

Abordagem dialógico-narrativa em centros de saúde

uma experiência no sertão central do Ceará

*Sandra Maia Farias Vasconcelos - UFC
Maria Neurielli Figueiredo Cardoso - UFC
Ingrid Letícia Borges Carvalho - UFC*

Estação do movimento

*Todos os dias nesse vai e vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que veio e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar...
Na plataforma dessa estação
É a vida nesse meu lugar
É a vida...*

Milton Nascimento

Assim poderíamos definir um centro de saúde, quer se chame posto, unidade básica, clínica, hospital... Podemos pensar neste lugar como a estação de trem na canção do compositor Milton Nascimento: as unidades de atendimento e de tratamento de saúde têm sempre esse perfil de uma estação de trem, em que algumas pessoas chegam e já não têm saúde para partir. Outras se vão, curadas, e nunca retornam, ou se retornam, fazem-no em outras estações. Há os que vêm sem querer vir e desesperados choram pelo retorno, mas em vão. Há os que recebem o bilhete de partida, a alta, mas de tão habituados àquele convívio, em que já selaram amizades de semanas, quem sabe meses ou anos, hesitam em partir, retornam para visitar ou se amealham nos

corredores. Há os acompanhantes trazendo seus familiares ou amigos e há os curiosos, que estão ali olhando, somente por olhar, aquilo que não lhes interessa realmente. Olham simplesmente porque olhar é bom.

É a dinâmica humana dos hospitais, movimento de experiência coletiva, em que as histórias contadas ou caladas ao longo das salas e das esperas se misturam em acordes ora dissonantes, ora harmônicos. Parece haver um conjunto de possibilidades nos males alheios, a possibilidade de se refratar enquanto se reflete. O tornar-se imagem de um espelho quebrado, a miragem, imagem entrecortada, em que o avesso do corpo modifica a biografia da alma. Cada um de nós já pode ter passado por essa experiência, de estar no lado oposto, ou seja, chorar enquanto o outro ri, ou rir enquanto o outro chora. Assim, na estação, só o trem não estaciona. Ao contrário, movimenta-se insciente de um lado para o outro nos corredores, nas salas, nos consultórios desses lugares em que buscam a vida.

A humanização do atendimento parte em primazia do processo de educação para a saúde e para a relação de alteridade e educação. Educação hospitalar é a maneira de integrar profissionais de todas as áreas do conhecimento na busca de melhores condições de vida dos pacientes e de suas famílias. Todos, familiares e profissionais, podem contribuir na diminuição do estresse e no aumento da qualidade de vida do paciente pediátrico e adulto.

A experiência com grupos de centros de saúde em Quixadá é uma iniciativa de interação ímpar, que foi além das expectativas de nossa equipe de trabalho. As rupturas de velhas concepções sempre trazem um grande aprendizado. Todo grupo merece um tratamento específico que lhe garanta resguardar sua identidade. Pensávamos inicialmente na identidade da equipe de saúde como uma extensão do hospital, da unidade de atendimento, do posto de saúde ou de atenção psicossocial. E logo nos surgiram histórias traumáticas vindas do fundo da alma de cada um, de suas experiências de vida e de morte no trabalho.

Consideramos situações traumáticas aquelas em que o sujeito se encontra em posição de crise e que irá articular um discurso diferente do que proferiria em uma situação corriqueira ou cotidiana. Essa mudança, que se manifesta na linguagem desses sujeitos, gira, segundo Van Hooland (2000; 46) em torno da verbalização, mas também da reflexão, da escrita e da releitura. Além disso, poder dizer é uma maneira de saber, pois questões concernentes às crises só encerram, ou ganham, sentido na relação de interlocução.

Tivemos como objetivo máximo e primordial mostrar que existe vida durante a doença, durante o trabalho, durante o atendimento, enquanto houver um fio de vida que se mostre pela palavra, por mais que seja esta palavra rota e sem contorno. Em nosso grupo de trabalho, ressaltamos a importância da comunicação e de seu instrumento mais eficaz: a palavra. Barthes (2002)¹, lembrando a função metafórica fundadora da palavra texto, afirma: todo texto é um tecido. Parafraseando, podemos conceber que o discurso será a trama e a urdidura que compõem o sentido desse texto materializado. A tricotagem desse tecido é a formação de significados para o sujeito em sua representação de mundo.

Ainda sobre essa dificuldade que encontramos em perceber o texto como um tecido, Barthes (1973) explica que na construção de um texto é importante perceber que o que está escrito não são apenas e simplesmente palavras e que “não se deve apenas seguir a linha cronológica dos temas, deve-se acima de tudo tentar estabelecer os estágios” (BARTHES, 1973: 27), pois devemos reconhecer cada tema, projetar os encadeamentos no fio narrativo, visto que cada palavra citada em um texto terá seu significado. Assim, para apreendermos o conteúdo significativo de uma narrativa precisamos perceber que não estamos passando apenas de uma palavra para a outra, e sim de um nível para outro.

1 BARTHES, Roland. **Le degré zéro de l'écriture. Œuvres Complètes**. Livres, Textes, Entretiens. Nouvelle édition revue, corrigée et présentée par éric Marty. Paris: Seuil, 2002.

Do mesmo modo que Koch defende a postura de Beaugrande e Dressler (KOCH, 2008) segundo a qual a construção do sentido pelo texto acontece no momento em que a intencionalidade do emissor encontra a aceitabilidade do receptor, marcando a interlocução. Na circunstância de contato com um interlocutor-pesquisador, a situação pede uma entidade responsiva, que não habita nem o pesquisador nem o sujeito entrevistado. Esse sujeito, diante da decisão de narrar e assim construir sua história, submete-se ao que Alain Blanchet (1997; 12) chamará de desalienação por uma reafirmação da identidade social reivindicada.

Em nossa experiência, a busca da palavra se estabelece de maneira especial, isto é, no contexto de “sala de aula” em que o grupo de saúde se inseria; o mais esperado seria que o professor, ali representado por nossa equipe, fosse o portador de todas as falas. Contudo, nossas estratégias foram diferentes. Tivemos de início uma surpresa, a de que alguns dos participantes não eram realmente profissionais de saúde, mas pessoas que estavam inseridas no contexto da saúde exercendo funções múltiplas e, igualmente importantes para o funcionamento do hospital ou do centro de assistência, como veremos a seguir. Outra surpresa, já relacionada à primeira, foi a de que alguns dos participantes estavam entrando em uma “sala de aula” pela primeira vez.

Os estudos cognitivos rezam sobre a importância de se levar em conta o saber anterior do indivíduo, a fim de confrontar esse saber anterior com aquele que se vai apresentar, as informações novas que promoverão talvez uma mudança de comportamento e de conceitos. O objetivo dessa corrente é tornar o indivíduo capaz de compreender os processos de aprendizagem pelos quais passa, ou seja, aprender a aprender. A heterogenia do público não foi uma limitação, ao contrário, foi de grande ajuda. O desafio foi maior para nós, professoras, que para eles. Os participantes não eram estranhos, vinham de uma semana de trabalho de grupo, muitos vinham da mesma unidade de saúde, já formavam a cumplicidade necessária ao bem-estar do grupo.

Os saberes realmente importantes para essas pessoas estavam no seu cotidiano, na sua prática, nas histórias cotidianas que elas conheciam e que traziam para contar. É saboroso apreender a convivência entre as concepções individuais do grupo e a relação que cada indivíduo mantém com o saber. Para Bion² (1991), o indivíduo só aprende quando é capaz de compreender seguramente que está aprendendo. Ou seja, há sempre um duplo aprendizado na relação que o sujeito mantém com seu mundo e com sua história. Seu conhecimento se forma pelo domínio do processo de sua vida em relação à vida do outro. Sabendo-se capacitado a ampliar sua aprendizagem, o indivíduo se desenvolve.

Pierre Dominicé (1994), citado por Pineau³ (1998), designa as qualificações necessárias à formação profissional levando em conta a história de vida dos sujeitos: um bom conhecimento de si mesmo, uma cultura intelectual sólida, uma experiência social multiforme e uma dupla orientação para adquiri-las e conservá-las: incessante confronto para complementar certezas sempre relativas. Desse modo, o processo de formação com os sujeitos se deu a partir de suas experiências pessoais e profissionais, experiências que sempre eram ligadas por nós, professoras, à prática nas unidades de saúde. As atividades com os profissionais trabalhadores em hospital deram espaço à reflexão sobre o contato, o vínculo e o sentimento de solidariedade presente em suas palavras.

Partimos da ideia de que contar a própria história ou fazer-se contar por outrem quando se é incapaz de fazê-lo é um viés interessante, mas não suficiente, de se fazer vir ao mundo. Contar a própria história é um exercício de autoconsciência, de distanciamento que faz com que o narrador, numa sorte de fragmentação interna, seja expectador de si mesmo: um eu que cria e ao mesmo tempo observa, dialoga e intervém no

2 BION, W. R. **A Atenção e interpretação**: o acesso científico à intuição em psicanálise e Grupos. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

3 PINEAU, Gaston (org.). *L'accompagnement comme art de mouvements solidaires*, cap. 1. In: **Accompagnements et Histoires de Vie**. Paris: L'Harmattan, 1998.

processo de criação. O que nos ajudou bastante na realização dessa pesquisa.

Desse modo, o acompanhamento e assistência a pessoas doentes é uma atividade em constante crise para o profissional, pois promove uma constante angústia relativa aos métodos e ações executadas junto aos doentes. Ao mesmo tempo, promove uma mudança pessoal, caracterizada frequentemente como frieza ou hábito, sobretudo quando se trata de óbito de um paciente. Em contrapartida, o paciente que está em processo de melhora já dispõe de uma boa razão para se sentir melhor. Mas não é o bastante. Ele precisa de acompanhamento a fim de conhecer sua capacidade de lidar com a doença, embora consciente de que muitas vezes não poderá controlá-la.

Em uma narrativa, que se busca fazer refletir sobre si, é importante perceber o papel que desempenha o narrador. Neste estudo, estes narradores são os profissionais da saúde, que contam sua experiência por meio de sua perspectiva pessoal acrescida de outras narrativas menores que se entrelaçam no decorrer da narração. E é nesse meio de encontro e descobertas que acontece a tessitura do seu texto. Nosso papel nesse contexto de aprendizagem foi provocar nos participantes a conscientização do papel de poder que eles exercem diante dos pacientes e das famílias, ao mesmo tempo o encharcamento do sentimento de compaixão necessário à compreensão do outro. As mudanças provocadas pelo contato com a fragilidade do outro, ao contrário do que se poderia supor, faz emergir a fragilidade humana do cuidador; ele se vê diante de sua humanidade, de sua potencial possibilidade de adoecimento e morte. É nesse sentido que tomamos precaução contra o risco de transmissão interprofissional de emoções.

Abordagem dialógico-narrativa

A temática central de Humanização do Atendimento Hospitalar foi abordada numa metodologia dialógico-narrativa (MAIA-VASCONCELOS, 2005), que considerou o discurso dos participantes

sobre o serviço em que atuam. A abordagem dialógico-narrativa é uma técnica de acompanhamento em formação grupal ou individual que põe as histórias dos sujeitos em primeiro plano. Quando os sujeitos narram suas experiências profissionais, eles têm a possibilidade de refletir sobre ações passadas e representá-las no contexto futuro. A reflexão se faz por uma análise crítica da realidade, seguida de reposicionamento pessoal e profissional. Para Maia-Vasconcelos (2005) numa pesquisa de abordagem dialógico-narrativa, haverá uma sistematização da relação como uma situação de encontro clínico, em que um precisa do saber do outro para se manter na sua integridade de pesquisador.

É uma experiência muitas vezes inovadora a de ser convidado a falar sobre si, sobre uma experiência específica ou simplesmente sobre um momento qualquer categorizado por uma temática. Mas pode ser o que Ricoeur chamou de “experiência irrecusável” (RICOEUR, 2007; 51), a experiência da descoberta da diferença entre a imaginação e a lembrança. Expor neste texto a linha de força dessas pesquisas consiste em propor um novo olhar e uma nova perspectiva em estudos linguísticos, partindo de uma escuta diferenciada, sensível, implicada e madura. Um olhar novo alimentado pela experiência humana do cotidiano, com seus enraizamentos, suas emoções, suas catástrofes pessoais e sociais, em seu grupo de classe profissional, em sua família, em seu grupo social e em si mesmo.

No quadro de engajamento dos profissionais de saúde com a população assistida, o chamado se faz no sentido de dobrar a atenção sobre o paciente, ser que caminha em círculo em sua doença, e a sua família. Essas relações se formam em geral de maneira bastante profunda quanto mais grave é a doença. Os pacientes têm confiança na capacidade das relações amistosas sem questionar seu estado físico. Entre profissionais e pacientes, entre pacientes e pacientes e entre profissionais e profissionais, vai se formar um vínculo familiar que permite ao paciente se pensar sempre entre amigos, o que torna mais fácil para os profissionais o ato de aproximação, de contato, de toque. Em contrapartida, torna mais difícil o distanciamento depois, quando o paciente recebe alta ou quando vem a falecer.

Dousset⁴ (1999 ; 203), em seu texto sobre a vida do paciente de câncer, assegura que se distanciar de um paciente em fase terminal é um trabalho muito difícil, pois as relações duradouras e de quase amizade foram seladas ao longo do tratamento. Podemos por aproximação dizer o mesmo em relação a qualquer patologia de longo tratamento.

Essa amizade é despreendida de profissionalização formal. Isso acarreta uma grande abertura a projetos filantrópicos de ONGs diversas, pastorais, voluntariado independente entre outros. Contudo, mesmo se a caridade tem seu lado valoroso, essas pessoas envolvidas devem receber uma formação específica a fim de não cometer erros irremediáveis em nome da filantropia e do altruísmo. O que nos remete à responsabilidade do projeto de humanização, que não concebe o improviso, mas que poderíamos aproximar muito mais dos conceitos rogerianos da relação de ajuda. O papel primordial desses organismos externos ao hospital é, em concordância com a família e o hospital, levar conforto, amor, companhia. No entanto essas pessoas devem passar antes por uma formação específica e rígida.

O acompanhamento é uma prática necessária em formação profissional (PINEAU⁵, 1998). Devemos considerar como fazendo parte de um processo de trocas constantes na formação. Acompanhar sugere uma abertura daquele que acompanha à possibilidade de empreender trocas de maneira a tornar possível a formação de uma relação de ajuda mútua. Os acompanhadores e acompanhados fazem sua formação pelo contato e durante o tempo de permanência nas unidades de saúde. O aprendizado é rico, porém às vezes desconhecido.

4 DOUSSET, Marie-Paule. *Vivendo Durante um Câncer*: livro para uso dos doentes e seus familiares. Trad. Viviane Ribeiro. (Titre original: *Vivre Pendant un Cancer: livre à l'usage des proches et des malades*). Bauru, SP: EDUSC, 1999.

5 PINEAU, G. (dir.). *Accompagnements et histoires de vie*. Paris: L'Harmattan, 1998.

Procedimentos metodológicos

Como já foi dito anteriormente, o objetivo de nosso trabalho foi de promover encontros em que os participantes seriam levados a uma reflexão sobre alguma doença que perturbasse o curso de seu serviço.

Segundo Thompson (1992) toda fonte histórica, derivada da percepção humana, é subjetiva, pois cavamos fundo nas sombras de nossas memórias, com a expectativa de atingir a verdade oculta existente em cada um de nós. Dito isso, supomos que o autor quis dizer que a história oral é que nos permite desafiar essa subjetividade, e nós, enquanto pesquisadores, “sugamos” esse relato e o transformamos em nosso objeto de estudo.

A abordagem dialógico-narrativa (MAIA-VASCONCELOS, 2005) visa à compreensão e à apreensão da linguagem e à problemática de pessoas com dificuldades a partir dos diversos aspectos – sociais, familiares, econômicos, físicos, neurológicos ou psíquicos –, levadas pelos quais os sujeitos tendem a apresentar distúrbios de comportamento, tornando-se inaptas ao convívio social ou ao desenvolvimento cognitivo normal. Daí a necessidade de formação de um profissional especializado no desenvolvimento de estratégias que venham a colaborar com o impulso de aprendizagem cobrindo as lacunas cognitivas presentes.

Dessa forma, os principais objetivos de nossa intervenção foram: 1. Saber determinar as principais dificuldades do processo de contato e de atendimento e a partir da descoberta fazer intervenções que venham a retroceder, quiçá, reverter o quadro de bloqueios em que estão mergulhados paciente e cuidador. 2. Desenvolver com os cuidadores uma técnica de mediação (OLIVEIRA, 1997)⁶ que possibilite um comportamento diferente do paciente frente ao tratamento. 3. Desenvolver meios

6 OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione, 1997. (Cap. 2. A mediação simbólica). p. 25-28.

de integrar a família do paciente no processo de humanização, a fim de fazê-la sentir a necessidade de maior participação no tratamento do indivíduo em questão. 4. Construir noções de aprendizagem e aquisição de saberes fora do contexto escolar, levando em conta a apreensão de conceitos a partir da própria experiência.

Os passos da elaboração do projeto de intervenção compreenderam as seguintes etapas:

1. Conhecimento do campo de intervenção, o que implica na junção de três dimensões:
ESPAÇO + PESSOAS + REALIDADE
2. Autoconhecimento sobre o campo, ou conhecimento da visão dos profissionais sobre seu campo de atuação, levando em consideração os seguintes aspectos:
 - a) Posso vir a ser aquilo de que o campo necessita?
 - b) Sou suficientemente isento de preconceitos?
 - c) Como julgo o ser diante de mim: doente ou pessoa?
3. Escolha do material didático, adaptável ao público em toda sua heterogeneidade:
 - a) Atividades educativas elucidativas dos conceitos de aprendizagem;
 - b) Métodos pedagógicos de aquisição de saberes;
 - c) Técnicas de comunicação para trabalho com história de vida;
 - d) Programas de intervenção com atividades manuais.
4. Avaliação grupal:
 - a) Avaliação do grupo feita pelos participantes aos participantes;
 - b) Autoavaliação espontânea do que representou o encontro individualmente;
 - c) Discussão temática sobre atendimento humanizado.

Para a presente pesquisa, realizamos quatro encontros com quatro diferentes grupos, em quatro semanas consecutivas. Os quatro grupos constituídos de cerca de 50 pessoas, foram formados por profissionais das mais diversas atividades: motoristas de ambulância, serventes, cozinheiros, dentistas, administradores, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, zeladores e demais trabalhadores do serviço. Alguns eram analfabetos. É o que se poderia caracterizar como um grupo heterogêneo. Em nossa concepção, todo grupo é heterogêneo, e é isso que lhe dá riqueza e identidade. Nossa intervenção foi às sextas-feiras. Esse detalhe é relevante, pois o grupo começava sempre às segundas-feiras, portanto os envolvidos já estavam juntos pelo quinto dia consecutivo. Isso nos garantia que os participantes desses encontros já se conheciam suficientemente para mostrar os resultados pertinentes ao nosso trabalho.

Acompanhamos os profissionais por um período de um dia, em seus discursos e por meio de dinâmicas de interação, chamando a atenção sempre para a prática cotidiana junto a pacientes. Os discursos dos cuidadores transitavam entre as intervenções com pacientes e a experiência pessoal de cada um, entre a enfermidade do outro e sua própria enfermidade, entre os limites humanos naturais e os limites do outro. O encontro único com cada grupo, de duração de oito horas corridas foi também uma oportunidade de aprendizagem para nosso grupo de intervenção. Esses encontros de acompanhamento enriquecidos com leituras, desenhos e jogos permitiram trabalhar noções de acessibilidade, acolhimento, solidariedade, igualdade, cordialidade, respeito interpessoal e autoestima.

Utilizamos relatos do dia a dia na construção do grupo, dando relevância ao contato com o outro, as noções de alteridade, o confronto da convivência humana e humanizada e, sobretudo, aos conceitos que esses sujeitos formaram de humanização. Foram trazidas também noções de cuidados, acolhimento e resiliência.

Em suma, o pesquisador deve fazer o possível para mostrar, ao sujeito que fala, o interesse em conhecer suas dores,

alegrias, angústias, enfim, sua vida. Mostrando esse interesse, o sujeito sentirá incitado a falar de sua vida, a fazer suas confissões de acordo com a expectativa científica. Mas mesmo com todas as informações, não teremos um discurso completo, sempre há o que Pineau e Le Grand (apud MAIA-VASCONCELOS, 2005) chamou de “resíduo biológico não dito”. O relato é simplesmente a tentativa de ver a vida traduzida em palavras.

Análises e resultados

Nesta seção apresentaremos três dinâmicas que realizamos em nossa pesquisa e como estas foram importantes para percebermos como o modo de trabalho de abordagem pode fazer diferença na vida do paciente das unidades de saúde.

A intervenção elaborada e realizada por nós se constituiu de um trabalho com planejamento rigoroso, ação e pesquisa. Para sua execução, passamos por um momento de reflexão, a fim de organizarmos e desenvolvermos as competências necessárias à composição do que André Paré⁷ (1977, III) chamou Pedagogia Aberta, ou seja:

- Professoras
- (v) Escutar os profissionais das unidades
 - (v) Considerá-los o centro de nosso trabalho
 - (v) Ter autenticidade e autoconfiança
 - (v) Ser flexível – o que engaja autoresiliência
 - (v) Não temer as derrotas
 - (v) Adaptar-se à realidade
 - (v) Estar aberto às mudanças de humor dos alunos
 - (v) Estar disponível, espontâneo, relaxado

Fonte: retirado da obra de Paré (1977)

Utilizamos o mesmo esquema de Paré, adaptado para o campo dos profissionais de saúde, valorizando as ações:

7 PARÉ, A. *Créativité et pédagogie ouverte: organisation de la classe et intervention pédagogique*. Vol. III. Québec : NHP, 1977(c).

- (√) Escutar o paciente e os familiares
- (√) Considerar o paciente o centro do trabalho, não a doença
- Profissionais (√) Mostrar autenticidade e promover autoconfiança do paciente
- (√) Ser flexível
- (√) Nunca temer as derrotas, mas saber enfrentá-las junto aos pacientes e familiares

Fonte: elaborado pelas autoras

Atitudes como escutar, ser flexível, estar atento, estar disponível, compreender, de forma natural e humana desperta a autoconfiança dos aprendentes. O vínculo formado torna-se essencial a que as reflexões feitas em sala de aula se tornem reflexões da prática cotidiana dos profissionais. O efeito tende a ser multiplicador, logo que as famílias dos pacientes são engajadas no processo.

Procuramos nos encontros abordar uma visão mais humanística que analítica, visto que o trabalho foi impelido num sentido mais afetivo-cognitivo. Foram levadas em conta as condições sociais, familiares, o meio em geral dos sujeitos, suas experiência profissionais e pessoais, fatores que favorecem ou entravam o interesse do trabalhador pela vida no centro de saúde em que trabalha. Segundo Paré (1987), é a experiência e o vivido do trabalho e sua discussão o verdadeiro elemento de formação pessoal. A reflexão cotidiana vai além do lembrar o que fez; o repassar de ações é a revisão, pela memória, de um processo de formação.

Realizamos várias dinâmicas no decorrer da nossa pesquisa. A construção de um grupo operativo é um processo, uma dinâmica não acontece por acaso nem para o acaso. O grupo operativo é aquele que funciona transversalmente, com objetivos definidos para o grupo, considerando as variáveis dos sujeitos em um processo educativo. O grupo não é uma junção de pessoas em um mesmo espaço, nem obrigatoriamente num mesmo objetivo se o objetivo não partiu do grupo. O grupo é o encontro de várias pessoas com objetivo comum, com ações

coordenadas, trabalhando em colaboração para o crescimento do grupo, não para o crescimento individual.

Para Vygotsky (1998, p. 102),

É fundamental para a educação a ideia de que os processos de aprendizado movimentam os processos de desenvolvimento. A educação(...) tem um papel essencial na promoção do desenvolvimento psicológico dos indivíduos⁸

Na visão de Piaget⁹(1997), um dos principais objetivos da educação é a construção da autonomia moral e intelectual do sujeito. Para o pedagogo suíço, a educação deve ser um modo de levar o sujeito à autonomia, à autoconfiança e à capacidade de decisão, evitando tornar-se submissão, passividade e dependência.

Nesse sentido, a primeira atividade que realizamos com o grupo foi a dinâmica chamada “Viagem a Jerusalém”. Trata-se da célebre dança das cadeiras, com um diferencial. Quando a música para, todos devem se sentar. A diferença em nossa atividade é que a cada parada retira-se uma cadeira, mas nenhum dos participantes é excluído. O objetivo dessa dinâmica é refletir sobre as noções de inclusão, de igualdade de direitos e deveres, de limitações de espaço e, sobretudo de quebra de hierarquia humana, visto que na atividade médicos e serventes podem vir a dividir a mesma cadeira. O espaço nas instituições é muitas vezes responsabilizado pelo mau atendimento, pelo descaso com o outro, pelo desconforto. Ressaltamos nesse momento a compreensão do que vem a ser companheirismo, trabalho em grupo e superação de dificuldades.

Uma segunda atividade foi à compreensão dos conceitos “com pressa / rapidamente”. O objetivo dessa atividade foi trabalhar as noções de “urgência-emergência” em comparação

8 VYGOTSKY, L.S. et al. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Martins Fontes. 1989. Apud: OLIVEIRA, Marta Kohl. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico*. 4.ª ed. São Paulo: Scipione, 1997.

9 PIAGET, Jean. **Seis Estudos de Psicologia**. Trad. Maria Alice Magalhães d’Amorim. 22.ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.(Tit. Orig. Six études de psychologie)

a apressadamente. A dinâmica foi realizada formando-se duas filas ambas com o mesmo número de participantes. Cada fila recebia duas caixas fósforos, coladas uma à outra; uma cheia e outra vazia. As caixas das duas filas tinham o mesmo número de palitos. A primeira pessoa da fila deveria abrir a caixa cheia, retirar um palito, fechar a caixa, abrir a caixa vazia e guardar o palito, virar-se e entregar a caixa ao colega seguinte da fila. Essa operação deveria se repetir até que todos os palitos da caixa cheia fossem transferidos para a caixa vazia. A fila que terminasse primeiro seria a campeã.

Vimos com essa atividade que algumas pessoas, na ânsia de serem campeãs derrubavam todos os palitos. A regra dizia que todo palito caído no chão teria de ser apanhado e colocado na caixa. Refletimos em seguida sobre o cotidiano dos profissionais no centro de saúde. O atendimento de um paciente muitas vezes necessita ser feito rapidamente, mas nunca deve ser feito com pressa. As noções de “pressa” no atendimento contraria a humanização do atendimento. Fazer um atendimento com pressa pode ser até irresponsável, além de dar a entender ao paciente que o profissional não está interessado por sua queixa, que não se importa com o paciente ou até que não gosta do que faz. Ao contrário, podemos agir rapidamente quando se faz necessário, mas garantindo ao sujeito acolhida e respeito por seu problema.

Outra atividade trabalhada foi a da folha de papel. Cada participante recebeu uma folha de papel tipo A4 e alguns lápis de cor. Inicialmente convidamos os participantes a balançarem levemente suas folhas de papel. O ritmo deve ir-se acelerando até que as folhas sejam agitadas rapidamente, o que provoca um ruído forte. No segundo momento pedimos aos participantes que amassem suas folhas de papel até formarem uma bola bem pequena e depois desamassem-na até que ela volte ser uma folha A4 estirada. Convidamos então os participantes a repetirem a primeira atividade, ou seja, a agitem suas folhas de papel, como no início da dinâmica. Os participantes percebem surpresos que as folhas não fazem mais nenhum barulho como antes. Fazemos uma reflexão sobre o fato de que assim como o papel, os pacientes vão se tornando diferentes com a

doença, mas continuam a ser pessoas, do mesmo modo que o papel continua a ser papel, embora mais fragilizado. Ao final dessa atividade convidamos os participantes a procurar figuras nas marcas do papel amassado, contorná-las ou pintá-las com os lápis de cor. Em conclusão, fizemos uma discussão sobre a possibilidade de encontrarmos o que há de positivo nas situações difíceis, aprendendo a contorná-las e preenchê-las com outros conteúdos.

Considerações finais

Construir conceitos e perceber-se aprendiz é o objetivo primeiro do processo de aprendizagem. A maneira como se chega a essa construção ainda encontra discordâncias. O certo é que a aprendizagem forma um *continuum* de descobertas.

A formação em ciências da saúde tem sido ao longo das tradições uma formação calcada na repetição de práticas, no interesse prioritário pelo corpo físico do paciente, no tratamento fragmentado, no curar. Essa tradição não impele muitas vezes o futuro profissional a dedicar mais tempo ao seu paciente. Os consultórios cheios, consultas em massa, intervenções, perfusões, todo o cuidado se resume à farmacologia, escondendo o que todo ser humano tem de mais precioso: sua humanidade.

Trazer um movimento novo para os grupos de profissionais em Quixadá não foi tarefa fácil, nem para eles, nem para nós. Eles vêm todos de um trabalho em que não há espaço nem tempo para falar de maneira reflexiva sobre sua práxis. Eles falavam a princípio de suas ações, como em relatos isolados. O sentimento de estranheza ressentido, sobretudo, no início pelos participantes dos grupos é frequentemente causado pela rotina dos centros de atenção e dos hospitais, em que morte e vida se enfrentam e desafiam toda a equipe. O sentimento do brincar inserido em um contexto de profissionais adultos teve, contudo, excelente aprovação e participação. A participação nas atividades era unânime, preenchidas de risos, de sinais

de alegria, de reações que em outro contexto poderiam ser consideradas infantis.

Cada dinâmica era sempre um incentivo à reflexão sobre as relações entre cuidadores e pacientes. Mesmo para os participantes que não tinham um contato ligado diretamente ao atendimento médico percebemos que a experiência havia promovido uma grande mudança em suas vidas. Embora não seja uma ação simples, incentivar é possível e vale a pena. Começávamos criando um ambiente agradável para a aprendizagem que permita avaliar os participantes desde o início. Deixávamos claros os limites de espaço e de tempo durante as atividades. Demos a eles a ocasião de escolherem, se não o que vão fazer, como vão fazer. Era importante transformar cada atividade em um desafio prazeroso. Ao final sempre comentávamos os trabalhos feitos e elogiávamos com frequência todos os resultados, mesmo quando não eram os esperados. É importante reconhecer os esforços.

Orientávamos os participantes a procurarem em sua prática criticar sem magoar. Ninguém consegue ser feliz no meio de críticas. Orientamos ainda a evitar expressar piedade diante de um fracasso. As atividades procuraram não criar situações de competitividade ou de comparação, mas sempre de colaboração entre os participantes. Em nossa intervenção, procuramos constantemente mostrar entusiasmo em ensinar, tanto os mais participativos como os mais desmotivados.

A transformação de espaço também teve grande relevância. Chamamos a atenção desses sujeitos para o fato de haverem, durante aquela semana, mudado seu lugar de trabalho. Procuramos perceber qual o papel dessa semana fora do lugar de trabalho para os participantes, longe das rotinas do hospital, conhecendo sistemas, condutas, aspectos teóricos de suas ações nos centros de saúde. Sair do ambiente hospitalar para um ambiente escolar promoveu uma reflexão sobre a capacidade de mudança de olhar e de postura diante da rotina. Os participantes confessaram sentir uma grande satisfação de estar em um novo contexto, um sentimento de aprender mais do que pensavam em sua prática. Seus discursos testemunharam o quanto é

importante valorizar a própria história de vida, a rotina de seu trabalho, como fator construidor de sua formação. Para Finger¹⁰ (1988), a história de vida valoriza a compreensão do desenrolar das vivências no interior das pessoas, constituindo-se numa tomada de consciência na prática e nas representações de seu trabalho. Os participantes viram produzir em si mesmos uma autoformação, em que suas próprias histórias, na reflexão de suas escolhas, no que pode haver de diferente em seu trabalho cotidiano. Eles afirmaram ao final que não foi somente o lugar que mudou naquela semana, mas o seu próprio olhar sobre sua vida e sobre seu trabalho.

A experiência propiciou o debate sobre as diversas formas de atendimento e sobre a prática dos profissionais de saúde em seu caráter humano e ético. A discussão enfocou novas formas de comunicação nos serviços de saúde e as representações dos valores de cuidadores e pacientes. Lembrar aos profissionais que o sujeito que ali se encontra, encontra-se já em situação hierarquicamente em desvantagem na relação doença-saúde, foi uma medida tomada nos primeiros momentos. Foi-nos de grande importância lembrar a esses profissionais que a doença, a morbidade e a mortalidade não são exclusividade daquele paciente que eles atendem; mas que a “democracia” da doença é um fato irrecorrível, estamos todos os vivos em fase terminal.

Expô-los a essa crueza é uma das formas de apontar o itinerário de todos nós. Assim, cada atividade, cada palavra dita ou guardada metaforiza os fragmentos de contatos enquanto formula uma nova visão da equipe que carrega a priori a culpa de ser o senhor da cura. Essas representações do ambiente de trabalho, do público atendido e de suas experiências promovem um acúmulo de subjetividade que emerge nas relações com os pares. É a partir dessas representações sociais de trabalho que esses profissionais vão amadurecer suas autorrepresentações e reelaborar sua representação sobre o paciente. Ou retomando a música de Milton Nascimento, são as representações que vão ligando os vagões da humanidade. O encontro imperecedouro

10 FINGER, M. *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde / Departamento de Recursos Humanos, 1988.

das humanidades presentes nas auto e hetero representações foi e será a culminância da prática da humanização no atendimento hospitalar. Melhor estar no trem que na estação.

Referências

- BARTHES, R. **Le degré zéro de l'écriture**. Essais n° 35. Paris: Seuil, 1953.
- BARTHES, Roland. Introdução a Análise Estrutural da Narrativa. In _____ **Análise estrutural da Narrativa**. São Paulo: Vozes, 1973.
- BION, W. R. **A Atenção e interpretação: o acesso científico à intuição em psicanálise e Grupos**. Rio de Janeiro : Imago, 1991.
- DOUSSET, Marie-Paule. **Vivendo Durante um Câncer**: livro para uso dos doentes e seus familiares. Trad. Viviane Ribeiro. (Titre original: *Vivre Pendant un Cancer: livre à l'usage des proches et des malades*). Bauru, SP: EDUSC, 1999.
- FINGER, M. **O método (auto)biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da Saúde / Departamento de Recursos Humanos, 1988.
- KOCH, I.V.; ELIAS, V.M. **Ler e compreender: os sentidos do texto**. Contexto: São Paulo: 2008.
- OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico**. 4ª ed. São Paulo: Scipione, 1997.
- PARÉ, A. **Créativité et pédagogie ouverte: organisation de la classe et intervention pédagogique**. Vol. III. Québec : NHP, 1977(c).
- PIAGET, Jean. **Seis Estudos de Psicologia**. Trad. Maria Alice Magalhães d'Amorim. 22ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.(Tit. Orig. Six études de psychologie)
- PINEAU, G. (dir.). **Accompagnements et histoires de vie**. Paris: L'Harmattan, 1998.
- PINEAU, G. (org.). **L'accompagnement comme art de mouvements solidaires**, chap. 1. In: **Accompagnements et Histoires de Vie**. Paris: L'Harmattan, 1998.
- MAIA-VASCONCELOS, S.M.F. **Clínica do discurso: a arte da escuta**. Fortaleza: Premius, 2005.
- RICOEUR, P. **A memória, a história, o esquecimento**. Trad. Alain François et al. Campinas, SP: Unicamp, 2007.
- THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 2 ed.
- VYGOTSKY, L.S. et al. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Martins Fontes. 1989.
- VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e Linguagem**. Trad. Jeferson Luiz Camargo. rev. téc. José Copola Neto. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1998. (Tit. original Thought and language).