

PRÁTICAS DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

FABIO SCORSOLINI-COMIN (ORGANIZADOR)

Este livro foi produzido a partir do **I Curso de Difusão Cultural do Centro de Psicologia da Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, realizado no mês de agosto de 2021 com o apoio do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP, da Comissão de Cultura e Extensão da EERP-USP e da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP.

Revisão: Fabio Scorsolini-Comin

Editoração: Paulo César Bocalon

Ilustração da capa: Fabio Scorsolini-Comin

Conselho Editorial:

Profa. Dra. Célia Regina Rangel Nascimento – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Profa. Dra. Claudia Hofheinz Giacomoni – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos – Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Marta Regina Gonçalves Correia-Zanini – Centro Universitário das Faculdades Associadas (UNIFAE)

Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP

Coordenador: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

Facebook: cpseerpusp

Instagram: cps_eerp_usp

Twitter: cps_usp

YouTube: CPSUSPCentrodePsicologiadSaúdeEERPUSP

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

150
P912

Práticas de cuidado interprofissional em saúde mental / Fabio Scorsolini-Comin, org. - Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2022. 154 p.

Inclui índice e bibliografias.

ISBN: 978-65-88556-07-8

DOI: 10.51796/978-65-88556-07-8

1. Psicologia. 2. Enfermagem. 3. Interprofissionalidade. 4. Saúde mental. 5. Enfermagem Psiquiátrica. I. Scorsolini-Comin, Fabio, org. II. Título.

‘ CDU 613.86



Fabio Scorsolini-Comin (Organizador)



PRÁTICAS DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Alice Costa Macedo • Ana María Ullán • Anne Marie Fontaine
Carolina Patrícia Aires • Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha
Cintia Bragheto Ferreira • Deise Coelho de Souza • Fabio Scorsolini-Comin
Giselle Clemente Sailer Cazeto • Grasielle Cristina Lucietto • Lucas Rossato
Luciana Macedo Ferreira Silva • Patrícia Paiva Carvalho • Paulo Cesar Bocalon
Rosa Lucia Rocha Ribeiro • Susana Coimbra • Vivian Fukumasu da Cunha

Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
Ribeirão Preto – SP
2022

SUMÁRIO

Prefácio – <i>Claudia Hofheinz Giacomoni</i>	06
Apresentação: Por uma nova escuta do cuidado em saúde mental – <i>Fabio Scorsolini-Comin</i>	11
Parte I – Reflexões teóricas para a interprofissionalidade	16
Capítulo 1: Alteridade e práticas de cuidado em saúde – <i>Luciana Macedo Ferreira Silva, Alice Costa Macedo e Fabio Scorsolini-Comin</i>	17
Capítulo 2: Como podemos incluir a religiosidade/espiritualidade no cuidado à saúde? – <i>Vivian Fukumasu da Cunha, Susana Coimbra, Anne Marie Fontaine e Fabio Scorsolini-Comin</i>	32
Capítulo 3: Religiosidade e espiritualidade no contexto acadêmico: como podemos discutir esse tema no ensino superior? – <i>Giselle Clemente Sailer Cazeto e Fabio Scorsolini-Comin</i>	48
Capítulo 4: A importância da filosofia para pensarmos o cuidado em saúde mental – <i>Paulo Cesar Bocalon e Fabio Scorsolini-Comin</i>	61
Parte II – Reflexões práticas para a interprofissionalidade	74
Capítulo 5: Desafios no cuidado em saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19 – <i>Deise Coelho de Souza, Carolina Patrícia Aires e Fabio Scorsolini-Comin</i>	75
Capítulo 6: Recomendações para o cuidado em saúde mental na oncologia pediátrica – <i>Lucas Rossato, Cintia Bragheto Ferreira, Ana María Ullán e Fabio Scorsolini-Comin</i>	91
Capítulo 7: A assistência a pessoas vivendo com HIV/aids: aspectos introdutórios para pensarmos a interprofissionalidade – <i>Patrícia Paiva Carvalho e Fabio Scorsolini-Comin</i>	111
Capítulo 8: Perspectivas da Terapia Comunitária Integrativa para o cuidado interprofissional em saúde mental – <i>Grasiele Cristina Lucietto, Rosa Lucia Rocha Ribeiro e Fabio Scorsolini-Comin</i>	123

Capítulo 9: Magnetismo como prática complementar em saúde – Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha e Fabio Scorsolini-Comin.....	135
Sobre os autores e as autoras.....	149

PREFÁCIO

Claudia Hofheinz Giacomoni¹

Temos vivido tempos difíceis: o início da década de 2020 apresentou o desafio de enfrentarmos a maior pandemia dos últimos 50 anos. Ao longo dos últimos dois anos nos debruçamos sobre estratégias pessoais e de investimento científico visando lidar com os efeitos da pandemia da COVID-19 e enfrentá-la. Em todas as áreas da ciência pesquisadores incansáveis vêm oferecendo ferramentas para nos ajudar nesse processo, mas, em especial, a área da saúde tem inspirado muitas estratégias interprofissionais.

O livro “Práticas de Cuidado Interprofissional em Saúde Mental” organizado por Fabio Scorsolini-Comin e de autoria de Alice Costa Macedo, Ana María Ullán, Anne Marie Germaine Victorine Fontaine, Carolina Patrícia Aires, Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha, Cintia Bragheto Ferreira, Deise Coelho de Souza, Giselle Clemente Sailer Cazeto, Grasielle Cristina Lucietto, Lucas Rossato, Luciana Macedo Ferreira Silva, Patrícia Paiva Carvalho, Paulo Cesar Bocalon, Rosa Lucia Rocha Ribeiro, Susana Maria Gonçalves Coimbra e Vivian Fukumasu da Cunha apresenta reflexões teóricas e avanços na prática da saúde mental.

Escrever o prefácio com o objetivo de apresentar a obra aos leitores é sempre tarefa de grande responsabilidade. Receber esse convite de Fabio Scorsolini-Comin, um dos psicólogos e pesquisadores que mais admiro no Brasil e, com justiça, um dos mais produtivos e inovadores na área da Psicologia da Saúde, é, para mim, motivo de alegria e felicidade.

¹ Professora Titular Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Psicologia Positiva da UFRGS e Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Positiva (2021-2023).

O livro “Práticas de Cuidado Interprofissional em Saúde Mental” foi um dos frutos do I Curso de Difusão Cultural do Centro de Psicologia da Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, realizado no segundo semestre de 2021 na modalidade remota. Podemos imaginar a riqueza de reunir pesquisadores e trabalhadores da saúde vinculados ao ORÍ – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade, coordenado pelo Fabio, juntamente com professores e pesquisadores, não só da Universidade de São Paulo, mas de outros laboratórios participantes e colaboradores.

As atividades de extensão de uma universidade nos fazem transpor os muros de sua estrutura e atingir a comunidade. O Curso oferecido, em plena pandemia da COVID-19, reuniu profissionais de diferentes áreas (Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Filosofia, Terapia Ocupacional) com foco na promoção e na oferta do cuidado interprofissional em saúde mental a partir de uma abordagem integrativa de assistência à saúde, não só teoricamente, mas também buscando a prática. Posso garantir a vocês, leitores, que o curso foi um sucesso absoluto, tendo contado com mais de 800 inscritos interessados na saúde e, em especial, na saúde mental e seus desafios transpostos pela interprofissionalidade. Foram vários os temas abordados durante o curso, que devem ter sido desmembrados em discussões maravilhosas, lançando ideias férteis e generosamente compartilhadas entre os seus participantes. Alguns dos trabalhos resultaram, felizmente, no livro que aqui está sendo apresentado. A distribuição gratuita do livro continuará a produzir efeitos de extensão universitária atingindo número maior de participantes.

O livro está organizado em duas seções. A primeira parte apresenta quatro capítulos com reflexões teóricas sobre a interprofissionalidade. O capítulo 1 é intitulado “Alteridade e práticas de cuidado em saúde” de autoria de Luciana Macedo Ferreira Silva, Alice Costa Macedo e Fabio Scorsolini-Comin. O capítulo traz à tona as contribuições da Antropologia da Saúde e tem como objetivo refletir sobre a dimensão das Práticas de Cuidado Interprofissional em Saúde Mental, instigando-se a construção do conhecimento acerca de como a alteridade pode estar presente na atuação dos profissionais de saúde. O capítulo nos faz repensar “algumas temáticas a respeito dos elementos que podem englobar o cuidado, por exemplo, os processos de saúde e doença, a assistência em saúde marcada pelo cuidado integral, bem como a desenvoltura do profissional para acolher e intervir nas demandas dos sujeitos com respeito à alteridade” (p. 9). As temáticas do etnocentrismo,

cultura, alteridade e prática humanizada em saúde são exploradas e exemplo prático da vivência é apresentado.

O capítulo 2 apresenta uma contribuição especial sobre a inclusão da religiosidade/espiritualidade no cuidado à saúde. O capítulo foi escrito por Vivian Fukumasu da Cunha, Susana Maria Gonçalves Coimbra, Anne Marie Germaine Victorine Fontaine e Fabio Scorsolini-Comin. O objetivo do capítulo é refletir sobre a dimensão da religiosidade/espiritualidade na assistência em saúde. Discute os conceitos de religiosidade/espiritualidade com algumas reflexões para a prática em saúde e como integrar ambas no cuidado.

O capítulo 3 especifica a religiosidade e espiritualidade no contexto acadêmico: como podemos discutir esse tema no ensino superior? De autoria de Giselle Clemente Sailer Cazeto e Fabio Scorsolini-Comin, levanta a possibilidade, importância e necessidade de tratar desses temas na universidade. Aponta ainda caminhos para isso.

O capítulo 4 destaca a importância da filosofia no contexto do cuidado em saúde, escrito por Paulo Cesar Bocalon e Fabio Scorsolini-Comin. Neste capítulo, os autores traçam um percurso muito interessante, destacando as contribuições da filosofia na construção do cuidado. Através do método fenomenológico de Edith Stein, a concepção tridimensional de corpo, mente e alma é explorada. Os cuidados em saúde mental baseados na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade são discutidos levando em conta a dimensão transcendente (alma).

A segunda parte do livro apresenta cinco capítulos contemplando, então, práticas para a interprofissionalidade. O capítulo 5 do livro apresenta “Desafios no cuidado em saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19” de Deise Coelho de Souza, Carolina Patrícia Aires e Fabio Scorsolini-Comin. Este capítulo reflete de forma profunda sobre os desafios no cuidado à saúde mental durante a pandemia e possíveis intervenções para a promoção de saúde neste momento. Os autores introduzem o termo “trânsito da pandemia”, apontando as consequências da imprevisibilidade até o momento, bem como a ausência de respostas definitivas que nos permitem planejar de modo seguro os próximos passos e os impactos de tudo isso nas nossas vidas. Os autores sintetizam as principais recomendações de autocuidado para saúde mental dos profissionais da saúde, tão essenciais para o enfrentamento da pandemia.

O capítulo seguinte traz recomendações para o cuidado interprofissional em saúde mental na oncologia pediátrica, escrito por Lucas Rossato, Cintia Braghetto Ferreira, Ana María Ullán e Fabio Scorsolini-Comin. Apresenta uma revisão sobre achados empíricos sobre o câncer na infância e na adolescência, suas especificidades, em especial no contexto brasileiro. Destaca seis grandes dimensões que são importantes nas intervenções realizadas: aspectos físicos da doença, aspectos cognitivos/subjetivos, aspectos psicológicos, aspectos sociais da doença e aspectos religiosos e espirituais. Além disso, chama a atenção para outros aspectos que devem ser levados em conta na atuação nesta área, com base na literatura científica observada durante a prestação dos cuidados, que são: a comunicação, a escuta e atenção às necessidades, análise de como a pessoa está emocionalmente e fisicamente, além de levar em conta as crenças dela.

O capítulo 7 destaca a assistência a pessoas vivendo com HIV/aids, pensando aspectos introdutórios para a interprofissionalidade, escrito por Patrícia Paiva Carvalho e Fabio Scorsolini-Comin. O capítulo tem como objetivo apresentar os aspectos introdutórios acerca da infecção pelo HIV e de suas repercussões, conceitos que fundamentam o cuidado em saúde de adultos vivendo com HIV/aids. Cuidado esse que deve prever uma assistência integral em saúde e que possa ser realizado por equipe composta por profissionais de diferentes áreas, como destacado pelos autores: “haja vista a complexidade envolvida em sua assistência e na sua prevenção”.

Já o capítulo 8, intitulado “Perspectivas da Terapia Comunitária Integrativa para o cuidado interprofissional em saúde mental”, de Grasielle Cristina Lucietto, Rosa Lucia Rocha Ribeiro e Fabio Scorsolini-Comin, apresenta a Terapia Comunitária Integrativa, seu método, experiências e resultados em diversos contextos e populações. Esta prática de cuidado efetiva no campo da saúde mental é uma estratégia brasileira, criada em 1987 pelo professor Adalberto de Paula Barreto, da Universidade Federal do Ceará. Está alicerçada em cinco pilares teóricos, sendo eles: o Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência.

O capítulo final do livro trata do conceito de Magnetismo como prática complementar em saúde, de autoria de Carolina Roberta Ohara Barros Jorge da Cunha e Fabio Scorsolini-Comin. O trabalho apresenta o surgimento de uma política de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Brasil e as discute como forma de corroborar para a integralidade de atenção à saúde.

As especificidades de diferentes áreas e suas contribuições para o cuidado em saúde mental interprofissional em tempos tão desafiadores e difíceis e, ainda tão incertos, nos trazem a esperança e o otimismo na força da ciência. O livro “Práticas de Cuidado Interprofissional em Saúde Mental” organizado por Fabio Scorsolini-Comin nos encoraja para seguirmos em frente de forma cada vez mais resiliente acompanhados de profissionais brilhantes.

APRESENTAÇÃO

Por uma nova escuta do cuidado em saúde mental

Fabio Scorsolini-Comin

Este livro foi concebido durante a realização do I Curso de Difusão Cultural do Centro de Psicologia da Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O curso teve por tema as práticas de cuidado interprofissional em saúde mental, práticas essas que hoje compõem o título dessa obra que compartilhamos com toda a comunidade acadêmica e extramuros.

Realizado no segundo semestre de 2021 na modalidade remota, o objetivo geral deste curso de difusão cultural foi refletir sobre as estratégias para a oferta de um cuidado integral e interprofissional no campo da saúde mental a partir do diálogo com diferentes expertises relacionadas à Psicologia da Saúde. Considerando os desafios globais impostos pela pandemia da COVID-19 desde o ano de 2020, este curso abordou a promoção e a oferta do cuidado interprofissional em saúde mental a partir das contribuições dos saberes trazidos, por exemplo, pela Psicologia, pela Enfermagem, pela Nutrição, pela Filosofia e pela Terapia Ocupacional, em uma abordagem integrativa de assistência à saúde.

A oferta do curso e dessa publicação decorrente alinham-se à missão do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP, grupo de cultura e extensão universitária idealizado no ano de 2018 e que a partir de 2019 passou a desenvolver uma série de ações visando a levar ao maior número de pessoas os conhecimentos produzidos dentro de nossa instituição. O

Centro de Psicologia da Saúde faz parte da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que, em 2021, completou 68 anos de existência. Desde 1988 a EERP-USP é um Centro Colaborador da Organização Pan-americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, o que reforça o compromisso dessa unidade da USP com a pesquisa, a formação de recursos humanos e a disseminação do conhecimento, tanto dentro do Brasil quanto no plano internacional.

Dentro desse compromisso fortemente marcado pela pesquisa é fundamental que a universidade possa reforçar o seu compromisso com a sociedade, possibilitando não apenas que a comunidade tenha acesso aos conhecimentos aqui produzidos, mas que também se beneficie dos mesmos. É nesse sentido que emerge um outro pilar da universidade: as atividades de cultura e extensão universitária.

Compreendemos, na composição do Centro de Psicologia da Saúde, que não podemos falar de pesquisa sem nos remetermos à extensão e não podemos pensar o cuidado ao outro sem que estejamos apoiados na pesquisa. Em um cenário nacional mais recente de constante questionamento da importância da universidade pública e até da validade do conhecimento científico, iniciativas como a desse grupo de extensão são essenciais na reafirmação de nosso papel como universidade, como pesquisadores e pesquisadoras, como profissionais de saúde.

No curso e no presente livro foram explorados, de modo específico, os seguintes conteúdos: (a) Desafios do cuidado em saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19; (b) Religiosidade/Espiritualidade no cuidado à saúde; (c) Magnetismo como prática alternativa e complementar em saúde; (d) Religiosidade/Espiritualidade no contexto acadêmico; (e) Alteridade e práticas de cuidado em saúde; (f) Terapia comunitária integrativa; (g) Cuidado em saúde mental no câncer infanto-juvenil; (h) Cuidado em saúde mental às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Com mais de 800 inscritos, entre profissionais de saúde e estudantes das ciências da saúde, este curso foi considerado exitoso a partir da avaliação realizada com esse público. E a partir desse momento surgiu a ideia de retratar esses diversos conhecimentos partilhados no curso por meio de um livro com distribuição gratuita, de acesso aberto, compondo um conhecimento que poderia ser acessado por um público ainda maior. Assim, mais do que congrega os conhecimentos trazidos no curso, o objetivo desta obra é compor um guia de

fácil acesso a estudantes e profissionais de saúde para a atualização de conhecimentos no campo da saúde mental.

As experiências aqui narradas partem da consideração de saberes e de intervenções realizados de modo não medicamentoso e orientados, sobretudo, pela Psicologia da Saúde. No entanto, o compromisso dessa Psicologia da Saúde não é com a especificidade do fazer psicológico no campo da saúde, mas em uma abertura para a construção de uma atuação interprofissional capaz de pensar o trabalho coletivo, o fazer-junto, o pensar-junto, o ser-junto.

Em um cenário de trânsito pela pandemia da COVID-19, ainda com repercussões com as quais estamos tentando lidar nos mais diversos níveis da experiência (Scorsolini-Comin, 2021a, 2021b), o cuidado em saúde mental tem figurado como uma questão a ser pautada nos mais diversos fóruns, não exclusivamente entre os profissionais de saúde. Os efeitos desse fenômeno global ainda serão sentidos e discutidos por muito tempo, sendo mister reforçar o compromisso diante das instabilidades instaladas e das que ainda serão produzidas. É importante pensar a categoria sofrimento e os seus mais diversos sintomas em termos de uma sociedade global em que não podemos mais considerar o cuidado voltado a apenas alguns grupos. Trata-se de uma questão a ser pensada por todos e com todos.

E, para além disso, os cenários de vulnerabilidade social nunca foram tão fragilizados, o que nos obriga também a pensar que, apesar de aparentemente estarmos submetidos a uma mesma intempérie, não podemos nem poderemos responder do mesmo modo a esses desafios. É preciso reforçar a escuta para fora de nós mesmos sem que percamos a capacidade de escutar os ecos disso tudo em nós. Este livro é a nossa escuta, seguros de que as ressonâncias serão ouvidas em diferentes cenários, por diferentes interlocutores capazes de revisitar e reinventar permanentemente o campo do cuidado em saúde mental.

Agradecemos aos profissionais do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP que tornaram não apenas o curso possível, como essa publicação. Às psicólogas Deise Coelho de Souza, Patrícia Paiva Carvalho de Oliveira e Vivian Fukumasu da Cunha, ao psicólogo Lucas Rossato, à terapeuta ocupacional Luciana Macedo Ferreira Silva, às enfermeiras Grasielle Cristina Lucietto e Giselle Clemente Sailer Cazeto, à nutricionista Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha e ao filósofo e teólogo Paulo César Bocalon.

Agradecemos também ao apoio do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP, bem como à Comissão de Cultura e Extensão desta unidade, fundamentais para que atividades como esta possam, de fato, cumprir o seu compromisso com um fazer que se dá para além dos muros da universidade. Também agradecemos especialmente ao apoio recebido pela Profa. Dra. Carolina Aires, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da USP pelo inestimável apoio na divulgação deste curso e das nossas diversas ações desde a criação do grupo.

Desejamos a todas e todos uma boa e proveitosa leitura desse material construído a tantas mãos, a partir de tantos encontros costurados por um comprometimento perene com a promoção de um cuidado digno, respeitoso, integral e humanizado no campo da saúde mental. Cuidado este que não deve estar mais apenas centralizado em equipamentos especializados, mas deve atravessar diversas instituições de acolhimento, as escolas, as universidades, as instituições de longa permanência para idosos, as ruas, os espaços não habitados, os espaços não habitáveis, as brechas, as bordas, os versos, as costuras.

Para além disso, este livro reforça o engajamento desses profissionais com uma prática que não se tece apartada de quem somos e do reconhecimento de tudo o que a nossa condição humana nos proporciona: sensibilidade, escuta e presença. Que possamos seguir atentos a esses movimentos e às ressonâncias dos mesmos em nós e nos outros. A nova escuta em saúde mental irá requerer de todos nós não um avanço em termos de como poderemos ouvir mais e melhor nossos pacientes/clientes/usuários, mas um retorno aos nossos ecos, aos nossos silêncios e aos nossos gritos diversas vezes calados e escamoteados diante de práticas profissionais incapazes de escutar a presença.

Referências

- Scorsolini-Comin, F. (2021a). O que esperar depois do (in)esperado?: saúde mental no trânsito (pós)pandemia. *Revista da SPAGESP*, 22(1), 1-5.
- Scorsolini-Comin, F. (2021b). Diversity and otherness in mental health care: markers and seams for the transit of the pandemic. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 17(1), 1-4. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.000175>

PARTE I

Reflexões teóricas para a interprofissionalidade



CAPÍTULO 1

Alteridade e práticas de cuidado em saúde

Luciana Macedo Ferreira Silva

Alice Costa Macedo

Fabio Scorsolini-Comin

O contexto da alteridade, seus significados e aplicações práticas são permeados por longas discussões. Para compreender o surgimento deste conceito urge buscarmos por referenciais antropológicos e demais temáticas contemporâneas que permitam aos sujeitos desenvolver uma atuação profissional pautada na integralidade e no modo de olhar e compreender o outro em sua singularidade.

Este presente capítulo, situado no campo das ciências da saúde, parte de uma noção de alteridade que foi consolidada originariamente nos estudos da antropologia interessados em “mostrar o outro como diferença, desvendando suas características e especificidades” (Zanella, 2005, p. 100). O conceito foi problematizado, inicialmente, na tentativa de acessar e compreender o modo como povos nativos organizavam-se em sociedade e produziam cultura. Para tanto, era mister que o antropólogo pudesse lançar-se a esse desafio compreendendo as especificidades que orientam a construção de costumes e sociabilidades, reconhecendo não apenas as diferenças e distanciamentos em relação ao outro, mas também cuidando para que o modo como essas sociedades eram estudadas não fosse marcado pelo etnocentrismo.

Quando nos aproximamos do fazer em saúde, nosso ponto de ancoragem, estamos diante de desafios que podem se beneficiar das discussões levantadas pelos antropólogos como Malinowski (1984), por exemplo. Isso torna o conceito de alteridade muito importante em nosso campo. O objetivo deste capítulo é refletir sobre a dimensão da alteridade no cuidado em saúde, ao instigar a construção do conhecimento acerca de como este conceito pode estar presente na atuação dos profissionais de saúde. Para alcançar este objetivo, torna-se válido pontuarmos algumas temáticas a respeito dos elementos que podem englobar o cuidado, por exemplo, os processos de saúde e doença, a assistência em saúde marcada pelo cuidado integral, bem como a desenvoltura do profissional para acolher e intervir nas demandas dos sujeitos com respeito à alteridade. Esses elementos serão discutidos a seguir.

Os processos de saúde-doença

Os processos de saúde-doença são fenômenos complexos que geram inúmeras repercussões e questionamentos principalmente no que se refere ao modo como esses são vivenciados e interpretados pelos sujeitos. Afinal, a interpretação da saúde e da doença está além de uma mera conceituação, está interligada à subjetividade, às vivências e às experiências pessoais, por um lado, e ao contexto sócio-histórico e cultural por outro.

Considera-se que os processos de saúde-doença são permeados por características multifatoriais que afetam a qualidade de vida dos sujeitos, a exemplo dos determinantes sociais, étnicos, psicológicos e comportamentais, enfim, uma faceta biopsicossocial associada à manifestação das doenças (Câmara et al., 2012). As práticas de saúde, nesse sentido, dialogam com esses contextos de referências: no domínio formal celebram-se as teorias em vigor e os protocolos que informam sobre o que é cuidar, o que deve ser cuidado, quem pode cuidar e quem pode ser cuidado; em um domínio cultural, essas mesmas questões legitimam-se, mas pautam-se em outros conhecimentos para serem respondidas.

Quando pensamos o modelo biomédico, por exemplo, podemos perceber um padrão teórico muitas vezes fechado e fragmentado, dissociado das dimensões históricas, sociais e culturais dos indivíduos. Supõe-se que esses padrões podem ser reforçados pela dinâmica dos serviços de saúde, pela ausência de capacitação ou ainda pelo descaso com o

paciente/usuário/cliente. Essas suposições devem ser trabalhadas no sentido de ampliar o modelo de assistência, priorizando a integralidade e a humanização (Santos et al., 2012).

Para ampliar e compreender os contextos assistenciais, destaca-se a relevância da antropologia da saúde, área que contempla estudos e interpretações acerca das práticas de saúde em diferentes culturas, fenômenos que transcendem a esfera biológica, saberes populares sobre adoecimento e cura, além da construção do corpo e das emoções em uma assistência à saúde menos fragmentada (Canesqui, 2003). A antropologia da saúde entende a construção dos processos de saúde-doença por fatores multidimensionais e interligados, com forte ênfase ao papel da cultura (Duarte, 1998).

Compreende-se que a análise desses processos deve ser embasada em aspectos múltiplos e integrativos que englobam a ciência e os saberes, indo além da perspectiva biomédica voltada para anormalidades que acometem negativamente um organismo para permear um construto biopsicossocial nos cuidados em saúde. Nesta perspectiva, nenhum ser humano deve ser observado apenas pelo lado biológico, mas percebido em termos de seus pertencimentos social, cultural, econômico, assim como de suas crenças e valores, já que cada comunidade contribui, de uma forma muito particular, para a explicação dos processos de saúde-doença.

Esse processo permite trazer novos olhares sobre as representações da saúde e do adoecimento que possivelmente incluam perspectivas por vezes apartadas em um processo de cuidar orientado pelos modelos vigentes, como o biomédico (Santos et al., 2012; Silva & Scorsolini-Comin, 2020a; 2020b). Nesta vertente biopsicossocial anseia-se pela construção do conhecimento concatenada aos processos históricos e subjetivos das experiências humanas, reiterando a inviabilidade do desmembramento entre corpo e mente ao se considerar o cuidado em sua integralidade (Becker et al., 2009).

A alteridade e os cuidados em saúde

Nos cuidados à saúde, a alteridade revela sua importância singular, sobretudo ao relacioná-la aos processos de saúde-doença e ao modo como essas relações são estabelecidas entre os profissionais e os pacientes/usuários/clientes frente aos movimentos de enfermidade e cura. Reconhecer o outro nesse processo deixa de ser um lugar-comum e

passa a ser uma prática essencial, ou melhor, um rigor metodológico para a oferta do que discutimos por integralidade e por humanização.

Segundo Emmanuel Lévinas (1980), a alteridade está relacionada à ligação com o outro, ao modo que estas relações vão sendo estabelecidas, pautadas no compromisso com o outro e com o que é do outro: é perceber que reconhecer a própria existência demanda percepções sobre si e sobre o outro. Lévinas, sobretudo, pontua a responsabilidade intrínseca nesse encontro do eu com o outro, partindo-se do princípio que as relações humanas são essenciais e únicas a cada encontro, e a cada face a face recupera-se a significação do outro e de sua subjetividade. Destaca-se que uma das responsabilidades mais importantes se refere ao desafio de respeitar o outro, promovê-lo em sua dignidade, no seu modo de pensar e de agir, valorizando o diferente e a sua subjetividade, o que está além das dimensões do face a face. É estabelecer proximidades, sendo primordial a responsabilidade ética no que tange ao cuidado em saúde, ao respeito na relação com o outro e ao reconhecimento do ser humano (Zanon, 2020).

O cuidado em saúde pautado nos conceitos da alteridade está intimamente relacionado à assistência humanizada e integral. É premente que os profissionais de saúde estejam preparados para abordar os pacientes/usuários/clientes, estando atentos a todos os sinais de um pedido de auxílio, na realização de um intercâmbio entre as áreas de conhecimento e suas experiências, ao respeitar eticamente a individualidade de cada sujeito e também os seus saberes e representações (Falcón, Erdmann, & Meirelles, 2006). No cerne do cuidado com e para o outro encontra-se a escuta ética, que vai além de simplesmente ouvir, estando concatenada ao conhecimento, ao diálogo e à sensibilidade, tomando como objeto de intervenção toda e qualquer informação relevante e passível de cuidado (Carvalho, Freire, & Bosi, 2009).

Atuar nessa perspectiva ética é admitir um compromisso com o humano, constituindo-se enquanto um-para-o-outro, ou enquanto um-com-o-outro. Entretanto, distanciar-se dessa vertente ética é também desconsiderar a alteridade e suas influências na construção da diversidade e do cuidado. Nesse aspecto, emergem reflexões sobre quem é o outro e quais são os obstáculos intersubjetivos que envolvem as questões humanas (Farinon, 2018).

Lévinas (1980) tece uma crítica ao modo que essas relações são estabelecidas na contemporaneidade, dominando em muitas situações a ausência do compromisso com o outro e com o que é do outro. O que une os indivíduos às práticas de saúde são as atitudes desenvolvidas com o outro, e com o ambiente institucional, o modo de assumir o cuidado em uma relação dialógica e as responsabilidades pelo próximo indiscriminadamente, respeitando as diferenças (Falcón et al., 2006).

Ao pensar nesta oferta de cuidado com e para o outro, propõe-se pautar a assistência no respeito às subjetividades e às diferenças dos sujeitos e de seu modo de vida, percebendo e intervindo nas singelas demonstrações de fragilidade, ao desenvolver um olhar aguçado às dimensões físicas e mentais apresentadas por cada paciente/usuário/cliente, compreender seu sofrimento e sua necessidade de externalizar desconfortos, para, por fim, tecer um acompanhamento humanizado.

Sendo assim, buscamos a seguinte reflexão: em que medida é possível perscrutar o outro? O que devo considerar desse outro? Devo me abster da minha realidade sociocultural para viver/acessar a do outro? O outro é indispensável à minha existência?

Compreender e entender sobre as particularidades do outro faz parte do construto da saúde. Conhecer o histórico e as vivências significativas do paciente/usuário/cliente auxilia na tomada de decisões e na construção dos ideais intervencionistas, almejando-se a melhor proposta de cuidado. Diante disso, olhar o sujeito e suas características torna-se primordial, considerar no momento do atendimento expressões verbais e não verbais, desenvolvendo as potencialidades para o acolhimento e a execução da escuta ativa, proporcionando o fortalecimento do vínculo e da confiança entre profissional/paciente/usuário/cliente no momento das intervenções, sejam elas de cunho imediatista ou a médio e longo prazos.

Ao se falar em conhecer este sujeito é premente que o profissional estabeleça um diálogo consigo e com o outro, com atenção a aspectos pessoais e profissionais. É importante conhecer e acessar as características desse outro, pensando em que medida esses elementos podem favorecer ou dificultar o modo como a assistência está sendo planejada. Para fortalecer essas relações nota-se a necessidade do estabelecimento do vínculo pautado na vertente do diálogo e das valorizações das diferenças existentes.

Esse olhar, embora se volte de modo mais expressivo aos componentes individuais do sujeito, pode também considerar marcadores sociais e culturais. Por exemplo: segundo

Ribeiro (2021), muitas etnias indígenas brasileiras compreendem a saúde não só como remediar uma dimensão da doença, mas a partir de uma perspectiva ampla que se inicia nos cuidados com o próprio planeta, já que não há cisão entre o corpo e a terra. Conhecer esses elementos e o modo como o outro compreende os processos de saúde é fundamental para que os diferentes modelos possam dialogar, sendo o profissional de saúde um mediador desse processo na linha de cuidado.

Propor o cuidado ao outro não exige abster-se de suas realidades e crenças pessoais e profissionais, mas utilizar-se da alteridade como fio condutor das vivências humanas que circundam principalmente os processos de saúde-doença destacados neste capítulo. Faz-se necessário respeitar as peculiaridades do sujeito, salientando-se a importância do estabelecimento das relações pautadas na compreensão, na cortesia e na responsabilidade recíproca do vínculo e do cuidado, a partir da sensibilização perante o diferente durante o processo assistencial (Malanquini, 2018).

O exercício da alteridade permite ao profissional perceber as diferenças culturais e respeitá-las independentemente de suas crenças, dialogando com o diferente, compreendendo outras identidades, conhecendo e respeitando diferentes culturas. A alteridade, além de um conceito, é também uma prática (Ferreira et al., 2021).

Ao dialogar com o diferente urge estarmos atentos, pois o que no outro me gera incômodo pode estar falando mais de mim do que dele próprio; o fenômeno do estranhamento provocado pelo encontro com o outro proporciona uma nova reflexão quanto à própria existência. O estranhamento refere-se ao ato ou efeito de estranhar(-se), conceito trabalhado na vertente da admiração ou do espanto face ao que não é habitual e que, conseqüentemente, gera estranheza (Malanquini, 2018).

A estranheza de Outrem — sua irredutibilidade a Mim — a meus pensamentos e às minhas poses, se realiza precisamente como uma contestação de minha espontaneidade, como ética. A metafísica, a transcendência, o acolhimento do Outro pelo Mesmo, de Outrem por Mim, se produz concretamente como a contestação do Mesmo pelo Outro, quer dizer, como a ética que realiza a essência crítica do saber. E como a crítica precede o dogmatismo, a metafísica precede a ontologia. Logo, trazer a ética para a discussão sobre a alteridade permite o afastamento das condutas morais para se pensar de forma transcendente a relação com o outro. Essa

transcendência é que confere a humanidade ao homem. Ao ir além, ele questiona-se sobre a finitude do mundo e pode deixar de lado o ser que “[...] só tem em vista a brutalidade de sua existência, que não coloca a questão do infinito [...]” (Lévinas, 1980, p. 30).

Discorrendo-se a respeito dessas vertentes, podemos sugerir que a admiração se refere à sensação que desperta no profissional o desejo por saber mais sobre as vivências do sujeito, buscando entender mais quanto ao funcionamento do seu cotidiano, surpreendendo-o em função do desconhecido. Já o espanto pode ser caracterizado como a sensação que desperta desconforto ou estranheza no profissional, proporcionando incômodo diante de um fato novo ou de uma nova realidade.

Em seu artigo publicado originalmente em 1919, “O Estranho”, Freud (1919/1996) aponta que a suposta oposição entre o sinistro e o familiar/íntimo/doméstico pode ser falaciosa, já que, na própria língua alemã, o familiar (*heimlich*) está contido no estranho (*unheimlich*), pois diferencia-se somente pela partícula “un” de negação. A proposição freudiana faz sentido quando compreendemos que o ego pode, muitas vezes, numa ânsia de defesa, projetar para fora aquilo que entende como algo estranho a si mesmo; ou ainda, quando aquilo que amedronta pode ser algo reprimido que retorna (Freud, 1919/1996).

Diante desse cenário, seria possível apontar que estranhamos o outro, seus costumes, suas crenças, suas cosmovisões, quando concomitantemente reconhecemos nele algo que nos diz respeito, o que nos parece familiar, ou seja, identificamos nele aspectos que ancoram certos tons com que temos total intimidade. Disse-nos Freud (1919/1996, p. 260): “Pode ser verdade que o estranho [*unheimlich*] seja algo que é secretamente familiar [*heimlich-heimisch*], que foi submetido à repressão e depois voltou, e que tudo aquilo que é estranho satisfaz essa condição”. E então é possível que vivamos aí uma profusão de reações ambíguas a dançarem entre a admiração/o fascínio/a atração e o espanto/o terror/o medo.

Vivenciar esse estado de estranheza/estranhamento *versus* familiar/conhecido permite ser afeto por ele (Favret-Saada, 2005) e, ao mesmo tempo, buscar em si tais conexões com o outro possibilita ao profissional expandir o olhar para o diferente e para o mundo, buscando afastar-se de uma perspectiva etnocêntrica. Os diálogos sobre alteridade pressupõem uma habilidade de lidar com e respeitar o que é diferente em sua singularidade, ao aprender a ver pelas “lentes” de outras culturas (Laraia, 2007, p. 67).

O etnocentrismo reforça o preconceito e a negação do outro sem conhecê-lo, construindo-se, assim, espaço propício à dominação cultural. Cabe superar características voltadas ao etnocentrismo, a fim de aniquilar a supervalorização da própria cultura em detrimento das demais, ao compreender a relevância da diversidade sociocultural e sua relação com o meio (Tavares, 2017).

Quando trabalhamos com o conceito de cultura é importante termos em mente que não existem culturas melhores ou piores, mais ou menos desenvolvidas. Quando conhecemos comunidades tradicionais, por exemplo, notamos que essas sociedades possuem formas de compreender e tratar os processos de saúde-doença, modos estes que consideram uma série de etnoteorias vigentes naquele contexto – ao considerar a etnoteoria na acepção da Etnopsicologia (Bairrão, 2015; Lutz, 1985). Ao analisarmos um contexto no qual predomina o saber biomédico, por exemplo, também podemos descrevê-lo de maneira semelhante: uma espécie de teoria vigente que, por estar situada em um determinado cenário social, político, histórico, cultural, também pode ser entendida como uma etnoteoria.

Isso coloca-nos diante de diferentes modos de explicar, de tratar e de cuidar do sujeito. O trabalho em saúde que se recusa ao etnocentrismo é justamente aquele que não compreende o seu próprio modelo como superior, mas sim que acessa e busca contemplar o modelo trazido pelo outro, aproximando-se daquilo que, aparentemente, poderia promover distanciamento.

Lidar com a diversidade sociocultural exige dos profissionais extrair de suas vivências o aprendizado e o saber ético, percebendo o diferente, desenvolvendo um olhar compassivo ao que causa estranhamento e compreendendo que comportamentos e posturas sociais são produtos resultantes de uma herança cultural que constituem o outro (Malanquini, 2018). Diante disso, faz-se necessário refletir acerca dos caminhos para a discussão das diferenças socioculturais frente à assistência e ao cuidado, compreendendo as dimensões das experiências subjetivas e intersubjetivas do sujeito e da sua relação com os processos de saúde-doença, bem como as formas de lidar com todo esse cenário (Tavares, 2017).

Um exemplo baseado em nossas experiências de pesquisa parece oportuno. A literatura científica reconhece que o campo das religiões, das religiosidades e das espiritualidades possibilita não apenas uma forma de compreender os processos de saúde-doença, mas de como promover práticas relacionadas à cura, por exemplo. Nesse sentido,

tecer uma escuta sobre o modo como esses processos são descritos, manejados e acolhidos em dadas culturas com fortes marcadores da religiosidade/espiritualidade é fundamental. A busca por equipamentos religiosos que promovam a cura e tratamentos de saúde, por exemplo, nos permite acessar inteligibilidades nativas e etnoteorias que, por vezes, escapam-nos em posicionamentos mais biomédicos ou orientados de modo positivista no cuidado em saúde (Scorsolini-Comin, 2014, 2015, 2017; Silva & Scorsolini-Comin, 2020a).

Nessa seara, portanto, não se discute alteridade sem incluir expressões tão caras ao debate: reflexão ética, diversidade, práticas humanizadas, escuta e respeito às diferenças. É nesse contexto que Dias (2021) destaca a importância do diálogo sobre alteridade no âmbito da saúde pública centrada em marcadores sociais da diferença (“cor/raça”, etnia, classe, gênero, sexualidade, geração, território e suas interseccionalidades), para que, deste modo, o cuidado em saúde não se mantenha em uma falha atroz diante de determinados corpos e em certos territórios. O outro revela-se como horizonte de alteridade e diferenças; diante disso, ilumina-se, do ponto de vista do outro, todo um regime de relações com as suas alteridades (Dias, 2021).

A alteridade na prática

Apresentaremos, a seguir, alguns apontamentos derivados de um estudo de mestrado desenvolvido com 20 consulentes que se encontravam em tratamento espiritual – devido a queixas de saúde – no Centro de Umbanda Vovó Maria Conga, fundado em 2010, e no Centro Caboclo Sete Flechas, fundado em 1993, ambos localizados na cidade de Uberaba, Estado de Minas Gerais. A partir de contato prévio com os dirigentes e com anuência verbal dos mesmos, a pesquisa foi autorizada, incluindo a divulgação dos nomes das instituições (Silva, 2019).

Em ambos os centros são realizados encontros semanais, cultuando-se diferentes entidades, como caboclos, erês, pretos-velhos, baianos, marinheiros, boiadeiros e ciganos. Foram entrevistados os consulentes que manifestaram ter procurado a umbanda devido às queixas de saúde. Nesse sentido, o terreiro de umbanda foi apontado como um equipamento popular de saúde capaz de dialogar com os espaços formais de cuidado, como hospitais e centros de saúde, por exemplo (Scorsolini-Comin, 2015).

Nos terreiros de umbanda, por meio das consultas mediúnicas e da incorporação de uma entidade espiritual, são realizados rituais curativistas que possibilitam um diálogo entre os mundos material e espiritual, ao ensejar o acolhimento das demandas dos fiéis que recorrem a estes cuidados motivados pelos desfechos de cura obtidos pelos ritos espirituais, pela presença das entidades e pelas práticas místico-religiosas, como passes, tratamentos com uso de chás, banhos com ervas, cumprimento de oferendas, entre outros (Macedo & Bairrão, 2011; Pagliuso & Bairrão, 2011).

A partir desse estudo de mestrado pudemos compreender que a religiosidade/espiritualidade está imbricada no cotidiano social, sendo utilizada como suporte para distintas situações, inclusive as que se referem aos processos de saúde-doença. Adentrar no universo da religiosidade/espiritualidade exige dos sujeitos trabalhar com suas percepções pessoais e profissionais, desenvolvendo a capacidade de compreender a diversidade cultural que compõe a sociedade brasileira, bem como a importância da dimensão religiosa e espiritual frente ao adoecimento.

Ademais, os resultados obtidos evidenciaram também que os consulentes e frequentadores da umbanda priorizam e valorizam ambas as intervenções, tanto as mediúnicas (desenvolvidas nos terreiros) quanto as formais (desenvolvidas pelos profissionais de saúde em hospitais e centros de saúde). Nesse contexto, pode-se destacar a complexidade do fenômeno no que tange à integralidade do cuidado, ao sugerir a ampliação do leque de assistência aos sujeitos e propor abordagens humanizadas que possam dialogar com os contextos da religiosidade/espiritualidade em saúde.

Tanto por parte dos profissionais quanto da sociedade, urge compreender a singularidade dos sujeitos quanto às suas experiências, desenvolvendo um olhar holístico frente à cura e ao adoecimento, em atenção às dimensões culturais, físicas, mentais, espirituais e religiosas. Independentemente dos preceitos de cada sujeito, pondera-se dispor da escuta ativa, abstendo-se de pré-conceitos ou pré-julgamentos quanto às metodologias curativistas.

Por meio deste estudo foi possível identificar que os fiéis adentravam o universo religioso e espiritual no intuito de alcançar boas condições de saúde, reestabelecer fragilidades e obter conforto para o adoecimento através das consultas mediúnicas. Essas consultas, em diversos momentos, encontravam-se integradas a outros sistemas do cuidado, tanto formais quanto religiosos.

Os resultados deste estudo apontaram que o processo de reestabelecimento da saúde está entrelaçado às orientações realizadas pelas entidades e à confiança depositada pelos consulentes no equipamento religioso, no guia espiritual, no médium de incorporação no momento dos rituais de cura. Por meio dos ritos umbandistas, os consulentes enfatizaram o progresso quanto ao enfrentamento dos processos de saúde e doença, bem como da construção de resultados benéficos à saúde promovidos pelas consultas mediúnicas. Tais elementos estão concatenados à eficácia da assistência e às condutas pessoais validadas pelo simbolismo e pela crença em algo superior, ultrapassando o cuidado centrado em um modelo biomédico para um modelo pautado na integralidade, e nas expectativas coletivas em relação ao restabelecimento da saúde.

Além disso, também foi possível compreender que as instituições religiosas contribuem no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e suporte para situações difíceis, proporcionando aos fiéis segurança e conforto espiritual e emocional (Sousa et al., 2017). Entende-se que a religiosidade e a espiritualidade estão interligadas ao cotidiano dos indivíduos, em especial àqueles que vivenciam o adoecimento e recorrem ao poder superior almejando benefícios sobre suas queixas de saúde. Evidenciou-se que as pessoas buscam o apoio religioso para o alívio de sintomas, traumas, bem como para a cura de enfermidades (Macedo, 2015; Scorsolini-Comin, 2014).

Por meio desta investigação foi possível compreender que as queixas de adoecimento compõem parte importante das demandas religiosas, não somente na umbanda – cenário destaque deste estudo – como também em outras religiões. Além disso, identificou-se que os adeptos expressam a noção de saúde incorporada a elementos científicos, o que permite reafirmar que a umbanda se caracteriza também como um espaço de acolhimento da diversidade, das angústias e das diferentes formas de promoção do cuidado (Scalon, Scorsolini-Comin, & Macedo, 2020).

Considerações finais

Cada indivíduo desenvolve ao longo da vida especificidades que o tornam único no universo das relações humanas. Atuar com respeito à alteridade não requer desprezar o histórico pessoal para se converter àquilo que é do outro. Pelo contrário, a proposta é reconhecer-se, respeitar-se, escutar-se, para que, em um próximo passo na potencialização

da sensibilidade profissional, seja possível reconhecer o outro em seu contexto próprio, seus saberes, crenças, cosmovisões, experiências.

Respeitar as percepções individuais torna-se crucial para o estabelecimento do vínculo e da assistência adequada. Em contrapartida, posturas inadequadas entre profissionais e usuários podem inviabilizar o cuidado prestado, interferindo negativamente na construção de uma relação saudável. Sendo assim, conhecer o sujeito, seus anseios e sua realidade é de extrema importância, pois permite a definição de estratégias e objetivos que serão desenvolvidos no sentido de almejar e potencializar o cuidado.

Portanto, para identificar necessidades e facultar o cuidado adequado, o profissional deve se abster de pré-julgamentos durante o contato com o outro, pois tais comportamentos podem prejudicar a análise clínica e a concepção do cuidado integral e humanizado. Para minimizar comportamentos e julgamentos inadequados torna-se de suma importância que o profissional faça uso dos referenciais recuperados neste capítulo, contemplando-se o conceito de alteridade e inserindo-o nas ações ocupacionais e nas relações estabelecidas frente ao cuidado.

Propomos a você, profissional de saúde, que tente refletir quanto às situações práticas que favorecem ou dificultam o desenvolvimento da alteridade em seu ambiente de trabalho. Atente-se em como são estabelecidas as relações profissionais de cuidado com os pacientes/usuários/clientes, como são aplicadas as estratégias pautadas na integralidade, no emprego da escuta ética e no respeito à autonomia e singularidade do sujeito. Enalteçamos que é de suma importância preservar a autonomia dos sujeitos, ao estimulá-los enquanto corresponsáveis pelo seu próprio cuidado, ao torná-los conscientes e ativos em seus processos assistenciais, conhecendo, inclusive, a evolução de sua saúde e seus direitos e deveres na prestação do cuidado.

Referências

- Bairrão, J. F. M. H. (2015). Etnografar com Psicanálise: Psicologias de um ponto de vista empírico. *Cultures-Kairós: Revue d'Anthropologie des Pratiques Corporelles et des Arts Vivants*, 5, 11-97.
- Becker, S. G., Rosa, L. M., Manfrini, G. C., Backes, M. T. S., Meirelles, B. H. S., & Santos, S. M. A. (2009). Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 323-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200025>.
- Câmara, A. M. C. S. et al. (2012). Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 40-50. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200006>.
- Canesqui, A. M. (2003). Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 109-124. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100009>.
- Carvalho, L., Freire, J. C., & Bosi, M. L. M. (2009). Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 849-865. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300017>.
- Dias, D. M. (2021). À luz da diferença: responsabilidade, alteridade e a “lógica do cuidado”. *Revista USP*, 128, 77-95. <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185414>.
- Duarte, L. F. D. (1998). Investigação antropológica sobre a doença, sofrimento o e perturbação: uma introdução. In L. F. D. Duarte & O. F. Leal (Orgs.), *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas* (pp. 9-27). Fiocruz.
- Falcón, G. S., Erdmann, A. L., & Meirelles, B. H. S. (2006). A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 343-51. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200020>.
- Farinon, M. J. (2018). Alteridade e educação. *Cadernos de Pesquisa*, 48(167), 130-135. <https://doi.org/10.1590/198053145258>.
- Favret-Saada, J. (2005). Ser afetado (P. Siqueira, trad.). *Cadernos de Campo*, 13, 155-161.
- Ferreira, G. B. et al. (2021). *Epistemologia do fenômeno religioso*. Grupo A.

- Freud, S. (1996). O estranho. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII). Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Laraia, R. B. (2007). *Cultura: um conceito antropológico*. 21ª ed. Zahar.
- Lévinas, E. (1980). *Totalidade e Infinito*. Edições 70.
- Lutz, C. (1985). Ethnopsychology compared to what? Explaining behavior and consciousness among the Ifaluk. In G. M. White & J. Kirkpatrick (Eds.), *Person, self and experience exploring pacific ethnopsychologies* (pp. 35-79). University of California Press.
- Macedo, A. C. (2015). *Encruzilhadas da interpretação na umbanda*. Tese de Doutorado (Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).
- Macedo, A. C., Bairrão, J. F. M. H. (2011). Estrela que vem do Norte: os baianos na umbanda de São Paulo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(49), 207-216.
- Malanquini, S. (2018). *Religião e antropologia filosófica: A experiência do sagrado à luz do conceito de alteridade*. Faculdade Unida de Vitória.
- Malinowski, B. (1984). *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia*. Abril Cultural.
- Pagliuso, L., & Bairrão, J. F. M. H. (2011). A etnopsicologia e o trabalho institucional em uma unidade de abrigo. *Revista da SPAGESP*, 12(1), 43-55.
- Ribeiro, E. R. A. R. (2021). *Representatividade indígena no ensino superior para a promoção da saúde e alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável: uma análise institucional*. (Tese de Doutorado, Universidade de Franca).
- Santos, A. C. B, Silva, A. F., Sampaio, D. L., Sena, L. X., Gomes, V. R., & Lima, V. L. A. (2012). Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Revista do NUFEN*, 4(2), 11-21.
- Scalon, E. F., Scorsolini-Comin, F., & Macedo, A. C. (2020). A compreensão dos processos de saúde-doença em médiuns de incorporação da umbanda. *Subjetividades*, 20(2), e10003. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e10003>
- Scorsolini-Comin, F. (2014). Atenção psicológica e umbanda: experiência de cuidado e acolhimento em saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 773-794.

- Scorsolini-Comin, F. (2015). Um toco e um divã: reflexões sobre a espiritualidade na clínica etnopsicológica. *Contextos Clínicos*, 8(2), 114-127.
- Scorsolini-Comin, F. (2017). Espiritualidade e brasilidade na clínica etnopsicológica. *Psicologia Clínica*, 29(2), 319-338.
- Silva, L. M. F. (2019). *A compreensão dos processos de saúde-doença em adeptos da umbanda com queixas de adoecimento: estudo etnopsicológico a partir da religiosidade/espiritualidade (R/E)*. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro).
- Silva, L. M. F., & Scorsolini-Comin, F. (2020a). A noção de eficácia nas consultas mediúnicas da umbanda. *REVER*, 20(3), 235-250. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i3a15>.
- Silva, L. M. F., & Scorsolini-Comin, F. (2020b). Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. *Saúde e Sociedade*, 29(1), e190378. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>.
- Sousa, F. F. P. R. et al. (2017). Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 13(1), 45-51.
- Tavares, F. (2017). Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana*, 23(1), 201-228. <https://doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>.
- Zanella, A. V. (2005). Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 99-104. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200013>.
- Zanon, A. (2020). O princípio da alteridade de Lévinas como fundamento para a responsabilidade ética. *Perseitas*, 8, 75-103. <https://doi.org/10.21501/23461780.3489>.

CAPÍTULO 2

Como podemos incluir a religiosidade/espiritualidade no cuidado à saúde?

Vivian Fukumasu da Cunha

Susana Maria Gonçalves Coimbra

Anne Marie Germaine Victorine Fontaine

Fabio Scorsolini-Comin

O conhecimento acerca do impacto da religião, da religiosidade e da espiritualidade na saúde não é recente. Contudo, o interesse contemporâneo das ciências da saúde sobre essas dimensões pode suscitar uma releitura dessa relação e até mesmo revesti-la de uma percepção de ineditismo. As ciências da saúde têm buscado, na atualidade, resgatar esses conhecimentos da sabedoria ancestral, a fim de difundir não apenas a eficácia de tratamentos existentes, mas também de integrá-los como forma de promoção de um cuidado mais humanizado. Partindo desse panorama, o objetivo deste capítulo é refletir sobre a dimensão da religiosidade/espiritualidade (R/E) na assistência em saúde.

Para que esse objetivo seja alcançado, é fundamental começarmos a discussão sobre a religiosidade/espiritualidade (R/E) com algumas reflexões: o que é religião? O que é religiosidade? O que é espiritualidade? Mas, principalmente, para você leitor/a, o que significa possuir uma religião, alguma forma de religiosidade e/ou espiritualidade? Sabe quais as diferenças ou se existem diferenças entre cada um desses termos? Pela nossa

experiência com tais questionamentos, antevemos que não deve ser tão simples respondê-los.

Para a população em geral não existem diferenças entre esses fenômenos, já que podemos ser tanto religiosos quanto espirituais ao mesmo tempo (Cunha et al., 2020a; Koenig, 2008). No entanto, a literatura em saúde vai apresentar diversas definições e distinções entre os fenômenos e conceitos. Essa multiplicidade de definições pode indicar a falta de consenso na literatura sobre o tema, mas também refletir toda a complexidade de fenômenos, sendo que a tarefa de representá-los é e, possivelmente, continuará sendo um desafio para os pesquisadores que atuam nesse campo (Cunha et al., 2021; Cunha & Scorsolini-Comin, 2021). Mas porque são essas definições importantes? É o que veremos a seguir.

Conceitos e definições dos fenômenos

Algumas compreensões mais frequentemente encontradas na literatura são de que a religião envolve crenças, práticas e rituais relacionados com o transcendente (Deus, Alá, poder superior, etc.), organizados em um sistema de símbolos que facilita a proximidade com o transcendente que adota, apresentando crenças específicas sobre a vida depois da morte e maneiras de como conduzir a vida (Koenig, 2012). Pargament (2007) relata que o termo religião é um construto amplo que inclui expressões pessoais e sociais, elementos subjetivos e objetivos, sinalizando o potencial tanto para o bem quanto para o mal.

Para Freitas (2014), a religiosidade envolve disposições humanas que levam as pessoas à capacidade de experimentar fenômenos religiosos, em seus diversos aspectos, enquanto que para Panzini et al. (2007) e Gastaud (2006) a religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Já a espiritualidade tem sido compreendida, na atualidade, como uma dimensão mais ampla, que abarcaria aspectos da religião/religiosidade, mas não se limitaria a eles (Koenig et al., 2012).

Para Snyder e Lopez (2009), a espiritualidade é um estado mental, universalmente acessível, em que há busca pelo sagrado. Está ligada ao cultivo do que é espiritual, valores, transcendência e fé, sendo encontrada em todas as culturas e idades (Marques, 2010). Envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não se limitando a tipos de crenças ou práticas (Panzini et al., 2007).

Uma das definições que adotamos nos estudos conduzidos pelo *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade e pelo Centro de Psicologia da Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo é a do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-06, 2015). Segundo esse órgão, a religião é “uma instituição social composta por um sistema de crenças e práticas reunidas que sustentam uma suposta relação com uma dimensão transcendental; a religiosidade se refere ao modo pessoal de lidar com ou vivenciar um sistema de crenças e práticas religiosas que podem estar ou não ligadas a uma instituição; e a espiritualidade é a busca de sentido para a vida que pode ou não estar ligada a uma crença religiosa”.

Apesar de religião, religiosidade e espiritualidade serem fenômenos distintos e conceituados diferentemente, é frequente encontrarmos nas pesquisas nacionais e internacionais o uso de mais de um dos termos nas pesquisas, muitas vezes combinada, como religião/espiritualidade ou religiosidade/espiritualidade, a R/E (Cunha et al., 2020b; Koenig, 2012). Em nossos estudos costumamos adotar o uso do termo combinado (R/E) por se tratar de uma opção mais inclusiva, em que pode abarcar aqueles que se consideram religiosos e espirituais, somente religiosos e somente espirituais.

Também é importante considerarmos que somos um grupo de pesquisa brasileiro – e o Brasil é um país com alta predominância religiosa/espiritual, com apenas 8% da população se declarando como não tendo uma religião (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010). Além disso, dentre os 8% que declaram não ter religião, pode existir os que possuem algum tipo de crença que pode ser compreendida a partir da espiritualidade ou que acreditam em várias crenças ao mesmo tempo sem se ligar a alguma em específico.

Esse posicionamento acerca do uso do termo combinado também considera a investigação que fazemos da relação que a R/E apresenta para a pessoa e não dos fenômenos em si. Essa distinção é importante por se encontrar uma preferência dos profissionais da saúde para o uso do termo espiritualidade. Em nossa opinião, a adoção exclusiva do termo espiritualidade também pode negligenciar aspectos importantes da religião que estão, inevitavelmente, interligados (Cunha et al., 2021). Apesar de a espiritualidade ser um termo mais amplo que pode abarcar aspectos da religião/religiosidade, tanto espiritualidade como religião são fenômenos complexos e multidimensionais, que envolvem vários comportamentos e sentimentos, e qualquer

definição iria limitar a perspectiva de interesse, perdendo-se a riqueza e complexidade que essa dimensão pode apresentar (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019; Hill et al., 2000).

No entanto, a diferenciação entre os termos e fenômenos também é importante para que as pesquisas nesta área sejam robustas e instrumentos de mensuração possam ser criados com maior fidedignidade às medidas envolvidas. Outro aspecto essencial dessa diferenciação é a discussão da laicidade e das questões ético-profissionais. Cabe destacar que a laicidade não implica em negar à sua população o direito a uma R/E e a exploração da interface que pode ser estabelecida entre esta e a saúde (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013).

Além disso, códigos de ética e associações profissionais de diversas áreas da saúde já reconhecem e reforçam que ter a sua R/E considerada no contexto do tratamento é um direito do paciente/usuário, assim como o reconhecimento deste direito é um dever do profissional (CFP, 2013; International Council of Nurse, 2012; Précoma et al., 2019). A partir dessa consideração compreendemos que abordar a R/E de pacientes/clientes não é violar a ética, pelo contrário: trata-se da possibilidade de escutá-los de modo integral, haja vista que a R/E é uma dimensão da experiência humana, que pode estar presente ou não em cada pessoa ou em cada momento.

Importância da R/E para a saúde

Diante disso, qual a importância da R/E para a saúde? Primeiro, essa é uma dimensão que faz parte da história e cultura dos povos milenarmente. Além disso, é uma dimensão reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como um dos vértices da compreensão bio-psico-socio-espiritual das pessoas e sua saúde (World Health Organization, 1998).

Em países mais ou menos religiosos/espirituais, essa dimensão pode ter um maior ou menor impacto nos desfechos de saúde e na necessidade dos pacientes/usuários. Por exemplo, a França e República Checa são os países que apresentam os maiores índices de pessoas que dizem não acreditar em uma entidade espiritual, Deus ou força vital, representando 33% e 30% de suas populações, respectivamente (Eurobarometer, 2005). Em contrapartida, o mesmo órgão responsável por essa avaliação identifica que a Polônia e Malta são os países europeus com a maior população que acredita na dimensão religiosa/espiritual, o que representa 2% de pessoas que dizem não acreditar em uma

entidade espiritual, Deus ou força vital de cada país. Assim, espera-se que a R/E possa se expressar de modos distintos nesses países, haja vista a sua importância em cada um desses contextos.

Isso reforça a importância de a R/E ser uma dimensão que dialogue diretamente com a cultura. No campo da assistência em saúde, considerar os elementos culturais envolvidos no cuidar pode permitir abordagens da R/E que efetivamente estejam alinhadas às demandas de pacientes/usuários, sempre respeitando suas etnoteorias. Isso significa, na prática, que o modo como a R/E poderá ser recuperada e refletida no fazer em saúde deve considerar o universo desse paciente/usuário, respeitando seus diferentes posicionamentos, bem como construindo uma postura de abertura e de tolerância tanto em termos da inclusão ou não dessa dimensão no tratamento como da possibilidade de diferentes religiões/religiosidades/espiritualidades habitarem esse espaço.

No Brasil, como relatado previamente, 92% população declara pertencer a uma religião/possuir uma religião (IBGE, 2010), o que significa que a chance e/ou probabilidade de atendermos um paciente/usuário com uma R/E é muito alta. Com isso, é provável que a R/E tenha também implicações para o cuidado clínico dos pacientes/usuários. Há evidências científicas que apontam para o fato de que as crenças e práticas religiosas/espirituais estão associadas com um maior bem-estar, melhores condições de saúde mental e possibilidade de um enfrentamento mais exitoso diante de situações estressantes, por exemplo, as representadas em processos de adoecimento e de hospitalização (Koenig, 2007; Koenig, 2012).

Influências positivas e negativas da R/E

Entre os motivos para a crescente atenção em relação à R/E na saúde física e mental estão, principalmente, os desfechos positivos do emprego dessa dimensão no cuidado em saúde. Contudo, evidências apontam que a R/E pode apresentar uma influência tanto positiva como negativa na saúde, embora as primeiras sejam predominantes na literatura (Koenig, 2012; Mishra et al., 2017). A R/E não vai curar a doença, mas pode influenciar o estado de saúde por meio de efeitos emocionais, cognitivos e comportamentais. Koenig (2012) relata algumas das influências positivas que a R/E pode desempenhar na saúde física e mental a partir do que tem sido evidenciado em diversos estudos científicos:

1. A R/E pode promover recursos de enfrentamento contra o estresse, aumentando emoções positivas e favorecendo uma visão otimista de transcendência diante da dificuldade, o que é encontrado nas estratégias de *coping* religioso/espiritual positivo;
2. A R/E pode promover regras de conduta que reduzam os fatores estressantes e aumentem emoções positivas. Geralmente, pessoas que possuem uma R/E apresentam regras de conduta sobre situações como o divórcio, abuso de substâncias, práticas sexuais, criminalidade e alimentação que tendem a ser mais positivas do que negativos, mais adaptativas;
3. A R/E pode oferecer respostas para questões sobre a existência;
4. A R/E pode promover virtudes humanas como honestidade, gratidão e perdão, por exemplo;
5. A R/E pode encorajar o amor ao próximo, a compaixão, o altruísmo e o contato social, o que favorece a composição de um suporte social para as dificuldades enfrentadas.

Essas influências devem ser avaliadas com cautela, uma vez que não é possível afirmar com certeza qual o papel que a R/E pode estar exercendo em cada desfecho, dada também a sua natureza multifacetada (Mishra et al., 2017). Além disso, há também que se considerar que a R/E pode apresentar influências negativas na saúde. De acordo com Koenig (2012), as influências negativas da R/E na saúde podem ser:

1. A R/E pode ser usada para justificar o ódio e agressão, como no caso de atentados terroristas, com consequências negativas para a vida e a saúde dos próprios e dos outros;
2. Levar a emoções e sentimentos negativos, como excesso de ansiedade, medo e culpa e alimentar práticas obsessivas;
3. Pode levar à negligência de questões familiares e pessoais, com excesso de envolvimento na comunidade ou prática religiosa/espiritual;
4. Pode produzir tensão quando o paciente/usuário falha ou não cumpre determinados padrões religiosos;

5. A R/E pode ser usada para controle de sujeitos vulneráveis, como em seitas, podendo atrasar tratamentos médicos e psicoterápicos quando as pessoas acreditam que ocorrerá alguma cura mesmo sem que tratamentos formais sejam realizados;
6. A R/E pode impor certas restrições a determinados procedimentos de saúde necessários ao paciente/usuário.

Há que se ponderar um aspecto importante deste último item, tendo em vista o excesso de positivismo que existe nas ciências da saúde associado ao desconhecimento dos preceitos específicos de certas crenças religiosas. No caso específico das Testemunhas de Jeová, por exemplo, nem sempre é conhecido o que é aceito ou não pelos membros dessa comunidade. Azambuja e Garrafa (2010) investigaram 150 testemunhas de Jeová e concluíram que há diversos tratamentos sanguíneos que são aceitos por eles e que podem envolver hemocomponentes e hemoderivados. A maioria dos médicos (71%) ou/e dentistas (83%) nem perguntam aos pacientes qual é a sua religião, nem demonstram preocupação com as questões a ela associadas. Além disso, técnicas cirúrgicas diferentes ou menos praticadas podem evitar e minimizar a perda de sangue e a consequente necessidade de transfusão, o que nem sempre é considerado pela equipe. Isso quer dizer que a compreensão de que a R/E pode atrasar tratamentos médicos e psicoterápicos pode ser melhor refletida a partir de uma educação que efetivamente prepare os profissionais da saúde para considerarem as necessidades religiosas/espirituais dos pacientes/usuários (Précoma et al., 2019).

Para ampliar a discussão

Para observar melhor como podem se dar as diversas influências positivas e negativas que a R/E apresenta na interpretação subjetiva dos acontecimentos e nas suas repercussões em termos de tratamentos e de saúde física e mental, sugere-se a série norte americana *The Path*. Criada por Jessica Goldberg, estreou em 2016 e conta com três temporadas e 36 episódios. Mas lembre-se de que os aspectos dessa série são fictícios e

devem ser analisados com a finalidade de observar que a R/E pode ter uma série de repercussões que devem ser avaliadas e consideradas individualmente.

Como integrar a R/E no cuidado em saúde?

Diante da constatação de que a R/E pode influenciar aspectos humanos e, conseqüentemente, a saúde física e mental, faz-se cada vez mais essencial integrar essa dimensão no cuidado em saúde. Mas como isso pode se dar na prática em saúde? Como um profissional de saúde pode efetivamente promover essa integração em seu cotidiano de assistência?

A seguir compartilhamos um repertório construído a partir de uma pesquisa realizada com 24 psicoterapeutas brasileiros atuantes nos estados de São Paulo e Minas Gerais (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019). São mencionadas pelo menos sete boas práticas de como abordar/integrar essa dimensão no cuidado. Apesar de serem construídas a partir da visão de psicoterapeutas, as boas práticas destacadas revelam ser úteis aos outros profissionais da saúde também. São elas:

Atitudes que podem favorecer a integração da R/E na assistência em saúde:

1. Respeito;
2. Saber separar o que é seu e o que é do paciente/usuário;
3. Reconhecer a R/E como uma dimensão parte do ser humano;
4. Saber escutar;
5. Questionar/conhecer o papel da R/E na vida do paciente/usuário;
6. Ter algum conhecimento sobre o tema;
7. Não impor conhecimentos, práticas ou doutrinas.

Apesar de parecer essencial a qualquer tópico e não só para questões da R/E, a atitude de respeitar não significa identificar apenas a crença do paciente/usuário e nada fazer com essa informação. Além de conhecer a crença do paciente/usuário no momento

de internação ou na coleta da anamnese, o respeito envolve desenvolver uma atitude que mostra que a R/E do paciente/usuário é considerada naquele equipamento de saúde ou que pode ser evocada ao longo do tratamento. Em outras palavras, revela que a R/E é uma dimensão a ser, de fato, considerada.

Por mais que o código de ética profissional, como o da Psicologia, por exemplo, esclareça que não se deve impor nenhuma crença e que se deve manter uma postura neutra, é essencial estar consciente que o profissional está também sujeito a sentimentos, preferências e afiliações como qualquer outra pessoa (Peteet, 2014). O ponto de partida aqui é conseguir reconhecer quais as suas influências de vida, assim como desenvolver uma sensibilidade intercultural para poder ponderar as potencialidades e os limites de suas intervenções. Geralmente profissionais da saúde que reconhecem ter sua própria R/E e a identificam tendem a ter maior abertura para reconhecer que esses aspectos devem ser valorizados como importantes no cuidado do paciente/usuário (Menegatti-Chequini et al., 2019).

É essencial reforçar que toda intervenção sobre R/E deve partir da importância que essa dimensão tem para o paciente/usuário. As intervenções incentivadas e valorizadas vão reconhecendo o sentido e significado que a R/E tem individualmente para cada paciente/usuário (Précoma et al., 2019). Por esse motivo, deve-se evitar também generalizações baseadas em afiliações religiosas ou culturais, acreditando que todos que fazem parte da mesma comunidade terão as mesmas vivências ou farão as mesmas escolhas. Azambuja e Garrafa (2010) alertam que quaisquer que sejam os preceitos religiosos/espirituais dos pacientes/usuários, ainda assim, nada impede, por livre convicção, que cada um faça suas próprias escolhas. É preciso ouvir/escutar o paciente/usuário para que seu direito de ter a sua própria R/E seja valorizado, respeitado e acolhido.

Por fim, mas não menos importante, o movimento que a R/E vem ganhando no campo da saúde ainda é pequeno, mas Koenig (2012) acredita que está caminhando para se tornar central no cuidado de saúde. Isso é uma tendência em saúde. Essa afirmação pode ser feita considerando as diversas evidências positivas que estão se avolumando nas ciências da saúde quanto aos desfechos positivos decorrentes do emprego da R/E na assistência em saúde. Embora apontemos para a necessidade de constante desenvolvimento científico nesse campo, muitos conhecimentos já estão disponíveis. Cabe também às instituições de ensino e de saúde reconhecerem que uma formação que inclua o tema da R/E é tão

essencial quanto outros aspectos, investindo mais e melhor na formação dos profissionais da saúde imbuídos dessas novas reflexões. Este aspecto formativo será melhor discutido no Capítulo 3.

A seguir vamos discutir um pouco mais sobre como a R/E pode ser, de fato, considerada nos protocolos de cuidado. Como podemos incluir a R/E na assistência em saúde?

Investigando a R/E junto ao paciente/usuário

Algumas barreiras são encontradas para que um cuidado envolvendo R/E seja efetivo. Dentre eles estão a falta de conhecimento e a falta de treinamento no assunto (Tomasso et al., 2011). Um ponto a destacar é que a intervenção da R/E não precisa ser longa ou exigir grandes habilidades dos profissionais, mas que o espírito de abertura e curiosidade no acolhimento desse aspecto e a compreensão do que o profissional pode fazer para que essa dimensão esteja presente na assistência em saúde são elementos que facilitam a inclusão da R/E no cuidado.

Para aqueles que se sentem inseguros ou estão começando na profissão, pode ser que o uso de protocolos, ferramentas e instrumentos sejam bem-vindos e facilitem o processo. Hoje em dia são encontrados diversos instrumentos nacionais e internacionais que têm o objetivo de investigar a R/E junto ao paciente/usuário (Lucchetti et al., 2013). Um dos instrumentos ensinados junto à disciplina “Psicologia da Saúde”, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ministrada pelo Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin, é o FICA. Esse instrumento foi desenvolvido em 1996 por Christina M. Puchalski, médica, pesquisadora e líder internacional no movimento para integrar a R/E aos cuidados de saúde.

O FICA é acrônimo com os tópicos importantes de investigação da R/E junto ao paciente/usuário. Puchalski e Romer (2000) apresentam sugestões de questões a serem investigadas a partir desse instrumento, sumarizadas na **Figura 2.1** a seguir:

- **F - Faith and Belief (Fé e Crença)**
- ✓ Você se considera espiritual ou religioso?
- ✓ A espiritualidade/religiosidade é algo importante para você?

- ✓ Você tem crenças religiosas/espirituais que o ajudam a lidar com o estresse/tempos difíceis? (Contextualize para justificar a visita se não for o histórico de rotina).
- ✓ Se o paciente responder “Não”, o profissional pode perguntar: “O que dá sentido à sua vida?” Às vezes, os pacientes respondem com respostas como família, carreira ou natureza. A questão do significado também deve ser feita, mesmo se as pessoas responderem sim à espiritualidade.
- **I - Importance (Importância)**
 - ✓ Que importância sua espiritualidade/religiosidade tem em sua vida?
 - ✓ Sua espiritualidade/religiosidade influenciou como você se cuida, sua saúde?
 - ✓ Sua espiritualidade/religiosidade influencia você na sua tomada de decisões na área da saúde? (Por exemplo, diretrizes, tratamentos, etc.)
- **C - Community (Comunidade)**
 - ✓ Você faz parte de uma comunidade religiosa/espiritual?
 - ✓ Comunidades como igrejas, templos e mesquitas, ou um grupo de amigos com a mesma opinião, família ou ioga podem servir como fortes sistemas de apoio para alguns pacientes, para você como é?
 - ✓ Existe um grupo de pessoas que você realmente ama ou que são importantes para você?
- **A - Address in Care (Possibilidades de atuação)**
 - ✓ Como você gostaria que eu (profissional da saúde: enfermeiro, médico, psicólogo) auxiliasse nas questões sobre R/E em sua área de saúde ou pudesse ajudá-lo?

Figura 2.1. Instrumento FICA, elaborado por Puchalski e Romer (2000).

Quando estamos falando de uma vida humana, nenhum instrumento, ferramenta ou protocolo substitui a sensibilidade do profissional da saúde para investigar e trabalhar as necessidades de saúde junto ao paciente/cliente em qualquer tema. Desenvolver uma sensibilidade intercultural, reconhecendo como e quanto cada um difere é um caminho para minimizar as desigualdades e seguir o princípio de equidade (Coimbra, 2019). Os dados das pesquisas científicas revelam que a maioria dos pacientes/usuários gostaria de ter a R/E abordada em seu cuidado em saúde (Menegatti-Chequini et al., 2019; Précoma et al., 2019; Tomasso et al., 2011) e outras evidências apontam o benefício em fazê-lo (Koenig, 2012; Mishra et al., 2017).

E isso ultrapassa apenas o questionamento: você possui uma religião? Para além de sabermos isso é importante compreender o papel da R/E na vida dessa pessoa que se apresenta para o nosso cuidado. De posse dessa informação poderemos discutir com esse paciente/usuário possíveis formas dessa R/E ser acolhida e integrada ao longo do tratamento. E isso pode se dar de inúmeras formas, cabendo ao profissional de saúde abrir-se a essa possibilidade, em diálogo constante com as necessidades expressas pelo paciente/usuário – inclusive a opção por não ter essa dimensão considerada.

Considerações finais

A partir das reflexões aqui endereçadas, espera-se conscientizar e expor como a R/E pode fazer parte do cuidado à saúde. As evidências não se limitam ao que foi apresentado, mas estas sintetizam boa parte do que é essencial para uma primeira aproximação. Aliás, também consideramos que se você está lendo este capítulo já possui interesse pelo tema, de modo que provavelmente exista uma abertura para essa discussão em seu processo formativo e de aprimoramento. Para ajudá-lo nesse percurso apresentamos, ao final deste capítulo, uma série de referências de fácil localização que podem ser disparadoras de importantes reflexões no sentido de ampliar a sua formação em relação a esse tema. Essas referências compõem a base para as reflexões que compartilhamos aqui neste capítulo.

Uma dica é que esses textos possam ser lidos e estudados em grupos e em equipes de profissionais, seguidos de reflexões sobre como essas questões se apresentam em seu cotidiano profissional e quais os limites e as potencialidades existentes. Compor grupos de estudo e de reflexão sobre esse tema pode ser importante não apenas pelo processo formativo em si, mas para que dificuldades de atuação nesse campo sejam reconhecidas e compartilhadas entre pares, na construção de um espaço de acolhimento e de produção de práticas que se sustentem em evidências e também nos desafios emergentes no cotidiano profissional.

Aos estudantes, esses materiais também podem ser úteis na composição de um repertório sobre o assunto, o que inevitavelmente contribuirá para a sua prática futura e mesmo para as suas inserções nos estágios profissionalizantes. Que esse espaço seja apenas mais um, entre tantos outros, que caminham em direção ao movimento de uma saúde mais humanizada e de um cuidado, de fato, voltado à integralidade da pessoa.

Referências

- Azambuja, L. E. O., & Garrafa, V. (2010). Testemunha de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(6), 705-709. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000600022>
- Coimbra, S. (2019). Fazer a diferença, (des)fazer desigualdades, construir equidades: um olhar sobre um legado de psicologia diferencial. In Andrade et al. (Orgs.), *Olhares sobre a psicologia diferencial* (pp. 25-50). Mais Leitura.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2013). Posicionamento do Sistema de Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade. *GT Nacional Laicidade e Psicologia*. <https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Texto-aprovado-na-APAF-maio-de-2013-Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade-8-21.pdf>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-06] (2015). *Relatório Síntese das Discussões dos Seminários Estaduais Psicologia, Laicidade e as relações com a Religião e a Espiritualidade*. http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/Recomendacoes_Diverpsi.pdf
- Cunha, V. F., Pillon, S. C., Zafar, S., Wagstaff, C., & Scorsolini-Comin, F. (2020a). Brazilian nurses' concept of religion, religiosity, and spirituality: a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 22(4), 1161-1168. <https://doi.org/10.1111/nhs.12788>
- Cunha, V. F., Marques, L. F., Fontaine, A. M. G. V., & Scorsolini-Comin, F. (2020b). A religiosidade/espiritualidade na Psicologia Positiva: uma força de caráter relacionada à transcendência. In C. H. Giacomoni & F. Scorsolini-Comin (Orgs.), *Temas especiais em Psicologia Positiva* (pp. 202-215). Vozes.
- Cunha, V. F., Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. *Relegens Thréskeia: Estudos e Pesquisa em Religião*, 10(1), 143-170. <http://dx.doi.org/10.5380/rt.v10i1.79730>
- Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2019). Best professional practices when approaching religiosity/spirituality in psychotherapy in Brazil. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 523-532. <https://doi.org/10.1002/capr.12241>

- Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2021). A transcendência no cuidar: percepções de enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(1), 270-283. <https://doi.org/10.15309/21psd220123>
- Eurobarometer (2005). Social Values, Science and Technology. *Special Eurobarometer 255*. European Commission, Directorate-General for Research and Innovation. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_225_report_en.pdf.
- Freitas, M. H. (2014). Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Revista Pistis e Práxis: Teologia e Pastoral*, 6(1), 89-105. <http://dx.doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.001.ds05>
- Gastaud, MB et al. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 12-18. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100003>
- Hill, P. C., Pargament, K. I, Hood, R. W., Jr., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *Censo Demográfico – 2010*. Autor.
- International Council of Nurses (2012). *The Code of Ethics for Nurses*. Disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
- Koenig, HG. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Suppl. 1), 5-7. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700002>
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, v. 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health (2nd ed.)*. Oxford University Press.

- Lucchetti, G., Bassi, R. M., & Lucchetti, A. L. G. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY)*, 9, 159-170. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.02.004>
- Marques, L. F. (2010). O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. *Revista Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, 10, 135-151. <https://doi.org/10.18682/pd.v10i0.393>
- Menegatti-Chequini, M. C., Maraldi, E. O., Peres, M.F.P., Leao, F. C., & Vallada, H. (2019). How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(1), 58-65. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2447>
- Mishra, S. K., Togneri, E., Tripathi, B., & Trikamja, B. (2017). Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *Journal of Religion and Health*, 56, 1282-1301. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0100-z>
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 105-115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. The Guilford Press.
- Peteet, J. R. (2014). What is the place of clinicians' religious or spiritual commitments in psychotherapy? A virtues-based perspective. *Journal of Religion and Health*, 54, 1190-1198. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9816-9>
- Précoma, D. B., Oliveira, G. M. M., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M. C. O., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787-891. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1) 129-137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Tomasso, C. S., Beltrame, I. L., & Lucchetti, G. (2011). Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Revista*

Latino-Americana de Enfermagem, 19(5), 1205-1213. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500019>

World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Author.

CAPÍTULO 3

Religiosidade e espiritualidade no contexto acadêmico: como podemos discutir esse tema no ensino superior?

Giselle Clemente Sailer Cazeto

Fabio Scorsolini-Comin

Na contemporaneidade, temos observado um expressivo interesse dos profissionais de saúde em aprofundar as discussões e as pesquisas sobre a espiritualidade, apesar das dificuldades dessa abordagem. Essa reflexão nos permite buscar o conhecimento da totalidade do indivíduo, considerando todas as dimensões que o constituem.

Para isso é importante retomarmos o que a Organização Mundial de Saúde, em 1998, definiu como sendo saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”. Mas até aqui falamos de apenas uma das possibilidades terminológicas para explorar esse tema, a espiritualidade. Como veremos a seguir, diversas são as possibilidades – teóricas, epistemológicas, técnicas – de abordar esse construto. Começemos, então, pela distinção entre os termos religião, religiosidade e espiritualidade. Se você já leu o Capítulo 2 é hora de solidificar essa aprendizagem!

Para Koenig et al. (2012), a religião envolve um sistema de crenças, práticas e rituais relacionados ao sagrado, sendo um fenômeno social e organizado. A religiosidade envolve as disposições humanas que levam as pessoas à capacidade de experimentar fenômenos

religiosos, em seus diversos aspectos, sendo uma experiência individual, mas que também pode ser vivenciada em grupo (Freitas, 2014). A espiritualidade está relacionada com o transcendente, abarcando questões sobre o significado e propósito da vida, podendo ou não estar relacionada a uma religião (Thiengo et al., 2019).

A dimensão religiosa-espiritual está cada vez mais incorporada na prática clínica, sendo fundamental a interpretação dos seus conceitos para a garantia de um cuidado integral, trazendo compreensão no enfrentamento de doenças e promoção de saúde. Os termos religião, religiosidade e espiritualidade, embora distintos, como vimos, também vêm sendo empregados de forma combinada, ou seja, religiosidade/espiritualidade, ou R/E, por ser mais oportuno nas discussões no campo da saúde, haja vista que se objetiva pensar, nesse campo de conhecimento e de aplicação, sobre as possíveis associações dessa dimensão com os desfechos em saúde (Cunha et al., 2020a; Scorsolini-Comin et al., 2020).

O termo combinado não se esquivava às especificidades epistemológicas de cada noção, mas considera que a complexidade pode ser abarcada na combinação desses vértices (Cunha, Rossato, & Scorsolini-Comin, 2021). Esse conceito combinado, a R/E, pode ser definido como o modo que o ser humano se relaciona com uma dimensão externa a ele, que pode fazer referência ou não a instituições e práticas religiosas, recobrando uma série de fenômenos que coloquem o ser humano em contato com o transcendente (Koenig et al., 2012).

A literatura científica tem apontado a R/E como um fator de proteção em relação ao enfrentamento do adoecimento e dos desafios cotidianos. Uma pesquisa realizada com 121.700 mulheres com idades entre 30 e 55 anos de idade, nos Estados Unidos, constatou que frequentar o serviço religioso mais de uma vez por semana foi associado a 33% menos mortalidade em comparação com mulheres que nunca frequentaram serviços religiosos. Além disso, a frequência a serviços religiosos foi significativamente associada a menores taxas de suicídio (Li et al., 2016).

O crescente interesse pelo tema pode ser identificado também em diretrizes e orientações produzidas por sociedades científicas. Por exemplo, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2019, incluiu na Diretriz de Prevenção das Doenças Cardiovasculares o tópico Espiritualidade no atendimento ao paciente com doença cardiovascular. A inclusão desse tópico tem por objetivo proporcionar uma assistência integral, trazendo a espiritualidade como “conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam

pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal” (Précoma et al., 2019). Essa Diretriz constitui um marco justamente por incluir a R/E em um campo no qual predominam, tradicionalmente, o saber e o fazer biomédicos, em uma assistência pouco porosa a essa dimensão.

Segundo a Diretriz em tela é fundamental tentar compreender as crenças do paciente/cliente/usuário, identificando aspectos que possivelmente interfiram nos cuidados de saúde, avaliando a força individual, familiar ou social que vai auxiliá-lo no enfrentamento da doença. É importante oferecer apoio, identificando fragilidades ou sofrimento espiritual que exigirão avaliação por um profissional preparado, identificando também possíveis sentimentos negativos que contribuam para o adoecimento ou agravamento de sua condição.

A Diretriz recomenda que, durante a anamnese, por exemplo, o profissional pergunte de modo aberto sobre as crenças e valores do paciente/cliente/usuário, ouvindo-o atentamente, sem fazer julgamentos, sem pregação ou defesa de alguma crença específica, sendo importante que integre as crenças e valores da pessoa no plano terapêutico que será traçado junto ao paciente. Essa escuta deve ultrapassar o simples preenchimento da informação sobre religião, abarcando o modo como esse paciente se relaciona com essa dimensão. Assim, ressalta-se a necessidade da escuta sensível para que o profissional e o paciente possam construir uma base de cuidado sólida que otimize o processo terapêutico, sem quaisquer doutrinações.

A dimensão religiosa e espiritual parece fortalecer a confiança no sentido da existência e da fé e ajudar a evitar várias situações de agravo, sendo fundamental para auxiliar o indivíduo nos impasses advindos no cotidiano. Para uma discussão mais aprofundada sobre esse tema e as especificidades terminológicas no campo da saúde recomendamos a leitura do Capítulo 2, *“Como podemos incluir a religiosidade/espiritualidade no cuidado à saúde?”*, da autoria de Vivian Fukumasu da Cunha e colaboradores, também presente nesta coletânea.

Se naquele capítulo as autoras destacaram a importância que a R/E possui na assistência em saúde, nosso objetivo neste presente capítulo é discutir de que modo essa mesma dimensão pode estar mais presente na formação dos estudantes no ensino superior, habilitando-os para que a recuperação desse vértice no cuidado à saúde possa se dar de modo mais confortável e seguro quer seja nas práticas de estágio ou na atuação futura como

profissionais de saúde. Se os profissionais relatam diversas dificuldades de explorar essa dimensão e mesmo de compreendê-la, este capítulo se propõe a fazer o percurso anterior: como essa temática pode se fazer presente no processo formativo?

A R/E na universidade

Religião e ciência são dimensões que nem sempre se aproximam, algumas vezes sendo posicionadas de modo oposto. Ainda que exista um movimento que considere que a R/E é um elemento íntimo, do universo privado e que não deva ser abarcado ou considerado pela ciência, cada vez mais temos notado um interesse crescente sobre a R/E na formação dos profissionais de saúde. Esse interesse pode ser observado sob dois prismas: o preparo do profissional para prestação de uma assistência integral que inclua a R/E; e a prática da R/E como mecanismo de enfrentamento dos desafios vividos durante a graduação.

Sabe-se que a graduação envolve novas experiências em termos educacionais, sociais e culturais. O ingresso do estudante no curso superior é permeado por diversas expectativas como conhecer novas pessoas, participar de eventos, festas, aquisição de independência, competências e busca por uma boa colocação no mercado de trabalho futuramente. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento desses aspectos não ocorre de modo linear, havendo fatores geradores de desgaste e de adoecimento. No contexto da pandemia da COVID-19, por exemplo, a saúde mental dessa população tem composto um interesse tanto por parte dos gestores educacionais como dos pesquisadores (Patias et al., 2021).

Para Dias et al. (2019), a entrada do estudante na universidade promove significativas mudanças em sua vida, expondo-o a diversos desafios tanto de ordem pessoal, interpessoal, familiar e institucional, como saída de casa, alterações no círculo de amigos, dificuldade em lidar com a afetividade, desenvolvimento da autonomia, aprovação dos pares, cobranças pelo bom desempenho acadêmico, entre outras demandas relacionadas ao curso superior, podendo afetar a saúde mental.

Segundo Preto (2018), o universitário necessita instrumentalizar-se por meio de conhecimentos teóricos e científicos necessários para o desenvolvimento de suas competências, com o intuito de se tornarem profissionais diferenciados e capazes de enfrentar o competitivo mercado de trabalho. No entanto, quando ingressa no curso superior, tem que ser capaz de organizar a sua vida muitas vezes sem a ajuda dos familiares.

O estudante pode se sentir sozinho nesse processo, tendo a necessidade de ser capaz de gerir recursos e tempo dentro de uma nova estrutura organizacional marcada por elementos que anteriormente não faziam parte do seu cotidiano.

Estudo realizado na Universidade Federal da Bahia analisou a experiência do adoecimento de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no ano de 2017, apontando que a universidade é um espaço que potencializa alguns problemas de saúde, sendo eles a ansiedade, a depressão, a má qualidade do sono, doenças cardiovasculares, aumento do consumo de álcool e outras drogas, maus hábitos alimentares, vulnerabilidade sexual, entre outros (Santana et al., 2020). Neste sentido é necessário pensar em uma universidade promotora de saúde e cuidado que priorize os sujeitos que nela estudam e trabalham (Scapin et al., 2021).

Um estudo realizado em uma universidade pública brasileira com 609 estudantes matriculados do primeiro ao sétimo períodos dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Farmácia apontou que 91,5% apresentaram níveis moderados e altos de ansiedade, sendo que os maiores níveis estavam associados ao sexo feminino, à falta de atividades de lazer e a baixos níveis da dimensão de otimismo e da espiritualidade (Chaves et al., 2015). Segundo esses autores, a partir desses dados pode-se delimitar melhor as estratégias de enfrentamento da ansiedade. Essas estratégias podem compor um repertório de cuidado importante diante da ansiedade. Entre essas estratégias está a religiosidade/espiritualidade, que pode atuar na promoção e na preservação da saúde dos estudantes universitários (Chaves et al., 2015). O emprego da religiosidade/espiritualidade como fator de proteção também foi referido em estudo conduzido com estudantes no contexto da pandemia da COVID-19 (Patias et al., 2021).

Diante disso torna-se essencial expandir os conhecimentos sobre esse tema no que tange ao ambiente universitário, sobretudo considerando que não apenas a universidade possui dificuldades de explorar esse tema, mas também os estudantes que, por vezes, veem-se envolvidos em conflitos éticos e pessoais sobre vivenciarem ou não a sua R/E em um ambiente considerado, pelo menos *a priori*, apartado dessa dimensão (Rossato et al., 2021). É possível falar de R/E na universidade?

Pesquisa realizada nos Estados Unidos entrevistou 14.527 alunos de graduação em 136 faculdades e universidades americanas. O estudo apontou que a necessidade de desenvolvimento espiritual na faculdade é iminente e mesmo possuindo forte interesse em

assuntos espirituais, os professores não incentivavam discussões de assuntos religiosos ou espirituais e nunca forneciam oportunidades para discutir o propósito e o significado da vida (Astin et al., 2011).

No Brasil teve início em 2007 a disciplina de Medicina e Espiritualidade na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com o intuito de preencher essa lacuna. A partir de 2010 outras universidades também passaram a oferecer disciplinas optativas sobre R/E, como na Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Ferreira et al., 2018). Pesquisa realizada com estudantes de Psicologia que cursaram uma disciplina optativa sobre R/E apontou que a oferta desse conteúdo possibilitou aprendizados e conscientização dessa dimensão em suas vidas, bem como nos estágios, vivências profissionais e na própria curiosidade geralmente associada a esse campo (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019). Iniciativas de inclusão dessas disciplinas em cursos de pós-graduação também têm sido relatadas na literatura científica (Cunha et al., 2020b).

No entanto, esse tema ainda é pouco explorado no ensino superior (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019). No caso das carreiras da área de saúde, esse movimento pode ser explicado pelo fato de a formação ainda ser focada no modelo biomédico, que prioriza a cura do corpo e a medicalização em detrimento de um cuidado que extrapole essa dimensão, entendendo o ser humano de forma holística. A literatura tem apontado que mesmo a R/E sendo reconhecidamente parte integrante do cuidado holístico ainda não é bem valorizada ou representada na formação e prática do enfermeiro (Lewinson, McSherry, & Kevern, 2015). Ainda segundo este estudo, a inserção do tema na formação do enfermeiro é vital para aumentar a consciência espiritual e facilitar a competência e confiança neste domínio, em que o cuidado espiritual deve permear todas as facetas da competência do enfermeiro, não sendo atividade autônoma, mas atividade integral, parte dos cuidados regulares de enfermagem.

Estudo realizado com 32 enfermeiros de um hospital público do interior do estado de São Paulo indicou que os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade devem ser incorporados na formação do enfermeiro para melhorar a compreensão e competências nas áreas de prática. Uma estratégia seria a realização de treinamentos de enfermagem como um elemento que apoia o conceito de saúde multidimensional, permitindo a integração de R/E em cuidados de saúde e destacando que essa dimensão pode ser vista como um recurso,

uma estratégia, podendo até levar a uma redução dos custos hospitalares devido ao tempo de internação (Cunha et al., 2020a).

Estudo documental realizado em 118 instituições de ensino superior da região sul e 241 da região sudeste encontrou apenas quatro descrições disciplinares que abordavam a R/E na interface com a prática profissional. Esse achado comprova o silenciamento sobre esse tema também na formação do profissional psicólogo, bem como a falta de diálogo entre a Psicologia e a Teologia, mesmo nas escolas confessionais (De Oliveira et al., 2019).

Um outro estudo realizado em quatro universidades americanas com concluintes do curso de Farmácia apontou que a maioria dos alunos achava que a R/E poderia afetar a saúde geral dos pacientes, interferindo na adesão à medicação e afetar sua prática futura. Os estudantes pesquisados também informaram desconhecer métodos de avaliação espiritual ou de questionamento dos pacientes em relação a essa dimensão (Purnell et al., 2019).

Estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo envolvendo os acadêmicos de Medicina e Enfermagem durante uma disciplina optativa entre os anos de 2007 a 2010 apontou que os recursos tecnológicos imprescindíveis para o exercício profissional na atualidade não incluem a discussão da R/E. É imprescindível, segundo a pesquisa, que esses estudantes possam se tornar profissionais mais acolhedores às experiências religiosas e espirituais de seus pacientes, visando ao cotejamento da R/E também como um recurso para a humanização do cuidado. Recomenda-se, ainda, que esses estudantes e futuros profissionais de saúde reconheçam que sua própria R/E poderá comprometer os caminhos de relacionamento e cuidados com os pacientes (Reginato et al., 2016).

Damiano, Lucchetti e Lucchetti (2020) realizaram estudo de revisão com ênfase no ensino de saúde e espiritualidade na graduação em Medicina e outras áreas de saúde no Brasil. O estudo indicou que nas últimas décadas houve um crescimento importante na área de ensino em R/E, com um nítido predomínio em países de língua inglesa. No Brasil, a maioria das universidades não possui uma inserção consistente da temática na grade curricular, ou seja, a R/E não é um componente curricular oficial. Os autores também recomendam que o ensino não seja focado apenas no conteúdo teórico, mas que sejam formados profissionais capacitados para lidar com as questões da R/E na prática clínica diária.

Para Caldeira et al. (2016), no contexto da Enfermagem a R/E tem sido mal abordada na prática clínica. Poucas escolas de Enfermagem têm cursos ou unidades curriculares que tratam especificamente da R/E. Não existe um currículo padrão, mas é uma disciplina muito importante que deve ser incluída nos cursos, a fim de melhorar a educação integral e o desenvolvimento do raciocínio clínico em relação à R/E. Apontamentos semelhantes foram feitos no estudo de Simões et al. (2018).

Outro estudo com 120 alunos do curso de Enfermagem de uma universidade de São Paulo identificou que 76% afirmaram que a R/E influencia na saúde e que somente 10% se sentem preparados para abordar aspectos religiosos/espirituais dos pacientes. Para a maioria dos respondentes, 54%, a formação universitária não oferece informações suficientes para desenvolver essa competência e ainda a principal barreira relacionada ao assunto é o medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes (Espinha et al., 2013).

Diante das evidências disponíveis na literatura científica, resumimos, a seguir, na **Figura 3.1**, algumas recomendações que poderão subsidiar a aplicabilidade da R/E durante a formação e futura atuação dos profissionais da saúde. Essas recomendações também se baseiam nas experiências dos autores em relação à construção e implementação de componentes curriculares relacionados à R/E. Embora não possamos balizar como a abordagem e a oferta desses conteúdos devam ser realizadas em cada universidade, o que dependerá de diversos marcadores institucionais, é importante que se mantenha uma postura de constante aprendizado, bem como de abertura para que dúvidas sejam apresentadas e discutidas, abandonando o silenciamento aos quais esses conteúdos sempre estiveram relegados.

- Apresentar os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, bem como a possibilidade do termo combinado, R/E.
- Discutir a partir de casos e experiências de estágio como a R/E pode estar presente na prática clínica.
- Discutir a R/E junto a professores e gestores, permitindo uma abordagem integrada do tema dentro da instituição de ensino, e não como uma iniciativa particular de uma disciplina ou de um docente, por exemplo.

- Incluir na anamnese um tópico sobre a R/E, permitindo uma escuta para a essa dimensão e não apenas o preenchimento de um dado sobre possível filiação religiosa.
- Inserção de uma disciplina sobre o tema nos currículos de graduação e de pós-graduação, bem como a discussão do tema em projetos de pesquisa, de extensão e de formação continuada.
- Considerar que o conhecimento biomédico, não é o único capaz de explicar o processo saúde/doença e cuidado.
- Discutir a R/E junto aos estudantes, valorizando suas experiências em relação ao tema, bem como acolhendo suas dúvidas sobre o papel dessa dimensão na futura atuação profissional.
- Pensar a R/E como uma dimensão que atravessa o cuidado interprofissional, não sendo exclusivo a qualquer categoria profissional.
- Ampliar o debate sobre as práticas integrativas e complementares (PIC) como ferramenta para um cuidado holístico envolvendo a equipe interprofissional.
- Sentir-se confortável em lidar com o tema, para não negligenciar a escuta dos aspectos espirituais e religiosos.
- Compreender a magnitude da R/E, promovendo o fortalecimento e crescimento individual e coletivo.

Figura 3.1. *Recomendações para o emprego da R/E na formação e na atuação em saúde.*

Considerações finais

Diante das reflexões apontadas neste e em outros capítulos que exploraram a dimensão da R/E, salientamos que o nosso objetivo é que essa discussão possa continuar ocorrendo tanto nos espaços dedicados ao cuidado como nas instituições de ensino superior responsáveis pela formação de profissionais de saúde atentos a essa dimensão. Sem dúvida, esse é um tema pouco debatido na formação universitária em saúde, que ainda se encontra focada no modelo biomédico que prioriza a cura do corpo e a medicalização, fragmentando o ser humano e não permitindo a sua reconexão com a sua própria R/E. Além disso, a cisão entre ciência e R/E muitas vezes reforça preconceitos ao abordar essa temática,

possibilitando também a intolerância e, nesse sentido, um cuidado que não se alinha aos pilares da integralidade e da humanização.

Também é importante considerar os efeitos do trânsito pela pandemia da COVID-19 nas discussões sobre a R/E, o que pode afetar não apenas as pessoas que buscam a assistência em saúde, mas os profissionais de saúde e também os estudantes dessa área (Scorsolini-Comin et al., 2020). Permitir que haja espaços para reflexões sobre o modo como a pandemia afetou e tem afetado esses diferentes atores pode também fazer emergir conteúdos relacionados à R/E, de modo que os mesmos tenham que ser ouvidos e acolhidos. O modo como a R/E irá ser evocado após esse período também deve ser alvo constante de debate e de pesquisa, permitindo que os estudantes possam adensar seus repertórios para pensar tanto a inclusão dessa dimensão nos protocolos de cuidado como também para a escuta de si mesmos nesse processo formativo que ultrapassa os conhecimentos formais veiculados pela universidade, cotejando também as experiências pessoais.

Espera-se que neste contexto em que se desenrolam as relações humanas na assistência à saúde da população, contemporaneamente ainda marcadas por certo grau de desorganização, desumanização e ineficiência em que boa parte do sistema de saúde atua ainda hoje, essas reflexões possam convidar a posturas mais inclusivas em relação à R/E de cada paciente/cliente/usuário. É imperioso que esse movimento também seja perseguido pelas instituições de ensino superior, possibilitando uma escuta da R/E e, conseqüentemente, a recusa ao seu silenciamento nas experiências de estudantes, professores, gestores, pacientes/clientes/usuários.

É ampliando o diálogo sobre o assunto que poderemos construir não apenas novas inteligibilidades, mas possibilidades de que diferentes posicionamentos possam ser apresentados e debatidos, em um constante fazer que não visa a cristalizar definições e protocolos. No ensino superior, essas experiências devem ser ainda mais discutidas, haja vista o modo como a R/E ainda é silenciada diante de um contexto que apresenta a ciência em oposição ao transcendente.

Referências

- Astin, A. W., Astin, H. S., & Lindholm, J. A. (2011). Avaliação das qualidades espirituais religiosas dos alunos. *Journal of College Student Development*, 52(1), 39-61. <https://doi.org/10.1353/csd.2011.0009>
- Caldeira, S. et al. (2016). Spirituality in the undergraduate curricula of nursing schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*, 7(11), 134. <https://doi.org/10.3390/rel7110134>
- Chaves, E. C. L., Lunes, D. H., Moura, C. C., Carvalho, L. C., Silva, A. M., & Carvalho, E. C. (2015). Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 444-449. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680318i>
- Cunha, V. F., Pillon, S. C., Zafar, S., Wagstaff, C., & Scorsolini-Comin, F. (2020a). Brazilian nurses' concept of religion, religiosity, and spirituality: a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 22(4), 1161-1168. <https://doi.org/10.1111/nhs.12788>
- Cunha, V. F., Rossato, L., Gaia, R. S. P., & Scorsolini-Comin, F. (2020b). Religiosidade/Espiritualidade em saúde: uma disciplina de pós-graduação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 232-251. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p232>
- Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2019). A religiosidade/espiritualidade (R/E) como componente curricular na graduação em Psicologia: relato de experiência. *Psicologia Revista*, 28(1), 193-214. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p193-214>
- Cunha, V. F., Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. *Relegens Thréskeia: Estudos e Pesquisa em Religião*, 10(1), 143-170. <http://dx.doi.org/10.5380/rt.v10i1.79730>
- Damiano, R. F., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2020). Ensino de "saúde e espiritualidade" na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde: Aplicações práticas. *HU Revista*, 44(4), 515-525. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.25928>
- De Oliveira, L., Serur, G., Michel, R., & Esperandio, M. (2019). A formação acadêmica para a integração da religiosidade/espiritualidade na prática do psicólogo. *Psicologia Argumento*, 37(96), 167-183. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.96.AO02>

- Dias, A. C. G., Carlotto, R. C., Oliveira, C. T., & Teixeira, M. A. P. (2019). Dificuldades percebidas na transição para a universidade. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 20*(1), 19-30. <https://dx.doi.org/10.26707/1984-7270/2019v20n1p19>
- Espinha, D. C. M. et al. (2013). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 34*(4), 98-106. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>
- Ferreira, T. T. et al. (2018). Percepção de acadêmicos de Medicina e de outras áreas da saúde e humanas (ligadas à saúde) sobre as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica, 42*(1), 67-74. <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20160044>
- Freitas, M. H. (2014). Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Revista Pistis e Práxis: Teologia e Pastoral, 6*(1), 89-105. <http://dx.doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.001.ds05>
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista Psiquiatria Clínica, 34*(supl. 1), 5-7. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700002>
- Lewinson, L. P., McSherry, W., & Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: a review of the literature. *Nurse Education Today, 35*(6), 806-814. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.011>
- Li, S., Stampfer, M. J., Williams, D. R., & VanderWeele, T. J. (2016). Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA, 176*(6), 777-785. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1615>
- Patias, N. D., Hohendorff, J. V., Cozzer, A. J., Flores, P. A., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Mental health and coping strategies in undergraduate students during COVID-19 pandemic. *Trends in Psychology, 29*, 414-433. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00069-z>
- Précoma, D. B. et al. (2019). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 113*(4), 787-891.
- Preto, V. A. (2018). *O estresse em universitários de enfermagem e sua relação com fatores pessoais e ambientais*. Tese de Doutorado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).

- Purnell, M. C., Johnson, M. S., Jones, R., Calloway, E. B., Hammond, D. A., Hall, L. A., & Spadaro, D. C. (2019). Spirituality and religiosity of pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(1), 6795. <https://doi.org/10.5688/ajpe6795>
- Reginato, V., Benedetto, M. A. C., & Gallian, D. M. C. (2016). Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em Medicina e Enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 237-255. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>
- Rossato, L., Cunha, V. F., Panobianco, M. S., Sena, B. T. S., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religiosidade/espiritualidade na perspectiva de graduandos de enfermagem: relato de experiência grupal. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i2.6879>
- Santana, E. R., Pimentel, A. M., & Vêras, R. M. (2020). A experiência do adoecimento na universidade: narrativas de estudantes do campo da saúde. *Interface (Botucatu)*, 24, e190587. <https://doi.org/10.1590/Interface.1905>
- Scapin, G. C., Gonçalves, J. S., Scorsolini-Comin, F., Almeida, J. C. P., Oliveira, J. L., & Souza, J. (2021). Alcohol consumption and academic performance of students in the initial years of nursing graduation. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25, e-1376. <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210024>
- Scorsolini-Comin, F., Rossato, L., Cunha, V. F., Correia-Zanini, M. R. G., & Pillon, S. C. (2020). Religiosity/spirituality as a resource to face COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 10, e3723. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>
- Simões, N., Martins, P., Santos, R., Santana, F., & Pilger, C. (2018). Espiritualidade e saúde: experiência de uma disciplina na graduação de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(1), 181-191. <https://doi.org/10.5902/2179769225038>
- Thiengo, P. C. S. et al. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24, e58692. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Author.

CAPÍTULO 4

A importância da filosofia para pensarmos o cuidado em saúde mental

Paulo Cesar Bocalon

Fabio Scorsolini-Comin

A filosofia está presente em nossas vidas ao longo do tempo e, mesmo que não a percebamos claramente, continuamos a adotar uma atitude filosófica ao pensarmos sobre o nosso dia a dia e sobre nós mesmos, passando a questionar nossas crenças, sentimentos e até mesmo a nossa existência. Mas você deve estar se perguntando: o que a filosofia está fazendo aqui neste livro? Ainda mais em um livro que versa sobre cuidados em saúde.

O nosso objetivo neste capítulo não é esgotar todas as temáticas filosóficas que tangenciam o tema do cuidado em saúde mental, mas fornecer pistas para estudos e pesquisas que tocam o tema. Outro objetivo é que também possamos nos aproximar mais do conhecimento filosófico em nossa prática no campo da saúde, convite este que será feito a partir de algumas reflexões que compõem o presente capítulo.

Em relação ao modo como este capítulo está organizado, iremos fazer um percurso filosófico na construção do cuidado, indo em direção ao método fenomenológico de Edith Stein. Nessa perspectiva iremos apresentar a concepção tridimensional do ser humano (corpo, mente e alma) presente no método de Stein. Apresentaremos um breve panorama da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a importância de pensar os cuidados em saúde mental

baseados na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade, convergindo, por fim, no pensamento do cuidado em saúde mental na dimensão transcendente (alma).

A filosofia e o cuidado em saúde

Vejamos, então, que em uma clássica definição presente na maioria dos livros escolares iremos encontrar que a filosofia é o campo do conhecimento que estuda a existência humana e o conhecimento por meio da análise racional. A própria etimologia da palavra, que deriva do grego, expressa de forma romantizada o significado, ou seja, “amor ao conhecimento”. Esse “amor ao conhecimento” deriva de uma inquietação, de uma curiosidade, de um questionamento, de uma determinada postura em relação ao mundo e à vida. Dessas indagações temos a gênese do pensamento filosófico.

Mas fiquemos mais um pouco detidos no campo da etimologia antes de prosseguirmos. O sentido etimológico da palavra cuidar, derivado do latim, costuma ser associado ao verbo “cogitare”, que significa: pensar, supor e imaginar. Por outro lado, o verbo “cogitare” é derivado da palavra “co-agitare” e tem o significado de “agitação de pensamento”, “revolver no espírito” ou “tornar a pensar em alguma coisa”. Ainda em relação à palavra “cuidado”, verificou-se sua semelhança com a palavra latina “curare”, e seu significado está relacionado à ideia de “tratar de”, “por o cuidado em” (Ballarin et al., 2010).

Por definição, a palavra cuidado está na perspectiva de prestar atenção ou dirigir intervenção ao outro ou a grupos. Segundo Ballarin et al. (2010), essas técnicas envolvem uma série de procedimentos e técnicas que são empregadas para alcançar êxito em um determinado tratamento.

A própria filosofia, desde os primórdios, buscou refletir sobre temas inerentes ao ser humano como, por exemplo, Sócrates (Atenas, 469-399 a. C.), que se preocupava com questões da felicidade e das virtudes. Seu discípulo Platão (Grécia, 427-347 a. C.) enveredou-se pelos temas da ética, política e metafísica. Mais tarde, seu seguidor Aristóteles (Grécia, 384-332 a. C.) passou a perceber as experiências humanas na perspectiva da natureza. Nessa linha, o pensamento filosófico aristotélico se aproxima do sensível, voltando-se às experiências humanas e à fenomenologia (Carraro et al., 2011).

Passeando pelos pensadores ao longo da história que versaram sobre o cuidado encontramos o pensamento de Santo Agostinho de Hipona (África do Norte, 354-430), que se apoiou nos escritos de Platão, aproximando a filosofia da teologia cristã. Santo Agostinho foi o primeiro pensador a desenvolver a ideia de que o homem descobre a verdade olhando para o seu interior, renunciando o conceito moderno de subjetividade. Já São Tomás de Aquino (Itália, 1225-1274) baseou sua obra na filosofia aristotélica, estabelecendo um conjunto de argumentos para a defesa de fé, no que se tange às revelações da doutrina cristã católica, compatibilizando a filosofia de Aristóteles com a igreja católica (Carraro et al., 2011).

A filosofia e o cuidado em saúde, em um prisma teológico, demanda pensar na condição do homem e na possibilidade de disposição do outro. Nesta perspectiva, ao falarmos dos cuidados em saúde, pensamos na própria existencialidade. Essa existencialidade é fruto do pensamento de Jean-Jacques Rousseau (Suíça, 1712-1778). Rousseau, em seus escritos, tentou formas de minimizar as injustiças e as desigualdades sociais, criticando a propriedade privada e a miséria. O pensador ainda acreditava que o ser humano poderia encontrar Deus em seu coração. Ele apregoava que o homem deveria se libertar de alguns instintos naturais, limitando sua liberdade em função do outro. Neste sentido fenomenológico é que expressa em sua essência a preservação da vida (Carraro et al., 2011).

Immanuel Kant (Alemanha, 1724-1804), pensador racionalista, em sua obra intitulada “Crítica da Razão Pura”, enfatizava que o conhecimento se dava a partir do fenômeno da intuição sensível ao conceito do intelecto, separando os domínios da ciência e da ação. O pensamento do filósofo Georg Hegel (Alemanha, 1770-1831), interpretando o mundo em dialética, na forma de afirmação, que ele chamou de tese, e na forma de negação, que denominou de antítese. Essa interpretação desses dois elementos é chamada de síntese, ou seja, um novo olhar, uma nova percepção da realidade, iniciando um novo ciclo dialético. Esse movimento dialético é que possibilitaria a sistematização, a organização e a implementação de cuidados (Carraro et al., 2011).

Esse dilema existencial foi amplamente estudado e discutido por Edmund Husserl (Alemanha, 1859-1938), considerado o pai da fenomenologia, cujo método envolve a descrição e a análise da consciência através da filosofia para alcançar uma condição

científica. Martin Heidegger (Alemanha, 1889-1976), conhecido discípulo de Husserl, também se propôs a pensar sobre o cuidado, uma vez que

trouxe a possibilidade de um cuidado mais autêntico ressaltando que o processo de cuidar e confortar na prática de saúde, em sua natureza, está envolvido por modos de ser e fazer que não se ocupam somente do que é feito manualmente ou por meio de aparatos tecnológicos para que se concretizem de forma segura (Carraro et al., 2011, p. 94).

Para Carraro et al. (2011), a compreensão dessas experiências humanas é que constitui o cotidiano das relações de cuidado no contexto da saúde e da doença, pois o percurso que esses pensadores antigos já faziam acerca das suas inquietudes está presente em nosso cotidiano no processo de cuidar. É por meio desses questionamentos que se apresentam diversos vértices do pensamento filosófico fenomenológico.

Um dos papéis importantes da filosofia é a construção de modelos e de métodos epistemológicos. A palavra epistemologia é formada pelo discurso (logos) sobre a ciência (episteme). Desse modo, a epistemologia é a ciência da ciência, filosofia da ciência, estudo crítico dos princípios, das hipóteses e dos resultados das diversas ciências, a teoria do conhecimento (Tesser, 1994). Essa construção do conhecimento aliada à sensibilidade no pensamento voltado para o ser humano como algo único fez surgir uma figura que passou a estudar essa singularidade, desenvolvendo um modelo fenomenológico voltado ao entendimento da complexidade humana: Edith Stein. A seguir, vamos conhecer um pouco mais sobre essa autora.

O cuidado em Edith Stein

Edith Stein (Alemanha, 1891-1942) é uma importante filósofa e fenomenóloga, brilhante aluna de Edmund Husserl enquanto trabalhava em sua tese de doutoramento sobre o tema do fenômeno da empatia. Não hesitou em interromper os seus estudos para se voluntariar, servindo ao seu país, a Alemanha, na Primeira Guerra Mundial. Stein era jovem, tinha apenas 23 anos de idade, era muito solidária e consciente de engajamento

político e social. Ela se inscreveu para trabalhar como auxiliar de enfermagem em um hospital de doenças infecciosas à época (Parise, 2021).

A filósofa chegou ao referido hospital em 7 de abril de 1915 e por lá permaneceu por seis meses, trabalhando arduamente em suas obrigações. Ela era muito querida por todos e, em especial, pelos pacientes. Essa sua experiência pessoal no campo da enfermagem foi extremamente importante para o desenvolvimento de sua tese sobre a empatia (Parise, 2021).

Nesse tempo em que servia no hospital Stein desenvolveu o seu olhar para o outro de forma a compreender o que este estava vivenciado, conforme o seu próprio relato:

Depois de minha chegada, a enfermeira Loni me conduziu pela sala, mostrando-me todas as instalações e informando-me sobre os doentes. Insistiu para que eu desse atenção ao doente mais grave. Era um jovem comerciante italiano, procedente de Trieste. Chamavam-no só pelo nome, Mario; não me lembro de seu sobrenome. A doença [tifo] atacou-o de forma violenta. Sua boca estava tomada por uma secreção misturada com sangue. A enfermeira Loni pediu-me para limpar sua boca com um pano toda vez que eu passasse por ele. Ele me agradecia com o olhar por esse gesto caridoso. Não conseguia falar nada, pois perdera a voz totalmente. A cada visita médica ele era minuciosamente examinado. Médicos e enfermeiras falavam sobre ele, ao seu lado, como se ele nada compreendesse. Mas eu percebia nos seus olhos grandes e brilhantes que ele estava perfeitamente consciente, prestando atenção a cada palavra dita. (Stein, 2018, p. 422).

Essa experiência de vida marcou profundamente Edith Stein, tornando-se evidente em sua obra ao longo de sua trajetória de vida, sobretudo em sua antropologia filosófica que contempla o ser humano de forma integral. Neste aspecto a promoção de saúde em uma visão steiniana vai além do conceito da doença em si, indo ao encontro do bem-estar pessoal e coletivo focado na saúde. Resumindo, essa visão desvia o foco da patologia em si, buscando ver horizontes além da doença (Monteiro et al., 2018; Stein, 2007).

Frisamos aqui que esse olhar aprofundado no ser humano é uma característica do método fenomenológico proposto por Husserl. Outros pensadores também versaram sobre o distanciamento do modelo tradicional biomédico, vendo além do sistema biológico, como,

por exemplo, o filósofo francês Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), fenomenólogo também da escola de Husserl. Ao regressar de sua missão humanitária Edith Stein concluiu a sua tese de doutorado.

Edith Stein enxergava o ser humano em sua estrutura analógica, ou seja, em sua inteireza. O termo analógico deriva do grego *ana-logikós* que quer dizer – como um todo, que não se divide, algo analógico em sua forma integral, em sua totalidade. Esse conceito está presente em sua obra, em que afirma a grandeza e a potencialidade do homem (Monteiro et al., 2018). Nesse sentido, podemos pensar o cuidado em saúde, em especial em saúde mental, tendo como norte esta perspectiva.

Neste capítulo pensamos em como a proposta da autora dialoga com os conceitos de interdisciplinalidade e interprofissionalidade, temas patentes deste livro. O conceito de interdisciplinalidade não é algo novo, haja vista que os gregos sofistas já utilizavam a *enkuklios paideia* – um conceito de ensino circular que levava o estudante a um exame geral de todas as disciplinas para compor a sua ordem intelectual. Na antiguidade esse conceito foi incorporado no museu de Alexandria, centro da cultura helenística, por cerca de dois séculos, onde profissionais e estudiosos das ciências e das letras, das artes e das técnicas produziram conhecimento juntos, de forma integrada.

Adotado pelos romanos, o conceito de interdisciplinaridade perpassou o tempo e chegou até os tempos medievais, momento do nascimento das universidades medievais. O conceito da interdisciplinaridade perdeu força nos séculos XVIII ao XIX (Minayo, 1994; Gusdorf, 1995; Lima, 2017). A temática da interdisciplinaridade é retomada no século XX, entre outros, pelas obras do biólogo e psicólogo suíço Jean Piaget (1896-1980). Nasceu aqui o enfoque que propunha o intercâmbio e a integração de vários saberes para a produção de ciência. Nos últimos anos o conceito da interdisciplinalidade vem crescendo sobremaneira, sobretudo no âmbito das ciência da saúde, pois vislumbra o olhar ao ser humano em sua totalidade, em sua complexidade, em sua subjetividade, em sua alteridade, indo além do tradicional modelo biomédico para a construção de saberes no campo do cuidado em saúde.

Já o conceito da interprofissionalidade também vem ganhando bastante destaque no campo da saúde nos últimos anos. Embora guarde relações com as noções de multi e interdisciplinaridade, as diferenças precisam ser pontuadas. Enquanto a interdisciplinaridade cuida das construções dos saberes se nutrindo das várias ciências, conhecimentos populares e conhecimentos tácitos, a interprofissionalidade envolve as

habilidades, sistematizadas em profissões e em práticas. Os termos podem ser sintetizados em “saberes interdisciplinares” e “competências interprofissionais” (Ceccim, 2018).

No domínio do Sistema Único de Saúde, o SUS, a interprofissionalidade tem orientado tanto o trabalho como a formação em saúde para que sejam atingidos os princípios da integralidade e da universalidade. Entre as estratégias construídas a partir da interprofissionalidade podemos destacar o trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A literatura também tem referido iniciativas no campo da formação profissional, como o programa de educação pelo trabalho na saúde (PET-Saúde), sustentado no pilar interprofissional (Pereira, 2018).

A interprofissionalidade, em um sentido mais prático, envolve equipes multiprofissionais cuja atuação visa à segurança e ao bem-estar do paciente, alicerçada em uma prática integrativa e humanizada. Por ter essas características, o tratamento interprofissional minimiza riscos, elevando a satisfação das necessidades em saúde, atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Ceccim, 2018).

O sentido de cuidar na perspectiva de Stein promove a abertura para campos como os do acolhimento, da empatia, da gentileza, da compaixão e da humanidade, elementos esses que se aproximam do que podemos contemplar no contexto da interprofissionalidade. Mas aqui é importante considerar que também esses termos, embora nos convidem a uma postura mais humanizada e integral, podem ser esvaziados no modo como acabam sendo empregados sistematicamente na produção contemporânea, na mídia e nas redes sociais, por exemplo. Desse modo, é sempre importante refletir de modo mais detido sobre esses termos, a fim de que eles não se configurem como um lugar-comum que, efetivamente, não promove avanços ou mesmo reflexões mais robustas no campo do cuidado.

Esses termos encontram sentido quando se propõem à reflexão de temas como, por exemplo, a aproximação da espiritualidade e da saúde. Nesse sentido filosófico fenomenológico a pessoa humana é representada em três dimensões constituída pela corporeidade, psiquismo e espiritual. Para Stein, essas dimensões não são estáticas, pelo contrário, são dinâmicas. Juntas, expressam a força vital, interconectadas como força corporal, força psíquica e força espiritual. Em razão da sua interconexão, a dimensão corpórea pode influenciar os atos psíquicos e espirituais e a dimensão espiritual pode determinar disposições psíquicas e corpóreas (Ales Bello, 2006; Fernandes & Massimi, 2021).

Novas formas de pensar o cuidado em saúde mental

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou na década de 1970 e culminou em uma série de movimentos sociais em prol da desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais. Em suma, esses movimentos resultaram em um novo olhar para o sujeito em sofrimento psíquico, visando ao rompimento com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, pavimentando um entendimento da saúde como um processo de saúde-doença, levando em consideração as condições de vida ocupadas pelo sujeito com transtornos mentais. Um dos efeitos práticos da Reforma Psiquiátrica foi a oferta de serviços de atenção em saúde mental fora do sistema asilar, como, por exemplo, a partir de equipamentos como os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, oferecidos pelo SUS – Serviço Único de Saúde (Alves et al., 2015).

Os CAPS, além do acompanhamento clínico do paciente, têm por finalidade a reinserção social de pacientes/clientes/usuários, prezando pela autonomia, promovendo acesso ao trabalho, ao lazer e à garantia de direitos civis mediante fortalecimento de laços familiares e comunitários. Para o cumprimento dessas novas políticas públicas propostas pela Reforma Psiquiátrica viu-se a necessidade do modelo interdisciplinar entre diversos setores e atores das áreas da saúde, indo além do tratamento clínico-medicamentoso, abrindo novas perspectivas no tratamento, envolvendo, além da equipe multidisciplinar, a família, a comunidade e a sociedade nesse novo processo (Alves et al., 2015).

Esses avanços que ocorreram na compreensão da saúde mental, haja vista a perspectiva biopsicossocial, ampliaram consideravelmente os recursos terapêuticos, gerando também um evidente aumento na demanda de profissionais da área. Ademais, essas significativas mudanças trouxeram aos pacientes com transtornos mentais e seus familiares a experiência de um atendimento mais digno, ainda que desafios nesse campo sejam expressos a todo o momento.

Ao pensarmos sobre a interdisciplinalidade no campo da saúde mental, pensamos no rol de profissionais como assistentes sociais, pedagogos, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, dentre tantos outros que podem contribuir na construção de saberes no campo de saúde mental que irão subsidiar futuras equipes interprofissionais promotoras de cuidado em saúde. Podemos destacar que prática interprofissional favorece a troca de

informação e experiências para a construção de projetos terapêuticos e de promoção de saúde visando ao bem-estar do indivíduo e dos promotores da ação, gerando pertencimento ao grupo interprofissional (Ceccim, 2018).

Mas, em um sentido mais transcendente, a grande novidade proposta na abordagem fenomenológica na perspectiva do modelo de Edith Stein, apresentada brevemente neste capítulo, é a consideração da interconexão corpo, mente e alma do ser humano para sua total compreensão. É salutar pontuar que quando mencionamos saúde mental não estamos apenas focando em pacientes com transtornos mentais conhecidos de forma pejorativa, muitas vezes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza de forma atual que a saúde mental “refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade” (OMS, 1946, p.1).

É a partir dessa definição que recuperamos, por exemplo, a obra de Eugênio Borgna, psiquiatra, professor emérito de Psiquiatria do Hospital Maior de Caridade de Novara e livre-docente em clínica de doenças nervosas e mentais da Universidade de Milão, na Itália. Em seus escritos sobre o tema em saúde mental adota uma abordagem fenomenológica, tendo como campo de estudo a dimensão espiritual do ser humano (Fernandes & Massimi, 2021).

O uso dessa abordagem fenomenológica pelo psiquiatra italiano é notado em seus escritos, em que ele relata o modo de ser dos sujeitos marcados pela angústia e pelo sofrimento trazido em decorrência do acometimento da doença. Borgna defende que os profissionais de saúde necessitam de conhecimentos filosóficos, teológicos e literários para auxiliá-los na conduta das tratativas relacionadas ao ser humano, da dimensão interior da dor e da doença, da subjetividade, da fragilidade e do respeito à dignidade do enfermo (Fernandes & Massimi, 2021).

O conceito fenomenológico de interdisciplinaridade, quando se pensa em promoção da saúde mental, pode ir além dos campos conexos da saúde, indo para um patamar de transcendência, convergindo, assim, no bem-estar do paciente:

Neste sentido, para Borgna, a compreensão das condições ambientais de cada paciente e a descrição das histórias de vida interior são absolutamente necessárias, pois tal perspectiva fenomenológica provoca mudanças no modo de encontrar cada

paciente, vistos não mais como corpos doentes, mas como pessoas com exigências de transcendência. (Fernandes & Massimi, 2021, p. 158).

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar o ser humano com seus elementos espirituais, a religiosidade/espiritualidade (R/E) vem sendo amplamente estudada pela comunidade científica, sobretudo no campo da saúde (Cunha et al., 2020; Scorsolini-Comin, 2018). O alinhamento da R/E na terapêutica vem trazendo resultados significativos, por exemplo, no contexto do cuidado crônico, permitindo a expressão de sentimentos como o de esperança, ressignificação, sentido de vida e de morte, o que pode interferir na qualidade de vida durante o tratamento (Monteiro et al., 2020; Rossato et al., 2021).

Neste aspecto a R/E no cuidado em saúde pode ser considerada episteme derivada da filosofia que, ao longo dos anos, vem ganhando relevantes contornos. Essa construção de conhecimento científico no âmbito da saúde mental aliada ao método fenomenológico visa a pavimentar esse caminho de novos pensamentos de cuidados no conceito do homem tridimensional. Pargament (2010) assevera que qualquer tentativa de esforço para reconhecer o ser paciente fora do seu contexto espiritual/religioso é incompleto. Neste sentido, destacamos, aqui, que

O mais importante no rol dessas considerações é a visibilidade que se confere à R/E não apenas com um mecanismo de enfrentamento em situações adversas, como nos casos de adoecimento, mas também de compreensão do sentido existencial e de importantes questões que compõem o sujeito e sua relação com o mundo. Ao possibilitar a audiência desse aspecto, abre-se a possibilidade de que uma gama de outros significados também possa emergir, configurando, de fato, uma atenção humanizada e integral (Scorsolini-Comin, 2018, p. 1).

Considerações finais

Ao final deste capítulo reforçamos que a filosofia, ao longo dos tempos, vem se constituindo como uma ferramenta importante para pensarmos a questão do cuidado, o que abarca não apenas a questão dos profissionais de saúde, mas também o modo como as

diferentes sociedades compreendem o adoecimento, a cura, a oferta deste cuidado. Destarte, o olhar fenomenológico sobre o cuidado assume características axiomáticas e ontológicas necessárias na área da saúde, possibilitando aos profissionais ações imanentes ao ser que cuida e ao ser que é cuidado (Carraro et al., 2011).

As reflexões recuperadas neste capítulo, embora breves e introdutórias, servem para aguçar o leitor que deseja adentrar na seara da pesquisa em saúde mental sob a ótica fenomenológica, visando a conhecer e vislumbrar a totalidade e a complexidade tridimensional do ser humano em sua singularidade, possibilitando pensar o atendimento em saúde de forma humanizada e integral. A partir do panorama apresentado neste capítulo, compreendemos que a filosofia está presente no modo como definimos o cuidado e o operacionalizamos a partir de diferentes abordagens e profissões. Esperamos que essas reflexões possam ser importantes, sobretudo, na composição de uma atitude de maior porosidade aos conhecimentos das ciências humanas para o fazer em saúde.

Referências

- Ales Bello, A. (2006). Fenomenologia e ciências humanas: implicações éticas. *Memorandum: Memória e História Em Psicologia*, 11(0), 28-34. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6719>
- Alves, C., Jeymes, M., & Souza, P. (2015). A interdisciplinaridade na saúde mental. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 2(1), 99-116.
- Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B., & Ferigato, S. H. (2010). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 444-450.
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(2), 1739-1749. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>
- Carraro, T. E., Kempfer, S. S., Sebold, L. F., Oliveira, M. F. V. de, Zeferino, M. T., Ramos, D. J. S., & Frello, A. T. (2011). Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. *Cultura de Los Cuidados*, 15(29), 89-96. <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.29.10>
- Cunha, V. F., Pillon, S. C., Zafar, S., Wagstaff, C., & Scorsolini-Comin, F. (2020). Brazilian nurses' concept of religion, religiosity, and spirituality: a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 22(4), 1161-1168. <https://doi.org/10.1111/nhs.12788>
- Fernandes, M. L., & Massimi, M. (2021). Espiritualidade/religiosidade e psiquiatria em Eugenio Borgna. *REVER - Revista de Estudos da Religião*, 21(1), 155-170. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol21i1a10>
- Gusdorf, G. (1995). Passado, presente, futuro da pesquisa interdisciplinar. *Tempo Brasileiro*, 121, 7-27.
- Lima, M. J. S. (2017). Filosofia e interdisciplinaridade. *Pro-Posições*, 28(1), 125-140. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2016-0012>
- Minayo, M. C. S. (1994). Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *Saúde e Sociedade*, 3(2), 42-63. <https://www.scielo.org/article/sausoc/1994.v3n2/42-63/pt/>
- Monteiro, D. D., Reichow, J. R. C., Sais, E. de F., & Fernandes, F. de S. (2020). Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 129-139.

- Monteiro, F. S. C. T., Reis, C. E. S., Albuquerque, C. V. E., Santos, V. L. M., Gomes, A. C., & Vieira, M. S. (2018). Possíveis propostas fenomenológicas de Edith Stein na promoção de saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 10(27), 157-164.
- Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Pargament, K. I. (2010). Religion and coping: the current state of knowledge. In *Oxford Handbooks Online* (pp. 269-288). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195375343.013.0014>
- Parise, M. C. I. (2021). O legado de Edith Stein e a crise do coronavírus. *Ângulo*, (162), 22-33. <http://publicacoes.unifatea.edu.br/index.php/angulo/article/view/1748>
- Pereira, M. F. (2018). Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl. 2), 1753-1756. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0469>
- Rossato, L., Ullán, A. M., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. *Journal of Religion & Health*, 60(2), 1-17. <https://orcid.org/10.1007/s10943-021-01256-z>
- Scorsolini-Comin, F. (2018). A religiosidade/espiritualidade no campo da saúde. *Revista Ciências em Saúde*, 8(2), 1-2. <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v8i2.752>
- Stein, E. (2007). *Dalla vita di una famiglia ebrea e altri scritti autobiografici* (Vol. 1). Città Nuova.
- Stein, E. (2018). *Vida de uma família judia e outros escritos autobiográficos*. Pia Sociedade de São Paulo-Editora Paulus.
- Tesser, G. J. (1994). Principais linhas epistemológicas contemporâneas. *Educar em Revista*, (10), 91-98. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.131>

PARTE II

Reflexões práticas para a interprofissionalidade



CAPÍTULO 5

Desafios no cuidado em saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19

Deise Coelho de Souza

Carolina Patrícia Aires

Fabio Scorsolini-Comin

A pandemia da COVID-19 tem abalado a sociedade contemporânea e influenciado a vida das pessoas ao redor do mundo. Dificilmente alguma questão na vida de cada um de nós não sofreu interferências e/ou exigiu um processo de adaptação durante esse trânsito. A produção deste livro, por exemplo, ocorreu a partir da pandemia. Desse modo, é impossível não considerar esse marcador não apenas neste capítulo que se propõe de modo mais direto a refletir sobre a saúde mental a partir deste marco, mas em todas as demais contribuições que tratam da saúde mental nesta coletânea.

É a partir desta perspectiva que convidamos à reflexão: sua vida mudou em decorrência da pandemia? Você precisou mudar seus planos em função da COVID-19? Como está sua saúde mental no decorrer deste período pandêmico iniciado em 2020? Você percebeu algum tipo de desafio devido ao fato de ser profissional de saúde durante a pandemia? As suas reflexões têm mudado ao longo do curso da pandemia, por exemplo, nos anos de 2020, 2021 e 2022?

São inquestionáveis as mudanças em decorrência da pandemia, sobretudo quando analisamos o mundo do trabalho. Podemos assinalar a mudança no perfil dos trabalhos e dos trabalhadores, a exigência de novas adaptações e de maneira veloz para comportar todas as modificações necessárias em um curto espaço de tempo, além do fato de exigir novos pensamentos referentes à segurança tanto daqueles que precisaram se adaptar ao *home-office* quanto daqueles que se dedicavam ao trabalho na chamada “linha de frente”, como determinadas categorias dos profissionais da saúde.

No contexto educacional, apenas para citar um exemplo, diversos foram as repercussões. No início de 2020, no contexto brasileiro, assistimos à inédita interrupção das aulas presenciais em todos os níveis de ensino. Embora algumas instituições tenham retomado as atividades presenciais ao final de 2020, é apenas no segundo semestre de 2021 que assistimos a uma volta mais sistêmica, da educação infantil ao ensino superior, tanto no ensino público como privado. No início de 2022, outro cenário de instabilidade se desenhou com a descoberta da variante ômicron, de modo que é impossível antever de que modo a pandemia irá evoluir nos próximos tempos.

Embora já tenhamos muitos estudos apontando para os diversos prejuízos para o ensino e para a saúde mental de professores e estudantes, as repercussões da pandemia a longo prazo ainda são desconhecidas, haja vista o surgimento de novas variantes do vírus e a própria instabilidade sanitária em termos globais (Ribeiro, Bolonhezi, & Scorsolini-Comin, 2021; Ribeiro, Scorsolini-Comin, & Dalri, 2020; Patias, von Hohendorff, Cozzer, Flores, & Scorsolini-Comin, 2021). Acompanhar essas repercussões globais juntamente com as especificidades desse público parece ser uma forma de tentar controlar e prevenir agravos maiores tanto em termos educacionais como de saúde mental.

Muitos sacrifícios têm sido realizados em função dessa necessidade de adaptação, seja devido à angústia e à ansiedade geradas pelo isolamento social daqueles que ficaram em *home office*, ou do receio de ser infectado ou infectar outras pessoas, entre aqueles que enfrentam a COVID-19 diariamente na linha de frente. Diante da imprevisibilidade de todos esses fatores, a ausência de uma data prevista para o término da pandemia, questionamentos sobre os reais impactos da mesma a curto, médio e longo prazo e como será nossa vida pós-pandemia são alguns dos muitos aspectos que geram indagações na atualidade.

É por essa razão que, neste estudo, optamos pelo termo “trânsito da pandemia”, haja vista a sua imprevisibilidade até o momento, bem como a ausência de respostas definitivas que nos permitam planejar de modo seguro nossos próximos passos (Scorsolini-Comin, 2021). A partir do reconhecimento dessas múltiplas variáveis e da complexidade das mesmas diante de um cenário intermitente, o objetivo deste capítulo é refletir sobre os desafios no cuidado à saúde mental durante a pandemia e possíveis intervenções para a promoção de saúde neste momento.

Saúde mental durante a pandemia

A pandemia da COVID-19 afeta não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e o bem-estar das pessoas. Repercussões estas que podem gerar impactos mais prolongados e ter maior prevalência que a própria pandemia por si só. Além desses fatores, implicações econômicas e psicossociais também podem ser incalculáveis (Fiorillo & Gorwood, 2020).

As dúvidas sobre uma maneira correta e concreta de controlar a doença, sua real gravidade, a rapidez com que se deu sua disseminação, bem como a necessidade de encontrar formas de imunização eficazes e rápidas geram receios nos indivíduos, podendo se caracterizar como fatores que impactam diretamente na saúde mental da população geral (Zandifar & Badrfam, 2020). Associada a essas questões é grave a disseminação de notícias falsas e que ampliam a confusão da população, podendo contribuir para a diminuição dos cuidados diante da doença e maior exposição a riscos desnecessários, uma vez que uma maior adesão às estratégias orientadas pelas autoridades sanitárias tem relação direta com o conhecimento correto sobre a doença (Shojaej & Masoumi, 2020).

Para ampliar a discussão

A fim de que você tenha acesso a informações confiáveis e constantemente atualizadas sobre a pandemia da COVID-19, recomendamos a leitura e o compartilhamento de um importante material produzido por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP). Este material foi organizado pela Profa. Dra. Carolina Patrícia Aires, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, e conta com a participação de diversos

pesquisadores da USP² (Aires et al., 2022). Trata-se de um livro dinâmico e de acesso gratuito: <https://sites.google.com/fcfrp.usp.br/fcfrp-usp/>

Mas retornemos ao campo da saúde mental. De acordo com estudo realizado por Nabuco et al. (2020) alguns dos principais fatores de risco para o adoecimento mental da população geral são:

- vulnerabilidade social;
- contrair a doença ou conviver com alguém infectado;
- ser idoso;
- ser profissional de saúde;
- existência de transtorno mental prévio;
- isolamento físico e social;
- excesso de informações (nem sempre confiáveis);
- vivência de lutos complicados;
- crise político-institucional.

Também são fatores estressores apresentados por Brooks et al. (2020) questões relacionadas a:

- medo de infecção;
- estigma (sobre ser profissional da linha de frente ou alguém com possível testagem positiva);
- sentimento de frustração e tédio;
- suprimentos inadequados,

² A construção do livro ocorreu a partir de materiais trabalhados no curso *Retomada às atividades presenciais: o que precisamos saber sobre a COVID-19*, promovido pela FCFRP-USP e que teve início em setembro de 2020, junto à UPVacina e Rede Análise COVID-19. São autores do material, além da Profa. Dra. Carolina Patricia Aires: Wasim Aluísio Prates Syed (FCFRP, UPVacina), Marina Corbani, Instituto de Biociências (IB) da USP, Mellanie Fontes-Dutra (UPVacina, Rede), Letícia Sarturi (UPVacina), Nathália Pereira da Silva Leite (UPVacina), Isaac Schrarstzaupt (Rede), Marcelo Bragatte (UPVacina, Rede), Fabio Scorsolini-Comin, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, Carlos Simonetto (Vidya Academics), Laila Blanc (UPVacina) e Larissa Brussa Reis (UPVacina e Rede).

- informações incorretas (sem evidências científicas que validem);
- perda financeira;
- quarentena mais longa.

Outros fatores que têm influenciando a saúde mental da população são referentes a medidas como isolamento de casos suspeitos, demora e dúvidas sobre as testagens, quarentena, fechamento de instituições educacionais (escolas e universidades), distanciamento social de pessoas que fazem parte dos grupos de risco (como idosos) (Brooks et al., 2020; Zandifar & Badrfam, 2020). Também estão associados ao medo de atividades cotidianas básicas como fazer compras, realizar uma caminhada, ter tocado em alguma superfície que não estivesse desinfetada, entre outros.

O receio de estarem infectadas e não terem certeza sobre o diagnóstico podem interferir para que as pessoas apresentem sintomas como pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos, ou seja, terem repetidos pensamentos sobre em quais contextos poderiam se contaminar e/ou comportamentos de checarem repetidamente a temperatura corporal ou os níveis de saturação, por exemplo (Li et al., 2020). Esses medos podem levar as pessoas a terem percepções equivocadas de sinais da doença em função de sensações corporais confusas ou intensificadas pela ansiedade diante da possibilidade de se perceberem ameaçadas e vulneráveis.

Todas essas questões têm impactado a saúde mental da população geral, levando à presença de sintomas como ansiedade, estresse e depressão. Conforme apontado por estudo realizado na China por Wang et al. (2020), no estágio inicial da pandemia, 28,8% dos participantes apresentavam sintomas ansiosos, enquanto 16,5% tinham sintomas depressivos e 8,1% foram indicados com sintomas de estresse. Os participantes que apontaram medo de que seus familiares fossem diagnosticados com a doença era representado por 75,2% do total. O estudo também salientou que fatores associados a níveis mais altos de depressão, ansiedade e estresse ocorriam em mulheres, estudantes, pessoas com questões prévias de adoecimento e que apresentavam algum sintoma físico da COVID-19. Os fatores de proteção estavam relacionados à obtenção adequada de informações sobre prevenção da doença, tratamento recomendado e situação local da doença.

No contexto brasileiro, um estudo realizado por Almeida et al. (2020) com 45.161 participantes relata que a porcentagem dos brasileiros que aderiram ao isolamento social

era de 75% entre abril e maio de 2020. Dentre os participantes, 28,1% afirmaram terem apresentado algum sintoma de COVID-19, sendo que 29,4% relataram piora das condições de saúde, com problemas no sono em 45%, além da presença de sentimentos frequentes de tristeza em 40% e 52,5% com sintomas de ansiedade e nervosismo. Segundo os autores, acrescidos desses sintomas também existem fatores socioeconômicos, uma vez que 55,1% dos participantes relataram ocorrência de diminuição da renda familiar, enquanto 7% ficaram sem qualquer rendimento, sendo que o grupo de trabalhadores informais foi o mais afetado e 25,8% dos indivíduos ficaram sem trabalhar.

Esses fatores associados à quarentena podem interferir em mudanças nas atividades de rotinas e nas relações familiares, podendo até mesmo facilitar a instalação de sentimentos de conflitos e/ou angústias. Um exemplo disso é o aumento dos casos de violência doméstica, sobretudo durante a quarentena, intensificado ainda pela dificuldade das mulheres em acionarem as redes de apoio sociais, assistenciais ou de proteção (Ornell et al., 2020a). Além disso também sofreram alterações as questões referentes a visitas e demonstração de afetos familiares, principalmente relacionados aos idosos, uma vez que estes se mostraram mais vulneráveis ao adoecimento em níveis graves pela COVID-19.

Variados aspectos que exigiam mudança nas relações surgiram para uma tentativa de manter a saúde física e mental, promovendo desafios para lidar com essas questões de saúde. Embora a literatura aqui recuperada se refira, sobretudo, aos anos de 2020 e 2021 e aos impactos iniciais da pandemia, é fundamental que esses conhecimentos incorporem novas evidências ao longo do trânsito pandêmico. Com isso, destacamos que este trânsito pode revelar novas demandas em saúde mental, também levando a novos protocolos de cuidado ou até mesmo a novas estratégias de acolhimento e tratamento em saúde mental. Isso deve ser acompanhado perenemente pelos profissionais que atuam neste campo.

Esse acompanhamento, no entanto, não se dá apenas em um nível formativo e de aprimoramento, mas tendo por base a experiência de cuidado neste período. Embora esses agravos à saúde mental sejam observados na população em geral, uma das categorias mais afetadas é a de profissionais de saúde, como discutido a seguir.

Saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia

Ao longo do percurso da pandemia uma classe fundamental para os cuidados de prevenção da doença, mas, principalmente, de atuação na linha de frente por meio de práticas interventivas, têm sido os profissionais da saúde. Estes profissionais têm enfrentado desde o início de 2020 exigências para além de fatores técnicos, uma vez que suas vidas pessoais também sofreram significativas interferências diante da constante preocupação quanto à possibilidade de se infectarem e também transmitirem o vírus para familiares e amigos. Esse medo exigiu mudança na vida cotidiana de um número considerável de profissionais com o objetivo de protegerem seus entes queridos e preservarem a própria vida.

Os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde ao longo do período da pandemia da COVID-19 intensificaram questões já desafiadoras da própria profissão. Assim, amplificaram sentimentos como instabilidade emocional, bem como ações como o apelo à população para que respeitasse os cuidados sanitários (Oliveira et al., 2020).

De acordo com Leite et al. (2021), os profissionais da saúde têm se mostrado:

- sobrecarregados;
- com demanda de trabalho excessivamente alta, gerando fadiga física e emocional;
- enfrentando tensão e diversos fatores estressores vivenciados no dia a dia, seja no ambiente laboral ou doméstico;
- angustiados devido ao despreparo dos sistemas de saúde que respondam às demandas de um contexto pandêmico (necessidade de adaptação ao longo do processo, o que exigiu bastante flexibilidade e resiliência).
- com significativa fragilidade na saúde mental do trabalhador da saúde, dentro de incertezas do futuro e da cura da COVID-19.

Além dessas características, pesquisas têm apontado a presença de sintomas emocionais significativos com altos índices de ansiedade, estresse, depressão, medo, angústia e sono alterado (Leite et al., 2021). Esses fatores também podem desencadear outros distúrbios como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtorno

depressivo, Síndrome de Burnout, entre outros (Ornell et al., 2020b; Ribeiro, Rossato, & Scorsolini-Comin, 2021). Cabe pontuar que muitas vezes esse profissional não procura ajuda para si mesmo. Um profissional que cuida de todos, mas que, algumas vezes, tem dificuldade de se colocar como centro do próprio cuidado.

Estudos apontam a presença de estresse moderado a grave em 59% dos trabalhadores de saúde, enquanto sintomas depressivos foram constatados em 12,7% a 50,4%. Os sintomas de ansiedade foram relatados em 20,1% a 44,6%, com insônia em 34% dos médicos e enfermeiros e relato de sentimentos de angústia em 71,5% dos profissionais da saúde que participaram das pesquisas (Lai et al., 2020).

São apresentados como fatores de risco para o adoecimento emocional ser da equipe de enfermagem, mulher e profissional de saúde de linha de frente, uma vez que os participantes com este perfil relataram graus mais graves de todas as medidas de sintomas de saúde mental. Também houve correlação entre índices de sintomas de depressão e ansiedade que variavam dependendo da quantidade de exposição a pessoas infectadas. Além desses fatores salienta-se que trabalhadores de saúde estão expostos à acentuada pressão por produtividade e resultados, o que acaba impactando na sua saúde mental e qualidade de vida (Kang et al., 2020; Leite et al., 2021).

Outros desafios que os profissionais da saúde têm enfrentado e que demonstram influenciar em sua saúde mental são exposição ao risco de infecção, dificuldades nas tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da imprensa e baixo estoque de medicamentos, perda de colegas próximos ou familiares, medo de contágio próprio, de familiares e amigos (Kang et al., 2020; Leite et al., 2021). O somatório de todos esses fatores tem impactado diretamente na qualidade de saúde mental dos profissionais de saúde. Para tanto, resumimos, a seguir, algumas recomendações para os cuidados voltados especificamente a essa população.

Orientações para profissionais da saúde durante a pandemia

Gerenciar e promover cuidados a saúde mental dos profissionais da saúde, buscando oferecer bem-estar psicossocial, são ações tão importantes quanto propiciar cuidado à saúde física. Estratégias que promovam o cuidado emocional aos profissionais podem influenciar na qualidade de seu trabalho e no desenvolvimento de suas atividades laborais,

uma vez que diante da pandemia da COVID-19 é frequente que as equipes de saúde sintam sofrimento emocional.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) orienta sobre a importância de os profissionais da saúde manterem o autocuidado e, a partir disso, terem condições de dar continuidade ao seu trabalho apesar dos desafios. Por isso são recomendações de cuidado em saúde mental para esta população (Ministério da Saúde, 2020) estão sumarizadas na **Figura 5.1**, a seguir:

- cuidado consigo mesmo (fazer pausas, descansar entre os turnos de trabalho);
- alimentação (dar preferência a alimentos saudáveis, beba pelo menos 2 litros de água diariamente);
- sono (fazer higiene do sono 30 minutos antes do dormir, evitando uso de eletroeletrônicos);
- exercício físico (ainda que atividades simples como alongamentos são importantes para manter o corpo ativo);
- manter contato com amigos e familiares (apesar dos riscos de contágio é importante buscar alternativas para colocar-se em contato com pessoas importantes e confiáveis que possam oferecer suporte e apoio social).
- evitar uso de tabaco, álcool e outras drogas (são estratégias que em um primeiro momento podem gerar alívio aos desafios, mas que a longo prazo tem possibilidade de gerar outras dificuldades, se mostrando assim ineficazes);
- buscar informações fidedignas sobre a pandemia e protocolos dos setores (para si e a equipe);
- cuidar da seleção de materiais para leituras e excesso de informações televisivas;
- rotação de equipes (área menos estressante para a mais);
- priorizar ter momentos para fazer o que gosta e falar sobre coisas positivas (fora da pandemia);
- buscar ajuda entre superiores e colegas de trabalho em caso de sobrecarga emocional excessiva;

- estratégias de cuidado integrativas e complementares (como meditação, alongamento, entre outras).

Figura 5.1. *Recomendações de cuidado em saúde mental para profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020).*

Orientações como essas se fazem necessárias para mostrar a importância de ter autocuidado e lembrar de cuidar de si mesmo, não apenas dos outros. Os profissionais de saúde devem se lembrar de que é normal sentir pressão em função de uma pandemia ainda em trânsito. Como o próprio termo sugere, a pandemia em trânsito é um percurso que tem se mostrado longo e imprevisível, o que nos mostra a necessidade de desenvolvermos uma estrutura de cuidados que possam se tornar perenes para o enfrentamento de todas as possíveis repercussões ainda desconhecidas desse itinerário.

Como você tem se cuidado? Orientações sobre saúde mental

Você se lembra dos questionamentos que apresentamos no início deste capítulo? Há um ideal de cuidado, mas ao mesmo tempo as demandas do dia a dia exigem maior disciplina para a realização desses projetos. Ou seja, diante de tudo que tem acontecido desde o início de 2020 as pessoas têm demonstrado dificuldade em manter uma constância em atividades de autocuidado, até mesmo em função das questões relacionadas ao isolamento social, à sobrecarga de trabalho, medo ou preocupação com o futuro.

De acordo com estudo realizado por Schmidt et al. (2020), as intervenções voltadas à população geral incluem propostas psicoeducativas como cartilhas e materiais informativos, *podcast* e orientações a respeito da pandemia e do autocuidado, atendimento em plataformas on-line com o objetivo de oferecer alívio para as emoções negativas que surgem e canais de orientações psicoeducativas nas redes sociais (como Instagram, YouTube sobre principais sintomas e possíveis estratégias de cuidado).

Uma vez que o atual contexto da COVID-19 repercutiu na necessidade de mudanças no cotidiano das pessoas ao redor do globo percebeu-se a importância de ajudar as pessoas a manterem níveis satisfatórios de desempenho ocupacional e desenvolverem rotinas mais saudáveis, evitando maiores problemas de saúde. Com este intuito foram criados materiais como apresentado por Silva et al. (2020) que buscam promover diretrizes de saúde no

contexto de isolamento social e suas múltiplas consequências. O material oferece orientações sobre:

- Produtividade no trabalho, no estudo, no cuidado com a família e comunidade, no cuidar em atividades cotidianas como organização da casa e dos espaços que ocupa ou outras pequenas atividades que auxiliem a manutenção da sensação de conquista e contribuição com os outros;
- Autocuidado diário relacionado a fatores emocionais como apoio à saúde física e mental, exercícios físicos, dormir, se alimentar bem;
- Investimento em lazer, o que promove energia e bem-estar; por isso recomenda-se listar atividades prazerosas e realizá-las ao longo da semana (como ouvir música, acessar canais de transmissão simultaneamente com amigos, visitar museus e galerias on-line, assistir documentários, entre outros); também é possível criar projetos pessoais como aprender novas habilidades, organizar objetos pessoais, reorganizar os ambientes da casa, aprender a tocar um instrumento ou algum outro projeto que faça sentido para você;
- A rotina auxilia na manutenção de um padrão para a vida diária e ajuda na realização de atividades e tarefas de forma mais efetiva;
- O equilíbrio é fundamental para manter um consenso entre produtividade, autocuidado e manutenção da rotina, além de tentar manter uma boa distribuição do seu tempo entre atividades do trabalho, de lazer e interações sociais.

Associadas às demais estratégias de autocuidado, intervenções psicológicas também podem oferecer contribuições para as implicações negativas decorrentes da COVID-19 tanto durante o período de duração da pandemia quanto em momentos posteriores, que exigirão readaptações. Para tal é importante alinhar possíveis estratégias às demandas da população e às particularidades de cada grupo. Apesar dos desafios em convergir todos os fatores é possível utilizar este período para aperfeiçoamento das pesquisas e práticas diante de situações de emergências e crise (Schmidt et al., 2020).

As intervenções psicológicas devem ter um caráter dinâmico e, inicialmente, focadas nos estressores que se relacionam à doença e aos desafios adaptativos do momento atual

(Zhang et al., 2020). Para essas intervenções os profissionais têm trabalhado temáticas atuais e relacionadas aos desafios cotidianos como informações a respeito das reações esperadas diante o atual contexto como ansiedade, oscilação de humor e presença de sentimentos negativos como medo, angústia, tristeza, solidão e raiva (Weide et al., 2020). A partir dessa psicoeducação sobre as emoções possíveis em função da pandemia são gerados facilitadores para trabalhar questões relacionadas ao estabelecimento de novas rotinas, atividades de lazer alternativas que sejam mais seguras, maneiras de buscar apoio entre os familiares e conexão com a espiritualidade/religiosidade (R/E), por exemplo.

É importante pontuar que a R/E tem se mostrado um recurso fundamental no auxílio para a compreensão das repercussões da pandemia na vida cotidiana. Propicia apoio para o enfrentamento da doença, suporte a familiares e cuidadores, aos profissionais de saúde que seguem na linha de frente, na aceitação da necessidade de isolamento e distanciamento social, além de ser uma ferramenta fundamental diante de um contexto de tanta impermanência e incertezas (Scorsolini-Comin et al., 2020).

É possível perceber que o período da pandemia da COVID-19 tem amplificado variadas emoções que podem catalisar o surgimento de transtornos mentais, sendo que a exposição frequente a um número significativo de gatilhos emocionais também pode intensificar emoções e ser desencadeador de psicopatologias. Assim, é fundamental o processo de autoconhecimento e autocuidado e, em casos mais agudos, a busca de profissionais especializados. Também se evidencia a relevância de reconhecer as emoções e a partir disso ter maior possibilidade de autorregulação emocional (Silva et al., 2021).

Considerações finais

É inegável como a pandemia tem gerado sentimentos confusos e ambíguos em todos nós. É um período que exige mudanças e adaptações rápidas. As necessidades surgem e todos nós somos convidados a responder habilmente a tudo isso, até mesmo por uma questão de sobrevivência. Para quem é profissional de saúde isso pode ser potencializado.

Todas essas demandas têm gerado interferências na saúde mental da população geral, variáveis que geram significativos desafios para o cuidado em saúde emocional. No entanto, para aqueles que lutam diariamente contra a doença, como os profissionais de saúde, acaba sendo exigido um maior nível de autorregulação emocional para lidar com toda

a sobrecarga e desgaste que surgem ao longo deste período. Dessa forma, faz-se fundamental o cuidado em saúde mental para este público.

Promover saúde e prevenir agravos decorrentes da pandemia são desafios que se atualizaram desde o início de 2020. A saúde mental tem, aos poucos, ganhado maior visibilidade como uma condição que deve ser promovida, acessada e disponibilizada a toda a população, rompendo com preconceitos e estigmas que classicamente compuseram o contexto do cuidado nesse campo. Desenvolver estratégias de cuidado é uma necessidade para os profissionais de saúde não apenas em seu contexto de atuação profissional, mas também em relação a si mesmos.

Esperamos que os apontamentos aqui compartilhados possam se aproximar também de diferentes realidades, podendo ser incorporados às diferentes rotinas e aos diferentes marcadores que nos permitem afirmar que não existe apenas uma pandemia, mas pandemias que afetam distintamente populações, categorias profissionais e comunidades. As recomendações aqui sumarizadas também não pretendem ser datadas, mas alvo de discussão perene, com vistas à construção de uma cultura de cuidado em saúde mental.

Referências

- Aires, C. P., Syed, W. A. P., Corbani, M., Fontes-Dutra, M., Sarturi, L., Leite, N. P. S., Schrarstzaupt, I., Bragatte, M., Scorsolini-Comin, F., Simonetto, C., Blanc, L., & Reis, L. B. (2022). *Tudo que você precisa saber sobre a COVID-19: doença, prevenção e fake news*. Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. <https://sites.google.com/fcfrp.usp.br/fcfrp-usp/>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912-920. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, *63*(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.3512>.
- Kang, L. et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, *7*(3), 7-14 [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30047-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30047-x)
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976-e203976. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Leite, A. C. et al. (2021). Estratégias e desafios em manter a saúde mental dos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia Covid-19. *Research, Society and Development*, *10*(7), e40510716417-e40510716417. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16417>
- Li, W, Yang, Y, Liu, ZH, Zhao, YJ, Zhang, Q, Zhang, L., ... Xiang, Y. T. (2020b). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), 1732-1738. <http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Nabuco, G., Oliveira, M. H. P. P., & Afonso, M. P. D. (2020). O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, *15*(42), 2532-2532. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)

- Oliveira, E. N. et al. (2020). Com a palavra os profissionais de saúde na linha de frente do combate à COVID-19. *Research, Society and Development*, 9(8), e30985145-e30985145. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5145>
- Ornell, F., Halpern, S. C., Dalbosco, C., Sordi, A. O., Stock, B. S., Kessler, F., & Telles, L. B. (2020a). Violência doméstica e consumo de drogas durante a pandemia da COVID-19. *Pensando Famílias*, 24(1), 3-11. <https://doi.org/S1679-494X2020000100002>
- Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. M. (2020b). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos Saúde Pública* 36, e00063520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>
- Patias, N. D., von Hohendorff, Cozzer, A. J., Flores, P. A., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Mental health and coping strategies in undergraduate students during COVID-19 pandemic. *Trends in Psychology*, 29, 414-433. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00069-z>
- Ribeiro, B. M. S. S., Bolonhezi, C. S. S., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Educational difficulties of nursing students during the COVID-19 pandemic: an experience report. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 10(1), e814. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.814>
- Ribeiro, B. M. S. S., Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Burnout em docentes do ensino superior no período da pandemia da COVID-19. *Revista Thema*, 20(1), 239-251. <https://doi.org/10.15536/thema.V20.Especial.2021.239-251.1908>
- Ribeiro, B. M. S. S., Scorsolini-Comin, F., & Dalri, R. C. M. B. (2020). Ser docente en el contexto de la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la salud mental. *Index de Enfermería*, 29(3), 1-5.
- Santos C. F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Brazilian Journal Psychiatry*, 42(3), 32321063. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-098113>.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Scorsolini-Comin, F. (2021). O que esperar depois do (in)esperado?: saúde mental no trânsito (pós)pandemia. *Revista da SPAGESP*, 22(1), 1-5.

- Scorsolini-Comin, F., Rossato, L., Cunha, V. F., Correia-Zanini, M. R. G., & Pillon, S. C. (2020). A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>
- Shojaei, S. F., & Masoumi, R. (2020). The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7(2), e102846. <http://dx.doi.org/10.5812/mejrh.102846>
» <https://doi.org/10.5812/mejrh.102846>
- Silva, T. R., Mariotti, M. C., & Bridi, A. (2020). Aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao Covid-19: Orientações Práticas para Rotinas Saudáveis/Learning to deal with change routine due to COVID-19: guidelines healthy routine practices. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 4(3), 519-528. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto34250>
- Silva, B. S., Fonseca, P. I. M. N., & Silva, P. D. (2021). As emoções à flor da pele e seus possíveis manejos na pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(10), e12101018434-e12101018434. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18434>
- Weide, J. N., Vicentini, E. C. C., Araujo, M. F., Machado, W. L., & Enumo, S. R. F. (2020). *Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia*. PUCRS/PUC-Campinas.
- World Health Organization - WHO. (2020). *Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 101990. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <http://dx.doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

CAPÍTULO 6

Recomendações para o cuidado em saúde mental na oncologia pediátrica

Lucas Rossato

Cintia Bragheto Ferreira

Ana María Ullán

Fabio Scorsolini-Comin

O câncer caracteriza-se como uma das formas de adoecimento mais temidas pela população, independentemente do contexto sociocultural em que as mesmas estejam inseridas. Historicamente ficou conhecido como uma doença que provoca dor, sofrimento, mudanças nos aspectos físicos, cognitivos e da saúde mental, que frequentemente demandará procedimentos invasivos, cuidados especializados em centros de tratamento, medicações de alto custo e que nem sempre são disponibilizadas, entre outros aspectos. O estigma criado em relação ao câncer em muitas situações interferirá no surgimento de fantasias, medos e receios em relação ao adoecer, na aceitação ou recusa de tratamento, que impactarão na qualidade de vida das pessoas adoecidas, de familiares, cuidadores e da equipe de saúde que acompanhará o tratamento (Rossato, Panobianco, & Scorsolini-Comin, 2020).

O câncer compreende um grande grupo de doenças que podem começar em quase qualquer órgão ou tecido do corpo quando as células anormais crescem incontrolavelmente,

vão além de seus limites habituais para invadir partes adjacentes do corpo e/ou se espalhar para outros órgãos (World Health Organization [WHO], 2021a) e abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2020). Devido às dimensões que assume na vida das pessoas e das demandas que promove nos serviços de saúde, o câncer tem sido enfatizado nas últimas décadas como um problema de saúde pública, nacional e internacionalmente, de grande relevância epidemiológica no que se refere à incidência e morbimortalidade (Rossato, Panobianco, & Scorsolini-Comin, 2020).

A partir desse panorama, torna-se importante instrumentalizar os diferentes profissionais de saúde que atuam interprofissionalmente nesse contexto quanto à dimensão do cuidado em saúde mental. As práticas em oncologia têm demonstrado a necessidade de que os profissionais sejam capacitados para observarem os aspectos de saúde mental. Nesse sentido, a formação tem procurado desenvolver mecanismos para que a equipe de saúde seja capaz de compreender os sujeitos em sua integralidade – aspectos biopsicossociais e espirituais.

Nesse contexto, apesar de em determinados momentos as práticas realizadas estarem ligadas à cuidados específicos que não envolvam a saúde mental, é importante que o profissional compreenda essa dimensão para orientar ou realizar encaminhamentos quando necessário. Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar algumas recomendações para o cuidado interprofissional em saúde mental na oncologia pediátrica. Para tanto, iniciaremos com uma apresentação mais detalhada do adoecer por câncer nessa etapa do ciclo vital.

O câncer em crianças e adolescentes

Na infância e adolescência, ao contrário do que ocorre com adultos, a maioria dos cânceres não tem uma causa conhecida e poucos são causados por exposição ambiental ou fatores de estilo de vida (WHO, 2021b). Essa doença raramente ocorre antes dos 20 anos e, quando acontece, levanta uma série de questões médicas, psicológicas, éticas e sociais, além de demandar vias de tratamento específicas (Steliarova-Foucher et al., 2017).

Crianças e adolescentes com câncer representam uma pequena proporção de todos os cânceres diagnosticados em todo o mundo a cada ano, dos quais quase todos não são passíveis de uma estratégia de prevenção possível (Bhakta et al., 2019). Os principais tipos

de câncer que afetam crianças e adolescentes incluem leucemias agudas, tumores cerebrais, linfomas, sarcomas ósseos e de tecidos moles e tumores de células germinativas (Lam, Howard, Bouffet, & Pritchard-Jones, 2019). Segundo esses autores, em crianças é mais comum a ocorrência de tumores embrionários (como neuroblastoma, tumores renais e retinoblastoma); já em adolescentes são mais recorrentes os tumores epiteliais (como o carcinoma da tireoide) e melanoma.

O tratamento do câncer infantojuvenil geralmente inclui regimes de quimioterapia complexos que requerem hospitalização e/ou frequentes ida a ambulatórios, de modo que, geralmente, leva um período considerável de tempo entre o diagnóstico e o final do tratamento. Nesse contexto, muitas crianças e adolescentes com câncer são tratadas com radioterapia, cirurgia e/ou transplante de medula óssea e o monitoramento da doença e resposta ao tratamento envolve vários procedimentos médicos que muitas vezes são invasivos (Long & Marsland, 2011).

Pelas complicações que acarreta na vida das crianças e dos adolescentes e dos familiares que acompanham o tratamento, o câncer é considerado uma doença que causa uma ruptura no processo de desenvolvimento dito “tradicional”, exigindo das pessoas adaptação e reorganização dos contextos de vida para uma nova realidade que será vivenciada. Nesse sentido, mostra-se importante considerar o adoecimento na maioria das vezes não tem impacto somente em quem adoece, mas no sistema familiar de forma integral. Além do esforço para atender a essas demandas do tratamento as famílias, por exemplo, precisam se adaptar ao curso imprevisível e incontrolável do tratamento, bem como enfrentar a possibilidade de a criança/adolescente não responder ao mesmo ou sofrer consequências de longo prazo (Long & Marsland, 2011).

Desde que o tratamento sistêmico para o câncer se tornou disponível na década de 1950, ele tem sido fundamental e tornou-se a referência para a obtenção de resultados bem-sucedidos para os pacientes (Pritchard-Jones et al., 2013). Os progressos no tratamento estão alinhados principalmente ao desenvolvimento de pesquisas em todos os níveis que procuraram ao longo dos anos encontrar formas de intervenção, medicamentos, procedimentos, equipamentos e estratégias de atenção psicossocial que permitissem um cuidado técnico e humanizado para as pessoas que vivenciavam essa doença.

Desse modo, o progresso nas diferentes formas de intervenções disponibilizadas para as pessoas na atualidade pode ser considerado resultado de pesquisas colaborativas

sustentadas para gerar as evidências que definiriam os padrões de atendimento, dando garantias aos profissionais, pacientes e suas famílias que o cuidado segue protocolos de diagnóstico e tratamento baseados em evidências e com controle de qualidade (Pritchard-Jones et al., 2013). Conseqüentemente, os progressos alcançados ao longo dos anos têm feito com que ocorra maior expectativa de sobrevida estendida até a idade adulta para a maioria dos pacientes infantojuvenis com câncer, possibilitando dar maior atenção para a otimização da qualidade da sobrevida em longo prazo e minimizando os efeitos adversos de tratamentos (Hudson, Link, & Simone, 2014; Rodriguez-Galindo et al., 2015).

Globalmente o tratamento do câncer infantojuvenil ainda apresenta desafios que precisam ser considerados, como os relativos ao acesso ao tratamento, índices de cura e mortalidade (Rodriguez-Galindo, Friedrich, Morrissey, & Frazier, 2013). Tais aspectos ocorrem pelo fato de que enquanto alguns cânceres infantis têm sintomas e sinais que são relativamente fáceis de reconhecer, outros tendem a apresentar sintomas inespecíficos e requerem acesso a tecnologias mais sofisticadas para fazer um diagnóstico preciso (Johnston et al., 2021), o que nem sempre está disponível em todas as localidades do mundo. Assim, frequentemente pode ocorrer a apresentação de sintomas que são gerais e que são confundidos com outras condições e doenças e, desse modo, não podem ser diagnosticados sem acesso a tecnologias sofisticadas e tratados sem acesso a terapias eficazes e cuidados de suporte (Schüz & Roman, 2021).

Em termos de mortalidade, o câncer é a principal causa de morte por doença de crianças e adolescentes em países de alta renda e também nos de média e baixa renda. A localidade onde a pessoa vive tem sido descrita como um fator significativo a ser considerado em termos da sobrevivência ou mortalidade por essa doença. Em países de alta renda mais de 80% das crianças e adolescentes são curadas, mas em alguns países pobres apenas 15 a 45% dos acometidos pela doença conseguem a cura (Lam, Howard, Bouffet, & Pritchard-Jones, 2019; WHO, 2021). Nesse contexto de desigualdades, algumas crianças e adolescentes morrem sem nem ter recebido um diagnóstico adequado (Schüz & Roman, 2021).

Nesse contexto, percebe-se a existência de desigualdades significativas na distribuição de recursos para o diagnóstico, tratamento e controle do câncer em todo o mundo. Ou seja, para além de um problema de saúde o câncer também reverbera sua natureza social, cultural, política e econômica, expondo as desigualdades de acesso ao

tratamento a depender do país onde as crianças e adolescentes estão inseridos. Tais aspectos fazem com que as mortes por câncer em países de baixa renda assumam números dramáticos, pois o tratamento dessa doença, em muitas situações, ainda não é considerado uma prioridade de saúde pública (Kellie & Howard, 2008; Rodriguez-Galindo et al., 2013).

Assim, quanto aos aspectos que envolvem o adoecimento por câncer na infância e adolescência é preciso considerar que alguns fatores podem ser determinantes para a adesão ou abandono do tratamento e o sucesso ou insucesso do tratamento. Tais fatores podem ser observados na literatura científica (Rossell, Challinor, Gigengack, & Reis, 2017; Suárez, Guzmán, Villa, & Gamboa, 2011; Zuzak et al., 2016), que tem exposto alguns dos desafios encontrados pelos profissionais e serviços de saúde. Entre alguns dos principais fatores que podem interferir na adesão ou no abandono do tratamento podem ser elencados:

- Falta de recursos financeiros da família;
- Tratamento não ser ofertado de forma gratuita;
- Custos elevados do tratamento ou custos adicionais que surgem (nas situações que o tratamento é gratuito);
- Falta de assistência da equipe hospitalar para verificar as necessidades das pessoas adoecidas e das famílias;
- Dificuldades no deslocamento até o local de tratamento (morar na zona rural também pode ser um fator dificultador);
- Falta de suporte social;
- Questões culturais (crenças, superstições, religiosidade/espiritualidade);
- Nível educacional da família (pessoas com nível educacional mais baixo são mais propensas a não aderirem ao tratamento ou abandoná-lo);
- Conflitos entre os familiares (por opiniões divergentes);
- Insatisfação com os profissionais de saúde;
- Desemprego dos familiares;
- Tipo do diagnóstico;
- Procedimentos que necessitam ser realizados (ex. cirurgias invasivas ou que envolvem a retirada de algum membro);

- Crença que terapias alternativas são mais eficientes que o tratamento convencional;
- Adoecimento dos familiares;
- Condição emocional fragilizada da pessoa adoecida e de sua família;
- Crença na incurabilidade da doença;
- Orientação de terceiros para pararem de realizar o tratamento no hospital.

Figura 6.1. *Fatores que podem interferir na adesão ou no abandono do tratamento.*

Já em relação aos principais problemas que afetam o sucesso do tratamento e podem comprometer a saúde das crianças ou adolescente e até mesmo levar à morte, estão:

- Dificuldades de acesso ao tratamento;
- Longo período de espera para conseguirem acesso ao tratamento;
- Não adesão ou dificuldades para continuarem o tratamento;
- Abandono do tratamento;
- Falhas no diagnóstico, diagnóstico tardio ou diagnósticos errados;
- Recusa de parte do tratamento;
- Resistência em aceitar determinados procedimentos – o que faz com que o câncer progrida ao ponto de não ser possível uma intervenção;
- Procedimentos que poderiam ter sido realizados por outra abordagem;
- Substituição do tratamento convencional por tratamentos alternativos;
- Opções de tratamentos limitadas ou insuficientes (a depender do tipo da doença);
- Dificuldades de acesso aos serviços de saúde;
- Dificuldades para pagar por medicações;
- Percepção de que o tratamento não está tendo os resultados esperados;
- Dificuldades financeiras – custos não são possíveis de serem bancados;
- Ausência de suporte após a saída do hospital;
- Efeitos tardios e adversos do tratamento;

- Outros problemas de saúde concorrentes – desnutrição, HIV/aids;
- Falta de cuidados adequados após a saída do hospital.

Figura 6.2. *Problemas que afetam o sucesso do tratamento e podem comprometer a saúde das crianças ou adolescente com câncer.*

O contexto brasileiro na atenção ao câncer

No Brasil, estimativas do Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2020 destacavam o surgimento de 8.460 casos de câncer em crianças e adolescentes, sendo 4.310 para o sexo masculino e 4.150 para o sexo feminino. De acordo com os dados desse instituto, em relação ao número de mortes previa-se a ocorrência de 2.554 óbitos, sendo 1.423 para o sexo masculino e 1.131 para o sexo feminino (INCA, 2021a).

Em termos de tratamento, o Brasil conta com uma ampla rede de assistência ao câncer principalmente via Sistema Único de Saúde (SUS), que fornece atendimento gratuito e universal para as pessoas. O SUS tem como princípio básico garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos. Assim, desde 1990 o Ministério da Saúde vem organizando a assistência oncológica, criando autorização para procedimento de alta complexidade em oncologia e instituindo a Política Nacional de Atenção Oncológica, que compreende a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Grabois, Oliveira, & Carvalho, 2011).

Em 2013, por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013). Essa portaria determina que o cuidado ao usuário deve ser integral, de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento será feito em estabelecimentos de saúde habilitados como as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (INCA, 2021b).

Além dos centros de tratamento especializados, o Brasil conta com a atenção básica (primária) que, muitas vezes, é a porta de entrada para as famílias e extremamente importante para o diagnóstico precoce. Na atenção básica, os médicos devem ser treinados

e dispor de recursos adequados para identificar os casos suspeitos em estágios iniciais, agilizando o encaminhamento para centros especializados (Grabois et al., 2011).

Em termos de número de locais de atendimento, segundo o INCA, existem atualmente 317 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer, sendo que todos os estados brasileiros contam com pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente encontrará desde exames até cirurgias mais complexas (INCA, 2021b). Destas 317 unidades não são todas que contam com serviço de oncologia pediátrica. Além das unidades que prestam atendimento via SUS, o país também conta com instituições privadas de atendimento ao câncer que também ofertam serviços de qualidade para a população.

Os dados do INCA em relação aos centros de tratamento ao câncer demonstram um aspecto que é significativo para a realidade nacional. O SUS é um recurso extremamente importante e, em muitos casos, a única possibilidade para um tratamento adequado para uma parcela significativa da população que não teria condições de pagar os altos custos de tratamento do câncer.

Apesar de algumas lacunas e necessidades de aprimoramento, um sistema público, gratuito e universal de saúde é um diferencial em termos de acesso ao tratamento para a população. Além disso, esses centros de tratamento contam com parcerias e colaboração de inúmeras outras instituições públicas e filantrópicas que prestam assistência por meio de auxílio financeiro, auxílio deslocamento, auxílio moradia (por meio de casas de apoio), entre outros recursos que auxiliam as pessoas no enfrentamento e no processo de tratamento da doença.

Tais aspectos mostram-se necessários de serem evidenciados e principalmente valorizados, pois em muitos países a população não conta com auxílio mínimo para que possam ter acesso ao tratamento do câncer. Em um país com dimensões continentais como o Brasil e com uma população com mais de 200 milhões de habitantes, ter um serviço de saúde público e universal é extremamente significativo e deve ser valorizado.

É importante destacar que apesar desses recursos públicos estarem disponíveis, isso não quer dizer que os mesmos sejam aplicados de forma semelhante em todo contexto nacional. Um exemplo disso é refletido nas taxas de mortalidade entre as diversas grandes regiões geográficas do país que apresentam distinções. Além disso, a organização dos serviços de saúde, envolvendo melhores ou piores condições de acesso e qualidade da

atenção podem influenciar no sucesso ou não do tratamento. Precisa ser considerado também que o Brasil é um país muito grande e diversificado e a localização dos serviços de saúde deve levar em conta as condições de acessibilidade da população aos locais onde tais serviços estão instalados (Grabois et al., 2011), pois isso pode refletir no diagnóstico da doença, na adesão e permanência no tratamento.

Considerando todos os aspectos anteriormente descritos, observa-se que em termos do contexto de oferta de tratamento do câncer em crianças e adolescentes o Brasil conta com fatores que são positivos e contribuem para que esta população possa receber cuidados de saúde e suporte social que permitem a adesão e permanência no tratamento. Deve-se considerar também que a existência de leis que obrigam o Estado e a família a fornecerem cuidados adequados a esta população contribuem para que a mesma não seja negligenciada em termos de assistência. Estas leis permitem, por exemplo, que a família seja responsabilizada caso não ofereça os cuidados adequados e tratamento necessário e também que o Estado seja cobrado e responsabilizado caso deixe de cumprir no fornecimento de algum direito previsto.

A oferta de cuidados em saúde mental na oncologia pediátrica

O câncer constitui-se como uma doença que pode afetar a vida das pessoas de modo integral. Com os avanços nos campos da saúde, a doença que antes era vista como fatal passou a ser considerada uma doença com possibilidade de cura, alcançando resultados promissores ao longo dos anos (Erdmann et al., 2021), aumentando a sobrevida e vista como uma condição crônica que precisa de acompanhamento.

Nos contextos de atuação profissional na oncologia pediátrica o trabalho em saúde mental envolve o atendimento às crianças e/ou adolescentes e também à família, que geralmente é composta por mães, pais, irmãos(as), avôs, avós, tios(as), primos(as) padrastos, madrastas, amigos(as), entre outras pessoas que fazem parte do cotidiano de vida das mesmas. O cuidado em saúde mental é compreendido como a atenção singular às necessidades de acolhimento de demandas de ordens biológica, psicológica, comportamentais, necessidades de suporte social e espirituais envolvidas nas vivências das pessoas, tendo em consideração os aspectos históricos e culturais que perpassam esse processo.

Dessa forma, trata-se de uma forma de cuidado ofertada de modo interprofissional, sendo necessário no processo a integração entre a equipe de saúde, a pessoa atendida, os familiares e a comunidade. A necessidade de integração entre os diversos atores envolvidos mostra-se importante em diversos aspectos, pois o tratamento do câncer demandará atenção e cuidado não somente nas instituições, mas também fora do ambiente hospitalar, por exemplo.

Além disso, devido aos aspectos legais e pelo momento do desenvolvimento e condições de saúde que as crianças e adolescentes se encontram, são os familiares que são responsáveis pelos aspectos legais e decisões que serão tomadas. Desse modo, é com a família, por exemplo, que é feita a comunicação das notícias e possibilidades ou não de tratamento, os tipos de tratamento disponíveis, os procedimentos que precisarão ser realizados, os cuidados necessários que devem ter com as crianças/adolescentes, as autorizações legais (nos casos que se aplicam), entre outros aspectos.

Outro aspecto que deve ser considerado é que o trabalho desenvolvido, na maioria das vezes, é ofertado com a contribuição entre diferentes profissionais, sendo comum a atuação conjunta com profissionais da enfermagem, física médica, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, pedagogia, psicologia, radiologia, terapia ocupacional, entre outros. Cada uma dessas áreas atua de acordo com suas especificidades técnicas de cuidado, procurando realizar um trabalho de forma integrada e com o objetivo de proporcionar melhor atenção possível aos sujeitos para melhora das condições de saúde e a qualidade de vida.

Quando trabalhamos na oncologia pediátrica também é importante considerar qual o momento do processo de tratamento a pessoa está passando juntamente com a família. Ou seja: se estão em busca do diagnóstico da doença, se estão no momento da confirmação do diagnóstico, se estão no início dos procedimentos, se algum deles foi invasivo, se o tratamento está surtindo os efeitos esperados de acordo com as expectativas, se o tratamento está caminhado para o encerramento, se estão em um momento de recidiva do câncer (quando a doença reaparece depois de um tempo), se estão em cuidados paliativos ou se estão passando pelo processo de morte/luto (Rossato, Ullán, & Scorsolini-Comin, 2021).

Tais aspectos podem determinar como a atuação em saúde mental deverá ser abordada e quais podem ser as melhores formas de intervenção diante da situação vivida

pelos indivíduos. Assim, é importante ficar claro que cada uma dessas etapas exigirá recursos e formas específicas e apropriadas de intervenção por parte dos profissionais. A literatura científica produzida sobre esses aspectos tem sido profícua, sendo indicados estudos como os de Fernandes e Souza (2019), Figueiredo, Barros e Andrade (2020), Gomes, Lima, Rodrigues, Lima e Collet (2013) e Neris e Nascimento (2021).

Em termos de locais de atuação os contextos de trabalho exigirão dos profissionais a adaptação a uma gama variada de ambientes em que irão fazer suas intervenções. O atendimento em uma sala climatizada, com poltronas confortáveis, em ambiente silencioso, como muitas vezes é descrito na nossa formação, na maioria das vezes não é o contexto encontrado. Os acolhimentos/atendimentos são realizados em leitos de internação, enfermarias, ambulatórios, salas de espera, corredores, nas UTI, pronto-socorro, centro cirúrgico; ou seja, ambientes que muitas vezes não temos o controle das variáveis. Por isso, não se assuste se tiver que atender em qualquer um destes locais, pois o que importa é como você usará seus conhecimentos teóricos e técnicos, sua empatia, habilidade de comunicação e como irá acolher as demandas e direcionamentos em relação ao que lhe é transmitido pelas pessoas. A universidade muitas vezes “vende” a ideia de uma atuação em um contexto perfeito de trabalho, mas quando chegamos na prática, a realidade é outra; portanto, você deverá ter capacidade de adaptação quando se deparar com estes aspectos.

Em nossa atuação nesta área e com base na literatura científica acumulada e disponibilizada nas bases de dados, percebe-se que a oferta de cuidados, na maioria das vezes, é permeada por seis grandes dimensões que são necessárias de serem consideradas nas intervenções realizadas, sumarizadas na **Figura 6.3**, a seguir.

- 1) Os aspectos físicos da doença – localização do câncer, seu tipo, quais possíveis tratamentos para esse câncer, quais procedimentos serão necessários (exemplo: cirurgias, amputações, quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea, ou outros procedimentos), se a pessoa está sentindo dor, se o momento que decidimos estar com elas é adequado, se a pessoa está confortável, se ela precisa realizar algum procedimento que seja prioritário em relação ao atendimento em saúde mental, se a pessoa está sob efeito de algum medicamento, se está com sono ou cansada;

- 2) Os aspectos cognitivos/subjetivos – qual a compreensão que a pessoa adoecida e seus familiares/cuidadores tem sobre a doença, qual o nível de compreensão dos mesmos em relação ao adoecimento e ao que terá que ser realizado, se possuem informações suficientes em relação aos cuidados cotidianos que deverão tomar, qual o nível de ensino/instrução dos sujeitos atendidos (isso pode interferir nas formas de comunicação e na compreensão), se conseguem assimilar o que é informado, entre outros aspectos.
- 3) Os aspectos psicológicos – como estão emocionalmente em relação aos eventos vividos: adaptação, estratégias de enfrentamento, resiliência, apresentação ou não de sintomas psicopatológicos, quais as necessidades de acolhimento, quais mecanismos de defesa utilizam.
- 4) Os aspectos sociais da doença – se existe necessidade de apoio social e familiar, as mudanças nas relações sociais e de amizade, os aspectos financeiros, a vida escolar, as alterações nas relações familiares, necessidade de auxílio do sistema público, etc.
- 5) Os aspectos religiosos e espirituais – se e como as pessoas utilizam da religiosidade e a espiritualidade durante o adoecimento pelo câncer, quais os sentidos e significados atribuídos, se e de que forma essas dimensões auxiliam positivamente ou interferem negativamente.
- 6) O ambiente de atuação – cada local irá demandar adaptações específicas dos profissionais. Isso é próprio do contexto de trabalho em saúde mental na oncologia no Brasil. Geralmente são os profissionais que tem que se adequar ao ambiente para prestar seus atendimentos e isso pode variar a depender do local, da instituição, dos outros profissionais da equipe de saúde, entre outros aspectos.

Figura 6.3. *Dimensões consideradas nas intervenções com crianças e adolescentes com câncer.*

Além disso outros aspectos que devem ser observados durante a prestação dos cuidados são:

- 1) A comunicação – precisa ser clara, objetiva, acessível e com uma linguagem adequada. Também deve-se observar como a pessoa está reagindo ao que está sendo dito. O profissional sempre deve se perguntar: a pessoa está compreendendo o que estou falando? Neste momento, ela está em condições de escutar o que tenho a dizer? Eu posso falar sobre esse assunto nesse momento? A pessoa consegue lidar com as informações que vou transmitir a ela? É preciso ter muito cuidado em como conversamos com as pessoas e perceber que cada momento pode exigir uma abordagem diferente.
- 2) Escuta e atenção plena às necessidades dos sujeitos atendidos – por maior que seja o conhecimento técnico adquirido, nenhum profissional terá sucesso nas suas abordagens se não se mostrar empático, atento, cuidadoso, respeitoso e afetivo com os pacientes que irá atender na oncologia. As famílias que geralmente atendemos estão passando por um dos momentos mais difíceis em suas vidas, estão fragilizadas, precisam ser acolhidas e sentirem que os profissionais estão atentos às suas demandas/necessidades e comprometidos em auxiliá-las. Em muitas situações não conseguiremos resolver sozinhos as demandas trazidas, mas temos a capacidade de acionar outros colegas de trabalho e as diferentes redes de apoio. Tudo que é relatado tem um sentido, às vezes teremos que ouvir histórias de vida que não necessariamente são sobre o adoecimento vivido, mas que de alguma forma dizem sobre o que a pessoa está vivendo ou sobre o que não quer conversar. Quais são as necessidades de suporte emocional, religioso/espiritual e social dos sujeitos?
- 3) Analisar como a pessoa está emocionalmente – todos nós cotidianamente apresentamos alterações comportamentais que irão interferir em nosso humor. Adicione ao cotidiano situações de estresse, ansiedade, medo, angústia, cansaço, desconforto, distância de sua casa, saudade da família, dor, insegurança, conflitos, incertezas em relação ao futuro, alterações nos aspectos financeiros, alteração na alimentação, entre outros aspectos e tente imaginar como seria seu dia. É natural encontrarmos pacientes e familiares muito irritados e que não querem conversar nem ter contato com ninguém. Por isso é necessário respeitar o momento que cada um está vivendo, verificar os aspectos relacionados à resiliência, como reage aos eventos adversos que surgem, os níveis de esperança,

se apresenta ou não sintomas psicopatológicos, se tem utilizado ou não estratégias de enfrentamento, o suporte emocional e social externo ao local onde você a está atendendo.

- 4) Como a pessoa está fisicamente – em determinadas situações é inviável abordarmos as pessoas, pois elas acabaram de realizar algum procedimento doloroso, estão sob efeitos de medicamentos, estão cansadas, com sono, fome, apresentam efeitos adversos de tratamento (exemplo: vômito, diarreia), em outras situações também deve ser considerada a necessidade de formas alternativas de comunicação que não a verbal. Alguns desses aspectos se aplicam também aos familiares.
- 5) As crenças da pessoa – é importante observar no que ela acredita. Nem todas as fantasias podem ser retiradas, pois às vezes são elas que mantêm a esperança. Deve-se considerar que, quando você tira algo que é significativo para o sujeito, você pode deixá-lo em um vazio existencial que pode ser delicado e comprometedor para a saúde psíquica. Os casos dessa natureza devem ser trabalhados com cuidado, pois pode ser insuportável para a pessoa perder a única esperança que tinha. Não se trata de ser conivente e manter falsas expectativas, mas cauteloso em relação à forma como vai abordar e trabalhar o assunto. Às vezes isso irá demandar tempo para o profissional perceber o momento adequado de abordar certos assuntos. Também não se deve questionar a fé das pessoas, mas tentar compreender os sentidos que são dados a estes aspectos e como eles estão interferindo na vida dos sujeitos, se e como os auxilia a enfrentar as situações cotidianas, se seguem rituais ou práticas relacionadas à religiosidade e espiritualidade.

Formas de intervenção em saúde mental na oncologia pediátrica

De forma resumida e pontual, o trabalho da equipe de saúde mental é diversificado e deve ser desenvolvido observando o que é prioridade para as pessoas no momento que está ocorrendo o atendimento com ela. Nessa área é importante sempre ter a compreensão de que cada encontro com o sujeito é único e singular, pode ocorrer uma única vez, ou ser realizado durante anos: às vezes tudo é dito em uma sessão, outras vezes o assunto é

contado ao longo do tempo, em outros momentos as coisas não poderão ser escutadas porque ocorreu a partida da pessoa (seja para casa, ou para outro plano existencial – a depender da crença de cada um).

Na atualidade o trabalho nesta área pode ser desenvolvido tanto na forma presencial como na modalidade on-line, respeitando os aspectos éticos e técnicos para cada tipo de intervenção que é realizada. Os aspectos que serão elencados a seguir são possibilidades e dependerão do contexto de atuação onde os profissionais de saúde mental estarão inseridos, bem como de especificidades relacionadas às suas atribuições profissionais em determinados equipamentos de saúde. Algumas possibilidades de intervenção que atravessam diferentes saberes profissionais estão sumarizadas na **Figura 6.4**, a seguir.

- Acolhimento de demandas do paciente ou das famílias;
- Análise de possíveis sinais e sintomas psicopatológicos;
- Avaliação dos aspectos psicológicos da pessoa adoecida e/ou cuidadores;
- Auxílio na adaptação ao novo contexto de vida;
- Auxílio no estabelecimento de uma relação de confiança entre os usuários do serviço e a equipe de saúde;
- Atuação junto com os demais membros da equipe de saúde, contribuindo na adesão e permanência no tratamento;
- Auxílio na compreensão do diagnóstico, no enfrentamento do tratamento, na readaptação à vida ou na aceitação de que a doença não tem mais cura;
- Realização de encaminhamentos a outros profissionais ou a instituições;
- Auxílio na comunicação entre a família e demais profissionais de saúde;
- Aperfeiçoamento na comunicação entre os adultos e as crianças/adolescentes;
- Auxílio para o paciente expressar suas emoções, medos e angústias;
- Trabalhar a autonomia da pessoa adoecida e seus familiares para que sejam sujeitos ativos no processo de tratamento;
- Busca pela transformação do ambiente de atendimento em um espaço humanizado e potencial ao desenvolvimento da criança/adolescente;
- Auxílio no estabelecimento de uma rotina que seja favorável para as pessoas;

- Auxílio na manutenção da esperança e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- Auxílio na compreensão e controle dos sentimentos que emergem;
- Interpretação do que é manifesto e o que não é manifesto;
- Orientações;
- Análise dos mecanismos de enfrentamento e de defesa existentes;
- Verificação das necessidades de apoio das pessoas;
- Mediação de conflitos familiares;
- Auxílio na readaptação escolar;
- Compreensão dos sentidos atribuídos ao adoecer e ao processo de tratamento;
- Auxílio na manutenção de uma atitude positiva em relação à vida e ao que vivenciam;
- Auxílio na elaboração do luto;
- Análise das necessidades de suporte religioso e espiritual e encaminhamento a profissionais que possam auxiliar nesses aspectos.

Figura 6.4. *Possíveis intervenções realizadas no contexto da assistência a crianças e adolescentes com câncer.*

Considerações finais

Adoecer por câncer é um processo complexo e que envolve profundas transformações. Mesmo diante de todos os avanços alcançados ao longo dos anos o câncer ainda é uma doença que está permeada por incertezas sobre o futuro, levantando questionamentos em relação ao que poderá ou não ser vivido depois de tudo que foi enfrentado e diante dos efeitos colaterais que podem ter ficado do tratamento.

A atuação dos profissionais de saúde mental nessa área também é um desafio, pois cada contexto de trabalho apresentará potencialidades e limitações que para o desenvolvimento pleno das práticas profissionais ou para reduzir as possibilidades de atuação junto ao público atendido. O cuidado ofertado envolverá o trabalho constante e

integrado de vários profissionais de diferentes formações que devem trabalhar de forma conjunta, procurando atender às necessidades das crianças e adolescentes e familiares que acompanham o tratamento. Nesse contexto, é importante destacar que algumas profissões serão mais exigidas em termos de atenção às dimensões do cuidado em saúde mental, como a Psicologia, a Enfermagem, a Psiquiatria, a Terapia Ocupacional e o Serviço Social, por exemplo, devendo estar preparadas para atenderem às demandas que emergem nesse campo de trabalho.

As possibilidades de atuação na saúde mental são amplas, mas requerem atenção, cuidados éticos, adoção de procedimentos técnicos aliados com a empatia, a humanização, atenção, cuidado com as demandas trazidas, escuta ativa, respeito às histórias de vida de cada pessoa e às suas crenças e limitações. O trabalho na oncologia, acima de tudo, deve ser humanizado, acolhedor, desenvolvido com afeto para com as pessoas e colegas de profissão, que também são perpassados pelas vivências de dor e alegria das pessoas que acompanham em tratamento.

Referências

- Bhakta, N. et al. (2019). Childhood cancer burden: a review of global estimates. *The Lancet Oncology*, 20(1), e42-e53. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30761-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30761-7)
- Brasil. (2013). *Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 - Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ministério da Saúde. Brasília: Autor. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
- Erdmann, F., Frederiksen, L. E., Bonaventure, A., Mader, L., Hasle, H., Robison, L. L., & Winther, J. F. (2021). Childhood cancer: Survival, treatment modalities, late effects and improvements over time. *Cancer Epidemiology*, 71(Pt B), 101733. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101733>
- Fernandes, L. M. D. S., & Souza, A. M. D. (2019). Significados do câncer infantil: A morte se ocupando da vida na infância. *Psicologia em Estudo*, 24, e39521. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.39521>
- Figueiredo, B. L., Barros, S. M. M., & Andrade, M. A. C. (2020). Da suspeita ao diagnóstico de câncer infantojuvenil: A experiência de familiares em serviços de saúde. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 98-113. <http://dx.doi.org/10.38034/nps.v29i67.563>
- Gomes, I. P., Lima, K. D. A., Rodrigues, L. V., Lima, R. A. G. D., & Collet, N. (2013). Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: Perspectiva de crianças. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22, 671-679. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300013>
- Grabois, M. F., Oliveira, E. X., & Carvalho, M. S. (2011). Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: Access and equity. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(9), 1711-1720. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900005>
- Hudson, M. M., Link, M. P., & Simone, J. V. (2014). Milestones in the curability of pediatric cancers. *Journal of Clinical Oncology*, 32(23), 2391-2397. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.6571>
- Instituto Nacional do Câncer [INCA]. (2021a). *Câncer infantojuvenil*. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Autor. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>

- Instituto Nacional do Câncer [INCA]. (2021b). *Onde tratar pelo SUS*. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Autor. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>
- Instituto Nacional do Câncer [INCA]. (2020). *O que é câncer?*. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Autor. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
- Johnston, W. T., Erdmann, F., Newton, R., Steliarova-Foucher, E., Schüz, J., & Roman, E. (2021). Childhood cancer: Estimating regional and global incidence. *Cancer Epidemiology*, *71*, 101662. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101662>
- Kellie, S. J., & Howard, S. C. (2008). Global child health priorities: What role for paediatric oncologists?. *European Journal of Cancer*, *44*(16), 2388-2396. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.07.022>
- Lam, C. G., Howard, S. C., Bouffet, E., & Pritchard-Jones, K. (2019). Science and health for all children with cancer. *Science*, *363*(6432), 1182-1186. <https://doi.org/10.1126/science.aaw4892>
- Long, K. A., Marsland, A. L. (2011). Family Adjustment to Childhood Cancer: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(1), 57-88. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0082-z>
- Neris, R. R., & Nascimento, L. C. (2021). Sobrevivência ao câncer infantojuvenil: Reflexões emergentes à enfermagem em oncologia pediátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *55*. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020041803761>
- Pritchard-Jones, K., Pieters, R., Reaman, G. H., Hjorth, L., Downie, P., Calaminus, G., Naafs-Wilstra, M. C., & Steliarova-Foucher, E. (2013). Sustaining innovation and improvement in the treatment of childhood cancer: Lessons from high-income countries. *The Lancet Oncology*, *14*(3), e95-e103. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70010-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70010-X)
- Rodriguez-Galindo, C., Friedrich, P., Alcasabas, P., Antillon, F., Banavali, S., Castillo, L., Israels, T., Jeha, S., Harif, M., Sullivan, M. J., Quah, T. C., Patte, C., Pui, C. H., Barr, R., & Gross, T. (2015). Toward the cure of all children with cancer through collaborative efforts: Pediatric oncology as a global challenge. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *33*(27), 3065-3073. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.60.6376>

- Rodriguez-Galindo, C., Friedrich, P., Morrissey, L., & Frazier, L. (2013). Global challenges in pediatric oncology. *Current Opinion in Pediatrics*, 25(1), 3-15. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32835c1cbe>
- Rossato, L., Panobianco, M. S., & Scorsolini-Comin, F. (2020). Grupo operativo com estudantes de enfermagem: Vivência em uma liga acadêmica de oncologia. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e34690. <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34690>
- Rossato, L., Ullán, A. M., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Repercussões psicossociais do adoecimento por câncer na infância e na adolescência. *Mudanças*, 29(2), 55-62.
- Rossell, N., Challinor, J., Gigengack, R., & Reis, R. (2017). Choosing a miracle: Impoverishment, mistrust, and discordant views in abandonment of treatment of children with cancer in El Salvador. *Psycho-oncology*, 26(9), 1324-1329. <https://doi.org/10.1002/pon.4302>
- Schüz, J., & Roman, E. (2021). Childhood cancer: A global perspective. *Cancer Epidemiology*, 71(Pt B), 101878. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101878>
- Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., Hesselning, P., Shin, H. Y., Stiller, C. A., & IICC-3 contributors. (2017). International incidence of childhood cancer, 2001-10: A population-based registry study. *The Lancet Oncology*, 18(6), 719-731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)
- Suárez, A., Guzmán, C., Villa, B., & Gamboa, Ó. (2011). Abandono del tratamiento: Una causa de muerte evitable en el niño con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 15(1), 22-29. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(11\)70077-4](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(11)70077-4)
- World Health Organization – WHO. (2021a). *Cancer*. World Health Organization. Genève: Autor. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- World Health Organization – WHO. (2021b). *Childhood cancer*. World Health Organization. Genève: Autor. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- Zuzak, T. J., Kameda, G., Schütze, T., Kaatsch, P., Seifert, G., Bailey, R., & Längler, A. (2016). Contributing factors and outcomes of treatment refusal in pediatric oncology in Germany. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(10), 1800-1805. <https://doi.org/10.1002/pbc.26111>

CAPÍTULO 7

A assistência a pessoas vivendo com HIV/aids: aspectos introdutórios para pensarmos a interprofissionalidade

Patrícia Paiva Carvalho

Fabio Scorsolini-Comin

O cuidado integral em saúde compreende o sujeito no seu contexto biopsicossocial, cujo princípio norteador é o olhar para a integralidade de toda a dimensão humana. Esse modelo surge em um contraponto ao modelo biomédico, cujas ações estão centradas no adoecimento e ocorrem pela lógica da medicalização e verticalização de programas e de intervenções (Silveira et al., 2020; World Health Organization [WHO], 1998).

Na atenção integral, as ações devem envolver o usuário, sua família e a comunidade. Ainda que sejamos orientados pelo modelo biomédico em diversos equipamentos e no modo como os sistemas de saúde se organizam, essa lógica tem sido paulatinamente questionada, abrindo cada vez mais espaço para pensarmos não apenas a integralidade, mas também como fortalecer essa nova lógica na assistência em saúde.

A assistência integral em saúde prevê que o cuidado seja realizado por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas. Observa-se que há uma demanda que transcende o trabalho individualizado de diferentes núcleos profissionais, que necessita de ações de cooperação entre equipes e a conexão dos saberes de modo interdisciplinar (Oliveira et al., 2020).

No contexto do HIV/aids, as ações devem ser pautadas no cuidado integral à saúde, haja vista a complexidade envolvida em sua assistência e na sua prevenção. Assim, os saberes profissionais devem se apresentar de modo a propiciar não uma atenção pautada na especialização e na fragmentação do cuidado, mas no sentido de fomentar um olhar interprofissional, o que pressupõe não apenas a integração desses saberes, mas a intervenção contínua e compartilhada. A partir desses pressupostos, este presente capítulo tem como objetivo apresentar os aspectos introdutórios acerca da infecção pelo HIV e de suas repercussões, conceitos que fundamentam o cuidado em saúde de adultos vivendo com HIV/aids.

O que é o HIV/aids?

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), tendo emergido como uma nova classificação nosológica no início da década de 1980. O HIV é um retrovírus, sendo conhecidos os vírus HIV-1 e HIV-2. Os casos de aids, em sua maioria, resultam da infecção pelo HIV-1. O vírus se apropria e destrói um subconjunto de linfócitos, conhecidos como T-CD4 (CD4), que exercem papel central na imunidade celular. À medida que a doença progride, há uma constante redução do CD4, que leva a um colapso na imunidade celular, tornando as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) vulneráveis a infecções e neoplasias associadas, que podem levar à morte (Ministério da Saúde, 2018a).

A pandemia por HIV/aids continua a representar um problema mundial de saúde pública, sendo que, no mundo, estima-se a existência de 37,6 milhões de pessoas vivendo com a doença. No ano de 2021, mundialmente, foram registradas 690.000 mortes (United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2021). No Brasil, desde o início da infecção até junho de 2020 foram registrados 1.011.617 casos de aids. Em 2019, foram contabilizados um total de 10.565 óbitos por causa básica aids, perfazendo uma taxa de mortalidade padronizada de 4,1/100mil habitantes. Observa-se que 65,7 dos casos são em homens e 34,3% em mulheres, com destaque para aumento nos últimos anos nas taxas de detecção de aids em homens jovens de 15 a 24 anos (Ministério da Saúde, 2020a).

Verifica-se um amplo espectro de apresentações clínicas e diferentes fases da infecção. A fase inicial, chamada de aguda, abrange as primeiras semanas da infecção até o

aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soro conversão). Na infecção inicial pelo HIV se faz presente um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda. A próxima fase é a de latência clínica, em que o vírus está ativo, mas se multiplica em níveis baixos, possibilitando que a contagem de CD4 permaneça acima de 350 células/mm³ de sangue e que a pessoa permaneça assintomática. Nesta etapa, o exame clínico tende a ser normal, exceto por linfonodos aumentados (Ministério da Saúde, 2018a).

À medida que o CD4 vai diminuindo a pessoa pode iniciar alguns sintomas, como febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, lesões orais, herpes zoster, entre outros. Todavia, como o sistema imunológico continua sob ataque constante do HIV, os níveis de CD4 são reduzidos a menos de 200 células/mm³. Nesse momento a aids se estabelece, sendo marcada pelo aparecimento de infecções e neoplasias associadas ao HIV. Dentre as infecções associadas ao vírus mais comuns tem-se: a neurotoxoplasmose, a tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, a pneumocistose, a histoplasmose, a meningite criptocócica, o herpes zoster, a candidíase esofágica e orofaríngea, entre outras. Já as neoplasias mais comuns são sarcoma de kaposi, linfoma não hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens (Ministério da Saúde, 2018a).

É importante conhecer as manifestações da infecção, com vistas ao diagnóstico precoce e oportuno. Infelizmente há uma grande parcela de PVHA que realiza o diagnóstico em estágios avançados da doença, aumentando o risco de agravamento de sua condição de saúde e de morte, além de contribuírem para a transmissão do vírus. É recomendado o oferecimento de testagem para o HIV e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) a todas as pessoas sexualmente ativas (Ministério da Saúde, 2018a, 2018b).

Tratamento e prevenção do HIV/aids

Com a introdução e a disponibilidade da terapia antirretroviral (TARV) nas últimas décadas, observou-se uma importante diminuição da morbidade e da mortalidade relacionadas ao HIV/aids, transformando a infecção em uma condição crônica com possibilidades de controle (Seidl & Remor, 2020). A TARV tem como objetivo regular a progressão do HIV por meio da supressão de sua carga viral plasmática, melhorando, assim, a reconstituição imunológica da PVHA e impedindo a transmissão do vírus (Ministério da Saúde, 2018a; Rodger et al., 2016, 2019).

A TARV, entretanto, pode ocasionar efeitos adversos que, no geral, ocorrem no início do tratamento e tendem a desaparecer em dias ou semanas, existindo alternativas para manejá-los. Segundo as Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Ministério da Saúde, 2018a), as PVHA, ao longo de seu tratamento, podem apresentar alterações resultantes da ação do retrovírus e associadas aos efeitos tóxicos da TARV. Ainda segundo essas diretrizes, esses efeitos podem ocasionar danos renais, hepáticos, gástricos, intestinais, neuropsiquiátricos e ósseos, além de alterações no metabolismo, provocando lipodistrofia (mudança na distribuição de gordura no corpo), dislipidemia, diabetes, hipertrigliceridemia, entre outras doenças (Carvalho, 2017).

A eficácia da TARV depende necessariamente de sua adesão por toda a vida. O processo de adesão é um grande desafio para as PVHA e para os serviços de saúde, sendo complexo, dinâmico e multideterminado, que se relaciona diretamente com o contexto econômico e sociocultural em que a pessoa está inserida (Carvalho et al., 2019; Rocha et al., 2011). A adesão envolve a tomada do medicamento na dose e frequência prescritas, mas vai além, abrangendo a compreensão e apropriação do diagnóstico.

Há controvérsias sobre as definições de boa e má adesão à TARV. Os primeiros estudos sobre adesão indicavam que pelo menos 95% de adesão ao tratamento seria necessária para manter a carga viral do HIV indetectável (Rocha et al., 2011). Atualmente há evidências de que os novos esquemas antirretrovirais são capazes de manter a supressão viral em taxas de adesão inferiores a 95% (Byrd et al., 2019). O monitoramento da adesão pode ser realizado por medidas indiretas como: autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos e registros de dispensação de TARV, além de medidas diretas como: detecção dos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue, contudo não há uma medida padrão ouro (Rocha et al., 2011).

A literatura científica aponta múltiplos os fatores associados com a adesão à TARV, principalmente: características sociodemográficas; fatores psicossociais; características do tratamento; características da infecção pelo HIV/aids; relação com o serviço de saúde e apoio social (Carvalho et al., 2019). A adesão deve ser compreendida como um dos principais objetivos dos serviços de saúde de referência ao atendimento às PVHA (Carvalho et al., 2019; Rocha et al. 2011). Dentre os facilitadores da adesão estão (Ministério da Saúde, 2018a):

1. Esquema terapêutico simplificado;
2. Conhecimento e compreensão sobre a infecção e sobre o tratamento;
3. Acolhimento e escuta ativa da pessoa pela equipe multidisciplinar;
4. Vínculo com os profissionais de saúde, equipe e o serviço de saúde;
5. Capacitação adequada da equipe multidisciplinar;
6. Acesso facilitado aos antirretrovirais;
7. Apoio e suporte social.

Em resposta ao HIV/aids, no Brasil, é possível destacar alguns marcos legais. Dentre eles está a Lei 9113/96, que garantiu a distribuição universal e gratuita da TARV às PVHA (Lei n.9113, 1996). Outro marco é o compromisso com as metas 90/90/90, assumidas junto à UNAIDS em 2014, nas quais os países deveriam atingir até 2020: 90% de PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em uso de TARV e 90% das PVHA em TARV com supressão viral (Ministério da Saúde, 2018a). Atualmente a UNAIDS propôs uma meta ainda mais ambiciosa, a 95/95/95 para 2030, perfazendo um grande desafio (UNAIDS, 2015, 2021). Esses indicadores, no mundo, foram de 84/87/90 em 2020 e no Brasil, em 2019, foram de 89/77/94 (Ministério da Saúde, 2020b; UNAIDS, 2021).

Para o monitoramento e acompanhamento dessas metas, surge o modelo conceitual da cascata de cuidados contínuos da PVHA, podendo ser compreendido como o processo de atenção aos usuários que vivem com HIV/aids, abrangendo os seguintes momentos (Ministério da Saúde, 2018a):

1. Diagnóstico oportuno;
2. Vinculação da PVHA a um serviço de saúde;
3. Sua retenção no seguimento, para acompanhamento clínico e realização periódica de exames;
4. Início dos antirretrovirais e promoção da boa adesão;
5. Supressão da carga viral nos serviços de saúde, o início e a adesão à TARV e a supressão viral.

A avaliação dos indicadores de adesão, retenção e perda de seguimento de tratamento apontam que é necessário investir não apenas em ações e políticas públicas que

facilitem o acesso das PVHA aos antirretrovirais, mas também em intervenções específicas para promover a adesão (Ministério da Saúde, 2020b).

Outros marcos no enfrentamento da pandemia na atualidade, adotados pelo Brasil desde dezembro de 2013, são os protocolos denominados Tratamento como Prevenção (TasP) e o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), que recomendam o início da TARV, quando possível, desde a confirmação do diagnóstico, configurando-se como uma das medidas mais relevantes no controle da transmissão do vírus (Ministério da Saúde, 2018a, 2018b; Seidl & Remor, 2020). Estes protocolos baseiam-se em evidências de que PVHA que apresentam supressão viral em longo prazo, ou seja, carga viral indetectável há pelo menos seis meses, não transmitem o HIV em relações sexuais sem o uso de preservativo. Tais descobertas apoiam o conceito de que indetectável é igual à intransmissível, além dos benefícios do diagnóstico precoce e do tratamento para o HIV (Ministério da Saúde, 2019; Rodger et al. 2016 e 2019).

O TasP e o TTP integram outro programa relevante em resposta à infecção, o modelo da Prevenção Combinada do HIV, que remete ao uso de diferentes métodos combinados de prevenção de acordo com as possibilidades e as escolhas de cada pessoa, levando em consideração a singularidade dos sujeitos e/ou grupos e as especificidades de seu contexto. Uma Prevenção Combinada eficaz deve ir ao encontro das necessidades locais da epidemia, garantindo que as intervenções estejam em consonância com o contexto, práticas e processo identitários de cada pessoa. O símbolo da mandala (**Figura 7.1**) representa algumas das diferentes estratégias de prevenção (Ministério da Saúde, 2018a, 2018b):

A epidemia no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais que se encontram em maior vulnerabilidade ao HIV/aids, em que sua prevalência é superior à média nacional. A Prevenção Combinada deve se concentrar nesses grupos, identificados como populações-chave, constituídas por mulheres trans, profissionais do sexo, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas em privação de liberdade e suas parcerias sexuais, além dos grupos prioritários que, no Brasil, são formados pela população negra, jovens, pessoas em situação de rua e indígenas. É importante destacar que tal vulnerabilidade é um reflexo de determinantes e condicionamentos sociais e fragilidades estruturais (Ministério da Saúde, 2018b).

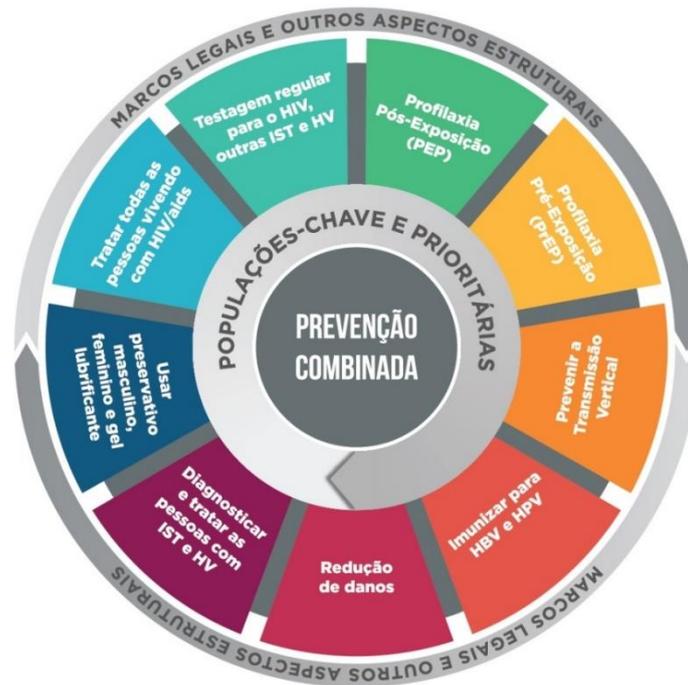


Figura 7.1. Mandala representando diferentes estratégias de prevenção³.

Concentrar os esforços de prevenção em alguns segmentos populacionais específicos obedece ao princípio da equidade, cujo atendimento vai ao encontro das necessidades de cada sujeito. Na construção social da infecção por HIV/aids, inicialmente, no imaginário social – e infelizmente ainda nos dias de hoje – ela esteve associada à sexualidade e à afetividade de populações já estigmatizadas, como homossexuais, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

Ao se buscar enfrentar as condições de vulnerabilidade à epidemia, uma das ações prioritárias é o combate aos processos estigmatizantes e discriminatórios relacionados ao HIV/aids (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2020). Pontua-se que a vulnerabilidade tem ao fundo a experiência da invisibilidade social, que se relaciona intimamente ao estigma, à exclusão e à discriminação, causando um profundo sofrimento psicossocial (Ministério da Saúde, 2018b).

O HIV/aids é um fenômeno complexo que envolve questões psicológicas, sociais, culturais, econômicas, políticas, que perpassam os aspectos epidemiológicos e biomédicos.

³ Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

As representações sociais sobre a infecção interferem na aceitação do diagnóstico e na adesão ao tratamento. Muitas vezes receber um diagnóstico positivo para HIV pode ser considerado como um evento estressor e traumático na vida de uma pessoa, o que coloca às PVHA em maior vulnerabilidade social e emocional.

A presença da infecção acarreta a maior probabilidade de sofrimento psicossocial, bem como no desenvolvimento de alterações psicopatológicas, como transtornos de depressão e ansiedade. Mesmo que o HIV/aids tenha deixado de ser uma doença com um prognóstico ruim, permanece seu impacto biopsicossocial e suas implicações na subjetividade e na saúde mental dessa população (Bernard et al., 2017; Nogueira & Seidl, 2016).

É necessário ampliar a rede de apoio tanto às PVHA, como para as populações-chave e os grupos prioritários, aumentando o número de ações que fortaleçam essa rede como, por exemplo, ao favorecer o compartilhamento de experiências entre os atores sociais e estimular programas de educação continuada para os profissionais das múltiplas políticas públicas. Tais estratégias podem garantir um atendimento de maior qualidade às PVHA e uma melhoria nas ações de prevenção às IST e ao HIV/aids, além de fomentar a implementação de novas políticas públicas de promoção à saúde (CFP, 2020).

Atuação interprofissional no contexto do HIV/aids

No Brasil, construído pelo Ministério da Saúde, o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” oferece recomendações atualizadas para a assistência, prevenção da transmissão do vírus e tratamento das PVHA (Ministério da Saúde, 2018a). A linha de cuidado do HIV deve ser organizada em atividades de promoção, prevenção e assistência, nos serviços de atenção primária, secundária e terciária, como também se pautar nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade e a interdisciplinaridade das ações, a universalidade da atenção, a descentralização das ações, a participação e o controle social.

A atuação deve ser multiprofissional e intersetorial, estando vinculada ao conceito da clínica ampliada, na qual se baseia no compromisso e na responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, vistos de modo singular e em todas as suas dimensões (CFP, 2020). Além de que a atitude do profissional deve ser respeitosa, ética e de acolhimento,

implicando em um encontro baseado no afeto e na empatia entre o mesmo e a pessoa em atendimento, que considere todos os aspectos que perpassam o viver com HIV/aids e, principalmente, a subjetividade da pessoa nesse processo.

A equipe de profissionais deve estar apta a estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo para esse grupo, delineando um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades reais de cada pessoa assistida e de seu contexto. O HIV/aids continua na invisibilidade social e atravessado pelo estigma e preconceito. Há muito pelo que lutar, o que é possível com o oferecimento de um cuidado integral a essa população, que priorize sua qualidade de vida, fortalecimento de sua autonomia e garantia de direitos. É urgente o fomento à pesquisa e o investimento em políticas públicas visando à prevenção do HIV/aids, ao enfrentamento da discriminação e das vulnerabilidades relacionadas à infecção e, por fim, à promoção de saúde integral junto a esse público.

Considerações finais

Este capítulo teve por objetivo apresentar os aspectos introdutórios acerca da infecção pelo HIV e de suas repercussões, conceitos que fundamentam o cuidado em saúde de pessoas vivendo com HIV/aids. Esses aspectos são de suma importância não apenas para nos atualizarmos em relação ao modo como o tratamento para o HIV/aids tem progredido nos últimos anos, mas para, efetivamente, pensarmos em como o cuidado a essa população tem sido oferecido. Munidos desses conhecimentos podemos pensar especificamente na atuação em diferentes momentos desse itinerário, quer seja na prevenção, na promoção de saúde junto a essa população, na orientação a familiares e companheiros/as e no acolhimento desses diferentes agentes nos sistemas de saúde.

A interprofissionalidade nesse campo precisa caminhar tendo em vista que os diferentes saberes compõem um fazer que se volta a sujeitos que devem ser cotejados em sua complexidade. Também esse fazer, imerso na complexidade, pode ser corporificado por diferentes categorias. Não se trata de recusar a especialidade, pelo contrário, mas de empregá-la de modo a construir pontes entre esses profissionais e práticas que permitam ao sujeito integrar-se diante dessa condição crônica. É por essa razão que o presente capítulo, apesar de ser escrito por profissionais da Psicologia, endereça-se para todos os profissionais interessados nesse fazer mais integral e mais humanizado.

Referências

- Bernard, C., Dabis, F., & Rekeneire, N. (2017). Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, *12*(8), e0181960. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181960>
- Byrd, K. K., Hou, J. G., Hazen, R., Kirkham, H., Suzuki, S., Clay, P. G., Bush, T., Camp, N. M., Weidle, P. J., Delpino, A., & Patient-Centered HIV Care Model Team (2019). Antiretroviral Adherence Level Necessary for HIV Viral Suppression Using Real-World Data. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *82*(3), 245-251. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002142>
- Carvalho, P. P. (2017). *Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids*. (Dissertação, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro).
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Coelho, H. C., & Penaforte, F. R. O. (2019). Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*, 2543-2555. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2020). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos programas e serviços de IST/HIV/AIDS*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. <https://site.cfp.org.br/publicacao/crepop-atuacao-em-programas-e-servicos-de-ist-hiv-aids>
- Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Presidência da República.
- Ministério da Saúde. (2018a). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. <https://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
- Ministério da Saúde. (2018b). *Prevenção combinada do HIV*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis do HIV/aids e Hepatites Virais. <https://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>

Ministério da Saúde. (2019). *Nota Informativa n. 5 de 2019. Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6 (seis) meses.* Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. <https://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsms>

Ministério da Saúde. (2020a). *Boletim epidemiológico HIV Aids-2020.* Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/aids e Hepatites Virais. <https://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2020>

Ministério da Saúde. (2020b). *Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020.* Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/aids e Hepatites Virais. <https://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2020>

Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Asociación entre la percepción de la enfermedad y la ansiedad, la depresión y la auto-eficacia en las personas con VIH/SIDA. *Temas em Psicologia, 24*(2), 595-608. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-12>

Oliveira, M. C. C., Oliveira, M. A. C., Pereira, K. D., Oliveira, G. E., Coutinho, M. L. S. A., Maia, Y. M. S., Gondim, F. S. S., & de Souza Barbosa, D. (2020). Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. *Brazilian Journal of Health Review, 3*(5), 13578-13588. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-179>

Rocha, G. M., Machado, C. J., Acurcio, F. D. A., & Guimarães, M. D. C. (2011). Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cadernos de Saúde Pública, 27*, s67-s78. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300008>

Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Van Lunzen, J., & PARTNER Study Group. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *Jama, 316*(2), 171-181. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>

- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., & Pechenot, V. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393(10189), 2428-2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
- Seidl, E. M. F., & Remor, E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(n. spe), e36nspe6. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>
- Silveira, J. L. G. C. D., Kremer, M. M., Silveira, M. E. U. C. D., & Schneider, A. C. T. D. C. (2020). Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190499. <https://doi.org/10.1590/Interface.190499>
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2015). *Understanding fast-track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030*. United Nations. https://unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2021). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. United Nations. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70897/W?sequence=1>

CAPÍTULO 8

Perspectivas da Terapia Comunitária Integrativa para o cuidado interprofissional em saúde mental

Grasiele Cristina Lucietto

Rosa Lucia Rocha Ribeiro

Fabio Scorsolini-Comin

A Terapia Comunitária Integrativa tem se mostrado como uma estratégia de cuidado efetiva no campo da saúde mental. Genuinamente brasileira, esta prática integrativa e complementar foi criada em 1987 pelo professor Adalberto de Paula Barreto, da Universidade Federal do Ceará. Está alicerçada em cinco pilares teóricos, sendo eles: o Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência. A Terapia Comunitária Integrativa vem sendo aplicada em diversos contextos e populações, especialmente com os socialmente marginalizados e excluídos. Os resultados dessa prática vêm evidenciando sua eficácia como ferramenta de intervenção social na atenção à saúde, enfatizando a promoção da saúde, prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida.

Diante desse panorama, este capítulo⁴ tem o objetivo de apresentar o método da Terapia Comunitária Integrativa, bem como compartilhar experiências exitosas em múltiplos

⁴ Este capítulo tem como base a Dissertação de Mestrado em Enfermagem da primeira autora, defendida junto à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), sob orientação da segunda autora e intitulada Terapia

cenários e comunidades. A partir desses endereçamentos, busca-se fomentar uma discussão alicerçada nas possibilidades do uso dessa prática pelos profissionais de saúde no cuidado em saúde mental.

Aspectos introdutórios

A assistência prestada nas práticas de saúde tem se reconstruído alicerçada em estratégias de humanização e integralidade do cuidado em saúde, por meio do acolhimento e estabelecimento de vínculo, na promoção de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo (Ayres, 2004). Embora a humanização e a integralidade possam, muitas vezes, serem esvaziadas de sentido a partir do modo como são empregadas largamente em estudos e em práticas de cuidado, problematizá-las é um desafio perene na assistência em saúde.

Mais do que pilares ou orientações vastamente compartilhadas, a humanização e a integralidade compõem nortes que devem ser seguidos no cuidado em saúde. Assim, cabe fazer um questionamento inicial: como podemos, enquanto profissionais de saúde, nos comprometer com a oferta de práticas realmente humanizadas e integrais às populações que atendemos cotidianamente?

No âmbito da saúde mental, o movimento sanitário e a Reforma Psiquiátrica estabeleceram a premência de reordenação do entendimento da saúde. O novo modo de cuidar proposto sugere o sujeito, sua família e a comunidade como os elementos centrais do processo terapêutico em saúde mental, ao invés da centralidade na doença e no manicômio do modelo existente até aquele momento (Kinker, Moreira, & Bertuol, 2018).

Diante disso, a utilização de novas práticas em saúde com o intuito de oferecer um cuidado integral e humanizado, que atenda às necessidades da população, impulsiona a criação de políticas e práticas que contemplem os anseios do indivíduo, com sua dinamicidade, apto para participar ativamente na luta por seus direitos e no exercício de sua autonomia (Lopes et al., 2009). Aqui ampliamos o foco do nosso olhar: para além de uma prática centrada no indivíduo, há a demanda pela oferta de propostas que possam cotejar

Comunitária Integrativa como cuidado de Enfermagem em ambulatório de nefrologia pediátrica (Lucietto, 2014).

o coletivo, descolando de um discurso fortemente atrelado ao modelo biomédico e a perspectivas mais positivistas.

Nesta perspectiva, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) assumem um importante espaço no cuidado em saúde mental ao oferecer sistemas, recursos culturais e abordagens holísticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde baseados em tecnologias eficazes e seguras, enfatizando a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do sujeito com o meio ambiente e a sociedade. Vale ressaltar que essas práticas complementares surgem com intuito de ampliar e agregar valor às ações desenvolvidas nos serviços de saúde, com intuito de complementaridade e de modo algum para substituição ou competição excludente com as práticas tradicionais (Brasil, 2008).

Entre essas práticas, enfatizaremos neste capítulo a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), desenvolvida em 1987 pelo professor Adalberto de Paula Barreto, da Universidade Federal do Ceará, embasada em conhecimentos acumulados em seu processo formativo. O professor Adalberto é médico, com doutorado em Psiquiatria e em Antropologia, também licenciado em Filosofia e em Teologia. Propõe, de uma forma simples e eficiente, abordar e acolher o sofrimento humano gerado pela sociedade moderna, estimulando o fortalecimento de redes sociais de forma a prevenir a evolução de problemas familiares e sociais para doenças, como dependências químicas e depressão. Para iniciar a apresentação do modelo abordaremos, a seguir, as bases teóricas da TCI (Lucietto, 2014).

Bases teóricas da TCI

A elaboração da TCI foi fundamentada em cinco pilares teóricos: o Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência.

O primeiro pilar teórico é o Pensamento Sistêmico. Esse fundamento estabelece que as crises e os problemas pessoais só são capazes de ser elucidados se compreendidos como peças integradas de uma rede complexa que abrange o biológico, o psicológico e a sociedade (Barreto, 2010). Enquanto boa parte das definições de saúde, como a da Organização Mundial da Saúde (OMS), caracterizam essa dimensão como um estado inerte de completo bem-estar físico, mental e social, o conceito sistêmico de saúde pressupõe que

a atividade e as mudanças contínuas refletem na resposta do organismo aos desafios do ambiente, ou seja, que a saúde é um processo contínuo (Capra, 2012; Lucietto, 2014).

Em relação a Teoria da Comunicação, Adalberto Barreto destaca que a comunicação é o elemento que aproxima os indivíduos, a família e a sociedade, podendo essa ser verbal ou não, individual ou coletiva, indo além das palavras, existindo em todo comportamento humano (Barreto, 2010). Diante disso, a TCI se configura como uma estratégia em que o diálogo se estabelece de forma horizontal e circular, permitindo o mesmo poder de fala aos participantes.

A TCI pode ser empregada nos serviços de saúde integrando e valorizando a cultura, a história de vida, os contextos sociais, políticos, familiares e comunitários das pessoas. Um ditado popular muito utilizado na TCI destaca este aspecto ao afirmar “quando a boca cala, os órgãos falam e quando a boca fala, os órgãos saram”. Dessa forma, o terapeuta comunitário encoraja os participantes a se expressar verbalmente para não adoecerem de outras formas (Brasil, 2008).

A Antropologia Cultural valoriza as diferentes culturas, enfatizando-as como um elemento primordial de referência na identidade pessoal e grupal. É por meio dessa referência que os sujeitos se afirmam, se aceitam e assumem sua identidade (Lucietto, 2014). Barreto (2010) afirma a necessidade de compreendermos este recurso para que possamos aumentar nossas competências e solucionar problemas sociais.

A Resiliência, outro pilar da TCI, é definida como o saber gerado a partir do enfrentamento das dificuldades. Caracteriza-se pela habilidade de transformar a dor em aprendizado, o sofrimento em competência (Camarotti, 2013). A resiliência é imprescindível para a TCI, uma vez que é a partir da vivência de cada participante, seus sofrimentos e vitórias, expressos nos encontros em grupo, que é possível ressignificar essas vivências, estabelecer vínculos e proporcionar que os participantes consigam superar as dificuldades impostas e solucionem os problemas (Barreto, 2010).

O quinto pilar teórico é a Pedagogia de Paulo Freire, utilizada por Adalberto Barreto para construir o método da TCI, ou seja, seu passo a passo. Seus princípios estabelecem que ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, isto é, de um momento para falar e outro para ouvir, de um tempo para aprender e outro para ensinar. Adalberto Barreto, ao idealizar a TCI como uma estratégia de cuidado em grupo, instituída por circunstâncias de ensino-aprendizagem, escolheu a Pedagogia de Paulo Freire como um de

seus alicerces teóricos por enaltecer a cultura popular, a horizontalidade do saber entre educador e educandos e oportunizar a libertação das pessoas das diversas formas de opressão (Barreto, 2010).

A técnica da TCI

Atualmente a TCI está entre as quatro PIC mais realizadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil, em relação ao número de equipes atuantes (Silva et al., 2020). Essa estratégia de cuidado permite trabalhar com diversos grupos e suas particularidades de modo dinâmico, participativo e reflexivo, propiciando um espaço aberto para o compartilhamento de problemas e inquietações que repercutirão no diálogo em prol da busca de soluções para os conflitos existentes (Carvalho et al., 2013; Lemes et al., 2020).

A TCI é um método simples, em que os participantes se encontram, formam uma roda ao sentarem lado a lado, com a finalidade de partilhar angústias, problemas ou dificuldades rotineiras, sejam elas individuais e/ou coletivas, assim como histórias de superação e alegrias. Esses compartilhamentos de informações/saberes/vivências são transformados em oportunidades de crescimento pessoal por meio da valorização dos saberes de cada pessoa e de sua competência para superação dos desafios cotidianos (Barreto & Lazarte, 2013).

A TCI parte de uma “situação problema” revelada por algum participante da roda. Baseada nessa situação, os terapeutas comunitários buscam estimular o crescimento do indivíduo e da comunidade em que está inserido, visando à autonomia e à liberdade (Barreto, 2010). Com a TCI, o protagonismo da própria saúde e da saúde coletiva é constituído, haja vista que torna a saúde um espaço público, em que todos são convidados a agir e não como um objeto de espaço privado, restrito da intervenção de profissionais e instituições (Brasil, 2008).

A fim de que a técnica da TCI pudesse ser replicada em diversos cenários e populações, Adalberto Barreto estabeleceu um passo a passo para que as conduções das rodas seguissem um protocolo de execução. A seguir, na Figura 8, apresentaremos um breve relato de cada um desses passos (Barreto, 2010; Silva et al., 2020), também sumarizados no estudo de Lucietto (2014), conforme **Figura 8.1**.

- Passo 1 - **Acolhimento**: o terapeuta dá as boas-vindas aos participantes, celebra alguma conquista ou aniversário, canta músicas adequadas à celebração. Nesta etapa ocorre uma breve explicação do que é a TCI e suas regras. A finalização desta etapa acontece com uma dinâmica para interação entre as pessoas (“quebra gelo”);
- Passo 2 - **Escolha do tema/inquietação**: o terapeuta propõe para os participantes que discorram resumidamente sobre suas preocupações, angústias ou inquietações que são transformados em temas, para na sequência proceder a votação do grupo para a escolha do tema a ser aprofundado naquele encontro;
- Passo 3 - **Contextualização**: o terapeuta convida o participante cujo tema foi escolhido em votação para falar com mais detalhes acerca da sua inquietação e explica aos demais integrantes que nesse momento podem fazer perguntas para auxiliar na compreensão do sofrimento da pessoa;
- Passo 4 – **Problematização/partilha de experiências**: o terapeuta lança um mote (pergunta chave) e estimula o grupo para compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento das situações semelhantes a do protagonista e que foram vivenciadas pelos demais;
- Passo 5 – **Finalização/rituais de agregação e conotação positiva**: o terapeuta convida os integrantes para se levantar e formar uma roda de apoio. Todos ficam ombro a ombro e o terapeuta estimula a valorização do esforço e da coragem das pessoas que expuseram os temas durante a roda. Ele lança uma reflexão e solicita que os demais façam o mesmo. Costuma-se incentivar a reflexão por meio do seguinte questionamento: o que é que aprendi hoje aqui e o que vou levando para a minha vida?
- Passo 6 – **Avaliação/pós-roda**: momento de analisar a condução da terapia pela equipe que realizou, com intuito de processar os pontos positivos e negativos, bem como o impacto da roda para cada participante.

Figura 8.1. Modelo de seis passos da TCI.

Para o bom andamento das rodas são estabelecidas algumas regras indispensáveis, como: fazer silêncio; falar sempre na primeira pessoa; não dar conselhos, não fazer

juízos; propor músicas, poemas, piadas, histórias que tenham relação com o tema que está sendo compartilhado, em qualquer momento da sessão de TCI, tanto pelo terapeuta como por qualquer integrante da roda (Barreto, 2010; Lucietto, 2014). A fim de que a TCI possa ser conhecida em suas diferentes possibilidades de aplicação, compartilharemos, a seguir, relatos de experiências grupais exitosas disponíveis na literatura científica.

Algumas experiências exitosas

Esta estratégia de cuidado complementar vem sendo praticada em diversos contextos e comunidades, sobretudo com os socialmente marginalizados e excluídos. Atualmente, está presente em 27 países, nos continentes americano, europeu e africano. Em 2020 existiam 42 polos formadores em TCI, credenciados pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (Abratecom), presentes em todas regiões do Brasil (15 Estados Brasileiros) e América Latina. Já foram capacitados mais de 30 mil terapeutas comunitários até 2011, atuando nas mais diversas áreas, especialmente no setor público, como saúde, educação, justiça, direitos humanos, segurança pública e em calamidades públicas (Silva et al., 2020; Silva Franco et al., 2020; Lemes et al., 2020).

Sem a pretensão de abarcar todo o universo dos estudos sobre a aplicação da TCI, assinalamos aqui algumas experiências exitosas apenas para fomentar perspectivas e possibilidades do uso desta prática pelos profissionais de saúde no cuidado em saúde mental.

No estado de Mato Grosso, no ano de 2011, foi desenvolvido um estudo em que se aplicou a TCI com o objetivo de promover a saúde mental de estudantes universitários, oferecendo subsídios teórico-metodológicos para a estruturação e implementação desta prática de cuidado ao estudante universitário em outras universidades. A experiência foi muito exitosa, pois demonstrou a efetividade da TCI para a promoção da saúde desse grupo, evidenciando sua relevância para o “fortalecimento e criação de vínculos, a constituição de redes solidárias por ser um espaço de fala e de escuta de seus sofrimentos, de valorização de sua vida e de suas potencialidades, de promoção da autoestima e de estímulo ao desenvolvimento de uma consciência” crítica (Buzeli et al., 2012, p. 333). Impulsionada pela evidente contribuição da TCI para a promoção da saúde mental dos estudantes, a partir dessa pesquisa, a Universidade Federal de Mato Grosso incorporou a prática no seu

programa de assistência estudantil com o chamado Projeto “Aconchega” (Universidade Federal do Mato Grosso [UFMT], 2019).

Também em Mato Grosso foi realizada uma pesquisa intervenção para compreender as repercussões da TCI realizada com pessoas doentes renais durante sessões de hemodiálise. O estudo demonstrou que a intervenção provocou sentimentos de grande emoção, admiração e compaixão, sendo que os pacientes foram beneficiados pois passaram de angustiados e entristecidos para serenos e alegres à medida em que a roda foi se desenvolvendo, demonstrando que a TCI é uma prática efetiva para o cuidado em saúde mental nesse contexto (Melo et al., 2015).

A TCI também foi objeto de investigação junto a pessoas que vivenciam a doença falciforme, demonstrando ser pertinente para suscitar a problematização dessa situação de adoecimento, possibilitando refletir sobre a realidade e suas contradições. A TCI contribuiu sobremaneira para esse grupo, pois evidenciou a árdua luta das pessoas que vivenciam essa condição na busca pelo cuidado à saúde (Figueiró, 2016).

Um estudo realizado em Mato Grosso com familiares de crianças com doenças renais crônicas apontou a TCI como um espaço privilegiado para a partilha experiências e melhora da autoestima. Evidenciou que a troca, o diálogo, conhecer os sofrimentos do outro serviram de fonte para construção da resiliência, contribuindo para a formação de redes solidárias e promoção da autonomia. A TCI despontou como uma estratégia de cuidado complementar efetiva neste contexto (Lucietto et al., 2018).

Outro estudo realizado com estudantes de graduação e pós-graduação de universidade pública no sul do Brasil observou uma diminuição em aproximadamente 30% dos estudantes da graduação como para pós-graduação dos escores de possível ansiedade e depressão, apresentando a potencialidade da TCI como uma ferramenta de manejo do adoecimento psíquico, possibilitando a promoção da saúde, o autoconhecimento e fortalecimento de vínculos (Boaretto, Silva, & Martins, 2020).

Leite e Palos (2020) apresentam em sua publicação diversas experiências realizadas durante três anos no Brasil e em Portugal. Evidenciam a TCI como um método simples que tem se estabelecido como um recurso eficaz de cuidado e promoção em saúde mental em distintas culturas e populações.

Mas e como a TCI pode ocorrer em contextos como o da pandemia da COVID-19, que tem promovido a redução de contatos presenciais, sobretudo nas fase mais agudas de

infecção e transmissão? Segundo dados registrados pelos polos de formação brasileiros (SisRodas, 2020), latino-americanos e europeus, entre os meses de março e julho de 2020, a Abratecom, em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria Social, o Departamento de Saúde Mental Comunitária da Associação Mundial de Psiquiatria Social – apoiado pelo Observatório Nacional de Saberes Tradicionais, Complementares e Integrativos (ObservaPICS) e o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) – realizou mais de 700 rodas de TCI on-line em 15 países, nos idiomas português, italiano, francês, espanhol e inglês, atendendo a mais de 11 mil pessoas.

Um estudo realizado por Barreto et al. (2020) apresentou que as rodas on-line realizadas possibilitaram as mesmas emoções vivenciadas, independentemente da cultura, revelando que as inquietações e o sofrimento não têm fronteiras e nos conecta como humanidade. As rodas de TCI on-line configuraram-se como rede de apoio, resgatando a esperança, suscitando a descoberta de potenciais desconhecidos, de transformações dos infortúnios da vida (Silva et al., 2020).

As experiências descritas neste capítulo comprovam a potencialidade da TCI como uma prática de cuidado em saúde mental passível de ser aplicada em diversos cenários e comunidades por qualquer profissional que anseie ofertar um cuidado integral e complementar. Para tanto, reforçamos o compromisso com uma formação em TCI que permita ao profissional de saúde seguir os pressupostos da técnica ao mesmo tempo que possa discutir os diferentes cenários de prática. Pensando no cuidado interprofissional no campo da saúde mental, mote que costura todos os capítulos da presente obra, essa tecnologia pode ser bem acolhida por diferentes categorias, primando por um trabalho que não seja exclusivo de uma outra categoria, mas que possa ser partilhado, construído coletivamente.

Considerações finais

Os resultados da TCI apresentados demonstram sua eficácia como instrumento de intervenção social na atenção à saúde, enfatizando a prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida, vértices esses intimamente relacionados ao campo da saúde mental. A TCI caracteriza-se como uma ferramenta terapêutica de grupo que institui um espaço sociocultural de vivência e partilha. É uma prática integrativa e complementar que

ganhou espaço como política pública na saúde brasileira devido às suas contribuições na promoção da saúde e prevenção de agravos. Por meio de um método simples e participativo valoriza recursos individuais e culturais, tece redes de apoio e promove a autonomia de seus participantes.

Destaca-se que a TCI enquanto prática de cuidado em saúde mental tem o propósito de expandir as ações ofertadas nos serviços de saúde, como uma estratégia adjuvante de cuidado, no sentido de complementaridade das demais práticas desenvolvidas, sem o intuito de substituir ou competir com os demais atendimentos ou intervenções. A partir dessa consideração pode-se delimitar de modo mais preciso como a TCI pode compor um rol de estratégias de cuidado em saúde mental, sobretudo com foco na promoção de saúde.

Assim, essa tecnologia grupal coloca-se a serviço da promoção de uma saúde integral e humanizada. No entanto, é importante que possa ser constantemente fortalecida a partir de evidências disponíveis em estudos científicos e também por meio de práticas em diferentes contextos. A literatura disponível na área ainda precisa integrar melhor as diferentes categorias profissionais diante dessa prática, reforçando um compromisso que possa ser, de fato, interprofissional, tecido conjuntamente e sem que as barreiras profissionais impeçam o acontecer grupal e, sobretudo, a escuta do coletivo, da comunidade.

Por fim, recomenda-se que os estudos que atestam a efetividade dessa técnica possam ser conduzidos com métodos mais robustos, a fim de sustentar de modo mais contundente o debate científico. Ainda que em busca de melhores evidências para a prática, a TCI tem sido alvo de relatos exitosos que mostram movimentos de transformação e de encontro com elevado potencial para a promoção de saúde mental. Que essa modalidade grupal continue a ser estudada e empregada a partir de sólidos conhecimentos, com renovado compromisso com a escuta, o pertencimento e a partilha, pilares dessa técnica.

Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2004). Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Barreto, A. P. (2010). *Terapia comunitária: passo a passo*. 4ª ed. LCR.
- Boaretto, J. P., Silva, M. Z., & Martins, E. A. P. (2020). Ansiedade e depressão na universidade: contribuições da Terapia Comunitária Integrativa. *Temas em Educação e Saúde*, 16(esp.1), 296-310. <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14309>
- Brasil (2008). *O SUS e a Terapia Comunitária*. Ministério da Saúde.
- Buzeli, C. P., Costa, A. L. R. C., & Ribeiro, R. L. R. (2012). Promoção da saúde de estudantes universitários: contribuições da Terapia Comunitária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3(1), 332-342. <https://doi.org/10.18673/ges.v3i1.24300>
- Camarotti, M. H. (2013). *Resiliência: o poder da autotransformação da neurociência à evolução humana*. Kiron.
- Capra, F. (2012). *O ponto de mutação*. 30ª ed. Cultrix.
- Carvalho, M. A. P., Dias, M. D., Miranda, F. A. N., Ferreira Filha, M. O. (2013). Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2028-2038. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000913>
- Figueiró, A. V. M. (2016). *Terapia Comunitária Integrativa: cuidado a pessoas que vivenciam a doença falciforme*. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso).
- Kinker, F. S., Moreira, M. I. B., & Bertuol, C. (2018). O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu)*, 22(67), 1247-1256. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0493>
- Leite, L. R. B., & Palos, C. M. C. (2020). Do centro-oeste brasileiro ao norte português: experiência(s) com a Terapia Comunitária Integrativa. *Temas em Educação e Saúde*, 16(esp.1), 286-295. <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14308>
- Lemes, A. G., Nascimento, V. F., Rocha, E. M., Silva, L. S., Almeida, M. A. S. O., Volpato, R. J., et al. (2020). A terapia comunitária integrativa no cuidado em saúde mental: revisão

- integrativa. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 33, 10629. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10629>
- Lucietto, G. C. (2014). *Terapia Comunitária Integrativa como cuidado de Enfermagem em ambulatório de nefrologia pediátrica*. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso).
- Lucietto, G. C., Ribeiro, R. L. R., Silva, R. A., & Nascimento, V. F. (2018). Terapia Comunitária Integrativa: construção da autonomia de famílias de crianças renais. *Revista Atenção à Saúde*, 16(58), 57-62. <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n58.5448>
- Melo, S. P., Ribeiro, R. L. R., Costa, A. L. R. C., & Urel, D. R. (2015). Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(2), 2200-2214. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2200-2214>
- Silva, M. Z., Barreto, A. P., Ruiz, J. E. L., Camboim, S. P., Lazarte, R., & Filha, M. O. F. (2020). O cenário da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: história, panorama e perspectivas. *Temas em Educação e Saúde*, 16(esp. 1), 341-359. <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14316>
- Silva Franco, A. L., Silva, M. Z., Lopes Ruiz, J. E., Murcia, M., De Souza, T. B., & Muzzeti, L. R. (2020). O valor da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e no mundo: possibilidades, impactos e perspectivas. *Temas em Educação e Saúde*, 16(esp.1), 232-238. <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14303>
- Universidade Federal do Mato Grosso [UFMT]. *Projeto Aconchega recebe menção honrosa em fórum de promoção da saúde*. <https://www.ufmt.br/noticias/projeto-aconchega-recebe-mencao-honrosa-em-forum-de-promocao-da-saude-1574175588>

CAPÍTULO 9

Magnetismo como prática complementar em saúde

Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha

Fabio Scorsolini-Comin

O magnetismo é extensamente estudado na física e seu conhecimento possivelmente se deu pela exploração do efeito pedra-ímã, ou seja, o efeito atrativo que a pedra-ímã exercia sobre pedaços de ferro e outros minerais. Embora historicamente o conhecimento da propriedade de magnetização é relatada em aproximadamente 570 anos a.C. pelo filósofo Tales de Mileto, através do conhecimento atrativo do âmbar, é o conhecimento da pedra-ímã na Europa, China e América Central de forma independente, aproximadamente no ano 220 a.C. que marca a ciência do magnetismo e a criação de equipamentos rudimentares semelhantes a bússola (Pessoa Júnior, 2010).

No século XVI, o físico, médico e filósofo inglês William Gilbert (1544-1603), autor do livro *“De magnete”*, dizia que o magnetismo seria a chave para o entendimento da natureza, denominando-o ainda de *“alma da Terra”* (Pessoa Júnior, 2010). Contudo, devemos considerar que o estudo no ramo da física até o século XIX foi extensamente marcado pela teoria mecanicista. O mecanicismo clássico consiste no ideal de reduzir os fenômenos físicos à matéria e ao movimento. Baseadas neste princípio, algumas teses acabam sendo rejeitadas, e aqui – como de interesse a este tema -, a rejeição de agentes incorpóreos com a capacidade de mover os corpos materiais. E como as ciências da natureza influenciam umas às outras, o ideal mecanicista constituiu uma das mais importantes tradições

intelectuais da ciência ocidental, proporcionado a base de grande parte da ciência moderna (Bezerra, 2006).

Este paradigma começou a sofrer grandes influências, diríamos até uma transição, após o desenvolvimento conceitual da eletrodinâmica proposta pelo físico e matemático britânico James Clerk Maxwell (1831-1879) (Bezerra, 2006). Atualmente o magnetismo é extensamente utilizado em nosso dia a dia como, por exemplo, na transmissão de rádio e televisão, radares, transformadores de energia elétrica, cartões de transações financeiras, discos rígidos de armazenamento de dados, carregadores de celular sem fio, exame de ressonância magnética, entre outros.

Diante desse panorama descrito até aqui, desse uso tão corriqueiro do magnetismo na vida das pessoas, por que na área da saúde sua prática não segue a mesma linearidade? A partir desse panorama, o objetivo deste capítulo é discutir o emprego do magnetismo como prática complementar em saúde. Para isso apresentaremos uma série de evidências disponíveis em diferentes estudos científicos que embasam o emprego desse rol de conhecimentos acerca do magnetismo no cuidado em saúde.

O magnetismo no campo da saúde

Primeiramente vamos lembrar alguns conceitos do magnetismo relacionados à saúde, por exemplo, o princípio magnético do nosso corpo, pois nossas células são carregadas eletricamente. Além disso, existem potenciais elétricos através das membranas de quase todas as células do nosso corpo. E, ainda, os elétrons criam minúsculos campos magnéticos que dão estabilidade e equilíbrio às moléculas de nosso organismo (Hall, 2021). Ou seja, nosso corpo é movido por ações magnéticas durante toda a nossa vida.

Devemos considerar que na área da saúde o magnetismo vem sendo estudado há séculos. Os relatos mais antigos na história são datados de aproximadamente 1.552 anos a.C., em que no antigo Egito os egípcios empregavam a imposição de mãos no alívio dos sofrimentos (Delanne, 2009). E temos diversos relatos bíblicos que demonstram que Jesus e seus apóstolos utilizavam desta mesma técnica para cura das pessoas, por exemplo no Evangelho de Lucas (4:40): *“Ao pôr-do-sol, o povo trouxe a Jesus todos os que tinham vários tipos de doenças; e ele os curou, impondo as mãos sobre cada um deles.”* (Bíblia Sagrada).

Na saúde, conceitualmente, o magnetismo é a ação que o homem exerce sobre o seu semelhante (Sennevoy, 1840/2015), sendo estudado há mais de 200 anos. O médico fisiologista austríaco Franz Anton Mesmer (1734-1815) foi o desenvolvedor no Magnetismo Animal, que consiste na transmissão da força magnética com o objetivo de cura através das mãos (Leskowitz, 2019). Após Mesmer vários outros magnetizadores europeus utilizaram desta mesma técnica como Armand Marie Jacques C. de Puységur (1751-1825), Jules Denis du Potet de Sennevoy (1796-1881), Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835), entre outros (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2012).

Partindo o princípio que a imposição é uma das diversas práticas integrativas e complementares reconhecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, vamos agora destacar a história desta política e sua importância no que tange ao discurso de integralidade à saúde. De que modo essas práticas podem contribuir para a essa abordagem?

Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

O surgimento de uma política de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Brasil se deu pela consolidação de forças diversas, sendo as principais as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao estímulo da utilização da medicina tradicional chinesa como forma de corroborar com a integralidade de atenção à saúde, além do debate do tema em diversas conferências de saúde. Destacamos aqui a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, que ressaltou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, e a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004.

Todos esses eventos de caráter democrático evidenciaram a importância do tema no campo da saúde. Isso culminou na criação de grupos de trabalho vinculados ao Ministério da Saúde, compostos por membros de Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, com o objetivo de criarem o texto da política nacional das PIC (Ministério da Saúde do Brasil, 2015).

Assim, no ano de 2006 foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Portaria GM/MS nº 971/2006), e atualizada com a incorporação de diversas outras práticas pelas portarias GM/MS nº 849/2017 e 702/2018 (Ministério da

Saúde do Brasil, 2018). Atualmente, baseado na legislação citada, compõem o rol de práticas integrativas e complementares no SUS: Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa (discutida mais detidamente no Capítulo 8), Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geotearapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia e Terapia de florais.

Diversas PIC podem ter relação com o magnetismo como, por exemplo, a imposição de mãos, o Reiki, a acupuntura/auriculoterapia e a reflexologia. Conceitualmente, segundo o Glossário temático de práticas integrativas e complementares em saúde do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2018) essas práticas são:

- Imposição de mãos: “Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana⁵) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.” (p. 61).
- Reiki: “Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental.” (p. 107).
- Acupuntura: “Tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de agravos e doenças.” (p. 19).
- Auriculoterapia/Acupuntura auricular: “Técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha, onde todo o organismo se encontra representado como um microssistema.” (p. 20).

⁵ Prana: “Energia vital universal que permeia o cosmo e constitui tudo o que existe, sustenta os processos fisiológicos, emocionais e mentais, considerado conceito central no ayurveda e no yoga.” (p. 96).
Qi: conceito análogo utilizado da medicina tradicional chinesa.

- Reflexoterapia: “Prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.” (p. 106).

Evidências científicas sobre as práticas complementares em saúde

Com o objetivo de demonstrar as evidências científicas dessas práticas elencaremos alguns estudos que utilizaram tais técnicas no cuidado em saúde. É importante considerar que essas evidências são importantes para que tais práticas possam ser aperfeiçoadas ao longo do tempo e também validadas na comunidade científica, ampliando os repertórios que promovem a sua inclusão na assistência em saúde promovida em diversos equipamentos.

Auriculoterapia

Em relação à auriculoterapia, um estudo clínico randomizado (ECR) cego utilizou essa técnica para avaliar a ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório de cirurgia laparoscópica de colecistectomia (retirada da vesícula biliar). Os pacientes do grupo que auriculoterapia apresentaram menos ocorrência de náuseas e vômitos comparado ao grupo controle (não fez uso da auriculoterapia) (Miranda et al., 2020). Outro ECR que teve como objetivo avaliar a dor musculoesquelética nas costas e contou com uma amostra de 110 participantes demonstrou que a interferência da dor foi menor no grupo tratado, concluindo que a auriculoterapia apresentou efeitos positivos ao minimizar a intensidade da dor crônica e sua interferência no cotidiano dos participantes do estudo (Moura et al., 2019).

Um estudo que avaliou a qualidade do sono de profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 demonstrou diferenças importantes entre os participantes nos índices distúrbios do sono ($p < 0,001$), qualidade subjetiva do sono ($p = 0,001$), latência do sono ($p < 0,001$), duração do sono ($p < 0,001$), eficiência habitual do sono ($p = 0,011$), uso de medicamentos para dormir ($p = 0,005$) e disfunção diurna do sono ($p < 0,001$). A intervenção reduziu em 52,35% a pontuação do índice de Pittsburg, instrumento que mede a qualidade do sono (Melo et al., 2020).

Outros estudos utilizaram a revisão integrativa de literatura no contexto da auriculoterapia. Um estudo realizado com adultos e idosos com sintomas do trato urinário concluiu que apesar do limitado número de estudos (utilizaram oito estudos na revisão) e fragilidades relacionadas ao tamanho amostral e diferentes protocolos de intervenção, sugere-se que a auriculoterapia pode contribuir para controle de sintomas do trato urinário inferior em adultos e idosos associada ou não a outras terapias complementares (Azevedo et al., 2021). E outra revisão que teve como população alvo os pacientes oncológicos selecionou 11 estudos que avaliaram a utilização da auriculoterapia. Os desfechos avaliados foram relacionados aos sintomas: dor, constipação, náuseas e vômitos, fogachos, dispneia, fadiga e insônia. Todas as publicações expuseram efeitos positivos da auriculoterapia em oncologia (Contim, Espírito Santo, & Moretto, 2020).

Acupuntura

No que tange à utilização da acupuntura como proposta terapêutica, um estudo longitudinal realizado em atletas corredores com dores nos joelhos evidenciou que o protocolo proposto de acupuntura se mostrou eficaz na diminuição da sintomas dolorosos na região, interferindo no ganho de força e no equilíbrio muscular (Siqueira, Beraldo, Krueger, & Ulbricht, 2018). Um estudo quase experimental realizado em gestantes com dor lombar que utilizaram acupuntura revelou redução significativa nos escores de dor (Martins et al., 2019).

Uma revisão sistemática que buscou sintetizar as informações sobre o efeito da acupuntura nos sintomas de neuropatia periférica em decorrência da quimioterapia em adultos com câncer demonstrou que embora os cinco artigos selecionados tivessem métodos diversos, o que dificultava a comparação entre eles, todos mostraram que a acupuntura estava associada com uma melhora na neuropatia periférica, não produzindo efeitos colaterais (Baviera, Olson, Paula, Toneti, & Sawada, 2019). A acupuntura está também indicada pela Sociedade Brasileira de Dor de Cabeça para uso em pessoas com migrânea crônica (popularmente conhecida como enxaqueca), ao incluir no consenso sobre essa condição clínica, por exemplo, um estudo clínico randomizado multicêntrico que mostrou que a superioridade da acupuntura comparada com grupo controle na redução de dias com dor de cabeça, além de outros estudos com evidências similares (Kowacs et al., 2019).

Em um estudo de revisão sistemática a acupuntura foi investigada em pessoas com insuficiência renal crônica. Na análise dos estudos, esta terapia foi positiva relacionada aos sintomas de qualidade de vida, sono e fadiga, sem diferenças significativas e sinais clínicos como a creatinina sérica e a taxa de filtração glomerular (Melo et al., 2020). Uma revisão integrativa que buscou avaliar os efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade incluiu 19 estudos, entre os quais 11 foram considerados de forte nível de evidência. Os estudos demonstraram que a acupuntura parece ser um tratamento promissor para a ansiedade (Goyatá et al., 2016).

Imposição de mãos

No que se refere à imposição de mãos, cabe-nos neste momento demonstrar que a literatura científica apresenta diversas denominações sobre esse tipo de terapia. Os descritores mais utilizados na língua inglesa são “Biofield therapies”, “Reiki”, “therapeutic touch”, “healing touch”. Já na língua portuguesa é comum encontrarmos essa terapia relacionada ao descritor “terapias complementares” ou associada ao “toque terapêutico”.

Um estudo randomizado controlado para avaliar os efeitos a Acupressão⁶ e do Reiki em sintomas de dor após cirurgia laparoscópica demonstrou que essas foram positivas ao reduzir a dor e aumentar o nível de conforto dos pacientes (Topdemir & Saritas, 2021). Outro estudo com metodologia semelhante demonstrou a eficácia do toque terapêutico na redução de sintomas de estresse, fadiga e sonolência diurna (todos com $p < 0,001$) em estudantes de enfermagem (Doğru, Utli, & Aykar, 2021). Outro estudo experimental duplo cego que utilizou o Reiki em um dos grupos estudados na redução da pressão arterial revelou benefícios com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,0001$) (Salles, Vannucci, Salles, & Silva, 2014).

A literatura científica também nos apresenta diversas evidências da utilização das terapias integrativas e complementares em sintomas relacionados à saúde mental. Um estudo clínico randomizado cego que objetivou avaliar sintomas de ansiedade em gestantes após a utilização da auriculoterapia como método terapêutico demonstrou redução significativa no grupo intervenção ($p = 0,033$), diferentemente do grupo controle (Silva et

⁶ Acupressão: Técnica terapêutica que gera pressão física sobre os pontos de acupuntura para promover a regulação psíquico- orgânica do indivíduo (Brasil, 2018).

al., 2020). Outro estudo clínico randomizado demonstrou efeitos positivos da auriculoterapia na ansiedade de parturientes comparados aos grupos controle e placebo ($p = 0,0265$ e $p = 0,0015$, respectivamente) (Mafetoni, Rodrigues, Jacob, & Shimo, 2018).

Outra revisão sistemática que teve como objetivo avaliar a efetividade das terapias complementares no manejo de *clusters*⁷ de sintomas em crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos concluiu que o Reiki (assim como a massagem terapêutica) podem ser terapias efetivas para o cluster dor-ansiedade-preocupação-dispneia (Lopes-Junior et al., 2021).

Uma revisão integrativa que avaliou o uso do Reiki como terapia de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico destacou que essa estratégia apresentou benefícios no cuidado do estresse, ansiedade, sintomas depressivos, alívio da dor e melhora na qualidade de vida, de forma isolada ou complementar a outro tratamento (Santos et al., 2021). Um ensaio clínico randomizado que avaliou a efetividade da Massagem e do Reiki na redução do estresse após oito sessões (um mês) concluiu que essas técnicas conseguiram os melhores resultados na comparação entre os grupos estudados, sugerindo a necessidade de avaliar a efetividade das técnicas separadamente (Kurebayashi et al., 2016). Já outro estudo, um ensaio clínico não-randomizado, para avaliar a efetividade do Reiki na melhora do bem-estar pré-operatório na cirurgia cardíaca, obteve como resultado que a depressão e a ansiedade foram reduzidas no grupo intervenção, sem diferença estatisticamente significativa, e houve melhor desempenho na avaliação do bem-estar no grupo intervenção. Concluíram, ainda, que a religiosidade pode interferir na aceitação de práticas holísticas e integrativas (Santos, Gomes, Bezerra, & Püschel, 2020).

Em diversas literaturas percebemos a utilização de terapias alternativas sendo utilizadas em conjunto. O trabalho realizado por Cardozo-Batista e Tucci (2020) com a utilização de um protocolo baseado em terapia natural, alternativas farmacológicas e psicoterapêuticas por meio da meditação Mindfulness, Reiki, acupuntura e auriculoterapia indicou redução significativa dos sintomas de depressão após a intervenção no grupo experimental.

⁷ Cluster: dois ou mais sintomas emocionais, comportamentais e físicos que ocorrem simultaneamente e estão inter-relacionados (Lopes-Junior et al., 2021).

Passé espírita

Outra técnica de utilização de imposição de mãos é o passe espírita. Um estudo clínico randomizado e controlado avaliou a ansiedade, depressão, dor, tensão muscular e bem-estar, além de parâmetros fisiológicos, em pacientes cardiovasculares internados, comparando grupos “passe espírita”, placebo e sem intervenção antes e depois da intervenção. Significativa redução dos níveis de ansiedade ($p = 0,001$) e tensão muscular ($p = 0,011$), aumento do bem-estar ($p = 0,003$) e significativa redução da saturação periférica de oxihemoglobina ($p = 0,028$) foram observados no grupo passe espírita comparado aos outros grupos estudados (Carneiro et al., 2017).

Outro estudo clínico randomizado controlado teve como objetivo avaliar a redução da ansiedade com a utilização do passe espírita. Como resultados o estudo apresentou redução da ansiedade nos dois grupos (intervenção – passe espírita e controle), porém a ansiedade foi mais reduzida no grupo intervenção ($p = 0,02$) (Cavalcante et al., 2016).

Esta terapia foi também testada como complementar em pessoas com HIV/aids em um estudo clínico randomizado controlado simples-cego, associado a outras terapias espíritas como oração, água fluidificada ou magnetizada e educação espiritual, no estado emocional, sintomas de tensão muscular e bem-estar em pacientes hospitalizados. Como resultados os autores demonstraram uma redução de efeitos negativos ($p = 0,045$), redução da tensão muscular ($p = 0,022$), aumento do bem-estar ($p = 0,041$) no grupo experimental combinado com o tratamento convencional, comparado ao tratamento convencional sozinho (Carneiro et al., 2018).

Considerações finais

Evidentemente que a literatura científica é dinâmica, em constante transformação. Embora tenhamos apresentado aqui evidências que possam auxiliar na recomendação da prática e utilização de terapias integrativas e complementares, é importante contextualizar que, no campo da saúde, temos instalado o poder colonial, que se expressa pelo complexo médico-industrial, estruturado essencialmente em torno das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos. Este modelo dificulta a aproximação a outras formas de cuidado à saúde que não estão estruturadas sob a base deste complexo. Essa hierarquia de poder é visivelmente demonstrada na utilização de denominações das práticas de cuidado à saúde

com o uso dos termos “alternativa”, “complementar” ou mesmo “tradicional” (Guimarães, Nunes, Velloso, Bezerra, & Sousa, 2020).

E isso é a realidade vivenciada pelas PIC no contexto da atenção à saúde no Brasil, cenário este que possui como uma das características a integralidade. Assumir a integralidade no cuidado requer uma visão ampliada das necessidades de saúde das pessoas. Ou seja, a resposta aos problemas de saúde deve agregar as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais no sentido de resistir aos reducionismos impostos pelo olhar da biomedicina. Embora a criação da Política Nacional das PIC no Brasil tenha sido um avanço no sentido de garantir o direito aos usuários na utilização dessas práticas, o financiamento para sua manutenção e consolidação não foram previstos, mantendo-se, assim, o colonialismo e dificultando a quebra do paradigma da racionalidade imposta por práticas biomédicas (Guimarães et al., 2020).

As evidências aqui recuperadas são suficientes, em um primeiro momento, para estimularmos a prática de terapias que utilizam ações magnéticas em cuidados em saúde. Entretanto, evidências utilizando as PIC de forma isolada ou combinadas entre si, com amostras e delineamentos mais robustos, são necessárias para maior aprofundamento. A ruptura com modelos de saúde considerados tecnicistas e reducionistas passa pelo processo de assumir a evidência científica como uma baliza importante. Embora a noção de evidência também esteja associada a esse paradigma com o qual visamos a romper, é importante considerar que esses estudos, em conjunto, têm possibilitado a ampliação dos espaços ocupados pelas PIC em nosso contexto de atuação em saúde. Que essas evidências possam também se colocar a serviço de práticas decoloniais e que tragam às pessoas a tão almejada integralidade.

Referências

- Azevedo, C., Moura, C. C., Corrêa, H. P., Assis, B. B., Mata, L. R. F., & Chianca, T. C. M. (2021). Auriculotherapy in adults and elderly people with lower urinary tract symptoms: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020000503707>
- Baviera, A. F., Olson, K., Paula, J. M. de, Toneti, B. F., & Sawada, N. O. (2019). Acupuncture in adults with Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: a systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3126. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2959.3126>
- Bezerra, V. A. (2006). Maxwell, the field theory and the demechanization of physics. *Scientiae Studia*, 4(2), 177-220. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662006000200003>
- Bíblia Sagrada Online. <https://www.bibliaon.com/>
- Cardozo-Batista, L., & Tucci, A. M. (2020). Effectiveness of an alternative intervention in the treatment of depressive Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 276, 562-569. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.060>
- Carneiro, É. M., Barbosa, L. P., Marson, J. M., Terra Junior, J. A., Martins, C. J. P., Modesto, D., Resende, L. A. P. R., & Borges, M. F. (2017). Effectiveness of Spiritist “passe” (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 30, 73-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2016.11.008>
- Carneiro, É. M., Borges, R. M. C., Assis, H. M. N., Bazaga, L. G., Tomé, J. M., Silva, A. P., & Borges, M. F. (2018). Effect of Complementary Spiritist Therapy on emotional status, muscle tension, and wellbeing of inpatients with HIV/AIDS: a randomized controlled trial – single-blind. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 20180057. <https://doi.org/10.1515/jcim-2018-0057>
- Cavalcante, R. S., Banin, V. B., Paula, N. A. M. R., Daher, S. R., Habermann, M. C., Habermann, F., Bravin, A. M., Silva, C. E. C., & Andrade, L. G. M. (2016). Effect of the Spiritist “passe” energy therapy in reducing anxiety involunteers: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 27, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.05.002>

- Contim, C. L. V., Espírito Santo, F. H., & Moretto, I. G. (2020). Aplicabilidade da auriculoterapia em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019001503609>
- Delanne, G. (2009). *O Espiritismo perante à Ciência*. Editora do Conhecimento.
- Doğru, B. V., Utli, H., & Aykar, F. Ş. (2021). Effect of therapeutic touch on daytime sleepiness, stress and fatigue among students of nursing and midwifery: A randomized sham-controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101322. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101322>.
- Goyatá, S. L. T., Avelino, C. C. V., Santos, S. V. M., Souza Junior, D. I., Gurgel, M. D. S. L., & Terra, F. S. (2016). Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 564-571. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690325i>
- Guimarães M. B., Nunes, J. A., Velloso, M., Bezerra, A., & Sousa, I. M. (2020). As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, 29(1), 1-4. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>
- Hall J. E. (2021). *Guyton & Hall Tratado de Fisiologia Médica* (13ª ed.). Guanabara Koogan.
- Kowacs, F. et al. (2019). Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 77(7), 509-520. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190078>
- Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., Souza, T. P. B., Takiguchi, R. S., Kuba, G., Nagumo, M. T. (2016). Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2834. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1614.2834>.
- Leskowitz, E. (2019). Mesmer reconsidered: from animal magnetism to the biofield. *Explore*, 15(2), 95-97. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.12.010>
- Lopes-Júnior, L. C., Urbano, I. R., Schuab, S. I. P. C., Pessanha, R. M., Rosa, G. S., & Lima, R. A. G. (2021). Effectiveness of complementary therapies for the management of symptom clusters in palliative care in pediatric oncology: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03709. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020025103709>

- Mafetoni, R. R., Rodrigues, M. H., Jacob, L. M. S., Shimo, A. K. K. (2018). Effectiveness of auriculotherapy on anxiety during labor: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3030. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2471.3030>
- Martins, E. S., Costa, N., Holanda, S. M., Castro, R. C. M. B., Aquino, P. S., & Pinheiro, A. K. B. (2019). Enfermagem e a prática avançada da acupuntura para alívio da lombalgia gestacional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(5), 477-484. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900067>
- Melo, G. A. A., Aguiar, L. L., Silva, R. A., Pereira, F. G. F., Silva, F. L. B., Caetano, J. Á. (2020). Effects of acupuncture in patients with chronic kidney disease: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0784>
- Melo, G. A. A., Lira Neto, J. C. G., Silva, R. A., Martins, M. G., Pereira, F. G. F., & Caetano, J. Á. (2020). Effectiveness of auriculoacupuncture on the sleep quality of working nursing professionals during the covid-19 pandemic. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0392>
- Ministério da Saúde do Brasil. (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. (2ª ed.). Autor.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2018). *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde*. Autor.
- Miranda L. E., Silva Filho, L. F. M., Siqueira, A. C. B., Miranda, A. C., Rocha, B. R. C. B., Lima, I. V. P. de, Silva, V. S. G. da., Lima, D. L., & Naspollini, H. (2020). Efeitos da acupuntura para a prevenção de náuseas e vômitos após colecistectomia laparoscópica: estudo clínico randomizado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(5), 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2019.08.001>
- Moura, C. C., Chaves, E. C. L., Chianca, T. C. M., Ruginsk, S. G., Nogueira, D. A., & Lunes, D. H. (2019). Effects of auricular acupuncture on chronic pain in people with back musculoskeletal disorders: a randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018009003418>
- Pessoa Júnior, O. (2010). Modelo causal dos primórdios da ciência do magnetismo. *Scientiae Studia*, 8(2), 195-212.
- Salles, L. F., Vannucci, L., Salles, A., & Silva, M. J. P. (2014). The effect of Reiki on blood hypertension. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 479-484. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400078>

- Santos, C. B. R., Gomes, E. T., Bezerra, S. M. M. S., & Püschel, V. A. A. (2020). Reiki protocol for preoperative anxiety, depression, and well-being: a non-randomized controlled trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03630. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012403630>.
- Santos, C. M. R., Crispim, M. O., Silva, T. T. M., Souza, R. C. R., Frazão, C. M. F. Q., & Frazão, I. S. (2021). Reiki as nursing care to people in mental suffering: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 3), e20200458. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0458>.
- Sennevoy J. D. P. (2015). *O Magnetismo em oposição à medicina [Le Magnétisme Oppose a La Médecine]* (M. A. F. Antonio Trad.). Editora do Conhecimento. (Original work published 1840).
- Silva, H. L., Almeida, M. V., Diniz, J. S., Leite, F. M., Moura, M. A., Bringunte, M. E., Brandão-Souza, C., & Amorim, M. H. C. (2020). Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0016>
- Siqueira, A. P. R., Beraldo, L. M., Krueger, E., & Ulbricht, L. (2018). Reduction in knee pain symptoms in athletes using an acupuncture protocol. *Acta Ortopédica Brasileira*, 26(6), 418-422. <https://doi.org/10.1590/1413-785220182606167896>
- Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza (2012). *Corrente Magnética: o magnetismo aplicado a desobsessão*. Autor.
- Topdemir, E. A., & Saritas, S. (2021). The effect of Acupressure and Reiki application on Patient's pain and comfort level after laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101385. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101385>

Sobre os autores e as autoras

Alice Costa Macedo

Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, com estágio doutoral na *École des Hautes Études en Sciences Sociales*, em Paris. Coordenadora do POÁ - Psicologias para Organizações Populares e Ancestralidades da UFRB. Pesquisadora do Laboratório de Etnopsicologia da USP e do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade da USP. Desenvolve pesquisa e extensão na ONG Entre Sorrisos e Encantos (Feira de Santana - BA).

Ana María Ullán

Psicóloga e Doutora em Psicologia pela Universidade de Salamanca, Espanha. Professora do Departamento de Psicologia Social e Antropologia e do Programa de Doutorado em Psicologia da Universidade de Salamanca. Tem como objeto principal de investigação a atenção, o cuidado e a humanização hospitalar.

Anne Marie Germaine Victorine Fontaine

Professora Catedrática aposentada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, em Portugal. É Enfermeira e Licenciada em Ciências Familiares e Sexologia pela Universidade de Lovaina, na Bélgica. É Psicóloga e Doutora em Psicologia pela Universidade do Porto, onde coordena o Laboratório de Psicologia Diferencial. Há alguns anos, vem estabelecendo parceria com pesquisadores brasileiros ligados à Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Carlos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade de Fortaleza, entre outras. Já co-orientou teses de doutorado no Brasil e ministrou disciplinas sobre métodos quantitativos nas pesquisas em Psicologia, bem como sobre famílias e parentalidade, em parceria com programas de pós-graduação brasileiros. Entre 2001 e 2010 lecionou módulos de curta

duração sobre vários temas no domínio da Psicologia e da Educação, em cursos de graduação e pós-graduação em Universidades da Bélgica, França, Canadá e Brasil.

Carolina Patrícia Aires

Professora do Departamento de Física e Química da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP). Orientadora do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP e do Programa de Pós-graduação de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da USP. Possui graduação, mestrado e doutorado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foi pesquisadora colaboradora da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP), tendo desenvolvido pós-doutoramento em estrutura química de carboidratos em colaboração com a Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha

Nutricionista, Especialista em Nutrição Hospitalar e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Mato Grosso. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Professora do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado de Mato Grosso. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Cintia Bragheto Ferreira

Psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia, com mestrado e doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Membro do *Taos Institute* (USA).

Deise Coelho de Souza

Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Bolsista de Doutorado da CAPES. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Fabio Scorsolini-Comin (Org.)

Psicólogo e Pedagogo. Mestre, Doutor e Livre Docente em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Realizou estágio doutoral na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, sob supervisão da Profa. Dra. Anne Marie Fontaine. Realizou dois pós-doutorados na área Tratamento e Prevenção Psicológica pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e da EERP-USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Coordenador do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Coordenador do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Giselle Clemente Sailer Cazeto

Enfermeira pela Universidade Estadual de Londrina e Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo. Professora do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da

Pesquisa em Enfermagem. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Grasiele Cristina Lucietto

Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso, campus Tangará da Serra. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Lucas Rossato

Psicólogo pela Universidade Federal de Goiás. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Bolsista de Doutorado da CAPES. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Luciana Macedo Ferreira Silva

Terapeuta Ocupacional e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, onde já atuou como docente junto ao Departamento de Terapia Ocupacional. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Patrícia Paiva Carvalho

Psicóloga pela Universidade de Uberaba. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Psicóloga do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.

Paulo Cesar Bocalon

Graduado em Administração de Empresas/Comércio Exterior e em Teologia pela Universidade de Franca. Graduado em Filosofia pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais, possui especialização em Ciência das Religiões. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.

Rosa Lucia Rocha Ribeiro

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo, com Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atuou como docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso entre 1988 e 2019, desenvolvendo atividades de ensino, extensão, pesquisa e gestão. Na graduação atuou no ensino na área de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente e também no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado. Como pesquisadora associada, integra o Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da Universidade Federal do Mato Grosso. Atua em movimentos sociais populares em articulação com a universidade.

Susana Maria Gonçalves Coimbra

Doutora em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, em Portugal, onde também é professora e pesquisadora do Centro de Psicologia Diferencial. Membro da Comissão Científica do Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Porto, Membro da Comissão de Acompanhamento de Curso Programa Doutoral em Psicologia da Universidade do Porto e docente responsável pelo curso de Educação Contínua sobre Envelhecimento: perspectivas e representações.

Vivian Fukumasu da Cunha

Psicóloga e Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Realizou doutorado sanduíche na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, com bolsa CAPES PrInt e supervisão das Profas. Dras. Susana Coimbra e Anne Marie Fontaine. Bolsista de Doutorado da CAPES. Membro do *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade. Membro do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP.