Covid-19, de acordo com as palavras de Sposati (2020),

[...] Nem todos habitantes dispunham de teto, nem todos tinham casa, nem todos tinham cômodos suficientes para que seus moradores pudessem manter distanciamento social, nem todos tinham provisão de água ou de esgotamento sanitário. Não havia a possibilidade de home office para quem não dispõe de acesso à rede comercial de internet ou de equipamentos de digitação. [...] Ficar sob isolamento passou a significar o risco de não ter o que comer, não ter como obter a sobrevivência cotidiana, não poder pagar aluguel, conta de luz, comprar o

botijão de gás, e ainda, ter filhos apinhados no espaço com ausência de cuidados. (Sposati, 2020, p. 102).

A título de exemplificar a dimensão e a complexidade do que argumentava as filas à porta do CRAS, tem-se a contribuição das autoras Boschetti e Behring (2021), quando afirmam que:

[...] a intensa precarização das relações e condições de trabalho faz emergir um universo de trabalhadores e trabalhadoras (mais de 100 milhões de pessoas ou quase 50% da população) que se viram, da noite para o dia, sem trabalho, sem nenhum tipo de remuneração, sem benefícios assistenciais e sem condições de seguir buscando nas ruas algum tipo de atividade precarizada (as atividades informais) que lhes assegurasse uma forma de rendimento e de sobrevivência. (Boschetti; Behring, 2021, p. 76).

Além da procura pelo CRAS para acessar o direito à alimentação, outra demanda que chegava ao Serviço – no período inicial da pandemia –, como porta de entrada do SUAS, se referiu a contribuição das/os profissionais para realizar o cadastro relacionado ao Auxílio Emergencial, via plataforma digital e pelo uso de aparelho celular, para mulheres e homens, no intuito de viabilizar a possibilidade de acessarem/receberem esse Auxílio². A esse respeito,

[...] o governo federal propôs o auxílio emergencial no valor de míseros R\$ 200,00 (que foram recompostos pelo Congresso para R\$ 600,00), a suspensão dos contratos de trabalho

2 Informações a respeito constam em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm. Acesso em: 18 mar. 2023.

com redução salarial e a facilidade para empregadores interromperem os contratos de trabalho. [...] Dos 108 milhões de trabalhadores(as) que solicitaram o auxílio emergencial, somente 68 milhões receberam, chegando a 44% dos domicílios brasileiros. (Boschetti; Behring, 2021, p. 78).

Além dos apontamentos sobre o direito à alimentação e sobre o acesso ao Auxílio Emergencial, por meio do trabalho do/no CRAS em tempo de pandemia, têm-se outros desafios experienciados, a exemplo das intenções e possibilidades que haviam, diante da necessidade e da continuidade do acompanhamento psicossocial por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Em relação a isso, o diálogo entre as profissionais – que perduraram na linha de frente, ao atuar na Política Pública de Assistência Social – percorria sobre como se chegaria às famílias, diante da continuidade desse acompanhamento psicossocial, em meio ao distanciamento social, a dificuldade de acesso à tecnologia e à internet, entre outros aspectos que se apresentavam à equipe de CRAS, naquele momento pandêmico. As intenções surgiam, as ideias eram desenhadas, mas a operacionalidade delas não se efetivava, pois a demanda principal continuava e prevalecia, os atendimentos emergenciais, para garantir o que era emergencial: o direito à alimentação.

As preocupações profissionais foram – e se acredita que continuam – a respeito de se fazer/realizar o “mínimo do mesmo”. A exemplo de que estava se garantindo o mínimo – naquelas circunstâncias o mais importante – do que caracteriza a Assistência Social como Política Pública, por conta de que o lugar dela é impulsionado, ao transvalorar o assistencialismo, para a garantia dos direitos sociais e não, meramente, o acesso a itens específicos de alimentação.

No viés da problematização, mesmo não sendo plausível estendê-la neste momento, têm-se as reflexões a respeito dos itens alimentícios que compõem a cesta de alimentos (na maioria delas há feijão, arroz, macarrão, farinha de milho, sal e óleo), na condição de benefício eventual da Política Pública de Assistência Social: em que medida esse benefício garante a segurança alimentar, para além do direito à alimentação, pois é plausível refletir sobre o fato de que o direito à alimentação está, minimamente, garantido, por conta de que ameniza a situação da fome, mas e, da mesma maneira, está garantindo alimentação saudável e nutritiva aos usuários – sujeitos de direitos – da referida Política Pública?

Partindo de tais pressupostos, têm-se os desafios, as dificuldades e os tensionamentos, daquele momento, em atuar com a mesma equipe de profissionais, diante do surgimento de demandas específicas e da continuidade de outras, além daquelas que se (re)apresentavam, como também ao lançar mão da premissa da articulação entre serviços, programas, projetos e benefícios, por vezes invisibilizados inclusive anteriormente à pandemia. Além disso, tentava-se rever o fazer do/no trabalho no SUAS ao fazê-lo, mesmo que houvessem orientações e respaldos técnicos, por conta de que elas não se mostravam suficientes, efetivas e condizentes ao que se apresentava na porta de entrada – literalmente – da Assistência Social. De tal modo, seria plausível indagar que essa experiência, como Psicóloga de um CRAS naquele período, esteve permeada pela desqualificação do SUAS – ou talvez sua invisibilidade – em um contexto que, contrariamente, poderia se (re)apresentar e se fortalecer como um dos pilares da Seguridade Social? A esse respeito, têm-se os apontamentos a seguir:

Evidentemente, os tensionamentos em torno das proposições do SUAS – tais como a assistência social como um direito dos cidadãos e dever do Estado a ser executada por serviços públicos – não se inauguram na pandemia, mas o momento parece desvelar estratégias de invisibilidade e desqualificação de um dos importantes pilares da seguridade social. (Pan *et al.*, 2021, p. 6).

Como excedente à continuidade das ações, na condição de CRAS, durante a pandemia, tinha-se o uso de equipamentos, para proteção individual e/ou coletiva, quando a aquisição deles, de imediato, ocorreu pelas próprias profissionais, da mesma maneira que a organização do cotidiano de trabalho se confirmou – por mais que houvessem orientações técnicas, ainda que incipientes – com o que cada profissional havia estudado a respeito, para pensar em como continuar com os atendimentos, e também se sentir, minimamente, protegida/o e também com a intenção de proteger as/os demais.

Ressalta-se também que muitas/os daquelas/es que procuraram o CRAS no início do contexto pandêmico, por conta de necessitarem da Assistência Social naquele período, como Política Pública, não se referiam à população que vinha sendo atendida – anteriormente à pandemia – pelo CRAS e/ou estava em acompanhamento com a equipe dessa instituição, o que caracteriza a dinamicidade do que se tem como SUAS, quando se concretizam ações também em decorrências das demandas que os territórios necessitam/apresentam (ou, ao menos, poderia/deveria ser dessa maneira).

Outros olhares que se sobressaíram sobre o SUAS, durante o contexto pandêmico, e que perduram, contemplam: a Assistência Social, como Política Pública, “[...] trata-se de uma política de cobertor curto, que tira dos serviços e direitos para a ‘transferência de renda’,

em proporções muito maiores do que já vinha ocorrendo” (Boschetti; Behring, 2021, p. 81). Em outras palavras, considerando o momento sócio-histórico no qual se vive, a “[...] reprodução do capital, seja para pressionar a redução do valor da força de trabalho, seja para manter o mercado consumidor. Será para sua proteção que a assistência social se agigantou durante a pandemia, em forma do ‘auxílio emergencial?’” (Boschetti; Behring, 2021, p. 75).

Seria ousado instigar se a Assistência Social, em determinadas situações, contribui para gerir a pobreza – e sua permanência –, na intenção de que isso tenha respaldo nas eleições municipais, estaduais e federais, a título de que o interesse primordial se refira a ter visibilidade política, no sentido de manutenção de votos e, conseqüentemente, na permanência narcísica em lugares de poder e de decisão, por meio da reeleição? Adendo, o que prevalece, nas leituras que se faz do SUAS, quando se tolera a expansão de programas de transferência de renda, por vezes com essa finalidade somente e não com outras alternativas atreladas a eles, em detrimento de manter essa necessidade/possibilidade também, pois renda mínima todas as famílias necessitam, além de se efetivar a expansão das demais ações da Política Pública em questão? Perguntas provisórias que tendem a se tornar permanentes.

A intensidade de um Serviço de Acolhimento Familiar em contexto pandêmico

Em meados de fevereiro/2021, o lugar de atuação passou a ser outro, estive em um Serviço de Acolhimento Familiar no qual se viveu, em meio a pandemia e com cuidados mais amenos, experiências

em que vínculos familiares eram mediados pelo uso da tecnologia, e crianças e adolescentes em situação de acolhimento mantinham contatos com seus familiares por meio de ligações telefônicas, chamadas de vídeo, não de maneira presencial por um período, o que interferiu na qualidade dos vínculos, na proximidade deles e, por vezes, na sua manutenção. As reflexões, desde então, perpassaram a preservação desses vínculos, os cuidados em prol deles e como isso pode ter interferido no retorno, ou não, ao convívio com a família de origem.

Essa (re)organização, em meio ao contexto de pandemia pelo Covid-19, foi recomendada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) – como um dos exemplos para se enfatizar nesta produção –, para que as visitas de familiares e/ou com pessoas de referência passassem a ser realizadas de outras maneiras, principalmente pelo contato a distância, como telefonemas, meios eletrônicos, cartas. Isso porque, entendia-se como uma alternativa de proteção às crianças e às/aos adolescentes em situação de acolhimento, principalmente para garantir o distanciamento social e amenizar os riscos de transmissibilidade. Perante as demais orientações e recomendações oficiais, em relação às medidas pertinentes àquele momento, tem-se o fato de que elas foram disponibilizadas pelo Governo Federal posteriormente aos cuidados tomados pelos próprios serviços de acolhimento, que realizaram ajustes e mudanças conforme se compreendia como possível e necessário (Bernardi, 2020).

A produção de Bernardi (2020) apresenta informações quantitativas relacionadas aos Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes, nas diferentes modalidades, e as situações vivenciadas – e seus desafios – ao longo do contexto de pandemia pelo Covid-19. De acordo com a autora,

Durante a pandemia, 60% dos contatos entre crianças e adolescentes acolhidos e suas famílias (e pessoas relevantes para sua vida afetiva), ocorreu de modo remoto, utilizando-se de recursos digitais e/ou telefônicos dos serviços de acolhimento. As dificuldades de acesso das famílias aos recursos digitais e a falta de experiência com o seu uso, tornaram os contatos ainda mais difíceis. (Bernardi, 2020, p. 134).

A partir disso, é pertinente refletir sobre as implicações dessa restrição dos contatos, ou até mesmo, em algumas situações, das ausências prolongadas desses contatos com familiares e/ou pessoas de referências; o que, possivelmente, interferiu na manutenção desses vínculos, na qualidade deles, mas também nas consequências psicológicas, emocionais e de saúde, de maneira geral, das crianças e dos adolescentes que estavam em situação de acolhimento. Principalmente ao se considerar o fato de que tiveram, ainda mais – além do afastamento, de fato, do convívio e da permanência com a família de origem – o contato com essa família restringido/limitado.

Além das atividades adaptadas, houveram aquelas que não ocorreram da mesma maneira que vinham sendo executadas/desenvolvidas, a exemplo das visitas domiciliares da equipe técnica às famílias de origem, das atividades coletivas com os grupos de famílias, tanto as acolhedoras quanto as de origem e/ou de referência para a/o acolhida/o, como também os atendimentos presenciais com as famílias acompanhadas pelo Serviço. Essas atividades também foram (re) adaptadas e, a maioria delas, mediadas pelo uso das tecnologias da informação e da comunicação.

Ainda assim, o contágio e a disseminação do coronavírus se perpetuaram e alcançaram membros das famílias acolhedoras, acolhidas/os, profissionais do Serviço, como também membros das famí-

lias de origem. Houveram perdas (membros das famílias de origem, pessoas idosas em situação de acolhimento), nem todas pela condição da pandemia, mas como a sensação das perdas e dos rompimentos estava ainda mais intensa, o sentimento de/pelo luto se emancipava em meio às necessidades e tentativas de continuar, apesar de tê-las – as perdas – de vivenciar.

Propõe-se uma indagação, a título de problematização: teve-se a possibilidade de lançar mão de olhares diferentes para situações que talvez se mostrassem conhecidas/corriqueiras a um Serviço de Acolhimento Familiar, a exemplo das perdas, dos rompimentos, das rupturas e de como se vivencia e se sente isso, ao estar em um ambiente familiar, não tão familiar assim, mas mais familiar que a permanência em um contexto institucional? Permanece-se a pensar e refletir a respeito.

As reflexões que fizeram sentido serem construídas – e compartilhadas neste relato – se relacionam com os desafios dos/nos Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes, antes mesmo de se vivenciar a condição de pandemia, e possivelmente impulsionados por ela e seus desdobramentos. Nesse sentido, Temer (2021) contribui ao indicar que, nesse movimento de tempo-espço, se tem “[...] um cenário que parecia jogar uma lente de aumento em uma delicada intersecção entre todas as questões inerentes ao universo do acolhimento e os desafios inéditos trazidos pela pandemia” (Temer, 2021, p. 4).

De tal modo, terá o contexto de pandemia contribuído, de alguma maneira, para o retrocesso quanto aos Serviços de Acolhimento, para crianças, adolescentes, pessoas idosas e/ou pessoas com deficiência? A mesma autora possibilitou que se reflita sobre isso:

O isolamento social imposto pelo risco de contágio produziu um (re)encontro com aspectos do acolhimento, presentes muitas vezes de forma velada. Os não ditos da medida de proteção, naquilo que ela paradoxalmente encerra de rupturas, isolamento e estigmatização, puderam ganhar palavra [...]. A pandemia configurou-se em um estranho, bastante familiar. [...] Falar da pandemia e de seus efeitos, permitia falar sobre isolamento, lutos, rupturas e perdas de convívio, temas presentes no cotidiano do acolhimento. Estratégias inventivas para lidar com a falta de contato pessoal com familiares, professores, colegas de escola, [...] poderiam afinal ser incorporadas ao trabalho rotineiro das equipes, ampliando possibilidades para além da pandemia. O contato virtual, por carta, à distância no portão estiveram entre os relatos do esforço de se fazer presente. Em outros casos, o afastamento e silêncios aprofundaram distâncias sombrias de um isolamento já conhecido. (Temer, 2021, p. 15).

Com base nesta intensidade, tem-se algo que exige estratégias de cuidados – individuais e/ou coletivas – em contexto pandêmico ou não: a saúde das/os trabalhadoras/es, no viés de que, de acordo com Temer (2021), esteve-se diante e junto com os “[...] efeitos da pandemia, tanto aqueles que emergem do desamparo frente ao desconhecido, quanto de desamparos antigos e recorrentemente silenciados” (Temer, 2021, p. 8).

Além disso, para Temer (2021), na tentativa de realizar atividades de “roda aberta”, como um espaço de escuta – ainda que virtual – para profissionais atuantes nos Serviços de Acolhimento, em período de pandemia e isolamento social imposto por ela, vivenciaram desafios no que se refere a concretizar esses espaços de escuta. De igual modo, acredita-se que esses espaços seriam propícios para construir possibilidades e potência de vida e de (re)significação, bem

como maneiras de cuidados para si e com/ao outro, alternativas para esperar e, para no coletivo, pensar, estar e agir nos Serviços de Acolhimento Familiar, para além dos muros – reais e simbólicos – que o contexto pandêmico construiu.

Não obstante, como não houve possibilidade para participar de tais “rodas” e partindo das experiências pessoais-profissionais, expõe-se que se vivenciou a (re)significação das relações, dos vínculos e do estar como Psicóloga, nesse Serviço, quando diferentes afetos foram experienciados e me afetaram distintamente, por tal razão se construíram os meus escritos, na maneira de registros afetivos, que variam e oscilam de acordo com as vivências do cotidiano de uma profissional de Psicologia.

Para agosto/2021:

Ah, os afetos, as emoções e os sentimentos...

O afeto que pulsa no peito, pelos batimentos cardíacos.

O vínculo que se expressa de que maneira?

Pelo olhar estatelado, pelo rubor da face ou pelas lágrimas que escorrem?

Ah, o afeto no ambiente familiar, seja da maneira que for, que protege, que impulsiona cuidado e proteção.

Ah, o afeto que segura, que quer perto, mas que permite ir.

E o que fazemos? Nos permitimos sentir esse afeto, seja da maneira que for!

Em outubro daquele ano, em um movimento de esperar:

Ciclos!

Sentidos!

Vividos!

Escolhidos!

Que chegam!

Que partem!

Que nos afetam!
Que nos impactam!
Que caminhos fazem sentidos?
Que ciclos são escolhidos?
Seguimos!

Em outra ocasião, no mesmo mês:
Em que lugar 'cabe' o sentimento?
Como ele pode ser sentido?
Na chuva lá fora,
No olhar pela janela,
No olhar de fora para dentro e de dentro para fora,
Na presença,
Na ausência,
No contato, no vínculo e no afeto!
Cada sentimento com seu lugar!
Cada sujeito, com seu sentimento, falando do e de seu lugar!
Ah, o lugar de cada um e de todos nós...

Para novembro/2021, por sua vez, com suas nuances e oscilações:
Viver!
Viver e seguir por diferentes caminhos!
Amar, nessa vida, e sentir diferentes amores!
Viver, seguir, amar e sentir na medida em que fizer sentido!
Viver, e reconhecer a intensidade de todos os momentos, sejam eles quais forem...
Viver, escolher, voar e se libertar!
Mas, viver (cada qual a sua maneira)!

Ainda naquele novembro:
Sentimentos!
De desânimo, de ansiedade!
Interesses e curiosidades!

Desejos de mudanças, projetos diferentes, possibilidades e potencialidades!

Porém, a sensação é de que as coisas estão na mesma, do mesmo jeito!

O que fazer?

Aproveitar cada encontro, cada troca, cada escuta, para seguir!

Passado esse período, até o momento desta produção, não foi plausível (re)lembrar, exatamente, o que havia ocorrido em cada um dos meses, nos quais os registros ocorreram, mas ao (re)vê-los, (re)visitá-los, a intensidade desses afetos e dessas afetações permanece tão presente quanto às situações e circunstâncias que foram vivenciadas/experenciadas.

Ao se confluir com aquele momento e ao se considerar o tempo que se permaneceu como profissional de um Serviço de Acolhimento Familiar, penso que determinadas expressões conseguem explicitar a dimensão e a dinamicidade de um contexto de trabalho como esse, ainda mais com o percurso e os percalços de uma pandemia pelo Covid-19, são elas: afeto, sensibilidade, seriedade, responsabilidade, indignação, preocupação, rompimentos, sofrimentos, distanciamentos, (re)aproximações, vínculos, aprendizados, desafios e as experimentações mais intensas e perceptíveis dos diversos e diferentes afetos que caracterizaram esse ambiente de trabalho e sua complexidade. Referem-se a sentimentos e emoções que atravessam o cotidiano de trabalho do/no SUAS de maneira geral, a exemplo de que algumas delas representam o tempo de trabalho em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e outras também são vividas/experenciadas atualmente, no ambiente de trabalho de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como se apresenta na sequência.

A atuação em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social e seus desdobramentos

Recentemente, ao estar em outro lugar de fala, em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), confirmou-se a potencialização das violências intrafamiliares no decorrer da pandemia, sendo evidenciadas quantitativamente, como um exemplo, pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2020b): 24,4% (uma em cada quatro) das mulheres brasileiras – acima de 16 anos de idade, então adolescentes – vivenciaram alguma situação de violência (física, psicológica ou sexual) durante a pandemia pelo Covid-19. Podem haver aspectos implícitos nesse índice, e seus possíveis desdobramentos tendem a se tornar perceptíveis com o passar do tempo. Desse modo, Sposati (2020, p. 102) sinaliza que: “Não demorou para ser revelado que o isolamento social estaria sendo acompanhado pelo crescimento da violência contra as mulheres e crianças [...]”.

Menciona-se que, ao se considerar o contexto de atuação em um CREAS, haveria possibilidade de abordar outras demandas e/ou temáticas, bem como os desdobramentos de todas elas, mas por alguma razão fez sentido explorar as situações de violências em relação às mulheres, possivelmente por estar na condição de mulher e/ou por ter a sensação de que se sente junto com elas as situações experienciadas.

Nas publicações do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2020a), sobre as situações de violência doméstica durante a pandemia pelo Covid-19, têm-se que o

[...] panorama de alguns tipos de violência contra meninas e mulheres registrados em canais governamentais nos meses de março e abril [de 2020], período em que a pandemia de Covid-19 já se espalhava pelo país e exigia das autoridades medidas de contenção. Assim como verificado em outros países, os registros de diferentes tipos de violência realizados em delegacias de Polícia caíram sensivelmente no período, mesmo diante da adoção de ferramentas virtuais para facilitar a realização do boletim de ocorrência. [...] A redução destes registros, no entanto, não parece apontar para a redução da violência contra meninas e mulheres. Os registros de feminicídio cresceram 22,2% no período e os homicídios de mulheres tiveram incremento de 6%. O Ligue-180, central nacional de atendimento à mulher criada em 2005, viu crescer em 34% as denúncias em março e abril de 2020 quando comparado com o mesmo período do ano passado. (FBSP, 2020a, p. 4).

Por mais que as possibilidades de denúncia, diante de situações de violências vivenciadas pelas mulheres – em tempo pandêmico – foram ampliadas, no que se refere aos registros por meio de ferramentas virtuais, é pertinente enfatizar que houve dificuldade de acesso a tais instrumentais, tanto pela disponibilidade de aparelhos tecnológicos quanto também pelo acesso à internet, e que também foram percalços experienciados no momento em que o acesso ao Auxílio Emergencial se efetivava de maneira semelhante. De tal modo, questiona-se: como garantir direitos – naquele contexto – àquelas/es que não acessavam essas possibilidades? Para elas/es era impreterível tentar/conseguir, se aproximar e acessar esses direitos e tê-los garantido, mas soam como direitos oferecidos pelo Estado, porém não necessariamente garantidos por ele.

Em outra edição divulgada pelo FBSP (2020b), as informações corroboram com o indicado anteriormente:

Temos observado, mês após mês, uma redução em uma série de crimes contra as mulheres em diversos estados – indicativo de que as mulheres estão encontrando mais dificuldades em denunciar a(s) violência(s) sofridas neste período. A única exceção é o tipo mais grave de violência: a violência letal. Os levantamentos periódicos elaborados pelo FBSP têm mostrado, em todos os meses, aumentos nos índices de feminicídios e/ou homicídios em diversos estados. De forma análoga, os dados também indicam uma redução na distribuição e na concessão de medidas protetivas de urgência, instrumento fundamental para a proteção da mulher em situação de violência doméstica. A violência letal contra a mulher pode ser considerada o resultado final e extremo de uma série de violências sofridas. Nesse sentido, as evidências apontam para um cenário onde, com acesso limitado aos canais de denúncia e aos serviços de proteção, diminuam os registros de crimes relacionados à violência contra as mulheres, sucedidos pela redução nas medidas protetivas distribuídas e concedidas e pelo aumento da violência letal. (FBSP, 2020b, p. 2).

Não obstante, essas evidências e suas problematizações reverberaram nas demandas na ocasião da pandemia e, não menos importante, também nas atuais de um CREAS, em um dos municípios de Pequeno Porte I do oeste de Santa Catarina. De tal modo, é pertinente enfatizar que na maioria das situações de violências em relação às mulheres, quem as pratica diz respeito ao companheiro/parceiro ou ao ex-companheiro/parceiro íntimo. Além disso, essas situações de violências ocorrem, principalmente, na residência dessas mulheres.

Partindo de tais apontamentos, pontua-se que o “melhor lugar do mundo” deveria/poderia ser o ambiente familiar, o lugar da família, das relações familiares e da convivência segura, protetiva e com afeto. Entretanto, sabe-se que não tem sido isso que tem ocorrido

e caracterizado o espaço privado de diversas famílias. Isso porque, em alguns ambientes familiares é plausível vivenciar as melhores – e mais saudáveis – experiências, mas, de igual modo, podem se referir ao lugar, ao espaço e ao tempo em que as situações mais complexas, dolorosas e que produzem sofrimentos tendem a ocorrer, a exemplo das situações de violências intrafamiliares. Nesse sentido, o contexto familiar também ultrapassa suas fronteiras de cuidado, proteção e garantia dos direitos, ao violar vidas, histórias e potencialidades, devido ao fato de que as marcas que as violências impregnam nos modos de existências repercutem intensamente, de maneira longínqua e em um movimento universal-singular.

Outro aspecto que se mostra pertinente enfatizar – por se referir, nesse momento, a uma das principais demandas atendidas no CREAS em questão – contempla as situações de violências relacionadas às crianças e às/aos adolescentes. O FBSP, na continuidade das sistematizações quanto às situações de violências ocorridas ao longo dos anos, explicitou que:

Analisando a série histórica dos primeiros semestres, verifica-se uma queda de 15,6% nos estupros e estupros de vulnerável registrados entre 2019 e 2020. Os anos subsequentes registraram aumentos de 11,7% entre 2020 e 2021 e de 12,5% entre 2021 e 2022, reforçando a hipótese de que a queda entre 2019 e 2020 se deu pelas condições impostas pela Covid-19. Os registros de estupro e estupro de vulnerável foram os mais afetados pela pandemia de Covid-19 dado que, diferentemente de outras modalidades de violência contra meninas e mulheres, necessariamente exigem o exame de corpo de delito nas vítimas, momento em que são apuradas as lesões causadas por qualquer ato ilegal ou criminoso. (FBSP, 2022, p. 9-10).

Pontua-se também sobre as questões de gênero presentes nas relações que evidenciam situações de violências, por meio também de relações de poder, quando se tem que:

Os inúmeros casos noticiados diariamente pela imprensa não nos deixam esquecer o cenário drástico em que convivemos nesses últimos anos, em que, junto com a pandemia e com a retomada da vida cotidiana, vivemos também uma epidemia de violência de gênero. O diagnóstico já feito anteriormente foi reiterado: estupro não é sobre desejo, é sobre poder. Sejam os crimes letais ou os crimes sexuais, é dramático pensarmos em uma sociedade que convive e naturaliza números tão alarmantes. (FBSP, 2022, p. 14).

Isso exemplifica a indignação, na condição de mulher, profissional de Psicologia, parte da Política Pública de Assistência Social, em que a gravidade desses fatos na história das crianças, das/os adolescentes e mulheres – e da sociedade de maneira geral – é sentida cotidianamente, com o que se trabalha/atua e se tenta, por meio de possibilidades micro, enfrentar e resistir a essas situações de violências, no sentido de evitar que continuem acontecendo e oportunizar que, no transcorrer do acompanhamento psicossocial por meio do CREAS, elas não se sintam sozinhas, devido ao fato de que – talvez – o sentimento mais evidente durante as circunstâncias nas quais as violências transcorreram, tenha sido a solidude.

As reflexões contínuas a respeito de tais aspectos ressaltam o fato de que a retomada da vida cotidiana proporcionou novamente a visibilidade das situações de violências, principalmente por ter passado o período eminente da pandemia pelo Covid-19. Todavia, as situações de violências vivenciadas durante a pandemia, por mais que subnotificadas, não eram novidades, e a continuidade delas escancaram

o que caracteriza uma sociedade permissiva e que naturaliza relações de poder e desiguais, além de relações desequilibradas em que os privilégios permanecem com os mesmos (homens) e as lutas constantes precisam ser daquelas que foram/são oprimidas e violentadas. Por tal razão, o que me move, no cotidiano de um CREAS, é o fato de (re)lembrar continuamente que luto – eu luto – também se refere a um verbo e para efetiva-lo é imprescindível que seja construído a diferentes mãos, que tendem a não ser muitas, mas precisam ser intensas.

Considerações

Considerando as experiências vivenciadas na condição de profissional de Psicologia, em diferentes espaços da/na Política Pública de Assistência Social, há que se considerar que os desdobramentos relacionados à pandemia e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para profissionais e famílias, evidenciam situações de sofrimentos, violências e/ou violações de direitos e demandam atenção, reflexão e ações, para que se consiga visualizar possibilidades e potencialidades à continuidade do trabalho da/na Assistência Social e a efetividade de sua atuação e de suas proposições, para além de um contexto pandêmico.

Em outras palavras, ao se (re)conhecer as experiências vivenciadas na Política Pública de Assistência Social, durante a pandemia do Covid-19, e (com)partilhá-las, para compreender seus possíveis desdobramentos, têm-se as reflexões relacionadas ao direito à alimentação e ao acesso do Auxílio Emergencial, como também aos desafios relacionados à continuidade do acompanhamento psicossocial com as famílias, na condição de um Centro de Referência de Assistência

Social (CRAS). Em relação a esse período, provavelmente o que tenha feito sentido, para que fosse possível “suportar” aquele momento, tenha sido a atuação mais prática e objetiva, focada na concretude das demandas que se apresentavam e do que caracterizou o cotidiano de trabalho, com olhares e leituras técnicas e/ou teóricas, e com tentativas para que as sensibilidades não se aflorassem.

No Serviço de Acolhimento Familiar, por sua vez, ao acompanhar as adaptações necessárias em um contexto de pandemia pelo Covid-19, principalmente no que se refere aos contatos entre crianças e adolescentes, pessoas idosas e/ou pessoas com deficiência e aos vínculos com as famílias de origem e/ou pessoas de referência, os quais passaram a ser mediados pelas tecnologias, por vezes inacessíveis, isso oportunizou que a sensibilidade se sobressaísse, por conta da complexidade e da intensidade desses momentos e desses desafios. Considerando esse período, como profissional desse Serviço, ele pode ser representado/significado por meio das sensibilidades impulsionadas pelos rompimentos, pelos distanciamentos, pelas (re)construções, pelas retomadas, que ainda fazem emergir emoções, lágrimas e o sentimento de esperar, em meio a tantas complexidades.

Em relação ao contexto de trabalho do/no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), tem-se a expressividade das situações de violências, que ocupam os diferentes lugares e, infelizmente, permeiam as diferentes relações familiares-sociais, principalmente àquelas que envolvem crianças, adolescentes e mulheres, na medida em que existem tendências conservadoras que retroalimentam as relações de poder, que inviabilizam as possibilidades de ser e que produzem rupturas e sofrimentos. Ao se pensar principalmente sobre as práticas interventivas relacionadas às mulheres, que vivenciaram situações de violências, há necessidade de lançar

mão de diferentes sensibilidades, também para se (re)conhecer em outros possíveis, a exemplo de problematizações, reflexões, ações e (des)construções sobre masculinidades, paternidades, parentalidade e relações familiares de maneira geral: aspectos esses que, muitas vezes, ainda perpetuam situações de violências.

Partindo de tais pressupostos, o “sentido-que-faz-sentido” para o SUAS diz respeito a ressaltar, enfatizar e impulsionar as possibilidades de vida, como também suas condições de potencializar as potencialidades, na intenção de amenizar/minimizar os sofrimentos, ou quem sabe, a necessidade/possibilidade de se (re)construir – sendo pertinente e possível – diante das rupturas que as violações de direitos produzem nas histórias dos sujeitos, que são de direitos. Para tal, é imprescindível que se produza sementes, que tendem a germinar, e que essa Política Pública se coloque e esteja ao lado das famílias e dos seus membros, a fim de caminhar de maneira conjunta e não em uma relação hierárquica que possa, por vezes, também produzir outras situações de violências.

Não menos importante, e ainda mais angustiante, pontua-se a respeito dos desafios que permeiam o desmonte do SUAS, em um movimento de oscilação, avanços e retrocessos. De tal modo, indaga-se: qual tem sido a atuação das/os profissionais do/no SUAS em relação as intervenções que, por vezes, possibilitam a manutenção da ordem das/os excludentes e/ou a manutenção das situações de violências? Diante das Políticas Públicas ainda incipientes, seria a Assistência Social a que reforça e transfere aos sujeitos, as responsabilidades pelo que vivenciam? Nesta perspectiva, seria plausível indicar que a Política Pública de Assistência Social está, neste momento, tão vulnerável quanto a sociedade de modo geral? Ou ainda, o SUAS se apresenta à proteção de quem realmente, daquelas/es que realmente

necessitam dele ou está à disposição para proteger outras perspectivas e interesses?

O que se vivencia nos diferentes espaços de atuação, na condição de SUAS, prossegue comigo, sejam as memórias, os sentimentos, as experiências e os desdobramentos. De tal modo, o “sentido-que-faz-sentido” relacionado a esse Sistema se refere a prosseguir, com as situações vivenciadas, direcionando o andamento e a continuidade dessa Política Pública, para sua efetividade, sua expansão e seu (re) conhecimento tal como deveria ser.

Adendo, devido ao fato desta produção se referir a um relato de experiências, por meio de uma versão de sentido, os apontamentos aqui construídos e apresentados fizeram sentido de tal maneira, na medida em que, caso se entendesse como pertinente, cada temática abordada neste relato poderia se transformar em outras instigantes leituras e pesquisas. De tal modo, o que fez sentido ser guardado/registrado, escrito, (re)lembrado e (re)vivido, no que diz respeito às experiências vivenciadas em tempo de pandemia pelo Covid-19 no contexto do SUAS, são as situações, vivências, desdobramentos, reflexões, apontamentos, sentimentos e emoções aqui (re)conhecidas e (com)partilhadas.

Referências

AMATUZZI, Mauro Martins. Uso da versão de sentido na formação e pesquisa em Psicologia. **Coletâneas da ANPEPP**, PUC-Campinas, 1996. p. 11-24. Disponível em: <https://www.anpepp.org.br/acervo/Colets/v1n09a01.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023.

BERNARDI, Dayse Cesar Franco. **Levantamento Nacional sobre os Serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes em tempos**

de Covid-19: [livro eletrônico] apresentação dos resultados. v.1. 1. ed. São Paulo: NECA: Movimento Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária e Fice Brasil, 2020. Disponível em: http://www.ficebrasil.org.br/wp-content/uploads/2021/03/E-book_1-LevantamentoNacional_apresentacaore resultados_Final231220.pdf. Acesso em: 17 mar. 2023.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.238>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. 2. ed. [Nota Técnica]. São Paulo, 2020a. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/05/violencia-domestica-covid-19-ed02-v6.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023.

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. 3. ed. [Nota Técnica], São Paulo, 2020b. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v3.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023.

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/12/violencia-contrameninas-mulheres-2022-1sem.pdf?v=v2>. Acesso em: 17 mar. 2023.

GUZZO, R. S. L.; SOUZA, V. L. T.; FERREIRA, Á. L. M. C. M.. A pandemia na vida cotidiana: reflexões sobre os impactos sociais e psicológicos à luz da perspectiva crítica. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 39, e210100, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e210100>.

PAN, L.C. et al. Proteção social e experiências terapêutico-ocupacionais: a vida na pandemia de Covid-19. **Interface**, Botucatu, 25, supl. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200753>.

SCHOTT, Daniela Fernanda; DAL MAGRO, Márcia Luíza Pit. Caracterização da Proteção Social Básica do SUAS na região da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43065-43084, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-067>.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. COVID-19 revela a desigualdade de condições da vida dos brasileiros. Fórum Democracia, Políticas Públicas & Covid-19. **Revista NAU Social**, v. 11, n. 20, p. 101-103, maio / out. 2020. Disponível em: <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/nepsas/artigos/36533-texto-do-artigo-131579-1-10-20200430.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

TEMER, Clarissa de Toledo. **Roda Aberta**: escuta para profissionais do Acolhimento na pandemia de COVID-19. São Paulo: Instituto Fazendo História, [2021]. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/56b10ce8746fb97c2d267b79/t/621390ea264dd43570476def/1645449493370/LIVRO+RODA+ABERTA.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2023.

ZANELLA, Andréa Vieira. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2013.

Projeto de Formação de Atores Multiplicadores para a atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: relato de experiência no estado de Santa Catarina

Patricia Sabina Marafon

Josilene Branco de Souza Sales

Eduardo Bonfim da Silva

Caro/a leitor/a, queremos convidá-lo/la para conhecer a trajetória da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - SUS, com ênfase no Projeto de Formação para atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, desenvolvido pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT em parceria com o Conselho Nacional de Saúde – CNS, em todo território nacional com destaque para a oficina realizada no estado de Santa Catarina, durante o contexto de Pandemia de Covid-19. Evidenciando o papel do controle social como agente transformador fundamental na defesa das políticas públicas em Saúde do Trabalhador nos territórios.

A construção do campo da Saúde do Trabalhador

Durante a realização das primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador - SEMSAT, em 1979, ficou evidente a necessidade de uma instituição que apoiasse tecnicamente as demandas da classe traba-

lhadora por melhorias nas condições de saúde dos trabalhadores e dos ambientes de trabalho, com pesquisas, estudos e assessoria. É neste momento, onde os diferentes sindicatos, trabalhadores e profissionais de saúde debatiam as péssimas condições de trabalho, os altos índices de acidentes e doenças profissionais e o não reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho, além da desumana assistência à saúde aos trabalhadores.

O DIESAT foi criado em agosto de 1980, para subsidiar as decisões em Saúde do Trabalhador e qualificar a discussão, com a participação ativa dos trabalhadores, trabalhadoras, movimentos sindicais e sociais, movimentos populares de saúde, universidades e profissionais da saúde. O DIESAT foi essencial para a criação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador, que depois deram origem aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest (DIESAT, 2020).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi um marco na história da saúde pública do país e um divisor de águas no campo da Saúde, pois se trata da primeira conferência que contou com a efetiva participação social. E um contexto de consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS, inclusive com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST), realizada em dezembro do mesmo ano (Brasil, 1986). A partir da Constituição Cidadã, promulgada em 1988 (CF/1988), tornando-se o principal símbolo do processo de redemocratização do país (Brasil, 1988).

No ano de 1990 foram instituídas as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990, que constituiu o Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1990a), e a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre os recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b). Nessa perspectiva de implementar a saúde do trabalhador no SUS, foi realizada, em 1994, a 2ª Conferência

Nacional de Saúde do Trabalhador (2ª CNST), com o tema “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” (Brasil, 1994).

Com a Reforma Sanitária e com a promulgação da CF/1988, a Saúde do Trabalhador se legitima como espaço de luta para o entendimento de que saúde não é mercadoria e não está à venda. Dessa forma, compreender o conceito de saúde em sua simplicidade e de maneira ampliada para além de ausência de doenças, que perpassa o cuidado integral dos/as trabalhadores/as, com direito à moradia, ao saneamento básico, acesso à educação e condições de trabalho dignas, que não adoecem os trabalhadores, mas que possibilite a promoção da saúde e o protagonismo dos trabalhadores no território (Brasil, 1994).

Os Conselhos de Saúde são espaços institucionalizados e têm a função de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público. No art.12 da Lei nº 8.080/1990 está previsto a criação de Comissões Intersetoriais de âmbito nacional subordinadas ao CNS, nas três esferas de gestão do SUS (a nível municipal, estadual e federal), constituídas por entidades representativas da sociedade civil, órgãos competentes e gestão (Brasil, 1990).

Uma dessas comissões é a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT, que tem como propósito o assessoramento dos Conselhos de Saúde na temática de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT). Portanto, sua instalação é obrigatória e indispensável nos Conselhos de Saúde. A CISTT tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a STT, cuja execução envolva ou não áreas compreendidas no âmbito do SUS, mas que zelam ou têm interface com a Saúde dos Trabalhadores (Brasil, 2022). As atribuições do CNS e das Comissões Permanentes estão regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990).

Desse modo, por ser uma Comissão dos trabalhadores e das trabalhadoras têm a possibilidade de dialogar por todas as outras Comissões do Conselho de Saúde, como a Comissão de Visitas, de Finanças, de Educação Permanente, entre outras. A CISTT é fundamental para o fortalecimento e defesa das políticas públicas de Saúde do Trabalhador, buscando sempre resgatar e fortalecer os princípios do SUS na sua universalidade, equidade, integralidade e a participação social (Brasil, 2022).

Nessa perspectiva, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador – Renast, que se consolida como uma rede nacional de informações e práticas de saúde no âmbito do SUS, com o objetivo de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, no campo da Saúde do Trabalhador. A Renast possui como principal componente o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest (Brasil, 2002).

No âmbito das ações de vigilância, a Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, faz parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que tem como propósito buscar à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora através de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. A VISAT possui caráter transformador e estabelece um processo pedagógico que propõe a participação dos sujeitos e provoca o compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho, desenvolvendo ações de prevenção, proteção e promoção em saúde (Brasil, 2013).

Desse modo, visa a integralidade do cuidado no campo da saúde do trabalhador, perpassa pelo envolvimento de diversos ato-

res e instituições, de forma intrasetorial (Rede de Atenção à Saúde – RAS) e intersetorial (Movimentos Sociais, Sindicais, Instituições Religiosas, Ministério Público do Trabalho, Universidades, entre outros), e a participação popular se constitui como ação fundamental para a produção da equidade e do cuidado em saúde (Araújo; Gomes; Cruz, 2021).

A Vigilância Popular em Saúde visa privilegiar o protagonismo de comunidades e movimentos sociais, não busca substituir o dever estatal, mas reconhecer os saberes populares e atuar nos processos participativos de natureza dialógica, envolvendo diferentes graus de atuação junto ao Estado, instituições de ensino e especialistas (Carneiro; Pessoa, 2020).

A Vigilância Participativa em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora têm como propósito a adoção de práticas e mecanismos inovadores, capazes de efetivar a participação popular, a partir da construção do conhecimento compartilhado sobre a saúde da população, a criação de espaços que ampliem e focalizem as necessidades e desejos da população por meio da escuta do usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica, transformando-as em fontes de informação privilegiadas para fomentar as políticas públicas em saúde (Waldman, 1998).

A incorporação dos trabalhadores e suas organizações representativas nas ações do campo em Saúde do Trabalhador, fortalecem em todas as etapas a execução das ações de VISAT, na identificação das demandas, no estabelecimento de prioridades, no planejamento, adoção de estratégias de prevenção, promoção, acompanhamento, avaliação e no controle da aplicação de recursos (Brasil, 2012).

Metodologia do Projeto de Formação de Atores Multiplicadores para atuação no controle social

Para fortalecer as ações de saúde do trabalhador, o DIESAT em parceria com o CNS e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, desenvolveu o Projeto de Formação de Atores Multiplicadores para a atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tal diálogo formativo surge de diretrizes de conferências de saúde bem como demandas de ampliar e qualificar os trabalhadores e trabalhadoras, evidenciando as práticas e saberes populares para a atuação e o exercício do controle social nos territórios. Com isso, pretende instigar o conhecimento e provocar os atores na execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT e na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), além de implementar e ampliar mais Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT, tendo em vista que dos 5.570 municípios, somente 244 possuíam CISTTs (DIESAT, 2022).

O Projeto ocorreu entre os meses de fevereiro a dezembro de 2021, de acordo com a agenda estabelecida com os Estados. Em decorrência do contexto da Pandemia de Covid-19, que ainda se encontrava com alto nível de transmissão e o plano nacional de vacinação, abaixo dos 70% de vacinados recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todas as oficinas foram realizadas virtualmente através da plataforma zoom.

Foram realizadas 38 oficinas de formação, sendo 33 de âmbito estadual/distrital e 5 regionais, ministradas em 3 dias de trabalho um para cada eixo temático, totalizando 109 encontros virtuais. As atividades contaram com a participação de representantes das capitais, de municípios de grande, médio e pequeno porte.

A metodologia utilizada pelo DIESAT, se deu através da Educomunicação embasado no acolhimento, na escuta qualificada, na valorização e integração das práticas e saberes.

Entenda-se por Educomunicação um conceito mais abrangente para pensar os fenômenos de ensino-aprendizagem sob as circunstâncias que matizam a vida contemporânea em sua pluralidade de dispositivos técnicos, estímulos à visualidade, desafios suscitados pelos circuitos digitais, instigações provocadas pelas estratégias de produção, circulação e distribuição da informação e do conhecimento. (Citelli; Oro-Fino, 2014, p.6).

A Educomunicação busca dialogar com os sujeitos de forma horizontal, emancipatória e dialógica, a partir da realidade dos mesmos, através do uso de ferramentas tecnológicas de comunicação e interação, que busca incentivar sua consciência crítica (Silva, 2019). Segundo Freire (2021, p.133), o sujeito que se abre ao mundo e aos outros provoca com sua atitude inquietação e curiosidade e está sempre em permanente movimento na história.

Com isso, a metodologia permitiu aproximar o diálogo com a realidade dos participantes e aprofundar, quando necessário, a análise situacional sobre os processos de trabalho nos diversos territórios, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias de fortalecimento do SUS e do Controle Social. “Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo” (Freire, 2021, p. 96).

Durante o processo formativo foram utilizados materiais didáticos e diversas ferramentas para interagir com os participantes, entre elas, plataformas de conversação, de design, vídeos, músicas, redes sociais e aplicativos para criação de fala em tempo real.

Na abertura das Oficinas, a Equipe do DIESAT acolhia e conduzia uma apresentação dos atores sociais, seguido de breve introdução do eixo temático trabalhado no dia. Os facilitadores responsáveis por cada eixo temático, iniciavam sua apresentação, interagindo com os participantes, aos quais relatavam suas experiências e vivências no território.

Após a apresentação, os participantes eram divididos em grupos menores, onde realizava-se a leitura do caderno de textos produzido pelo Grupo de Trabalho e Formulação (GTF) do DIESAT e eram provocados pelas perguntas norteadoras de cada eixo temático, em que partilhavam suas práticas, saberes e reflexões de suas realidades, com duração de aproximadamente 60 minutos.

A riqueza dos trabalhos em grupo foi um momento de valorização das características sociais e culturais, na qual os participantes escolhiam o nome dos grupos, traziam a identidade e a singularidade regional, reafirmando-se como protagonistas do processo de aprendizagem.

O primeiro eixo temático da formação intitulado: “O trabalho e os impactos à Saúde da Classe Trabalhadora”, abordou a categoria trabalho como um dos maiores determinantes sociais de saúde-doença, e a importância de compreender como é o processo de saúde e adoecimento no modo de produção capitalista “uma arena de luta de classe” (DIESAT, 2022). Essa provocação em sua simplicidade levou cada participante a refletir sobre seu entorno, seu território e principalmente seu modo de sobrevivência. Um momento de compreensão da centralidade que o trabalho ocupa nas nossas vidas e regula o nosso modo de viver, assim como também, incide em toda nossa sociedade.

O segundo eixo temático intitulado como “Políticas Públicas no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” abordou o histórico das Políticas Públicas no Brasil. Foi enfatizado o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que apoiou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e garantiu o direito de participação social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde. Foi instituído no art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90 (Brasil, 1990), cujas definições estabelecem a criação de duas instâncias de participação institucionalizadas: conselhos e conferências de saúde (Brasil, 1988). Destaque para ações de vigilância em saúde - Vigilância em Saúde do Trabalhador, e especial a realização da conferência convocada pelo Controle Social que culminou na publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

O terceiro eixo temático intitulado “O Controle Social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, enfatizou o art. 1º da Constituição Federal de 1988, que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”. Ressaltou que as principais conquistas se deram por meio da luta social, resultando na criação do SUS como uma política pública universal, equânime e integral.

Reforçou a necessidade de engajamento na defesa do SUS, pela classe trabalhadora e o despertar da juventude. Abordou a importância das CISTT em cada território, como mecanismo da implementação da PNSTT e o fortalecimento das ações da VISAT. Assim como ser indutores das ações de promoção da saúde, visando desmistificar a atuação do SUS, para além dos atendimentos nos hospitais. Enfatizou o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest, como o principal componente da Rede de Atenção Integral

em Saúde do Trabalhador - Renast, mas não limitando a atenção integral à Saúde dos Trabalhadores apenas em si, mas sendo necessário o atendimento dos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, abordou a necessidade de apropriação dos instrumentos de gestão e planejamento do SUS, para qualificar e atuar frente aos espaços de controle social.

O eixo, por sua vez, também atingiu os objetivos propostos através das respostas dos participantes, trazendo até que ponto os espaços de participação social dialogam com a sociedade, os possíveis desinteresses da população na participação; o que fazer para ampliar a participação social e como as CISTT podem contribuir com a vigilância e a efetivação do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Implementando as Oficinas de Formação de Atores Multiplicadores no estado de Santa Catarina

A Formação de Atores Multiplicadores para a atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizada pelo DIESAT no estado de Santa Catarina, ocorreu entre os dias 11, 12 e 13 de agosto de 2021. O desenvolvimento do Projeto se deu através da participação dos atores do controle social que compõem os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, membros da CISTT, Ceresst, Sindicatos, Universidades e diversos outros Movimentos Sociais. No estado de Santa Catarina as Oficinas possibilitaram compreender a realidade vivenciada no território pelos participantes em pleno período pandêmico e quais foram as estratégias utilizadas pelos atores para o fortalecimento do controle social do SUS.

Os participantes se dividiram em salas virtuais, os quais nomearam os grupos nos três dias da formação para discutir e responder as questões norteadoras dos eixos temáticos.

O primeiro eixo tinha como questões norteadoras perguntas que abordavam quais eram as principais atividades econômicas vivenciadas pelos trabalhadores em seus territórios. Tentando compreender também quais eram os acidentes mais frequentes e quais eram os serviços públicos disponíveis para atendimento da classe trabalhadora.

O segundo eixo temático questionou sobre as principais experiências encontradas na efetivação da PNSTT e da VISAT. Buscando compreender de que forma as ações de vigilância em saúde do trabalhador podem ser articuladas nos territórios, visando a promoção da saúde e redução de acidentes, entendendo de que forma os trabalhadores podem se articular e contribuir nas ações.

O terceiro eixo problematizou os participantes sobre a importância dos espaços de participação e controle social, destacando o papel dos conselhos, conferências e da CISTT. Compreendendo quais os motivos do esvaziamento dos espaços de controle social instituídos e provocando de que forma ampliar essa participação, para efetivação das Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e para implementação de mais CISTTs nos municípios.

As discussões dos trabalhos em grupo em cada eixo temático, foram muito provocativas. Através da leitura do material, roda de diálogo e interações virtuais, evidenciaram a importância de refletir seus contextos sociais, de participação no estado de Santa Catarina e nas demais Regiões do Brasil. Para conhecer mais sobre os diálogos

apresentados, acesse o livro “Quando eu soltar a minha voz” (2022), no site do DIESAT.

Considerações Finais: o constante desafio de instigar e mobilizar os atores sociais para somar na luta em defesa da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

Compreendemos que a experiência do Projeto de Formação de Atores Multiplicadores para a atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizada no estado de Santa Catarina, permitiu mesmo diante de um cenário pandêmico, a participação de atores sociais de diversos segmentos da sociedade, o que possibilitou a riqueza dos debates e trocas de experiências transformadoras.

Os trabalhos em grupo no formato virtual permitiram uma nova dinâmica aos participantes, pois alcançaram atores de realidades diferentes do seu território, o que ampliou ainda mais as discussões das questões norteadoras nos eixos temáticos.

Compreendeu-se que o Projeto de Formação se tornou uma excelente estratégia de análise e conhecimento das singularidades e especificidades dos territórios, bem como permitiu aos participantes o diálogo em conjunto, na busca de problematizar e propor questões do campo da Saúde do Trabalhador, em um momento tão desafiador da Pandemia do Covid-19.

Não podemos deixar de relembrar aqui que no decorrer dos encontros, infelizmente, perdemos algumas pessoas para o vírus da Covid-19, o que nos fez refletir ainda mais sobre a importância deste Projeto de Formação e da luta constante em defesa da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. O que fica dessa experiência são as

lembranças, memórias daqueles que não abandonaram a luta, e que continuam presentes na defesa de um SUS mais fortalecido, para todos, todas e todes.

Como relatou nosso eterno companheiro de luta “Sempre vamos agradecer, colocar dúvidas e dizer para as pessoas, que a luta não é fácil, mas é permanente. Tem coisas que a gente luta e vai ver, e tem coisas que não... Mas essa história o amanhã vai contar!” (Arnaldo Marcolino da Silva Filho, Radialista, Membro da Direção do DIESAT, 2022).

Referências

ARAUJO, M. G. M. C. DE; GOMES, A. C. O.; CRUZ, P. J. S. C. Participação social na vigilância em saúde e atenção básica. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. e12197, 16 nov. 2021. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12197>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conheça a CISTT**: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2022. Disponível em: <https://diesat.org.br/2022/04/acervo/conheca-a-cistt/>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL. [**Constituição (1988)**]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília: **Diário Oficial**

da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. **1º CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2º CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relato_final.pdf. Acesso em: 13 jul.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalhar, sim! Adoecer, não! O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/trabalhar_sim_adoecer_nao.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. **4º CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Documento_Orientador.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>

saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1679 de 19 de Setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, p.1-11, 2005. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 13 mar. 2023.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; PESSOA, Vanira Matos. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/>

tes/a/QL8wS8krxQ8p8qgjxqrP87D/?lang=pt#. Acesso em: 10 jan. 2023.

CITELLI, Adilson; ORO-FINO, Maria Isabel. Uma apresentação entre mediações. In: OROZCO GÓMEZ, Guillermo. **Educomunicação: recepção midiática, aprendizagens e cidadania**. São Paulo: Paulinas, 2014.

DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. **Quando eu soltar a minha voz: Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. 2022. Disponível em: <https://diesat.org.br/2022/04/acervo/quando-eu-soltar-a-minha-voz/>. Acesso em: 13 jul. 2022.

DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. **O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: Práticas territoriais**. 2020. Disponível em: https://diesat.org.br/wp-content/uploads2/2020/10/DIESAT_-_O_CS_em_STT_no_BR.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 68. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2021.

SILVA, Merli Leal. Pedagogia freireana na perspectiva da educação popular. **Revista Educação Popular**, Uberlândia, v. 18, n. 3, p. 4-19, set./dez. 2019. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=Pedagogia+freireana+na+perspectiva+da+educ+omunica%C3%A7%C3%A3o+popular&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart. Acesso em: 12 jan. 2023.

WALDMAN, Eliseu Alves. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Inf. Epidemiol. Sus.**, v.7, n.3, pp.7-26, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n3/v7n3a02.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2023.

El Covid 19 y la debelación de los problemas de la realidad social en Perú

Mario Mejía Huamán

Introducción

Mediante nuestro breve artículo trataremos de dar a conocer, la conducta acatada por la parte de la población limeña, en el Perú en el aislamiento por el Covid 19, y el acceso al aprendizaje digitalizado en la educación básica y superior. Nosotros somos profesores de filosofía y lógica en la Universidad Ricardo Palma de Lima, Perú.

Probablemente, como en todo lugar del planeta, el virus dividió a la población en dos sectores; unos aceptaron su presencia y buscaron protegerse mediante el aislamiento y las vacunas recomendadas para el caso; los otros, no quisieron aceptar la presencia del mal, especialmente los pobladores de extracción popular que viven en el cinturón de la ciudad capital, quienes continuaron realizando sus actividades como si nada hubiera ocurrido en el mundo: salidas continuas al mercado, organización y asistencia a fiestas populares o familiares. Pero, lo que más nos llamó la atención es que, aún gente denominada, culta se resistió a protegerse con la mascarilla y guardar el aislamiento decretado por las autoridades del Estado.

En el sector educativo de todos sus niveles el problema fue crítico, tanto para los estudiantes, los padres que pagan las pensiones de enseñanza; El problema fue mayor para los padres de familia

cuyos hijos asisten a colegios privados, principalmente porque los progenitores no estaban en condiciones de continuar pagando por la educación de sus hijos; no hay duda, aunque no sabemos matemáticamente cuántos, los profesores de tales colegios privados se habrían visto duramente afectados, dado que los centros en que laboraban no podían continuar pagándoles sus sueldos durante dos años. Mientras que esto ocurría en las ciudades, el problema fue más grave, en los distritos apartados de la ciudad en la sierra peruana, dado que en muchos lugares, la población no cuenta con el fluido eléctrico, en algunos pueblos la elergía eléctrica funciona por horas en la noche, por tanto, en esos lugares no se puede contar con televisores, LapTops, teléfonos celulares o, a los radio-receptores no llegan una buena señal de transmisión.

Comportamiento de las personas

Si bien la mayoría de la población fue golpeada por el ataque de un elemento desconocido que, en la mayoría de los casos llevó a la muerte al enfermo, recién tomamos consciencia del peligro en que toda la humanidad se encontraba. Algunos jefes de Estado quisieron paliar el peligro con declaraciones como que el mal no es sino un resfrío o “una gripesiña”. En las ciudades, un buen sectores de la población acató las advertencias del Ministerio de Salud como: guardar el aislamiento, someterse a estrictos procedimientos de limpieza, evitar el contacto directo con otras personas, sin importar si tienen o no síntomas del mal; finalmente, la vacuna llegó aunque con cierto retraso y, como en todo lugar la población hizo largas colas para recibirla.

Es algo anecdótico lo que ocurrió en el Perú; una cantidad mínima de vacunas habían llegado al Perú en calidad de muestra, entonces el presidente de la república había sido uno de los que fue vacunado, lo cual fue aprovechado por los politiqueros de la “derecha peruana” para buscar, entre otras cosas “tres pies al gato” y, destituirlo de la presidencia de la república, con el argumento inventado por unos cuantos abogados de la derecha en el sentido de que se *“había apropiado de un bien que era para todos los peruanos”*. Las leyes peruanas, como toda norma positiva, escrita, no contemplaba este hecho, pero es así, el presidente fue destituido, es más, el parlamento, ayudado por la prensa que está en manos de la “derecha”, impidió que reciba las otras dosis.

El comportamiento de las personas que viven en el cinturón de la ciudad de Lima presentó más diferencias; la mayoría tomó conciencia del peligro, dado que no se contaban con camas en los hospitales y los fallecidos prácticamente fueron apilados, por falta de espacio, uno sobre otro, en las morgues. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud por vacunar, hubieron ciudadanos, probablemente creyentes religiosos, incluyendo algunos católicos, se resistieron a vacunarse y, reaccionaron contra el uso de la “mascarilla” protectora, indicando que, Dios había creado a la humanidad con pelos en las fosas nasales, como medios de protección de la salud y por tanto, no era necesario usar la mascarilla protectora. A nuestra de ver, la interpretación bíblica sobre este punto fue por demás equivocada. Pensamos que Dios creó a la primera pareja desnuda, en tal sentido, aceptando el razonamiento de estos cristianos para el Covid 19, podríamos concluir indicando que, hoy deberíamos vivir desnudos dado que Dios nos creó desnudos.

No hace quince días, por un canal de televisión en Lima, se mostró cómo algunos residentes del cinturón de la ciudad capital, de Lima, expulsaban de su urbanización a las enfermeras que, por mandato del Ministerio de Salud fueron a vacunar “casa por casa”. Consideramos que la reacción de dichos feligreses se debe a la ignorancia cultural y falso dogmatismo religioso.

Otros hechos que han llamado la atención y, que no fueron del agrado del público en general fue que, más de un ciudadano, al enterarse de la muerte de sus familiares por el Covid 19, en los centros de salud u hospitales, agredieron físicamente a los médicos. Bueno, como sabemos, “la ignorancia es atrevida y violenta”.

Al respecto debo mencionar que mi hija mayor, señora ella, madre de dos jóvenes, también fue infectada por Covid 19 que, por milagro o azar del destino tuvo la suerte de conseguir una cama en el hospital; finalmente ella “vencido al mal” y entre otras experiencias no narró que, en la sala común en que ella se encontraba, fallecieron algunas personas cercanas a su cama, aún más jóvenes que ella, dado que su cuerpo no respondía al tratamiento para salvarla. En casos como estos, nada pueden hacer los galenos contra la muerte.

La situación en el sector educativo

El suscrito, es docente en una universidad de Lima; dicta los cursos de Lógica y Filosofía. En el caso de la lógica, la primera parte del curso es de fácil comprensión, tanto en lo teórico como en lo práctico; en la segunda parte, el estudiante debe estar en condiciones de demostrar la validéz de los razonamiento, mediante la técnica de los Diagramas Semánticos. Con dicha finalidad, utilizamos,

previamente, los comandos del ordenador como: “*insertar símbolos*” del menú, en los programas de MicroSoft, tanto en Power Point, como en Word; pero, llegado el momento de la evaluación final, no pudimos utilizar los programas antes mencionados, porque para la evaluación es obligatorio emplear el programa oficial que la Universidad a adquirido, para el dictado de clases y, para la evaluación oficial; habiendo experimentado que el comando “*insertar símbolos*” de *Power Point* y *Word* de *Windows*, no eran reconocidos por este programa.

Respecto a la asistencia de los estudiantes, debemos manifestar que algunos estudiantes, pero muy pocos, se retiraron de la Universidadlos por el problema económico; sus progenitores habían perdido el trabajo a consecuencia del aislamiento por el Covid 19.

Sobre la infraestructura necesaria para la educación a distancia en el aislamiento por el Covid 19

En la ciudad capital de Lima, no a todos los distritos llega el “cable”, pero junto a este problema está que, muchos hogares no cuentan con el presupuesto necesario para pagar la mensualidad del Cable, de las antenas parabólicas o comprar los programas que utiliza el ordenador.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, registra los siguientes datos, respecto a la recepción de las clases por Internet, con el siguiente título:

El 82,1% de la población de 12 a 16 años de edad matriculados en algún año de educación secundaria recibieron clases a distancia

El INEI informó que, el 82,1% de la población de 12 a 16 años de edad matriculados en algún año de educación secundaria recibieron clases a distancia mediante medios virtuales. Por área de residencia, las clases escolares a distancia alcanzó al 82,6% de esta población del área urbana y al 80,9% en el área rural. (INEI, 2021)

En otro informe oficial del gobierno peruano podemos leer: “12 abr. 2021 — ***Durante*** la pandemia, los porcentajes de deserción escolar han aumentado considerablemente y el ***acceso a la educación*** ha sido casi imposible...” (INEI, 2021).

En una página Web bajo el título: “Conoce las alarmantes cifras sobre la educación de niñas, niños y adolescentes en nuestro país” se informa:

Si bien es cierto que ya para el 2019 las cifras no eran muy alentadoras, con la llegada del COVID-19, en el 2020, la situación educativa se vio aún más afectada. Esto ocurrió sobre todo en las regiones más alejadas del Perú y en las provincias, donde el acceso a la educación era casi nulo debido a la falta de conexión a internet o a la carencia de dispositivos como computadoras, tablets o teléfonos inteligentes. (Inversiones, 2021)

En otro documento Inei¹ sostiene que “Seis de cada 10 peruanos no tiene acceso a internet”. Este problema se profundiza teniendo en

1 Inei - Instituto Nacional de Estadística e Información. Lima, Perú.

cuenta las consecuencias de la pandemia por la **Covid-19**. A nivel nacional 82 de cada 100 niños y niñas entre 12 y 16... (infancia, 2021, noticia/4406)

Con el título: *Conoce las alarmantes cifras sobre la educación de niñas, niños y adolescentes en nuestro país* (planinternational.org.pe) el plan Internacional de Educación sostiene los datos que los presentamos en los siguientes 3 cuadros (Plan Internacional, 2021).

Cuadro 1

Abandono de la escuela primaria	AÑO	%	CAUSAS
Países: Chile, Colombia, Uruguay, Panamá, Perú ²	2018	50 -60	Familiares, desinterés, embarazo

Cuadro 2: PERÚ

Abandono en la educación secundaria (MINEDU)	Edad	%	CAUSAS
	13 - 19	6.30%	Trabajo

Cuadro 3: PERÚ

Año	Edad	%	Causa: se dedican sólo al trabajo
2017	14 - 17	7.7	“
2018		8.1	“
2019		9.8	“

El Ministerio de Educación del Perú informó que: Debido a la pandemia **del COVID-19** y sus graves consecuencias sanitarias y sociales, en el año 2021, un total de 124,533 estudiantes interrumpieron sus estudios en el sistema **educativo** a nivel nacional por una serie

2 Cēpal, Comisión Económica para la América Latina (2018).

de factores, como la falta de conectividad, problemas familiares o económicos (Perú, 2021).

Otros sitios Web sostienen que, “Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), en el Perú solo el 40 % de hogares tienen acceso a Internet, y en las cuales el 5.6% de la población rural accede a este servicio” (Salgalú TV, [s.d.]).

De alguna manera los datos presentados respecto al tema, son bastante interesantes, aunque siempre se pueda dudar de su exactitud, dado que cada institución da diferentes datos y, debido al aislamiento por el Covid 19, que no permitió realizar una encuesta personal, real. Podemos admitir sin embargo que, los datos son bastante aproximados. Consideramos que es innecesario presentar más informes estadísticos, toda vez que América Andina tiene semejante realidad.

A manera de conclusión

1. Pensamos que el Covid 19, ha cogido de sorpresa a todos los Estados del mundo, desde los más poderosos o económicamente ricos, a los más pobres o miserables. Así mismo, el Covid 19, nos ha mostrado al desnudo lo dividido que se encuentra nuestra sociedad. La educación vía Internet probablemente no ha afectado mucho a las familias ricas; en cambio a las familias de “clase media” sean estos trabajadores dependientes, intelectuales, técnicos o trabajadores manuales, las consecuencias negativas son significativas.

2. Si bien el Estado peruano hizo posible el dictado cursos vía Internet, muchos hogares no pudieron contratar el “cable”, ni comprar una CPU ni los programas para la recepción de clases, por sus limitaciones económicas. Por otro lado, los estudiantes residentes por encima de los 3.400 m.s.n.m. con climas que fluctúan entre los 3 a 5 grados Fahrenheit, a las 08.00 de la mañana, se vieron obligados a buscar el mejor lugar entre las prominencias de los cerros para captar mejor la señal de la emisora del Estado, en sus radios receptores.
3. En las ciudades capital de provincias o de la república una gran mayoría se acogió al aislamiento; sin embargo, los ciudadanos pobres que viven del trabajo “día a día”, muy a pesar suyo, han infringido la orden de los ministerios de salud y, han continuado realizando pequeñas actividades comerciales para sobrevivir.
4. De manera semejante, la clase media que vive de su remuneración mensual se ha visto obligado a reprogramar su presupuesto de gastos, entre ellos el de educación.
5. Los padres de familia que tenían a sus hijos en colegios privados se vieron obligados a trasladar a sus hijos a colegios del Estado.
6. No tenemos datos oficiales, pero es posible que los profesores de colegios particulares también hayan sido afectados en sus ingresos económicos, lo que repercutió principalmente en la educación de los hijos.
7. Números migrantes de la sierra peruana a la capital de la república, se vieron obligados a retornar a sus pueblos de origen, al haber perdido el puesto de trabajo cuya

remuneración permitía pagar: el alquiler de la vivienda, la alimentación diaria, los pagos por los servicios básicos como luz, agua, etc. El problema ha sido tal que, al haberse suspendido la circulación de los buses interprovinciales, se vieron obligados a iniciar el retorno a pie y de noche, para evitar el calor de día.

8. En nuestro caso, la Universidad Ricardo Palma, lugar donde laboramos mi esposa y yo, continuó remunerándonos los dos años que duró el aislamiento. El trabajo, lo realizamos vía Internet, incluyendo las sustentaciones de tesis.
9. De todas maneras, los laboratorios y fábricas de medicamentos han respondido positivamente con vacunas, para paliar el mal y, desde luego las ganancias anuales para ellos supero el 500% en la mayoría de los casos.
10. Consideramos que, en el campo educativo, indirectamente la humanidad, ha dado un gran paso, ya que se ha demostrado que se pueden impartir clases a todo nivel, a distancia; habiéndose inventado programas cada vez mejores, aunque costosísimos económicamente, por el momento. Las empresas que hicieron posible la educación a distancia mediante sus programas cobraron caro, por los millones de minutos empleados en la educación.
11. Como consecuencia del Covid 19, pensamos que fue una falsa pretensión o soberbia del hombre actual que este “dominaba a la naturaleza”.

Bibliografía

INEI – Instituto Nacional de Estadística e Información. Obtenido de El 94,2% de la población de 6 a 11 años de edad... Publicado en 12 de abril de 2021. Disponible em: <https://m.inei.gob.pe> > prensa > noticias > el-942-de-la.

INEI– Instituto Nacional de Estadística e Información. Boletines Infancia, 2021. Disponible em: <https://www.inei.gob.pe> > MenuRecursivo > boletines. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe> > MenuRecursivo > boletines infancia, I. e. (2021, noticia/4406). <https://inversionenlainfancia.net/?blog/entrada/noticia/4406>. Obtenido de <https://inversionenlainfancia.net/?blog/entrada/noticia/4406>.

INVERSIONES. Blog, 2021. Disponible em: <https://inversionenlainfancia.net> > blog > entrada > noticia. Obtenido de <https://inversionenlainfancia.net> > blog > entrada > noticia

PERÚ. Ministerio de Educación. 2021. Disponible em: <https://gestion.pe> > peru > ministerio-de-educacion-uno... Obtenido de <https://gestion.pe> > peru > ministerio-de-educacion-uno...

PLAN Internacional. Blog. 12 de abril de 2021. Obtenido de: <https://www.planinternational.org.pe/blog/conoce-las-alarmanes-cifras-sobre-la-educacion-de-ninas-ninos-y-adolescentes-en-nuestro-pais>. <https://www.planinternational.org.pe/blog/conoce-las-alarmanes-cifras-sobre-la-educacion-de-ninas-ninos-y-adolescentes-en-nuestro-pais>

SALGALÚ TV. [s.d.]. Disponible em: <https://www.salgalu.tv/vernoticiatv/531#:~:text=Seg%C3%BAAn%20datos%20del%20Instituto%20Nacional,rural%20accede%20a%20este%20servicio>.

Dos encaminhamentos à efetivação do acesso às atividades remotas, no ano de 2020, na Aldeia indígena Kondá de Chapecó-SC

Abegair Farias de Lima

A Secretaria Municipal de Educação de Chapecó está organizada em setores para atender as demandas das instituições de ensino: EBMs (Escolas Básicas Municipais) e CEIMs (Centros de Educação Infantil). Os setores pedagógicos, tanto de educação infantil quanto de educação especial e ensino fundamental, têm profissionais que executam diversas funções relacionadas à educação, entre elas a orientação do trabalho pedagógico e formação dos professores da rede municipal. Em cada um destes setores há uma equipe formada pelo(a) gerente, o(a) coordenador(a) e articuladoras(es). As articuladoras do setor de Educação Infantil acompanham o desenvolvimento do trabalho pedagógico a partir de visitas realizadas às instituições, onde acontecem conversas com a equipe gestora e professoras(es). Outra atribuição da equipe do setor de Educação Infantil é o atendimento à comunidade escolar caso tenha necessidade de intervir junto à equipe gestora nas resoluções de diversas situações.

Exercer a função de articuladora, no setor de Educação Infantil, na secretaria municipal de educação de Chapecó, de abril de 2015 até setembro de 2021, possibilitou vivenciar muitos desafios e aprendizagens. Quando iniciei no setor de Educação Infantil em 2015 atendia 19 CEIMs (Centros de Educação Infantil). No ano de 2016 passei a

atender 21 CEIMs, quando assumi a articulação dos dois CEIMs indígenas, o CEIM Sa Pe Ty Kó Si e o CEIM Toldo Chimbangue.

Estar na função de articuladora até setembro de 2021 no Setor de Educação Infantil resultou na participação de orientações e encaminhamentos para desenvolver o trabalho pedagógico a partir de março de 2020, quando as aulas presenciais foram interrompidas, com o intuito de evitar a propagação do vírus e contaminação das crianças e suas famílias. No período de março de 2020 a setembro de 2021 foi possível participar de várias discussões acerca de questões pertinentes à educação infantil e na organização da proposta de trabalho encaminhada aos Centros de Educação Infantil Municipal (CEIM) de Chapecó para as(os) professoras(es) realizarem e encaminharem para as famílias. No que se refere à pandemia de Covid-19, nos anos de 2020 e 2021, foi possível participar de orientações e encaminhamentos para desenvolver o trabalho pedagógico desde março de 2020, quando as aulas presenciais foram interrompidas, com o intuito de evitar a propagação do vírus e contaminação das crianças e suas famílias. Embora atendesse 21 CEIMs, o trabalho de orientação demandava olhar para as especificidades de todos os espaços atendidos pela Secretaria Municipal de Educação. No que se refere aos CEIMs indígenas, além da orientação do trabalho pedagógico, havia necessidade de contribuir com algumas orientações sobre o administrativo.

Ao reportar-se à pandemia Covid-19, pensar no desenvolvimento de uma proposta para a aldeia Kondá, no ano de 2020, demandou olhar para a realidade das crianças e suas famílias, para então organizar junto com os(as) professores(as) estratégias que possibilitassem o acesso às atividades. O objetivo era garantir que as crianças matriculadas na educação infantil, nas turmas de 4 e 5 anos, do CEIM

Sa Pe Ty Kó Si, que estavam em casa com seus responsáveis, tivessem acesso às atividades.

Desde o início da pandemia foram feitas orientações sobre as medidas de prevenção e controle da Covid-19. As redes sociais da Prefeitura Municipal de Chapecó e outros meios de comunicação reforçaram constantemente a importância do distanciamento social, da higiene das mãos, o uso de máscara, limpeza e desinfecção de ambientes, bem como etiqueta respiratória e isolamento de casos suspeitos e confirmados conforme orientação médica.

Os encaminhamentos para os(as) professores(as) de como iria acontecer o trabalho pedagógico eram feitos por meio de formação continuada, pela equipe do setor da Educação Infantil. As articuladoras do setor foram organizadas em cinco duplas e cada dupla era responsável pela formação dos(as) professores(as): regentes de cada grupo etário (bebês, crianças bem pequenas e crianças pequenas), de Educação Física e Corregentes. Então, através de formação via *Google Meet* eram realizadas as formações.

As aulas presenciais estavam suspensas e após formações realizadas pelo *Google Meet*, foi preciso colocar em prática as estratégias para que as crianças não ficassem totalmente desassistidas, visto que a cada mês com o que se estabelecia a partir das portarias e decretos, e com o município oscilando entre vermelho e a cor laranja no mapa de risco, não se tinha previsão para o término do atendimento remoto.

No que diz respeito ao contexto educacional, no PLANCON-EDU/COVID-19, elencou-se como objetivo:

Criar condições para que seja possível assegurar a continuidade da missão educativa das escolas de todos os tipos e níveis no estado, estabelecendo recomendações sobre estratégias e metodologias peda-

gógicas adaptadas, buscando qualidade e equidade no atendimento escolar. (Chapecó, 2020, p. 10).

A Resolução COMED N° 001 de 05 de junho de 2020, dispôs sobre o regime especial de atividades não presenciais no Sistema Municipal de Ensino de Chapecó, para fins de cumprimento do calendário letivo do ano de 2020, como medida de prevenção e combate ao contágio da Covid-19.

As atividades não presenciais precisavam ser organizadas para serem encaminhadas às famílias e deveriam estar alinhadas aos decretos e resoluções que foram sendo homologados, levando em consideração que ao se referir à educação, a Constituição Federal de 1988, no artigo 205 reconhece a educação como um direito de todas as pessoas, considerando-a como indispensável ao pleno desenvolvimento do indivíduo.

Para efetivação do trabalho, primeiramente fez-se necessário compreender toda organização que há na comunidade Kondá, levando em consideração que as pessoas indígenas têm o sistema imunológico baixo e fragilidade na resistência contra vírus e bactérias.

Como no ano de 2020, atuavam quatro profissionais como professores(as) no CEIM, sendo um coordenador, uma professora regente, um professor bilíngue Kaingang e um professor (não indígena) de educação física, foi necessário acontecer diálogos entre professores(as) e liderança. Nestes diálogos eram pensadas estratégias de possibilitar que as atividades chegassem às residências das famílias de forma segura, evitando a propagação do vírus.

Enquanto rede municipal de educação, para o primeiro semestre de 2020, os encaminhamentos para os(as) professora(as) da Educação Infantil foi a postagem de atividades não presenciais, no site da

Prefeitura municipal de Chapecó, no ícone Banner Sala de Aula. Porém, o recebimento das atividades no formato online não era possível, pois a maioria das famílias indígenas não tinha acesso à internet e as famílias que tinham internet seu acesso era limitado.

Possibilitar que as atividades organizadas pelos(as) professores(as) chegassem às crianças e fossem realizadas por elas juntamente com suas famílias demandou levar em consideração na efetivação das ações pensadas e colocadas em práticas, a compreensão que o acesso à educação era direito das crianças e esse direito precisava ser respeitado.

Enquanto direito cabe ressaltar que a comunicação entre as crianças e suas famílias acontecia através do idioma Kaingang, língua materna das pessoas da aldeia. Mais um desafio a ser superado pelos(a) professores(a).

Enquanto articuladora, o contato com os(a) professores(a) e coordenador do CEIM Sa Pe Ty Kó Si aconteceu pelo Whatsapp, onde era possível acompanhar como estava sendo desenvolvido o trabalho pedagógico e contribuir para que as atividades chegassem até a residência das crianças. Juntos fomos amadurecendo ideias de como organizar as atividades, com um vocabulário de fácil compreensão, possibilitando o entendimento das famílias quanto às atividades que precisavam realizar com as crianças em casa.

As atividades encaminhadas para às famílias precisavam conter na identificação o nome da atividade, o período a ser realizada e o(s) campo(s) de aprendizagens de acordo com o currículo da educação infantil municipal de Chapecó, que havia sido reorganizado conforme a Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Na sequência o(s) objetivo(s) de aprendizagem e desenvolvimento, a atividade descrita

de forma clara e detalhada, e a(s) referência(s)/fonte(s). Havia a possibilidade de ilustrar as atividades com imagens que faziam menção às atividades propostas, desde que citada a fonte. Neste mesmo formato entregue às famílias, as atividades eram postadas no Banner Sala de Aula, na página da prefeitura.

A organização e comprometimento dos(as) professores(as) foi surpreendente. Dois professores residiam na aldeia e dois fora dela. Destes que residiam fora, uma estava com frequência na comunidade indígena devido seus familiares morarem na aldeia. Como as atividades precisavam ser postadas semanalmente no Banner Sala de Aula, os(as) professores(as) reuniam-se uma vez por semana no CEIM e definiam quais atividades deveriam ser realizadas levando em consideração os materiais que as famílias dispunham em suas residências. Após decidirem o que seria elencado como atividades, o professor de educação física, por ter mais acesso à internet, ficava responsável por digitar e organizar no slide modelo o que haviam rascunhado e encaminhar-me o documento por e-mail ou Whatsapp para fazer a impressão das cópias que seriam entregues às famílias. Essas cópias eram retiradas, pelo coordenador ou professor de educação física, no setor de educação infantil e levadas para a aldeia.

Para garantir que as atividades chegassem até as crianças e fossem realizadas com o acompanhamento das famílias havia a organização da entrega nas residências. Para entregar as atividades os(as) professores(as) organizavam um dia da semana para irem até a residência de cada criança, onde para o familiar responsável entregavam e explicavam como deveriam realizá-la.

Este formato de entregar as atividades nas residências garantiu que a maioria das crianças tivessem acesso às atividades e realizassem-nas sob orientação de suas famílias. Como meio de constatar que

as famílias realmente fizessem as atividades com as crianças, no desenvolvimento proposto era solicitado o registro das crianças através do desenho ou da escrita. A cada semana acontecia a devolução do registro da atividade concluída e o recebimento da nova atividade a ser realizada.

Das devolutivas dos(as) professores(as) de como eram os momentos de entrega das atividades percebeu-se que algumas vezes na conversa com as famílias demandava explicar detalhadamente cada atividade para melhor compreensão de como realizar com as crianças. Estes momentos possibilitaram uma proximidade do CEIM com as famílias e garantiram que as crianças tivessem acessos às atividades não presenciais durante a pandemia Covid-19.

Referências

BRASIL. [**Constituição (1988)**]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 mar. 2023.

CHAPECÓ. **Plano Municipal de Contingência** - Educação: para prevenção, monitoramento e controle da disseminação da COVID-19 nos estabelecimentos dos diversos níveis de Educação/Ensino. Comitê Municipal de Gerenciamento da Pandemia COVID-19. Prefeitura Municipal de Chapecó, outubro de 2020.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Educação. **Atividades não presenciais para alunos da rede municipal de Chapecó-SC**: ações de distanciamento social. Prefeitura Municipal de Chapecó, 2020.

TERCEIRA PARTE
CARTAS PEDAGÓGICAS
E OUTROS TEXTOS

Histórias de uma UTI Covid

Thais Aparecida Vasconcelos Rodrigues

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Pedro Francesco Alba Zardo

Eduarda Rebelato de Almeida

Liliane Pedon

As histórias aqui relatadas são trazidas por dois narradores, profissionais de saúde que vivenciaram a pandemia a partir da realidade de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) instalada em um hospital geral do sul do Brasil. Esta UTI foi montada para atender aos pacientes que adoeceram gravemente da Covid-19 no período, sendo denominada de UTI Covid. Sabe-se que estes setores e seus trabalhadores foram muito demandados durante a emergência de saúde pública gerada pela pandemia, em função do grande número de pessoas que necessitaram de cuidados intensivos. As histórias compartilhadas neste texto compõem fragmentos de entrevistas¹ feitas com estes profissionais.

1 Estes relatos são resultado de entrevistas realizadas durante pesquisa realizada pela primeira autora e orientada pela segunda autora, que aconteceu nos anos de 2021 e 2022. Alguns dados foram alterados ou suprimidos a fim de evitar a identificação dos entrevistados, sem, contudo, interferir na descrição dos fatos. A pesquisa que originou este trabalho foi financiada com recurso da Fapesc/Ministério da Saúde por meio do Edital 16/2020 – PPSUS.

A sobrecarga dos profissionais

Entre as dificuldades relatadas pelos profissionais durante a pandemia, se sobressaem as longas jornadas de trabalho e a impossibilidade de fazer pausas, para o que contribuiu a falta de técnicos, a grande demanda de atendimentos, e também a necessidade de aprender sobre o manejo de uma doença nova. Nesse sentido, entre as estratégias adotadas pelo governo federal no enfrentamento à pandemia, destaca-se a Medida Provisória nº 927/2020, que diz respeito à flexibilização do trabalho, dispôs no Artigo nº 29, item I, a possibilidade de prolongamento das jornadas de trabalho, mesmo para as atividades insalubres, e no item II, indica a adoção de escalas de horas suplementares, sem que houvesse penalidade administrativa (Brasil, 2020).

Sobre a realidade do trabalho, os profissionais relatam:

Na Pandemia a gente trabalhou muito mesmo, houve momentos em que a gente não tinha realmente opção, pois tinham colegas afastados, um setor novo que abria, ou uma demanda grande. Houve momentos em que a gente teve um bum de casos, que chegavam muitos pacientes graves inclusive, então foi realmente bastante cansativo, eu diria que hoje eu costumo trabalhar 170, 180 horas mês, com certeza isso chegou a variar por 300 trezentas e poucas horas (isso representa 10 horas por dia incluindo sábados e domingos). Mas foi algo necessário naquele momento, todo mundo precisou fazer um esforço extra para conseguir suprir as demandas. (Profissional 1).

“A gente trabalhava bem mais, eu cheguei a trabalhar dez noites seguidas, pois não tinha profissional e a gente acabava indo” (Profissional 2).

Eu acho que todo mundo se sentiu muito vulnerável. Porque a gente precisou entregar uma carga horária, e um conhecimento que a gente já tinha de algumas outras situações de quadro respiratório, mas que, muita coisa vinha surgindo, muita atualização, então, além de toda a parte prática de trabalho ainda demandava todo um exercício teórico em casa, que estavam todos os dias saindo novos artigos, novas evidências e a gente sempre querendo entregar algo que tivesse comprovação científica. (Profissional 1).

No começo estava todo mundo tão perdido, sabe? A gente não sabia, hoje tinha uma rotina, amanhã tinha outra rotina, era muita gente diferente, muito médico diferente, muito técnico diferente, era tudo junto sabe? Todo mundo teve que aprender junto. (Profissional 2).

Foi muito politizada a pandemia, então a gente começou a estudar muito! Justamente pra ver o que funcionava, o que não funcionava, o que era real, o que não era real, o que era certo e o que não era certo, então tinha toda uma capacitação, e me lembro, assim, como se fosse hoje, a gente em casa assistindo aulas de intensivistas, aulas de pneumologistas, revisões do que se tinha até aqui, do que estava acontecendo lá fora, então foi bem cansativo, e de certa forma muita gente chegou num nível de estafa. Só que foi um nível de estafa que a gente não podia parar, então isso com certeza trouxe muitas consequências, assim, na qualidade de vida, só que a gente sentia como quase uma convocação, que não era o momento que a gente poderia parar pra pensar nisso, porque as coisas estavam muito tumultuadas, então, de certa forma, a gente teve que colocar em segundo plano a nossa saúde mental, [...] foram momentos bem difíceis assim [silêncio]. (Profissional 1)

Além das difíceis condições de trabalho relatadas pelos trabalhadores, há referência a problemas no pagamento dos profissionais

de saúde no período da pandemia, o que se converteu como mais um desafio para eles.

Pra vocês terem uma ideia, eu recebi referente aos meses de fevereiro e março do Covid na semana passada, nós estamos em junho, então nós ficamos quase quatro meses com salários atrasados. Como muitos de nós nos dedicamos exclusivamente a Covid ou quase exclusivamente, e a gente demandou um período extremamente grande de carga horária, a gente não fez outras atividades e a gente não recebeu, então foi necessário muita discussão, muita pressão, muita reunião [...] e ao mesmo tempo a gente tinha que seguir trabalhando, que não podia parar, então tudo isso foi muito delicado, muitos profissionais foram demitidos. Nós, profissionais da medicina, ainda não temos nenhum vínculo empregatício no hospital, então a gente não tem CLT, não tem férias, não tem décimo, então se a gente trabalhar recebe e se não trabalhar não recebe também, [...] foi bem difícil, assim, um momento de a gente ter trabalhado tudo que a gente trabalhou, se dedicado o tanto que a gente se dedicou e não ter o mínimo assim, de ter umas situações que mesmo quem tinha dinheiro guardado acabou, vários colegas tiveram que pedir empréstimos, ou tendo que vender coisas, né. Após tudo que aconteceu a gente ainda não receber por tudo que já trabalhou, isso acho que foi o golpe final, assim, que a gente precisava pra gente deixar de crer nas questões administrativas. (Profissional 1).

O isolamento dentro do isolamento

O isolamento social e o medo de adoecer e morrer, ou de levar a doença para alguém que amava marcaram grande parte da população mundial no período da pandemia. Os profissionais de saúde, espe-

cialmente das UTIs Covid, precisavam enfrentar o vírus todos os dias, e, portanto, o medo e o desgaste provocado pelos cuidados sanitários exigidos para evitar a contaminação entre os profissionais do setor. Sobre isso, os mesmos relatam:

Houve um isolamento dentro de outro isolamento [...]. A gente tomava banho e botava outra roupa, daí tinha que entrar com todos esses cuidados, várias vezes você pensava ‘ah, eu não vou no banheiro agora, eu não vou sair agora’ [...] Se você está no setor a pessoa sair pra ir ao banheiro e voltar parece uma coisa simples, né? Mas isso era uma coisa muito difícil assim. [...] Ou, às vezes, não dava pra eu sair, então, muitas vezes tinham essas decisões também, olhava, ah, eu não vou sair do setor porque vai que acontecesse alguma coisa, se a gente sáísse do setor tinha que começar a fazer tudo de novo, então teve muita privação de sono, apetite [...]. (Entrevistado 1).

Eu me tornei fisicamente hipoativa, eu fiquei obesa, prejudicou todos os meus problemas osteomusculares, eu tenho problema de coluna, então isso ficou amplificado, eu dormia mal, comia mal, e durante muito tempo isso fez com que a gente não pudesse ter nenhuma outra atividade. Parecia que tudo era muito errado sabe? Se você tinha tempo livre então porque você não estava lá [referindo-se à UTI]? (Entrevistado 1).

“O que mais teve na verdade era muito medo, a gente tinha muito medo, todo mundo tinha muito medo de pegar a Covid, de, sei lá, eu acho de tantas pessoas que a gente viu morrer e tal” (Profissional 2).

De repente tudo que mantinha a minha saúde mental antes da pandemia eu não podia fazer, [...] então a gente ficava isolado no hospital e isolado em casa, né, isolado dentro do setor, ainda

tinha um triplo de medo, a gente estava em contato direto com a doença então a gente tinha o triplo de medo de levar isso pra alguém fora do setor. Então, eu tive uma relação bem restrita de convívio com meus pais e com os meus amigos, [...] então, eu tinha medo de passar para o meu pai, medo de passar para o meu filho, virei maníaca com os cuidados. (Profissional 1).

A importância das equipes constituídas para o trabalho na UTI

Considerando que as UTI Covid eram setores novos dentro dos hospitais, os trabalhadores destacam que também foram constituídas equipes novas para trabalhar e que cada membro era fundamental para o bom andamento do trabalho.

Eu acho que o que fez com que a gente conseguisse passar por isso foi justamente essa visão de equipe. Se é que a gente pode tirar algo de positivo ou algo que faz tu levantar a cabeça por tudo que a gente passou é que conseguiu se montar uma equipe multiprofissional muito, muito qualificada, foi uma equipe que passou por tudo, que passou pelas situações mais delicadas junto, então, temos um entrosamento extremo tanto do ponto de vista do trabalho quanto do cuidado. Acho que a gente souber olhar um pros outros enquanto equipe nesse momento. (Profissional 1).

Acho que ficou evidente a importância do multiprofissional e não só de profissionais da saúde, mas como profissionais de apoio que mantinham o ambiente higienizado, que mantinham o ambiente limpo pra gente trabalhar, que fazia todo mundo sentir que se falta uma peça, nada acontece. Eu acho que revisitou esses espaços de hierarquias, acho que ficou uma

coisa muito mais próxima de todo mundo no mesmo patamar, que antigamente era uma saúde mais voltada a patamares hierárquicos, uns mandam e outros fazem, acho que isso fez com que cada um se inserisse e tivesse seu papel, acho que essa parte foi o que nos deu força assim pra trabalhar a equipe nesse momento de dificuldade. (Profissional 1).

Apesar de haver relatos de que muitas destas equipes se qualificaram e eram muito solidárias, chama a atenção a sensação do profissional de falta de suporte da sociedade para reduzir o número de doentes na pandemia, já que o enfrentamento da Covid não podia ser realizado apenas dentro das UTIs.

Acho que a gente se sentiu muito sozinho, no primeiro momento as equipes de saúde foram extremamente valorizadas pelo trabalho que estavam prestando e em um determinado momento parece que isso normalizou, a barbárie, né, então se normalizou o número de mortes, se normalizou o sofrimento, o número de internações, as pessoas simplesmente deixaram de se preocupar como estavam se preocupando no início. E isso fez com que a gente ficasse extremamente sobrecarregado, e essa sensação de solidão, de estar lutando contra algo que a gente não tinha apoio, né? (Profissional 1).

Sobre a morte na pandemia a partir da experiência dos profissionais

Um efeito importante da pandemia foi colocar as pessoas em contato com a ideia da finitude, sua e das pessoas amadas, e com o medo que isso mobiliza. Os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham com quadros graves de adoecimento como os das

UTIs, são mais frequentemente convocados a enfrentar a dura realidade da morte. Mas mesmo para estes, a morte foi diferente e com outra intensidade durante a pandemia.

O que mais me marcou era quando os familiares chegavam na porta lá, e se despediam [...]. Daí quinze, vinte dias, um mês o paciente às vezes saía e às vezes não saía, e [para os que não saíam] ali que era a despedida, sabe. Então, essa parte me marcou bastante porque a gente sentia que ali era aquela despedida né, você não tinha, não sabia [...], e o contato era limitado, os pacientes não recebiam visitas, ficavam lá dentro, ficavam lá, até um certo ponto, depois foi mudando, né, mas foi muito triste. (Profissional 2).

Foi tudo assim muito diferente, por exemplo, uma notícia de óbito é uma coisa muito difícil, sempre é muito delicado, mesmo para um paciente que já se encontra em um estágio de terminalidade, nunca é fácil pra família e nem pra gente. Na pandemia eram casos em que a gente se deparava com uma situação irreversível e que a gente tinha que passar essa notícia por telefone, ou que o familiar não podia se despedir, porque tinha aquela questão de não poder entrar no leito ou mesmo de saber que eles não poderiam nem fazer um velório ou fazer uma despedida como eles gostariam. Às vezes isso acontecia mais de uma vez por dia, então isso é extremamente delicado, não podia chamar a família, conversar, deixar ver o familiar e tudo, né [silêncio breve] dar um abraço, é coisa física que ajuda nesse momento, fora todo contexto grave ainda tinha essa frieza da distância, então isso foi bem difícil pra nós, é um sentimento muito ruim assim, não tem como acolher alguém por telefone, impossível, você não está enxergando a pessoa, não sabe o que está acontecendo, só escuta um choro e outros choros chegando e não sabe o que vai fazer, e você sabe que

quando terminar aquela ligação você tem ainda que voltar e continuar, né, então isso foi pesado. (Profissional 1).

Muitas vezes a gente tinha que respirar fundo e entender que tinham outras famílias, outras pessoas que precisavam da gente e a gente tinha que segurar firme, às vezes a vontade, se fosse possível, era só sentar num canto e refletir, só que muitas vezes a gente não tinha esse tempo, a grande maioria das vezes. (Profissional 1).

Tinha uma preocupação muito grande com relação à passagem de notícias, que sempre se dava por telefone, então era sagrado aquele momento que a gente tirava um tempo para conversar com os familiares e depois programar as visitas conforme passava o tempo de isolamento, sabia que tinha uma família muito ansiosa, porque era um contexto muito pior que um contexto de UTI que tem visita uma vez por dia né, o paciente está isolado. Foi muito difícil e muitas vidas se perderam com tudo que a gente fez, mas seriam muitas mais se a gente não tivesse feito nada. (Profissional 1).

No início a gente perdeu bastante pessoas idosas. Então, não é que o idoso não precise viver, mas ele já teve aquela vida dele, né, mas quando começou a morrer muitos jovens [...] a gente se colocava no lugar. A gente tem filho da idade, aí você via aquelas mães se despedirem do filho lá na porta e talvez depois só pegar ele naqueles sacos pretos. [...] Era muito triste colocar uma pessoa, um ser humano dentro daquilo lá sabe, e saber que a família talvez não fosse ver ele, talvez visse só o rosto ou talvez nem fosse ver isso, isso me marcou muito sabe, e, assim, os óbitos que tinham eram muitos, tinham dias assim que você não tinha onde colocar [referindo-se aos corpos] no necrotério, você tinha que colocar no corredor do necrotério, e isso é muito, muito triste, é uma coisa assim que marca, todas aquelas pessoas que se perdeu. (Profissional 2).

Você está assim de boa e de repente vem aquela imagem daquelas pessoas [...] a pessoa conversando, aí no outro plantão você chegava e a pessoa entubada, daí no outro plantão a pessoa não estava mais ali, aí você sabe aquela visão da pessoa conversando com você? Eles pediam muito pra gente, assim, eles gostavam muito que a gente pegasse na mão deles, e falavam assim, me cuida! Me peguei muito lembrando disso [...]. (Profissional 2).

Teve uma experiência que eu desabei de vez assim, sabe, que foi uma puérpera, ela teve o bebezinho e ele morreu, [...] e aquela menina me marcou tanto assim, sabe, ela começou no plantão a desestabilizar, a ficar febril, a ficar com taquicardia, a pressão dela não controlava de jeito maneira, e os médicos que estavam lá também, todo mundo foi jogado ali na verdade, então a gente foi lá, falou para o médico a paciente tal está ruim, e ele: 'ah, é normal, é normal', nisso as meninas que trabalhavam na outra UTI vieram ver se a gente estava precisando de ajuda, e elas viram que eu não estava bem, falaram 'saia um pouco que a gente assume a tua paciente', meu Deus, quando eu saí lá fora eu desabei, sabe, quando você desaba assim que você começa a chorar e não para mais, meu Deus, eu me ajoelhei lá no chão e comecei a chorar, eu chorei, chorei, chorei, chorei, chorei muito, aí as meninas voltaram para a outra UTI e trouxeram o outro médico que estabilizou a paciente, me disseram assim que, com certeza, no outro dia ela ia ser transferida para a outra, ia ficar lá e não ia morrer [...]. (Profissional 2).

[...] e marcava bastante os jovens, os jovens era muito triste assim porque a gente perdeu muitos jovens, a gente num dia estava conversando e tal e no outro dia chegava aquele paciente já estava entubado e de prona, e já não tinha mais o que fazer, isso era assim muito, muito triste sabe. (Profissional 2).

A gente poderia ter salvado muito mais gente e pra mim essa é a principal dor que eu levo da pandemia, em saber que a gente teve mais de seiscentos e poucos mil mortos no país e que isso não precisaria ter acontecido se a gente tivesse estratégias eficazes de prevenção, essa é a parte mais difícil. (Profissional 1).

Algumas marcas ficam

Os profissionais participantes do estudo acenam para efeitos do processo vivido na sua saúde mental, bem como nos efeitos percebidos na saúde mental de outros profissionais de saúde.

Eu acho que sinceramente ninguém teve tempo ainda pra digerir tudo isso que aconteceu, eu acho que isso vai ser uma coisa que ao longo do tempo a gente vai se apropriando desses sentimentos que foram passando. E a gente tem visto muita gente com dificuldades ainda hoje, muitas situações psíquicas, orgânica, relacionadas a essas situações, ter que engolir né, hoje ter que se colocar de pé de novo pra seguir. Não havia alternativa, a gente viveu cenários assim, eu nunca fui pra guerra, espero nunca ir, mas houve situações inacreditáveis de se descrever, que a gente via e vivia, que a gente tinha que estar ali fazendo o que precisava, estar entregando o nosso melhor. (Profissional 1).

No primeiro momento que tudo isso começou a acontecer houve pelo menos um pensamento de que talvez a gente fosse sair melhor enquanto humanidade de tudo que estava acontecendo, né, que a gente fosse revisitar alguns sentimentos e a forma de lidar com eles enquanto humanidade, que a gente fosse se unir! E, muito pelo contrário, hoje o que a gente vê talvez seja até pior, que a gente estava antes da pandemia, mais individualista e menos capaz de ter empatia. E eu acho que é isso que faz com que esses processos de adoecimento venham

agora, porque além de tudo que aconteceu, ainda vem essa realidade de que a gente não vai evoluir, a gente não vai aprender né, pois talvez fosse um legado que a gente pudesse deixar, né? Olha, isso aconteceu, como a gente vai melhorar, como é que a gente vai fazer pra isso não acontecer de novo, se isso acontecer de novo como é que a gente vai reagir? Me parece que se acontecesse de novo, ia acontecer do mesmo jeito, com a mesma imprudência das autoridades, como mesmo individualismo das pessoas, com a mesma sobrecarga hospitalar, porque não parece que houve um entendimento do que ainda precisa mudar. (Profissional 1).

Eu tive que voltar a tomar Fluoxetina e até hoje eu tomo ainda, e tomava medicação pra dormir, eu tomo também, porque, uma que como a gente trabalhava muitas noites, de dia chegava em casa às vezes não conseguia dormir, não só por causa do que acontecia, mas também pelo cansaço, era muita gente, passava a noite inteira correndo e tal e então o cansaço não deixava descansar, foi ai que comecei a tomar medicação [...] aí não consigo me livrar. (Profissional 2).

De onde veio o reconhecimento trabalho realizado

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, os profissionais de saúde puderam experimentar reconhecimento, que vinha principalmente dos pacientes e das famílias, e perceberem a contribuição social de seu trabalho. Isso possibilitou suportar os desafios do período pandêmico:

As internações da Covid eram sempre internações muito prolongadas, os pacientes acabavam acumulando muitas intercorrências por características próprias da doença, né, então eram

internações desde vinte, trinta dias, até pacientes que ficaram quatro, cinco, seis meses internados. [...] Além de fazer a ligação de atualização de notícia, a gente fazia videochamada [para as famílias], tinha acompanhamento da psicologia e tudo mais, tinha um momento, então o paciente que estava desperto a gente conseguia contactar, então tinha esse telefone que era desses contatos das videochamadas e, às vezes, tempos depois de algumas altas, a gente recebia dos familiares vídeos, ou vezes até o próprio paciente agradecendo ou contando da experiência dizendo que quando eles achavam que não iam conseguir eles viam que nós estávamos lá todos os dias batalhando, ajudando. (Profissional 1).

Eram pacientes que quando eles saíram desse quadro mais crítico, pulmonar, tinha toda uma questão de reabilitação, questão motora, de deambulação, de falar, então era uma coisa muito longa, e a gente via tudo isso acontecendo, então, quando a gente conseguia ver os pacientes de volta com a família deles, né [...] tem um paciente que eu me lembro que chegou muito, muito grave com o Samu, saturando 60%, 65%, paciente jovem, e que ele não queria ser entubado, o Samu não tinha conseguido convencer ele e a Covid dava essa questão da hipoxemia sem o esforço clássico, e aí eu cheguei e conversei com ele, ele ‘ah, então você pode ligar pra minha esposa, fazer uma videochamada?’ Eu disse ‘eu posso’, e eu liguei pra ela, e atendeu o filho deles, que era o paciente escrito assim com cinco anos, e ele falou ‘oi, tá tudo bem? Cuida bem do meu papai’, e eu sabendo que depois eu ia ter que entubar o cara e fazer uma série de procedimentos, e aí depois desse caso gravíssimo que saiu bem né, recebi um áudio deles dizendo assim: ‘Olha, estou super bem, passa aqui na minha cidade, vem me ver e tal’. Então, tinha essa questão de que era gratificante ver esse outro lado né, a gente passou por situações difíceis assim, mas ao mesmo tempo a gente devolveu muita gente pra casa, então isso pra mim acho que, ter podido participar, por mais

que muitas coisas que a gente tenha tido, de pessoal, equipamento, cansaço, sei que pelo menos de quem era mais próximo de mim ali da equipe, o pessoal entregou o melhor que podia. (Profissional 1).

“Essa questão de poder fazer a diferença e saber que às vezes a gente está ali entregando alguém de volta para uma família, né? Ou pelo menos sabendo que a gente fez o nosso melhor com o que a gente tinha à disposição sabe, e hoje poder olhar pra trás” (Profissional 1).

O paciente entubado daí ia fazer o que? Também depois traqueostomizado não ia conseguir falar [...]. Mas quando que a gente ligava assim, meu Deus, era muito lindo, eles apresentavam todo mundo, essa aqui é tal, essa aqui é a minha enfermeira, essa aqui não sei quem, sabe, eles sabiam o nome de todo mundo [risos] [...]. Na verdade, a família deles começou a ser nós [referindo-se ao período em que passavam internados], pois eles ficavam muito tempo ali. (Profissional 2).

Para concluir, algumas considerações

A pandemia da Covid-19 ocasionou mais de 700 mil mortes em todo o país, tendo como consequência impactos de ordem biomédica e epidemiológica, bem como impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias (OMS, 2023). Os meses de fevereiro e março de 2021 estão registrados no painel da Organização Mundial da Saúde, como o período de maior número de mortes no Brasil, coincidindo com a insuficiência de equipamentos de proteção individual, equipamentos hospitalares, medicações e atrasos nos salários. Este pode

ser considerado o maior colapso sanitário e hospitalar do país, indicando taxa de ocupação de leitos hospitalares igual ou superior a 90%, onde a região sul apresentava de 96 a 100% de lotação (Castro, 2021).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, aproximadamente 2,9 milhões de profissionais da enfermagem, considerando enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, trabalharam durante a pandemia, e em média de 546 mil médicos (CREMEB, 2023). Junto com outras profissões, estas estiveram na linha de frente do combate à pandemia.

As memórias destes profissionais nos indicam os inúmeros desafios enfrentados desde este contexto, que foram as Unidades de Terapia Intensiva. Entre estes, nossos entrevistados destacam as longas jornadas de trabalho, a escassez de técnicos, as dificuldades em lidar com as mortes e nova forma de morrer e acolher este processo enquanto profissionais. Nos sensibilizam, assim, sobre sua importância para o processo de cuidado e da humanização do cuidado que eles possibilitaram, bem como sobre a humanização da própria morte, que na pandemia tinha os técnicos das UTIs como principais testemunhas. Nesse sentido, a força do testemunho destes profissionais pode ajudar a todos nós a lidar com as muitas perdas que a pandemia causou, pois como diz Hannah Arendt “toda a dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história”.

Referências

ARENDR, Hannah. **Homens em tempos sombrios**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2008

BRASIL. **Medida provisória nº 927, de 22 de março de 2020.** Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22 mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm Acesso em maio 2020 CASTRO, Regina. Covid-19: Observatório Covid-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil: Covid-19. **Fiocruz**, 17 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil#:~:text=hist%C3%B3ria%20do%20Brasil-,Observat%C3%B3rio%20Covid%2D19%20aponta%20maior%20colapso%20sanit%C3%A1rio,hospitalar%20da%20hist%C3%B3ria%20do%20Brasil&text=Compartilhar%3A,do%20Observat%C3%B3rio%20Covid%2D19%20Fiocruz..> Acesso em: 10 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM -COFEN. **Pesquisa inédita revela condições precárias para profissionais de saúde.** 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 06 mar. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA- CREMEB. **Demografia Médica 2023:** Brasil possui médicos em quantidade suficiente para atender demandas da população. 2023. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 10 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Painel de emergência de saúde da OMS.** Disponível em: <https://www.who.int/pt>. Acesso em: 06 mar. 2023.

Uma dor que existe

Estéfani Bianca Küttner

Franciele Castanho

Assustadoramente, hoje o silêncio paira pelo ar, como se em amnésia coletiva a tudo que aconteceu durante a pandemia de Covid-19, as máscaras se tornam novamente equipamento de proteção individual, quase que exclusivos, dos profissionais da saúde que estão executando procedimentos clínicos, as pessoas voltam a se reunir em grandes multidões, a vacinação segue apesar dos movimentos antivacina, tudo se restabelece e volta à normalidade. Será mesmo?

As mudanças ocorridas no período pandêmico sem dúvida afetaram a rotina de muitas pessoas, a minha e a sua, mas o relato que vou compartilhar contigo, caro leitor, vai muito além das mudanças rotineiras, traz o íntimo, o lado visceral da luta contra a Covid-19 e do manejo das suas sequelas. Não esperamos com este capítulo esgotar as reflexões sobre os impactos que a Covid-19 trouxe para a sociedade, mas sim, sensibilizar e instigar você, junto conosco, para continuar se questionando: podemos mesmo esquecer o que passou? Será que esta ainda é uma dor que existe?

21 de setembro de 2021, foi neste dia que percebi¹, de fato, as dores da pandemia e todos os impactos que ela poderia causar em um sujeito. Estava na Clínica Escola de Fisioterapia de uma universidade do oeste catarinense, local onde eu realizava meu estágio curricular obrigatório do curso de Psicologia. Na época, eu era estudante do 10º período e cheguei naquele dia com a expectativa de mais um dia comum do estágio, que envolvia atendimentos clínicos, escutas e acolhimentos, mas não foi bem assim, as coisas mudaram quando recebi o encaminhamento de um possível participante para um grupo terapêutico para pacientes que estavam em tratamento das sequelas da Covid-19 na Clínica Escola.

Me direcionei à recepção e vi João², um idoso de 69 anos, olhar cansado, porém, simpático e aberto ao diálogo, estava ali para fazer o acompanhamento fisioterapêutico das sequelas que ficaram após contrair a Covid-19. Convidei ele para irmos até uma sala com privacidade para compartilhar sua experiência comigo. Após as devidas apresentações, pergunto a ele como havia sido sua experiência com o vírus. E foi ali, naquele momento, que pela primeira vez ouvi alguém denominar como incrível, algo traumático e doloroso.

1 O presente texto foi redigido em primeira pessoa, sendo resultado da experiência de uma prática de Estágio Profissionalizante Supervisionado, optou-se por este formato pois pretende-se apresentar de forma fidedigna e sensível a escuta e o acolhimento de um caso atendido pela autora deste trabalho, Estéfani B. Kuttner, no entanto, a prática e as análises decorrentes destes momentos foram supervisionadas pela também autora Prof. Esp. Franciele Castanho.

2 A fim de preservar a privacidade da identidade dos envolvidos neste relato utilizaram-se nomes fictícios.

“- Foi incrível” – disse João com a voz embargada – “não tenho palavras para descrever o horror que isso foi e ainda vem sendo para mim.”

Bem, mas antes de dar continuidade a este relato permita-me apresentar devidamente o protagonista desta história, João. Ele é um idoso de 69 anos que, antes da Covid, vivia sua vida ao lado de sua esposa, companheira há mais de 40 anos, ambos aposentados e aproveitando tranquilamente a sua vida junto de seus filhos e netos. Passava muito tempo em sua chácara no interior, tendo uma paixão especial pela meliponicultura, inclusive fabricando caixas de abelha para comercialização. João contou que estava aproveitando essa fase da vida ao lado da família.

Interrompendo essa rotina abruptamente, surge a Covid-19. As primeiras notícias sobre o vírus começaram a chegar, em seguida as medidas restritivas, as quais João e sua esposa Amália passaram a seguir, saindo pouco de casa, usando máscara, higienizando as mãos etc. Em abril de 2021, após sentir dores no corpo e ter crises de diarreia, João foi procurar auxílio médico e então recebeu o diagnóstico: era Covid-19, a sua hospitalização foi imediata. Em casa, Amália também apresentava sintomas da doença, porém, recusava-se a procurar ajuda médica. Ele conta que sua esposa dizia que se fosse ao hospital “sabia que não voltaria mais”, pois tinha sequelas pulmonares devido a adoecimentos anteriores. Uma semana após João ser hospitalizado, ela dá entrada no hospital para sua internação.

João passou cerca de duas semanas hospitalizado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), período do qual se lembra de forma muito confusa. Afirma ter ficado em coma, porém, em alguns momentos sentia que estava acordado, não sabia onde estava, não conseguia se movimentar, via algumas luzes e escutava barulhos de apare-

lhos médicos. Em seu rosto, sentia uma máscara que causava grande desconforto.

“- Era horrível aquele som dia e noite nos meus ouvidos sem eu saber onde estava” – diz João – “a dignidade de ser humano foi reduzida a nada, voltei a ser um bebê, estava lá todo cagado, com uma sonda para a urina e sentindo muita dor, não sabia que era possível sofrer tanto assim, sentir uma dor tão forte assim, eu não era gente, eu era nada.”

A esperança para o fim desse sofrimento veio quando ele ganhou a transferência para o quarto, porém, aquilo que parecia ser o fim da pior parte dessa luta, só se mostrou como mais um capítulo a ser vencido. Pelo período que passou em coma, João apresentava várias feridas pelo seu corpo, na região íntima, entre as suas pernas, no rosto onde a máscara apertava e no esôfago. Apesar deste parecer ser o pior cenário possível para João naquele momento, as coisas foram se complicando mais, conta que as enfermeiras lhe diziam dia após dia: “Não tem medicação disponível para suas feridas”.

“- Eu pedia pras enfermeiras que me dessem o medicamento, a pomada para passar nas minhas feridas, mas elas diziam que não tinha nem nas farmácias, que eu tinha que esperar vir de outro lugar. E assim foram dias passando dor, uma dor terrível.”

Em seu relato, as dores sentidas ultrapassaram aquilo que conhecia como “comum”, dizia que mesmo já tendo cortado o pé com machado, quebrado seu braço, machucado o dedo, nada era suficiente para comparar com o que sentiu naqueles dias. A dor percorria seu corpo, passando por todos os seus membros de forma muito intensa, não aparecia em um lugar específico, sempre se movimentava através do seu corpo.

“– Minha sorte foi que ela não chegou no coração, eu teria morrido, não ia conseguir aguentar.”

A luta diária contra a dor, a dificuldade em se alimentar e reconhecer-se a si mesmo, bem como todo o cenário hospitalar em que João estava inserido, fizeram com que questionamentos frente a vida e a morte fossem constantes. Enquanto eu escutava a história dele me questionava: qual seria o peso que a morte traz para esse lugar e como ela é capaz de atingir quem se encontra no estado em que João estava? Quase como se estivesse lendo minha mente, João traz à tona sua vivência com este sentimento.

Ele começou contando que no quarto onde estava havia mais dois pacientes e com eles João firmou uma breve amizade, conversavam quando conseguiam, trocavam “causos” de suas vidas e assim passavam seu tempo. Mas em uma manhã, João acordou com um barulho estranho do seu lado, eram os aparelhos de um dos seus colegas de quarto apitando, quando se deu conta do que o barulho significava, uma angústia percorreu seu corpo e percebeu que quem estava ali, ao seu lado, era a morte. Foi ela quem lhe fez companhia naquele dia. Contou que o necrotério estava cheio, por isso o corpo de seu colega permaneceu no quarto ao seu lado até o meio-dia. Ele ainda lembrou que aquela foi a sétima morte do dia.

“– Simplesmente não tenho palavras para definir o que foi aquilo” – conta ele com olhos de pavor – “a morte estava ali, na minha frente, não sabia o que esperar, tão fácil partir, só o coração parar e aí fim.”

Neste momento me pergunto e te convido a refletir comigo, caro leitor, será apenas um fio que divide a vida e a morte, ou nem isso? De fato, a morte acompanhou João durante todo o processo,

ela apareceu em várias roupagens: a morte daquilo que ele conhecia como sendo ele mesmo; a morte daquilo que ele considerava ser sua vida; a morte da sua autonomia; a morte do seu colega de quarto, sua companhia de prosas diárias na internação.

E quando parecia que tudo que já lhe havia sido tirado, a notícia da morte de sua esposa chegou. Amália faleceu em abril de 2021, com 69 anos de idade.

“- Na idade em que se está, já se pensa sobre a morte, sabe que um do casal se vai primeiro, mas dessa forma foi a pior possível, muita dor e muito sofrimento” – diz ele com as lágrimas correndo por seu rosto.

João já havia recebido alta hospitalar e pôde comparecer à cerimônia de sepultamento. Um dia após o enterro da esposa tomou a primeira dose da vacina, lamentando profundamente que a esposa não conseguiu ter essa oportunidade. Contou que, depois disso, soube de vários outros conhecidos e familiares próximos, que partiram naquela época em que esteve internado em decorrência da Covid-19.

“- Essa doença não brinca, ela foi a pior coisa que vivi e vi na minha vida, nem a perda da minha mãe quando eu tinha só 3 anos de idade chega aos pés do sofrimento que eu senti e que eu ainda venho sentindo por causa dessa doença.”

Naquele momento, para mim, como ser humano, foi impossível segurar as lágrimas. Como não se emocionar frente a tudo isso? Como não se sensibilizar com a dor que se mostra no olhar, nas lágrimas, na voz embargada? Dentro de mim eclodiu a revolta e a injustiça, afinal, cá entre nós, não consigo não me perguntar “E se” a vacina tivesse chegado aos braços dos brasileiros antes? “E se” não tivessem negado a pandemia? “E se” as pessoas tivessem respeitado as normas

de biossegurança? Tantos possíveis “E se...”. Será que teríamos um cenário diferente? Mas, infelizmente, o “E se...” não existe. Existe a dura realidade de 699.917 mil mortes no Brasil até março de 2023 (Brasil, 2023).

Apesar da dor e do sofrimento a vida continua, foi assim para João. Após a alta hospitalar e o retorno ao lar, neste momento, enfrentando o vazio sem sua companheira de vida, ele passou dias com a companhia da neta que dormia em seu quarto para amenizar os sentimentos de ansiedade e tristeza, ela também cuidava de toda a medicação necessária. Além disso, tinha o apoio dos filhos que auxiliaram de diversas maneiras em sua recuperação. A dor intensa que sentia no hospital continuou aparecendo após um tempo da sua alta hospitalar. As principais sequelas que João teve foram no sistema respiratório (inclusive percebi sua dificuldade respiratória ao falar), além disso, passou a tomar medicamentos para dormir, a fim de diminuir quadros de insônia e ansiedade, pois havia noites em que acordava de madrugada com taquicardia chamando pela sua esposa.

Lembro-me até hoje dos sentimentos que tive naquele dia, uma mistura de impotência, dor, revolta e tristeza, mas também satisfação em poder, de alguma forma, não deixar que o sofrimento de tantos que passaram por situações similares seja abafado e esquecido. Muito além de uma vivência individual traumática, o relato do João dá voz e mostra o que realmente aconteceu durante a pandemia e nos faz questionar qual o significado do silêncio que paira no ar hoje em dia, após a redução da taxa de mortalidade, do controle da pandemia, da vida “normal” ser restabelecida. Onde vamos parar enquanto sociedade quando esquecemos que, apesar da experiência do João dizer respeito à vivência individual dele, todos estamos entrelaçados, es-

tamos em relação, fizemos parte de um mesmo ecossistema? Não há como uma atitude individual não reverberar no outro.

A construção da identidade perpassa pela relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo, tarefa difícil na sociedade contemporânea, nos falta sensibilidade e empatia. A ponta que fica solta nesta concepção pode ser justamente a ideia de “cosmos” trazida por Moreno e descrita por Fonseca Filho (1980, s. p.), na qual se percebe que muito além de seres sociais e individuais o homem também pertence em uno com o mundo e a natureza, seja antes da vida ou a partir da morte. “O homem com o homem não é definido por acordos programáticos, mas pelo intercâmbio recíproco de porções vitais, sejam estas chamadas de amor, simpatia, respeito ou confiança [...]”, e, para isso, para que de fato haja o encontro do eu com o tu reconhecer que somos uno é essencial.

Quando olhamos para o fenômeno pandêmico percebemos que ele colocou em xeque o pensamento coletivo e só refletiu aquilo que percebemos intrinsecamente no nosso dia a dia, uma sociedade individualista que prioriza a ganância acima da vida, o poder acima de todos, o egoísmo e a falta de empatia. A pandemia vem com potência para mostrar que o modelo de sociedade vigente é um dos grandes responsáveis pela separação do sujeito com o cosmos. Vivemos frente à violação da terra, da natureza, caminhamos para a autodestruição do homem enquanto espécie, a pandemia vem apenas como reflexo dessa automutilação. Além disso, percebemos a existência da mercantilização da vida, fruto de um sistema capitalista e macropolítico o qual “[...] põe de lado qualquer lógica de serviço público, e com isso ignora os princípios de cidadania e os direitos humanos” (Santos, 2020, p. 24).

O fato é que, nesta ocasião, frente ao medo iminente, se agarrar a algo, por mais que seja irreal, traz o mínimo de conforto possível para continuar sem sucumbir. É uma das únicas saídas que o sujeito contemporâneo com seus recursos consegue utilizar, afinal desta forma não se coloca em xeque a necessidade intrínseca de se ver como produto e produtor do coletivo que agora adocece. O fato é que, assim como é defendido pela teoria psicodramática, o homem é um ser social, é um Ser em relação (Gonçalves; Wolff; Almeida, 1988).

Para melhor exemplificarmos esta reflexão, te convido a pensar numa pessoa que se vê indisposta a encarar a sujeira que vem acumulando em sua casa, fica procrastinando a faxina, assim podemos fazer uma comparação com a forma como estamos lidando com o mundo pós-pandêmico, vemos a sociedade varrer a sujeira da pandemia para debaixo do tapete. É mais rápido, é mais simples, é menos doloroso e não é tão pesado, afinal, o contrário implicaria em assumir parte da responsabilidade frente às mortes, implicaria em reconhecer que existem coisas no próprio EU que precisam ser revistas e trabalhadas e que sim, elas também dizem respeito a um lugar no coletivo.

Segundo Dias (2006), seja por evitação, racionalização, justificativas, é na tentativa de integração daquilo que é traumático que o sujeito vê a necessidade de defender-se utilizando dos mecanismos de defesa disponíveis em sua psiquê. A angústia ainda existe, só está “escondida”, essa é uma dor que existe, por mais que seja negada.

Infelizmente, João não pôde participar do grupo terapêutico ao qual foi convidado e que nos possibilitou ter acesso ao seu relato por dificuldade em encaixar o horário com demais compromissos. Apesar disto, percebo que essa escuta trouxe potência tanto para ele, que pôde falar livremente sobre o que passou sem julgamentos ou represões, sendo acolhido e respeitado, quanto também para mim ao me

tocar, sensibilizar e fazer refletir sobre tantas questões importantes sobre a pandemia, por fim, para você, caro leitor, que agora conhece a história do João e da dor que existe ainda nele e em uma parte de cada um de nós. Que possamos através da história de João despertar um novo olhar para o que aconteceu e para o silêncio que paira, que possamos olhar no nosso íntimo e não deixar o que aconteceu cair na banalidade.

Referências

BRASIL. **Covid-19 no Brasil**. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 27 mar. 2023.

DIAS, Victor R. C. S. **Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática**. v. I. São Paulo: Ágora, 2006.

FONSECA FILHO, José de Souza. **Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno**. 3. ed. São Paulo: Ágora, 1980.

GONÇALVES, Camila Salles; WOLFF, José Roberto; ALMEIDA, Wilson Castello de. **Lições de Psicodrama**. 9. ed. São Paulo: Ágora, 1988.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020.

Educação em Saúde no Brasil em tempos de Covid-19: uma carta para Paulo Freire

Carine Vendruscolo
Rui Carlos Sacramento
Ivo Dickmann

Notas introdutórias: a arte de escrever uma carta pedagógica...

Este capítulo é uma reflexão, no formato de uma carta pedagógica. Reconhecemos que cartas são uma forma de comunicação e um estilo de escrita largamente utilizados pelo educador Paulo Freire (Coelho, 2011), seja para dar corpo à sua obra ou quando Freire se revela em suas cartas, com muita espontaneidade, ao apresentar as suas reflexões e a sua personalidade. Além disso, alguns de seus principais livros¹ são constituídos de cartas (Gadotti *et al.*, 1996).

Esta missiva buscou problematizar o papel do enfermeiro no cenário da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19), especialmente no que se refere à educação para a saúde das pessoas e co-

1 Paulo Freire escreveu os livros/cartas: “Cartas a Cristina”, “Cartas à Guiné Bissau”, *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*, “Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar”, entre outras.

letividades. Assim como quem conta um conto, falaremos desse lugar de angústia que vimos e vivemos, dos sentimentos de medo e insegurança, mas que, à medida que o tempo passou, se transformaram em um cenário de ensino e aprendizagem, tanto para profissionais enfermeiros quanto para professores/pesquisadores e para usuários do sistema de saúde.

Deste cenário emergem algumas questões: a base teórica e científica que sustenta a enfermagem, como profissão que cuida, ao prevenir doenças, promover saúde e praticar a clínica, foi suficiente para nos instrumentalizar na atenção às vítimas da Covid-19? O que precisamos para nos fortalecer enquanto profissão essencial para o cuidado? Quais foram os principais desafios do controle da Covid no oeste catarinense? Este e outros questionamentos contribuem para o desenho desta carta/diálogo com o Patrono da Educação Brasileira, Paulo Freire, em que nos aventuramos a imaginar como ele se posicionaria, num desses momentos de crise, permanecendo como exemplo para nós.

A carta...

Estimado Sr. Paulo Freire, como vai você?

Vamos tomar a liberdade de chamá-lo de você, com a certeza que irias dar ênfase nas relações de troca entre iguais, na proximidade e intimidade, que não há o saber mais ou o saber menos, nessa relação dialógica em que os homens e mulheres se fazem, na busca pela educação libertadora e que humaniza (Freire, 2011).

Pensamos em escrever esta carta como um instrumento e, sobretudo, como um movimento, em tempos em que as pessoas estão expostas: sua saúde, suas condutas e, sobretudo, suas vidas.

Somos enfermeiros e também professores/pesquisadores em uma Universidade pública na região sul do Brasil. Estamos vivendo as primeiras décadas do século XXI e, recentemente, uma pandemia recaiu entre nós. Isso mesmo! Você deve ter acompanhado alguns fatos semelhantes na sua época, como a Varíola, por exemplo. Lembre-se que “pandemia” é o termo que diz respeito à determinada doença que se espalha rapidamente, por meio de contaminação e é calculada pela sua proliferação geográfica, mais do que pela gravidade, podendo alcançar outros países ou continentes (Carvalho; Lima; Coeli, 2020). Bem, o que compartilhar com você sobre os movimentos que estamos vivendo nesta pós-modernidade, como enfermeiros(as) e pesquisadores(as)? Faremos, em um primeiro momento, nossas, algumas palavras suas: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (Freire, 1987, p. 78).

Nessa perspectiva e na qualidade de enfermeiros(as) e educadores(as), abordaremos nossas reflexões e ações, em tempos de pandemia. Esta carta abordará três aspectos da Covid-19 e seus impactos em nossa região, que desejamos compartilhar contigo: o que vimos, o que sentimos e como agimos.

O que vimos...

Sabemos Freire, que, historicamente, catástrofes mobilizam as equipes de saúde, que ficam comovidas e, por vezes, não permanecem isentas do medo da transmissibilidade da infecção. O que vimos durante a pandemia, semelhante a outras regiões, também passou pelo sofrimento moral dos enfermeiros e enfermeiras. Esse sofrimento dificultava a tomada de decisões adequadas devido a pressões internas e externas, por medo, incapacidade de enfrentar a realidade e mesmo,

pela falta de conhecimento; ou implicou questões relacionadas a problemas organizacionais, como a falta de recursos e apoio de outros serviços. Isso gerava insegurança e incertezas diante da pandemia, além de, ocasionalmente, levar ao colapso emocional dos profissionais (Ornell; Halpern; Kessler, 2020).

Ao investigar os principais desafios entre colegas gestores que atuaram em nossa região durante a pandemia, nos surpreendemos com alguns depoimentos. Algumas enfermeiras que coordenam serviços de saúde lembraram o legado da precursora da enfermagem, Florence Nightingale para a prática da profissão. Ressaltaram a importância das ações de higienização, pois, a duzentos anos, durante a guerra da Crimeia, as medidas de prevenção de doenças foram muito semelhantes àquelas tomadas nesta pandemia, necessitando a mobilização do meio socioambiental, para intensificar a promoção da saúde dos indivíduos e coletividades (Geremia; Vendruscolo; Celluppi, 2020). Assim, retomamos antigos conceitos e adaptamos à modernidade, tendo a Educação Popular e as medidas preventivas como premissas.

Com isso, apesar do desgaste que sofreu nosso Sistema de Saúde, o SUS, ele se tornou reconhecido. Muita gente não conhecia o SUS, Paulo! A austeridade fiscal imposta acentuou a crise do subfinanciamento, impactando diretamente no funcionamento, na estrutura, na gestão e no modelo da rede assistencial do SUS. Por outro lado, a enfermagem se empoderou, suas práticas e importância no cuidado e na gestão dos serviços foram reconhecidas, abrindo espaço para o debate sobre o futuro da profissão!

O que sentimos...

Ao pensarmos na educação como um ato político, no sentido amplo da palavra, estamos vivendo um período em que você não tem sido muito querido, mais uma vez. Como enfermeiros e como professores, por vezes, nos sentimos agredidos pelos estudantes e, mesmo, pelos nossos pacientes. O momento político no Brasil não esteve muito favorável às práticas democráticas, durante a pandemia. Não foi fácil “educar”, “conscientizar”. Lembramos de suas palavras, que a conscientização é o grande desafio da educação libertadora, ao propor o despertar da capacidade crítica e criadora dos sujeitos que compartilham um mesmo momento histórico. Esse processo de conscientização é o que torna a educação um ato político, em que o educando assume uma postura e um compromisso de mudança (Freire, 2008).

Pois é, durante a pandemia, professor, veio à tona o autoritarismo e, mais uma vez, as opções elitistas fizeram franca oposição à autonomia das escolas e nos serviços públicos de saúde, ao aprendizado com o outro, à tolerância aos diferentes, negando a tão proclamada neutralidade (Freire, 1997).

Nesse contexto pandêmico, também houveram várias adaptações relacionadas às organizações estruturais dos serviços de saúde, além de modificações nos hábitos individuais e coletivos da população e outras medidas sanitárias, que implicaram relações interpessoais, vínculos sociais, formas de trabalho, lazer e estudo (Oliveira; Paiva; Geraldo, 2022). As novas formas de viver e cuidar, impostas pelo necessário isolamento social nos distanciaram, física e psicologicamente. Aqui no oeste, professor, já não eram comuns nossas “rodas de chimarrão”, hábito que traz consigo uma possibilidade de diálogo e afeto, para além de fazer uso da bebida.

Todos estes aspectos, em especial o afastamento do convívio social, contribuíram para uma sensação de solidão, de impotência, mas, ao mesmo tempo, despertaram a criatividade em nós, pela necessidade de tomar uma atitude e sobreviver, apesar de tudo.

Como agimos...


Foram muitas as iniciativas da enfermagem durante este período histórico. Nos expusemos, com um misto de coragem e medo, ao cenário pandêmico. Na assistência, a Educação Popular foi nosso principal instrumento de trabalho. Na Academia, pesquisas e intervenções, dentre elas, na nossa região, iniciativas baseadas nos Círculos de Cultura aproximaram a teoria e a prática, também a pesquisa e a ação, intervindo e transformando as realidades sociais e profissionais.

Assim, apoiados no Itinerário de Pesquisa do senhor, Paulo Freire, que se fundamenta no diálogo horizontal, percorremos as três etapas interligadas: (1) Investigação Temática: aqui procuramos descobrir o universo vocabular dos participantes das nossas intervenções, palavras e temas do cotidiano, originando os temas geradores (TG); (2) Codificação e Descodificação: investigamos os significados dos TG ao ampliar o conhecimento e a tomada de consciência dos envolvidos; (3) Desvelamento Crítico: provocamos a reflexão do que foi proposto na codificação objetiva, ao interpretar a realidade e suas possibilidades de intervenção (Souza *et al.*, 2021). Os Círculos de Cultura configuraram verdadeiros espaços de aprendizagem e compartilhamento de saberes, nos quais o mediador e participantes dialogaram sobre a realidade e, coletivamente, identificaram possibilidades de intervenção sobre ela, em tempos

de pandemia. Foram realizados Círculos com gestantes, idosos, professores e até mesmo com outros colegas enfermeiros(as), no nosso cotidiano acadêmico, mesmos nos períodos de isolamento. O uso de tecnologias de informação e comunicação, como eletrônicos e aparelho celular, tornou-se um dos principais canais entre familiares e amigos. Assim, despontou a oportunidade de realizar encontros virtuais (Souza *et al.*, 2021).

Compartilhamos nesta carta, uma figura que ilustra alguns significados que enfermeiras atribuíram ao seu envolvimento no enfrentamento da Covid-19, durante uma vivência no Círculo de Cultura virtual. Sim!!! Virtual, pois os tempos modernos, Sr. Freire, nos possibilitaram experienciar seu método para o cenário virtual, com o uso da tecnologia!

Figura 1: Significados das enfermeiras na vivência no Círculo de Cultura virtual

<p>Somos as “Flores” da atualidade O que Florence faria agora? Também quero fazer a diferença Que eu leve muita luz por onde for Me sinto transformada e com luz Estou iluminada Me senti cuidada Obrigada pelo acolhimento Eu estava precisando desse momento Precisamos de mais momentos assim Quero me cuidar pra iluminar outras vidas COVID-19 não irá tirar meu brilho Vocês iluminaram o meu dia Aliviou minha ansiedade e medos Bom ser acolhida para ser abrigo de outros</p>	
--	--

Fonte: Souza et al. (2021).

Pois é, caro Sr. Freire, a tecnologia nos ajudou, mas também nos deixa aflitos, como educadores. Não sabemos exatamente o que vem por aí, mas é fato que, após a pandemia, as formas virtuais de ensinar e aprender vieram mesmo para ficar. Tivemos que aprender esse modelo com as próprias experiências de Ensino a Distância (EaD) já consolidadas e com as experiências de outros países (Paiva, 2020). As redes sociais foram úteis para compartilhar informações, sugestões de atividades, metodologias e ferramentas digitais e outra denominação emergiu em nosso vocabulário: “Ensino Remoto Emergencial”. Os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) também se popularizaram. Nossa legislação menciona a necessidade de “pessoal qualificado” para operar com essa tecnologia e, cada vez mais, o “professor”, com as habilidades que o senhor ressaltava (Freire, 2011), passa a ser preterido, desvalorizado.

Veja bem, não estamos negando os benefícios da tecnologia, ao contrário, reconhecemos que, somente com ela, foi possível seguir a vida naquele momento. Entretanto, nos preocupam algumas questões pontuais, como por exemplo, as escolas de enfermagem que permanecem com muitas horas de EaD...

Acreditamos que, para a educação em enfermagem, é preciso que se articulem tecnologias físicas com o digital, as quais não impossibilitem o diálogo, a troca de experiências, a interação, a reflexão e o pensamento crítico. Se o cuidado de enfermagem é presencial, também a formação de profissionais para cuidar de vidas humanas requer conhecimentos, habilidades e atitudes que só são possíveis de acontecer no encontro pessoal (Lira; Adamy; Teixeira, 2020).

(In)Conclusões...

Querido Paulo... nesse momento já nos sentimos mais próximos do senhor e do seu legado para a educação e também para a saúde. Esse momento histórico da pandemia marcará a saúde pública para sempre, por causa das transformações ocasionadas por um vírus que se espalhou rapidamente pelo mundo. O cenário atual tem valorizado a nossa profissão, a enfermagem, pelo protagonismo na construção do seu corpo de conhecimento, pela sua capacidade de liderança e desenvolvimento de saberes que embasam os conhecimentos em evidências científicas. Nós, educadores e pesquisadores, também aprendemos muito. A ciência se mostrou como caminho mais assertivo, uma vez mais, para embasar a prática do cuidado humano, mesmo as ações preventivas, por meio da educação em saúde. Mas também, reforçou-se o ideário de que a humanidade, em momentos de crise e para o cuidado do outro, precisa prevalecer!

A resiliência foi e está sendo a âncora dos incansáveis profissionais da saúde, buscando habitualmente a reconstrução de um sistema que foi intensamente afetado, de todas as maneiras, aos se considerar aspectos econômicos e sua estrutura política. O legado que o senhor, Paulo Reglus Neves Freire, nos deixou, sustentou, em grande medida, a nossa capacidade de cuidar do próximo de forma holística, lutando empaticamente pela manutenção da vida. Esperamos seguir aprendendo e escrevendo cartas e mais histórias por aqui, por vezes, provocados pelas suas ideias. Mais do que registros metódicos dos nossos pensamentos, é bom ter um espaço para registrar sobre nossas vivências, nossa práxis!

Desse modo, podemos instigar outros profissionais a dialogar por cartas, enviando e recebendo cartas – presenciais ou virtuais –

(Dickmann; Dickmann, 2022), compartilhar a vida e o trabalho, as boas práticas no campo da saúde, tendo o cuidado como orientador da práxis e o diálogo epistolar como outra forma de construir conhecimento nos tempos (pós-)pandêmicos que estamos vivendo.

Finalmente, queremos aqui reiterar o nosso ativismo na luta pela dialogicidade entre os diferentes autores no contexto de saúde e do SUS, corroborando com seu legado, incentivando que os serviços de saúde sejam espaços de construção coletiva e melhoria na qualidade de vida das gentes, que foram tão amadas pelo senhor!

Referências

CARVALHO, M. S.; LIMA, L. D.; COELI, C. M. Ciência em tempos de pandemia. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n.4, e00055520, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055520>

COELHO, E. P. **Pedagogia da correspondência**: Paulo Freire e a educação por cartas e livros. Brasília: Liber Livro, 2011.

DICKMANN, I.; DICKMANN, I. (Orgs.). **Praxiologia das cartas pedagógicas**. Chapecó: Livrologia, 2022. (Coleção Paulo Freire; 07)

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não**: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'Água, 1997.

FREIRE, P. **Conscientização - teoria e prática da libertação**: uma introdução ao

pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 43. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2011.

GADOTTI, M. e col. **Paulo Freire: Uma biobibliografia**. Cortez, São Paulo, 1996.

GEREMIA, D.S.; VENDRUSCOLO, C.; CELUPPI, I.C. 200 Anos de Florence e os desafios da gestão das práticas de enfermagem na pandemia COVID-19. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 28, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4576.3358>

LIRA, A. L. B. C.; ADAMY, E. K.; TEIXEIRA, E. Educação em enfermagem: desafios e perspectivas em tempos da pandemia COVID-19. **Rev Bras Enferm.**, v.73, sul 2, e20200683, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0683>

OLIVEIRA, R. M.; PAIVA, A. C. O.; GERALDO, L. M. C.S. Educação em saúde para enfrentamento dos impactos da pandemia na saúde mental da equipe de enfermagem. **Expressa Extensão**, v. 27, n. 1, p. 31- 46, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/21724/pdf>

ORNELL, F.; HALPERN, S.C.; KESSLER, F.H.P. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cad Saude Publica**, v. 36, n.4, e00063520, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>

PAIVA, V. L. M. O. Ensino remoto ou ensino a distância: efeitos da pandemia. **Estudos Universitários: revista de cultura**, v. 37, n. 1 e 2, 2020.

SOUZA, J. B. *et al.* Círculo de cultura virtual: promovendo a saúde de enfermeiros no enfrentamento da covid-19. **Rev. Gaúcha Enferm.**, n 42(esp), e20200158, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200158>

Sobre os autores

Abegair Farias de Lima

Graduada em Pedagogia Educação Infantil e Anos Iniciais e Educação Especial. Pós-Graduada em Psicopedagogia, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unochapecó. Professora da educação infantil da rede municipal de educação de Chapecó-SC. Articuladora do setor de Gestão Educacional da secretaria municipal de educação de Chapecó.

E-mail: abegairfarias@yahoo.com.br

Carine Vendruscolo

Enfermeira. Professora Associada do Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br.

Carolina Santana Mafra

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II “Nossa Casa”. Joinville - SC.

E-mail: carolinamafra.csm@gmail.com

Caroline Correia

Graduada em Enfermagem, Pós-graduada em Urgência e Emergência. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).

E-mail: caroline.correia@unochapeco.edu.br

Cleonice Lazzarotto

Psicóloga, Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Comunitária da Região de Chapecó.

E-mail: cleolazzarotto@unochapeco.edu.br

Daniela Fernanda Schott

Graduada em Psicologia, Especialista em Saúde Coletiva. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado Profissional) em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Unochapecó. Psicóloga de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), em um Município de Pequeno Porte I do Oeste de Santa Catarina.

E-mail: danielafschott@gmail.com.

Diane Basei De Conto

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPE-APS) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: dbd.conto@udesc.br.

Eduarda Rebelato de Almeida

Graduada em Psicologia pela Unochapecó.

E-mail: eduardar@unochapeco.edu.br

Eduardo Bonfim da Silva

Pesquisador e Coordenador Técnico do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIE-SAT. Administrador. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP / Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

E-mail: edu.bonfimsilva@gmail.com

Elaine Thumé

Doutora em Epidemiologia (UFPel) e Takemi Fellow na Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston EUA. Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Comunitária - Universidade Luterana do Brasil, Graduada em Enfermagem. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE - UFPel - FIOCRUZ).

E-mail: elaine.thume@ufpel.edu.br

Ellen Guerra

Graduada em Psicologia, Pós-Graduada em Saúde. Psicóloga no Núcleo de Apoio Psicológico e Pedagógico Institucional da Unochapecó.

E-mail: elleng@unochapeco.edu.br

Eliani Mortari

Enfermeira. Mestranda do Programa do Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPE-APS) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: eliani.mortari@udesc.br

Elizangela Felipi

Mestranda em Educação pela Unochapecó. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Graduada em Psicologia. Psicóloga clínica. E-mail: efelipi@unochapeco.edu.br

Estéfani Bianca Küttner

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. Pós-graduanda em Psicodrama. Psicóloga clínica e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de Cunha Porã, SC.

E-mail: estefanibk@unochapeco.edu.br.

Flávia Sanagiotto

Psicóloga. Mestranda em Educação pela Unochapecó.

E-mail: fsanagiotto@unochapecó.edu.br

Flávio Braga de Freitas

Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Psicoterapias Psicanalíticas na Clínica de Adultos pelo Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinariedade. Especialista em Psiquiatria pela Associação

Brasileira de Psiquiatria (ABP). Residência médica em Psiquiatria pela Associação Encarnación Blaya Clínica Pinel. Graduado em Medicina pela UFRGS. Professor do curso de Medicina da Unochapecó. E-mail: flaviobragasc@yahoo.com.br

Franciele Castanho

Especialista em Saúde Mental com ênfase em dependência química e graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. Pós-graduanda em Psicodrama Clínico pela Locus Psicodrama & Escola. Psicóloga clínica e ocupacional. E-mail: fcastanho@unochapeco.edu.br.

Gabriele Zuanazzi Tonello

Graduada em Medicina, Pós-Graduada em Saúde Pública. Médica da Estratégia Saúde da Família de São João do Oeste – Santa Catarina. E-mail: gabrieleztt@gmail.com

Inara Lany Biavatti

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. Psicóloga Clínica. E-mail: psi.inarabiavatti@gmail.com

Ivo Dickmann

Bacharel em Filosofia. Doutor em Educação. Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Educação (Mestrado) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado) da Unochapecó. E-mail: educador.ivo@unochapeco.edu.br

Josiane Matos Carneiro

Enfermeira, mestranda em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. E-mail: josianemc05@hotmail.com

Josilene Branco de Souza Sales

Pesquisadora em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT. Sanitarista. Bacharel em Saúde Coletiva, pela Universidade de Brasília -UNB.

E-mail: josilenesales@gmail.com

Leonel Piovezana

Pós-doutor em Educação pela Universidade de Salamanca, Espanha. Doutor em Desenvolvimento Regional pela Unisc. Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unochapecó.

E-mail: leonel@unochapeco.edu.br

Letícia de Lima Trindade

Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade do Porto. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

E-mail: leticia.trindade@unochapeco.edu.br

Liliane Pedon

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapeco. Pós- graduanda no Programa de Residência

Multiprofissional de Atenção em Oncologia no Hospital Regional do Oeste - HRO.

E-mail: liliane.pedon@unochapeco.edu.br.

Maiara Daís Schoeninger

Enfermeira, doutoranda em Ciências da Saúde pela Unochapecó.

E-mail: maia_schoeninger@hotmail.com.

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Psicologia pela UFSC, Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica e graduada em Psicologia pela Unochapecó. Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação e do curso de Psicologia da Unochapecó. Coordena o projeto de pesquisa “Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH) como tecnologia social para a atenção à saúde mental no SUS e os desafios frente à pandemia da Covid-19”.

E-mail: mapit@unochapeco.edu.br.

Mario Mejía Huamán

Doutor em Filosofia Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú e doutor em Educação Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Perú. Professor da Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Presidente da Sociedad Peruana de Filosofía.

E-mail: mejiahuaman@gmail.com

Michele Rohde Krolow

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da UFPel, Mestre em ciências da saúde pelo PPGEnf UFPel, pós-graduada em Estratégia Saúde da Família pela faculdade Dom Alberto e em Epidemiologia e Vigilância em Saúde pela Faculdade Cerquilho.

E-mail: michele-mrk@hotmail.com

Patrícia Sabina Marafon

Pesquisadora em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT. Psicóloga. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó- Unochapecó.

E-mail: patricia.cco@unochapeco.edu.br

Pedro Francesco Alba Zardo

Graduado em Psicologia pela Unochapecó. Pós-Graduação em Psicodrama.

E-mail: pedrozardo@unochapeco.edu.br

Poliana Lopes Alves Koszelski

Graduada em enfermagem pela UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: polianakoszelski@gmail.com.

Rafael Gué Martini

Jornalista. Doutor em Educação. Professor do Curso de Pedagogia a Distância e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: rafael.martini@udesc.br

Rui Carlos Sacramento

Enfermeiro. Mestrando do Programa do Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: ruicarlossacramento@hotmail.com.

Sara de Moura

Pedagoga. Mestranda em Educação pela Unochapecó. Professora da rede municipal de Chapecó-SC.

E-mail: saramoura@unochapeco.edu.br

Simone Orth

Enfermeira, Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Pós – Graduada em Gestão da Qualidade em Saúde, Estratégia Saúde da Família de Coronel Freitas – Santa Catarina.

E-mail: simone.orth@edu.udesc.br.

Tania Mara Zancanaro Pieczkowski

Pedagoga, Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria. Professora, pesquisadora e atualmente coordenadora do Mestrado em Educação- Unochapecó. Líder do grupo de pesquisa *Diversidades, Educação Inclusiva e Práticas Educativas*. Integrante da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial – ABPEE. Bolsista de produtividade em Pesquisa CNPq 2.
E-mail: taniazp@unochapeco.edu.br

Thais Aparecida Vasconcelos Rodrigues

Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).
E-mail: thais.rodrigues@unochapeco.edu.br

Argos Editora da UnoChapécó
www.unochapeco.edu.br/argos
www.facebook.com/EditoraArgos

Título: Diálogos sobre a pandemia: vivências de profissionais e usuários das políticas de educação, saúde e assistência social

Organizadores: Márcia Lúza Pit Dal Magro, Carine Vendruscolo e Tania Mara Zancanaro Pieczkowski

Coleção: Perspectivas, n. 76

Editor chefe: Ivo Dickmann

Assistente editorial: Elisângela Pinheiro e Nicole Brutti

Preparação dos originais: Juliane Fernanda Kuhn de Castro

Revisão: Juliane Fernanda Kuhn de Castro e Carlos Pace Dori

Capa e Diagramação: Caroline Kirschner

Imagem de capa: Adaptação da obra “The Scream” de Edvard Munch, 1893.

Formato: PDF

Publicação: 2023



Perspectivas

