



PPGL

Programa de Pós-Graduação
em Letras

Cristiane Barelli

**A FORMAÇÃO DE LEITORES DE FOTOGRAFIAS
COMO PRÁTICA INTEGRATIVA DE PROMOÇÃO DE
SAÚDE NA ONCOLOGIA**

Passo Fundo, julho de 2019

Cristiane Barelli

**A FORMAÇÃO DE LEITORES DE FOTOGRAFIAS
COMO PRÁTICA INTEGRATIVA DE PROMOÇÃO DE
SAÚDE NA ONCOLOGIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Passo Fundo, como requisito para a conclusão do curso de Doutorado em Letras, sob a orientação da Profa. Dra. Fabiane Verardi Bulamarque, com coorientação da Profa. Dra. Graciela Ormezzano.

Passo Fundo
2019

CIP – Catalogação na Publicação

B248f Barelli, Cristiane
A formação de leitores de fotografias como prática
integrativa de promoção de saúde na oncologia / Cristiane
Barelli. – 2019.
221 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof. Dra. Fabiane Verardi.
Coorientadora: Prof. Dra. Graciela Ormezzano.
Tese (Doutorado em Letras) – Universidade de Passo
Fundo, 2019.

1. Mediação de leitura. 2. Promoção da saúde. 3. Leitura -
Formação. 4. Imaginário. 5. Oncologia. I. Verardi, Fabiane,
orientadora. II. Ormezzano, Graciela, coorientadora. III. Título.

CDU: 801.73

Aos meus pais, Pedro e Cleide, responsáveis pela minha origem, coragem e determinação.

Aos meus filhos, Pedro e André, com gratidão e eterno amor.

A todos os profissionais de saúde que se permitem sentir e cuidar do outro com amor e compaixão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amparo constante na minha trajetória terrena.

Aos meus pais, pelo incentivo ao estudo e à formação do meu caráter.

Aos meus filhos, pela abdicção de alguns momentos da minha presença para que esta pesquisa fosse realizada.

A minha orientadora, Profa. Dra. Fabiane Verardi Burlamarque, pela confiança depositada.

A minha coorientadora, Prof. Dra. Graciela Ormezzano, por me abrir as portas do universo do imaginário.

Aos pacientes, estudantes e profissionais de saúde, por aceitarem participar da pesquisa.

Ao Hospital São Vicente de Paulo e à Universidade de Passo Fundo, por me dar condições para realização do estudo de campo.

Aos professores membros da banca avaliadora, pelas valiosas contribuições ao estudo.

A CAPES, pelo apoio concedido para viabilização da tese.

Aos amigos de trabalho, por me apoiarem na concretização dessa trajetória formativa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo, pelos ensinamentos compartilhados.

Ao Prof. Eládio Weschenfelder, por ter propiciado minha retomada pelo contato com as leituras literárias, me desafiando a integrar as áreas da Saúde e de Letras.

A professora Fabiana Beltrami, amiga de todas as horas e fotógrafa talentosa, por me inspirar e ser parceira na busca da comunicação sensível no cuidado em saúde.

Ao fotógrafo André François, pelo talento sob a forma de fotografias e pela inspiração com o seu lema “Perceber o mundo que se vive é o primeiro passo para modificá-lo”.

*Que pode a câmara fotográfica?
Não pode nada.
Conta só o que viu.
Não pode mudar o que viu.
Não tem responsabilidade no que viu.
A câmara, entretanto,
Ajuda a ver e a rever, a multi-ver
O real nu, cru, triste, sujo.
Desvenda, espalha, universaliza.
A imagem que ela captou e distribui.
Obriga a sentir,
Criticamente julgar,
A querer bem ou a protestar,
A desejar mudança.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A sociedade pós-moderna cotidianamente desafia as equipes de saúde a ressignificar suas práticas e promover um cuidado integral que alcance a profundidade das maneiras de ser e dos modos de vida, especialmente na área da Oncologia. Os avanços tecnológicos e científicos, apesar de qualificar diagnósticos e terapêuticas, podem comprometer o foco da relação entre profissionais e sujeito da atenção. Como o câncer é uma doença agressiva e causa impactos profundos ao paciente, a imagem emergente da vida psíquica une e centraliza os fatos, como se fosse uma fotografia do momento em que a pessoa a experimenta. Compreender essa “fotografia” pode abrir possibilidades de autoconhecimento, entendimento e aceitação da doença. Esta pesquisa trata da formação de leitores de imagens fotográficas como estratégia de promoção de saúde e cuidado humanizado na Oncologia. Buscou verificar se, por meio da formação de leitores de imagens, se seria possível desencadear subsídios para qualificação do cuidado à saúde em pessoas que experienciam o câncer. Objetivou investigar o significado atribuído pelas pessoas envolvidas com o cuidado oncológico às imagens por elas produzidas e o que esses sujeitos revelavam na perspectiva do cuidado humanizado e das práticas integrativas em saúde, à luz da teoria do imaginário, de Gilbert Durand. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-interpretativo, de abordagem hermenêutica simbólica, amparada na Teoria do Imaginário, de Gilbert Durand, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. O caminho percorrido, além das fases iniciais, constituiu-se de duas oficinas de formação de leitores de fotografias: uma para estudantes de Medicina e Enfermagem; outra para profissionais vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer do Hospital São Vicente de Paulo. Elas foram desenvolvidas com metodologias ativas, em cinco encontros, de 90 minutos cada. Os participantes que foram assíduos nos cinco encontros integraram a amostra do estudo, totalizando cinco estudantes e sete residentes. A coleta de dados utilizou uma ficha do perfil dos participantes, uma entrevista aberta e o diário de campo do pesquisador. Para compreensão dos resultados foram consideradas as produções do último encontro, lidas pelo método de Leitura Transtextual Singular Individual proposto por Ormezzano. A partir do texto icônico elaborado pelos participantes, buscamos as referências do imaginário à luz da teoria *durandiana* pela identificação do *schème*, arquétipo e motivações simbólicas, considerando o dinamismo e a convergência dos símbolos nas estruturas isomórficas. Os resultados foram organizados em três vertentes: a importância da imagem na formação em saúde, o cuidado humanizado e o olhar de diferentes perspectivas. O significado atribuído pelos estudantes e profissionais ao processo de formação de leitores de imagens

fotográficas na perspectiva do cuidado oncológico humanizado e das práticas integrativas em saúde à luz da Teoria do Imaginário revelou a possibilidade da imaginação criativa como estratégia de resiliência e reintrodução do simbólico no mundo contemporâneo. Desenvolvemos uma metodologia viável para qualquer contexto, não restrita à Oncologia. Necessita, certamente, de um mediador de leitura preparado. E essa pode ser uma valiosa abertura para promover a interdisciplinaridade entre as áreas da Saúde e Letras, tecendo laços e entrelaços de ricas oportunidades para prática da intersectorialidade em saúde. Os revelados produzidos resultaram das dimensões subjetivas e objetivas, tendo o universo simbólico como pano de fundo. Foi um convite à reflexão e uma proposta de humanizar a atenção oncológica, por meio da valorização e da percepção do outro e de si mesmo na relação de cuidado. E, nesse movimento, também propiciou a reflexão sobre a saúde mental dos cuidadores. Afinal, quem cuida de nós? Enfim, para não concluir, inferimos que redescobrir a imaginação e seu potencial de nos reconduzir ao simbólico foi essencial, tanto para a ressignificação de um sentido possível à vida e ao cuidado em saúde, quanto à tarefa de resiliência para a qual o atual cenário mundano nos convoca e desafia.

Palavras-chave: Formação de leitor. Mediação de leitura. Teoria do Imaginário. Promoção de saúde. Oncologia.

ABSTRACT

The postmodern society daily challenges health teams to re-signify their practices and promote comprehensive care that reaches the depth of their ways of being and ways of life, especially in the area of Oncology. Technological and scientific advances, despite qualifying diagnoses and therapies, may compromise the focus of the relationship between professionals and the subject of care. Because cancer is an aggressive disease and causes profound impacts to the patient, the emerging image of psychic life unites and centralizes the facts, as if it were a photograph of the moment the person experiences it. Understanding this "photograph" can open up possibilities for self-knowledge, understanding and acceptance of the disease. This research deals with the training of photographic image readers as a strategy of health promotion and humanized care in Oncology. It sought to verify if, through the training of image readers, it would be possible to trigger subsidies for the qualification of health care in people who experience cancer. The objective was to investigate the meaning attributed by the people involved with cancer care to the images produced by them and what these subjects revealed from the perspective of humanized care and integrative health practices, in the light of Gilbert Durand's theory of the imaginary. This is a qualitative, descriptive-interpretive study of a symbolic hermeneutic approach, supported by Gilbert Durand's Imaginary Theory, approved by the Research Ethics Committee of the University of Passo Fundo. The path taken, in addition to the initial phases, consists of two training workshops for photo readers: one for medical and nursing students; another one for professionals linked to the Integrated Multiprofessional Residency Program in Cancer Care at the São Vicente de Paulo Hospital. They were developed with active methodologies, in five meetings of 90 minutes each. Participants who were attending the five meetings included the study sample, totaling five students and seven residents. The data collection used a tab of the participants' profile, an open interview and the researcher's field diary. To understand the results, we considered the productions of the last meeting, read by the Singular Individual Transtextual Reading method proposed by Ormezzano. From the iconic text elaborated by the participants, we look for the references of the imaginary in the light of the Durandian theory by the identification of the schème, archetype and symbolic motivations, considering the dynamism and the convergence of the symbols in the isomorphic structures. The results were organized into three strands: the importance of image in health education, humanized care and the perspective of different perspectives. The meaning attributed by students and professionals to the process of training photographic image readers in the perspective of humanized cancer care and integrative health practices enlightened by Imaginary

Theory revealed the possibility of creative imagination as a strategy of resilience and reintroduction of the symbolic in the world contemporary. We have developed a viable methodology for any context, not restricted to Oncology. You need, of course, a read-ready mediator. And this can be a valuable opening to promote the interdisciplinarity between the areas of Health and Letters, creating ties and interweaves of rich opportunities for practice of intersectoriality in health. The revelations produced resulted from the subjective and objective dimensions, with the symbolic universe as the backdrop. It was an invitation to reflection and a proposal to humanize the oncological attention, through the appreciation and the perception of the other and of oneself in the relationship of care. And, in this movement, it also fostered reflection on the mental health of caregivers. After all, who cares for us? Finally, to conclude, we infer that rediscovering the imagination and its potential to bring us back to the symbolic was essential both for the re-signification of a possible meaning to life and health care, and for the task of resilience for which the present worldly scenario summons us and challenges us.

Keywords: Reader training. Mediation of reading. Theory of the Imaginary. Health promotion. Oncology.

LISTA DE TEXTOS ICONOGRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Texto iconográfico 1 – O quebra-cabeça | 92 |
| Texto iconográfico 2 – As correntes da vida..... | 95 |
| Texto iconográfico 3 – Fé | 98 |
| Texto iconográfico 4 – Mente aberta e iluminada..... | 100 |
| Texto iconográfico 5 – Labirinto | 102 |
| Texto iconográfico 6 – A relação..... | 105 |
| Texto iconográfico 7 – Lua e Sol..... | 107 |
| Texto iconográfico 8 – Bênçãos..... | 109 |
| Texto iconográfico 9 – O que realmente importa?..... | 112 |
| Texto iconográfico 10 – Sozinha no meio da mata..... | 115 |
| Texto iconográfico 11 – Com carinho, com afeto..... | 117 |
| Texto iconográfico 12 – O cultivo da vida..... | 120 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Distribuição absoluta e relativa das teses e dissertações (CAPES, 2000-2016), pesquisadas a partir da expressão “Gilbert Durand” na Grande Área de Conhecimento..... | 26 |
| Figura 2 – Momentos e temáticas abrangidas nas oficinas de Formação de Leitor de Fotografias e Oncologia Integrativa..... | 72 |
| Figura 3 – Fotografia escolhida pelo residente para leitura imagética..... | 75 |
| Figura 4 – Leitura imagética de um enfermeiro a respeito da fotografia escolhida para a Oficina de Mediação de Leitura e Oncologia Integrativa..... | 76 |
| Figura 5 – Simbologia espacial proposta por Grünwald para interpretação de imagens e definido por Ormezzano para compreender a simbologia espacial de textos iconográficos..... | 79 |
| Figura 6 – Representação dos textos iconográficos produzidos por duas estudantes no 4º encontro para representar a releitura que fizeram da fotografia eleita para se apresentar no início da Oficina..... | 84 |
| Figura 7 – Evolução cronológica da incorporação das práticas integrativas e complementares no SUS..... | 88 |
| Figura 8 – Mandala representativa da leitura intertextual das produções dos participantes da pesquisa..... | 129 |
| Figura 9 – O símbolo do Instituto do Câncer do HSVP..... | 130 |
| Figura 10 – Texto visual elaborado pelo fotógrafo André François na obra intitulada Cuidar – Um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil..... | 133 |
| Figura 11 – Pastores abençoam paciente internado..... | 143 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Competências das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina relacionadas com a leitura e a escrita | 38 |
| Quadro 2 – Perfil das pessoas selecionadas para o estudo | 69 |
| Quadro 3 – Número de livros lido ao ano pelos entrevistados (inteiro ou em partes) | 140 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| APS | Atenção primária à saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| Cm | Centímetros |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DCNT | Doenças crônicas não-transmissíveis |
| DNA | <i>Deoxyribonucleic acid</i> |
| EIP | Educação interprofissional |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| FAIMER | Foundation for Advancement of International Medical Education and Research |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| GTH | Grupos de Trabalho de Humanização |
| HSVP | Hospital São Vicente de Paulo |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva |
| Km | Quilometro |
| LIONCO | Liga acadêmica de oncologia da UPF |
| LTSI | Leitura Transtextual Singular de Imagem |
| m ² | Metros quadrados |
| NCI | <i>National Cancer Institute</i> |
| NHIS | National health interview survey |
| OI | Oncologia Integrativa |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Panamericana da Saúde |
| OSCIP | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público |
| PAIDEX | Programa de Apoio Institucional a Discentes de Extensão e Assuntos Comunitários |
| PET-SAÚDE | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde |
| PIC | Práticas Integrativas e Complementares |
| PMPF/SMS | Prefeitura Municipal de Passo Fundo/ Secretaria Municipal de Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização/ HumanizaSUS |
| PNLL | Plano Nacional do Livro e Leitura |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PPG | Programa de Pós-Graduação |
| PPGL | Programa de Pós-Graduação em Letras |
| PROLER | Programa nacional de incentivo à leitura |
| PRÓ-LIVRO | Instituto Pró-Livro |
| RAS | Rede de atenção à saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| TIC | Tecnologias da Informação e Comunicação |
| UBS | Unidade básica de saúde |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| UPF | Universidade de Passo Fundo |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| PREFÁCIO | 13 |
| 1 INTRODUÇÃO | 23 |
| 2 A FORMAÇÃO DE LEITORES E A MEDIAÇÃO DE LEITURA | 32 |
| 2.1 O hábito da leitura no ensino superior..... | 33 |
| 2.2 O papel do professor na mediação e no incentivo à leitura..... | 36 |
| 2.3 A promoção da leitura nos espaços de assistência à saúde..... | 39 |
| 3 CONTEXTUALIZANDO A LEITURA DE IMAGEM NO CUIDADO ONCOLÓGICO INTEGRAL E HUMANIZADO | 43 |
| 3.1 A humanização da saúde e a integralidade do cuidado no SUS..... | 44 |
| 3.2 Oncologia Integrativa e novos “fazer” em saúde..... | 49 |
| 4 A TEORIA DO IMAGINÁRIO DE GILBERT DURAND | 53 |
| 4.1 As estruturas antropológicas do imaginário por Gilbert Durand..... | 61 |
| 4.2 O método de investigação arquetípico e a leitura transtextual de imagens..... | 62 |
| 5 PERCURSO METODOLÓGICO | 65 |
| 5.1 Tipo de estudo..... | 65 |
| 5.2 Definição do <i>corpus</i> | 66 |
| 5.3 Campo e participantes..... | 67 |
| 5.4 Aspectos éticos..... | 69 |
| 5.5 Metodologia de trabalho e instrumentos..... | 70 |
| 6 RESULTADOS | 82 |
| 6.1 Descrição dos encontros e momentos expervivenciados pelos estudantes..... | 82 |
| 6.2 Descrição dos encontros e momentos expervivenciados pelos residentes..... | 86 |
| 6.3 Compreendendo os textos iconográficos produzidos..... | 90 |
| 7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 123 |
| 7.1 A importância da imagem..... | 131 |
| 7.1.1 A formação do leitor de fotografias..... | 137 |
| 7.1.2 Leitura de imagens como prática de saúde..... | 144 |
| 7.2 O cuidado humanizado..... | 148 |
| 7.2.1 Sensações e sentimentos no ato de aprender a cuidar..... | 152 |
| 7.3 O olhar de diferentes perspectivas..... | 168 |
| 7.3.1 Olhar, ver e enxergar..... | 172 |
| 7.3.2 Ressignificação das práticas como um trajeto à integralidade do cuidado..... | 177 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS, PARA NÃO CONCLUIR... | 186 |
| REFERÊNCIAS | 189 |
| APÊNDICE A – Infográficos sobre a evolução dos estudos / estado da arte | 210 |
| APÊNDICE B – Ficha de caracterização dos participantes das oficinas | 211 |
| APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 212 |
| ANEXO A – Classificação isotópica das imagens proposta por Gilbert Durand | 214 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO B – Parecer de aprovação do protocolo de pesquisa emitido pelo CEP/UPF | 215 |
| ANEXO C – Fotografias da obra “Cuidar” escolhidas pelos estudantes no 1º encontro da Oficina para se apresentarem | 219 |
| ANEXO D– Fotografias da obra “Cuidar” escolhidas pelos residentes no 1º encontro da Oficina para se apresentarem | 220 |

PREFÁCIO

“Abram as cortinas que o espetáculo vai começar!”

Será? Está na hora mesmo? As pernas da farmacêutica tremem, o frio na barriga é quase insuportável. Afinal, como justificar que um profissional da saúde faz Doutorado em Letras? Certamente o encorajamento surgiu motivado por vários desafios e demandas exigidas pelo ensino na saúde, em um mundo de conexões e redes, em tempos de inter e transdisciplinaridade, de convergências. Também pelo trânsito docente nas interfaces da Saúde com as áreas da Educação, Comunicação e Artes, na busca de um ser miscigenado.

E por que justificar? Marcas de uma formação cartesiana, sustentada pela lógica aristotélica, que busca certezas, desconfia do que não se alinha ao pensamento ocidental. Que desconhecia o pensamento simbólico, o papel do imaginário e do universo simbólico na promoção da saúde e na ruptura do paradigma *flexneriano*¹ ainda vigente na formação em saúde. Como na poesia de Carlos Drummond de Andrade apresentada na epígrafe – “o real nu, cru, triste, sujo”.

Mas, voltando ao palco... Espetáculo? Não seria ousadia demais? Ah! Talvez essa fala seja da Crisbel², palhaça amadora que invade quartos no hospital para levar sorrisos e desafiar os acadêmicos a expervivenciar³ a humanização do cuidado em saúde e a promover qualidade de vida apesar da doença.

Com este prefácio contextualizamos nosso interesse pela leitura de fotografias como prática de saúde na Oncologia e como pacientes e profissionais percebem o cuidado à luz da integralidade e da humanização na saúde.

A leitura e a formação do leitor surgiram quando passamos a pensar a educação a partir do par “experiência/ sentido”, como afirma Jorge Larrosa Bondía, filósofo e educador espanhol, da Universidade de Barcelona⁴. Ele parte desta convicção, pois as palavras produzem sentido e criam realidades, agindo como potentes mecanismos de subjetivação. Afirma que crê no poder

¹ O paradigma *flexneriano*, desde 1910, é caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo. Tal paradigma, que organizou o ensino e o trabalho médico, foi um dos responsáveis pela fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde e pela proliferação das especialidades médicas.

² Personagem adotada pela autora na realização das intervenções do Projeto de Extensão Sorriso Voluntário. Institucionalizado na Universidade de Passo Fundo desde 2014. Tem como objetivo promover a comunicação sensível no ambiente hospitalar, em uma perspectiva interprofissional, por meio de estratégias lúdicas (palhaçaria e terapia do riso), tornando a relação profissional de saúde-paciente mais humanizada, segura e integral.

³ Terminologia proposta por Zauza (2011), adotada por Gallina (2017), e quer dizer experiência vivida.

⁴ Conferência proferida no I Seminário Internacional de Educação em Campinas, SP, traduzida e publicada em julho de 2001 e intitulada “Notas sobre a experiência e o saber da experiência” (Larrosa Bondía, 2002).

das palavras, pois elas determinam o nosso pensamento. “E pensar não é somente raciocinar ou calcular ou argumentar, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece” (2002, p. 21). Um sentido que liga o imaginário ao cotidiano, que entrelaça o subjetivo e o objetivo.

“O homem é um vivente com palavras”, declara Larrosa Bondía (2002, p. 21). “Quando fazemos coisas com as palavras é como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vemos ou o que sentimos e de como vemos ou sentimos o que nomeamos” (p. 21). Esse jogo de palavras do autor envolve o fazer em saúde necessário ao mundo contemporâneo.

Fotografias? Mais indagações. Na poesia apresentada como epígrafe, Carlos Drummond de Andrade, que também era farmacêutico, afirma que a fotografia em si não pode mudar nada, pois revela a verdade nua e crua. Porém, “a câmara ajuda a ver e a rever [...]. Desvenda, espalha, universaliza. [...] Obriga a sentir / Criticamente julgar / A querer bem ou a protestar / A desejar mudança”.

Imbuídos desse desejo de mudança estamos aqui. Entre dilemas, aproximação de novos conceitos, teorias e paradigmas da educação e da saúde, que se entrecruzam intimamente com os princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde (SUS): cosmovisão, paradigma sociocultural simbiossinérgico, paradigma educacional inventivo, integralidade do cuidado, educação interprofissional e aprendizagem colaborativa, metodologias ativas... Seria racionalidade cartesiana contrastá-los?

Para não fragmentar, a temática desta pesquisa surgiu e emergiu do cotejamento entre nossa trajetória de vida pessoal e profissional, na busca da integralidade do cuidado em saúde. Afinal, para um profissional de saúde, exercer a integralidade em sua essência é um pressuposto fundamental do fazer, inclusive um dos princípios filosóficos do SUS.

A integralidade, legal e institucionalmente, é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao constituir-se ato em saúde nas vivências dos sujeitos nos serviços de saúde provoca experiências que produzem transformações na vida das pessoas.

Em relação a nossa trajetória pessoal, uma das principais motivações para o desenvolvimento desta pesquisa parte dos enfrentamentos de uma cardiopatia congênita grave⁵ que nos propiciou conhecimentos acerca de diferentes redes de saúde, vários serviços públicos e privados, muitos profissionais e formas de cuidado heterogêneas. Neste “currículo”, os

⁵ Doença que acometeu o primogênito da autora.

registros predominantes na nossa memória são de atendimentos fragmentados, descontínuos, sem uma coordenação do cuidado ao longo de toda a vida, por parte de uma equipe de saúde de referência. Em algumas ocasiões nos deparamos com profissionais engajados no cuidar, na perspectiva da integralidade e que o fizeram com maestria. Entretanto, de modo geral, foram práticas mais pessoais que institucionais.

Desde 1993, durante 21 anos fomos aprendendo e expervivendo o SUS no seu cotidiano, com desafios, possibilidades, em busca de qualidade de vida, apesar da doença. Aliás, um dos principais desafios epistemológicos que os profissionais de saúde enfrentam na atualidade é este: como promover saúde apesar da doença? Infelizmente as instituições de ensino pouco oferecem para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes aos profissionais médicos e farmacêuticos capazes de superar esses desafios, cenário/palco em que atuamos há 19 anos e conhecemos de forma um pouco mais aprofundada.

E na beleza de um sonho, na busca de um ensinar e aprender com sentido, como diria o educador Moacir Gadotti (2003), também tivemos a oportunidade de nos aproximarmos da mitologia⁶. Inclusive, tema que posteriormente passamos a nos dedicar de forma acadêmica como uma proposta de compreensão de mundo e de significados à luz da hermenêutica simbólica proposta por Durand, que nos foi apresentado pela nossa coorientadora, Professora Doutora Graciela Ormezzano.

A fotografia surgiu de forma sutil, porém incisiva, como possibilidade para a busca da inteireza do ser, dispensando a necessidade do conflito frente à dualidade entre vida pessoal e profissional. Um rearranjo orientado por uma cosmovisão de mundo, a partir dos estudos do pedagogo italiano Mario Gennari (1997), que se abre à linguagem icônica, geradora de sentido, conduzindo à materialidade da imagem e ao universo do imaginário. Ou seja, processos que permitem ao ser humano compreender novos aspectos do mundo, sendo instigados por infinitas descobertas, projeções inconscientes e desafios da imaginação simbólica.

Esses foram os principais elementos pessoais que nos instigaram na busca de novas estratégias e tecnologias de cuidado para a saúde, de possibilidades que de fato contribuam para modificação do paradigma médico ainda vigente. Resultado de um modelo biomédico de atenção à saúde, ultrapassado, estruturado desde o século XIX, que associa a doença à lesão, reduzindo o processo de adoecimento à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais (emocional, cultural, política e econômica) e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente.

⁶ Essa aproximação com a mitologia se deu pelos estudos curiosos do filho caçula da autora.

Há alguns anos, especialmente após a reforma sanitária ocorrida a partir da década de 80, o conceito de saúde passou de mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental. E, a partir daí, para um conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social, como disposto na Constituição Federal do Brasil. Ocorre claramente uma mudança de paradigma, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior. Modifica-se a prática sanitária, passando-se de uma antiga concepção curativista, para a atual, na perspectiva da vigilância da saúde.

Quanto à nossa trajetória profissional, ao ingressar na carreira do magistério superior em 1998, nos intrigava como contribuir para que a formação dos profissionais que estavam sob nossa orientação docente fizesse a diferença. E, assim, as práticas em saúde fossem mais humanizadas, sensíveis, empáticas, afetuosas, eficientes e realmente integrais, independentemente do nível de complexidade do cuidado ou do tipo de atenção prestada – ambulatorial ou hospitalar. Nas palavras do educador Paulo Freire, “é preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (1996, p. 110).

Os avanços no desenvolvimento tecnológico e científico, especificamente na área da saúde, responsável por qualificar as abordagens diagnósticas e terapêuticas ao longo dos anos, podem, incoerentemente, comprometer o foco da relação entre a equipe de saúde e o sujeito da atenção. Propiciam que as emoções, as angústias, as crenças e os valores da pessoa cuidada fiquem num plano secundário. Também podem induzir o profissional a agir mecanizado, afastado do escopo do seu trabalho: a vida e/ou a dor da pessoa, por vezes fragilizada pela doença e pelo cuidado em si. Por consequência, podem prejudicar o componente humano das relações, uma vez que o ato de cuidar não se esgota no processo técnico, posto que necessita de sensibilidade, alteridade, respeito, empatia e compaixão entre quem cuida e quem é cuidado.

Na Oncologia, especialidade que constitui nosso campo de estudo, os desafios não se limitam apenas ao diagnóstico de câncer, concebido historicamente pela sociedade como uma doença dolorosa e incurável, quase uma sentença de morte. Outros estigmas ocasionam impactos na dimensão emocional do paciente e sua família. E dos profissionais também. Afinal, a maioria de nós não foi preparada para gerenciar essas situações, aprender a lidar com a terminalidade do próximo, com nossos limites, ocasião em que a postura do cuidador exige aspectos não menos nobres como o cuidar e o confortar. Uma estratégia relativamente recente de reestruturar o cuidado nesse âmbito é a Oncologia Integrativa (OI), um ramo da Medicina que utiliza práticas baseadas em evidências de forma integrada com a medicina convencional – quimioterapia, cirurgia, radioterapia e terapia molecular.

A partir do ano 2000, nosso desejo de transformar o ensino na saúde foi potencializado pela publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina e, a partir de 2002, para os demais cursos da área da saúde. A tônica passou a ser uma formação geral, crítica, reflexiva, capaz de ser resolutiva nos problemas e agravos mais prevalentes da população, rompendo com o modelo de cuidar hospitalocêntrico, médico-centrado, decorrente do paradigma *flexneriano*. Convém destacar que, em 2014, as DCN para cursos de Medicina foram atualizadas, fortalecendo a perspectiva da integralidade e a necessidade de aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento. Aqui nosso percurso nas interfaces entre Saúde, Educação, Comunicação e Artes passaram a fazer ainda mais sentido.

Desde então, o Ministério da Educação rediscutiu todas as outras diretrizes curriculares da área da saúde, e a homologação das novas DCN para os cursos de farmácia ocorreu em 2017.

Na nossa perspectiva profissional, como farmacêutica e professora universitária na área da saúde, muito nos inquietava e ainda inquietam os desafios apontados. Passamos, então, a desenvolver atividades acadêmicas que buscassem voos mais certos à luz da integralidade. As experiências mais férteis e significativas se relacionaram à nossa formação pedagógica, com ênfase no ensino na saúde. Em 2006 participamos do curso de especialização em Ativadores de Mudanças na Graduação em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, iniciativa fomentada pelos ministérios da Saúde e da Educação, que ampliou nossos horizontes sobre a forma de ensinar e fazer saúde. Em continuidade a esse processo formativo, em 2010, concluímos o Curso de Especialização em Educação para Profissões da Saúde, promovido pela Universidade Federal do Ceará, denominado *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (FAIMER⁷) Brasil, também fomentado pelos ministérios supracitados.

A aproximação com a área de Letras se deu pelo movimento simultâneo que ocorria na instituição de ensino em que atuamos, onde acumulávamos experiências acadêmicas vivenciando o projeto de extensão da Universidade de Passo Fundo, do Curso de Letras, intitulado Bando e Bandinho de Letras, coordenado pelo Professor Eládio Vilmar Weschenfelder. O Bando de Letras foi fundado em 1996 e reúne acadêmicos do curso de Letras, Medicina e Pedagogia, com o objetivo de promover sessões artísticas de contação de histórias

⁷ O Instituto FAIMER É um programa de capacitação (*fellowship*) de dois anos, em tempo parcial para docentes de cursos de graduação em Saúde. Este programa tem foco nos conhecimentos e habilidades de gestão, liderança e em educação, bem como no desenvolvimento de uma comunidade de prática profissional.

e declamação de poemas, visando incentivar, de forma lúdica, o gosto pela leitura literária nos ambientes escolarizados e não escolarizados: rádio, televisão, hospitais, entidades beneficentes, bibliotecas, centros de cultura e seminários, dentre outros. Trata-se de dois grupos artísticos que se constituíram como desdobramentos das Jornadas Nacionais de Literatura, do Programa Nacional de Incentivo à Leitura (PROLER) e do Livro do Mês.

A partir de 2014, o Professor Eládio propôs o Bandinho de Letras, constituído por crianças de oito a doze anos, pertencentes às redes públicas e privadas de ensino fundamental de Passo Fundo, e nos convidou para sermos a “madrinha” do grupo. Começou como arte – no seu sentido mais ambíguo – com a participação⁸ nos encontros quinzenais e nas “invasões”⁹, com a aproximação institucional entre o Curso de Letras e a Faculdade de Medicina, a partir de um fazer interdisciplinar neste projeto de extensão. Posteriormente, o Bando e o Bandinho de Letras incluíram a participação ativa de estudantes bolsistas do Programa de Apoio a Extensão (PAIDEX), dos cursos de Letras e Medicina, e PAIDEX-Junior (do Ensino Médio da UPF), familiares, professores e funcionários da UPF e da rede pública de ensino de nossa cidade, dedicados a promover apresentações artísticas para estimular o gosto pela leitura literária.

Na vertente do ensino, nossa atuação no Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) desde 2009, que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão na graduação em saúde, e a docência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção ao Câncer e Saúde do Idoso, *lato sensu*, suscitaram ainda mais a necessidade de desenvolver e compreender tecnologias resolutivas, na perspectiva da integralidade e capazes de promover saúde.

Os caminhos percorridos entre as áreas da Saúde, Educação, Comunicação e Letras nos permitiram compreender que pensar na educação hoje implica, fundamentalmente, pensar uma sociedade mais humana, solidária e igual – não igual de homogeneidade –, mas igual de respeito às diferenças. Ou seja, refletir sobre os paradigmas da complexidade e promover uma formação capaz de desenvolver uma visão de totalidade, na qual o homem e a mulher são corpo e mente, razão e emoção, que valoriza a subjetividade, os pares de opostos, a cooperação e a transdisciplinaridade.

Logo, se a interdisciplinaridade passa a ser um critério fundamental para formação integral, por que não para o cuidado em saúde? E é justamente nesse momento que reencontramos Graciela Ormezzano, pesquisadora em Educação Estética e com ampla

⁸ A participação mencionada é da autora e seus filhos.

⁹ As “invasões” são a forma com que os extensionistas do Bando e Bandinho de Letras adentram repentinamente os locais em que farão a sessão artística, com objetivo de surpreender o público.

experiência no cuidar, tendo em vista sua formação de arteterapeuta. As nossas inquietudes foram ganhando vigor e, com sabedoria, nossa orientadora (na ocasião) nos desafiou a ingressar no Doutorado em Letras, na Área de Concentração Letras, Leitura e Produção Discursiva, na Linha de Pesquisa Leitura e Formação do Leitor, descortinando possibilidades concretas para essa interlocução de saberes que perseguimos. Inclusive nos motivando a buscar algumas respostas concretas para promover um cuidado em saúde que não fosse utópico. Em 2018, a Professora Graciela se aposentou; a orientação passou a ser feita, então, pela Professora Doutora Fabiane Verardi Bulamarque, que atua nas linhas de pesquisa "Produção e Recepção do Texto Literário" e "Leitura e Formação do Leitor". Os estudos da Professora Fabiane na segunda linha de pesquisa, ao orientar uma dissertação de mestrado intitulada "Mediadores de leitura e biblioterapia no contexto hospitalar"¹⁰, também nos instigaram. O objetivo foi analisar os aspectos relacionados à concepção de mediação de sujeitos atuantes como mediadores de leitura em hospitais, bem como sua formação cultural e leitora. Ou seja, uma investigação que buscou compreender o processo de formação de leitores no ambiente hospitalar, que congrega saúde e doença.

Mas e a fotografia? Que estranhamentos e reflexões podem causar imagens predefinidas por outro olhar? Qual ou quais sentido(s) e significado(s) as imagens fotográficas revelam em pessoas que adoececem de câncer, em seus familiares e nos profissionais responsáveis pelo cuidado oncológico? Em que medida essa leitura de imagens pode ter uma finalidade terapêutica?

Nas disciplinas cursadas no Programa de Pós-Graduação em Letras descobrimos a formação do leitor e a mediação de leitura como práticas promotoras de autonomia, seja em espaços não escolares ou em ambientes adversos como hospitais e outros cenários onde "fazemos saúde" (ou deveríamos fazer). A leitura, algo que estava latente desde a nossa infância, foi reencontrada como possibilidade palpável de promoção de saúde e humanização do cuidado.

Eis que a imaginação, mais do que nunca, se aguça. Afinal, "E agora, o que você vai ler? E agora, quem você vai ser? E agora, ler é ser"¹¹.

A concepção teórica adotada permite a leitura artística de imagem, a partir da hermenêutica simbólica proposta pelo filósofo e antropólogo Gilbert Durand, especialmente quando busca compreender o sentido da realidade. Assim, a transdisciplinaridade permite

¹⁰ GIACOMONI, Lucia. Mediadores de leitura e biblioterapia no contexto hospitalar. 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade de Passo Fundo, 2010.

¹¹ Fragmento da música tema da 16ª Jornada Nacional de Literatura, com letra de autoria de Gustavo Leal e Miguel Rettenmeier, gravada pela Banda Roudini e Os Impostores.

interpretar o ser e o mundo, exatamente no ponto de encontro expresso pela linguagem, de modo dialógico, intersubjetivo e antidogmático. Entendemos que a hermenêutica implica interpretar, mas é preciso somar o sentido simbólico. Desse modo, ao considerar que o ser humano é um animal simbólico, a linguagem hermenêutica é uma linguagem simbólica, assim como sua interpretação da realidade implica na compreensão das coisas por parte do ser humano.

Por que leitura de fotografias?

A imagem visual expressa-se diferentemente das palavras, permite múltiplas interpretações e é tão viva quanto a imagem literária, porque extrapola o conceito ou o significado convencional. E as interpretações remetem à imaginação, uma realidade simbólica, dimensão intermediária entre o mundo interno e o externo.

E por que Oncologia?

O câncer constitui um grave problema de saúde pública, no âmbito nacional e mundial, de relevância epidemiológica devido à associação à transição demográfica e ao envelhecimento da população brasileira nas últimas décadas. Em Passo Fundo, RS (local onde é realizada essa pesquisa), é a segunda causa de morbidade e a primeira causa de mortalidade hospitalar.

Essa realidade, em especial nos países em desenvolvimento como o Brasil, requer investimentos nas políticas públicas de saúde para atender às necessidades da população, com destaque para o cuidado humanizado e a atenção oncológica integral.

Ao longo dos anos, com os avanços científicos e tecnológicos relacionados ao diagnóstico precoce e às abordagens terapêuticas das neoplasias, o tratamento dessas patologias tem sido mais resolutivo. No entanto, essa evolução não tem o mesmo ritmo na proposição de tecnologias leves e no desenvolvimento de competências e habilidades pelas equipes de saúde, com intuito de promover qualidade de vida e saúde nesses cenários e contextos.

Considerando as sérias repercussões que o câncer desencadeia, é crucial que a comunicação entre o profissional e o paciente, as relações de cuidado, a adequada informação (quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico) e o respeito à autonomia sejam verdadeiramente atos no fazer em saúde, pois preceitos já o são na Política Nacional de Humanização/ HumanizaSUS em vigor há mais de doze anos no país.

Eis mais um desafio: humanizar o que já é humano! Pois o ato de cuidar não se esgota no processo técnico; exige sensibilidade entre quem cuida e o ser cuidado, alteridade, respeito, empatia e compaixão.

E se “no meio do caminho tinha uma pedra¹²”, entendemos que ela realmente serve para nos desafiar a avançar, nem chutando, nem tropeçando, mas contornando-a, como o curso do rio, aprendendo novos caminhos, conhecendo e mobilizando outros caminhantes na busca do cuidado integral na saúde.

Já nos sentimos à vontade nesse “palco”.

¹² Fragmento da poesia de Carlos Drummond de Andrade intitulada “No meio do caminho” e disponível na obra Antologia poética (ANDRADE, 2005, p. 267).

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de mortalidade na população brasileira e, desde 2009, representa uma das três causas de morte mais prevalente no país. Pela sua elevada magnitude, tornou-se uma prioridade na saúde pública, exigindo um olhar epidemiológico atento e qualificado no conhecimento desse agravo (BRASIL, 2009; LORENZATO et al., 2001; RIBEIRO et al., 2013). Integra o rol das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definidas como doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração.

As DCNT são responsáveis por grande custo econômico para o sistema de saúde, a sociedade e as famílias. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas doenças criam um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico dos países, especialmente os de média e baixa renda (ABEGUNDE et al., 2007; MALTA et al., 2014).

Na perspectiva da formação em saúde, se faz necessário repensar e reformular os currículos dos cursos na busca de uma educação interprofissional (EIP). A OMS definiu que a EIP ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde (2010, p. 13). Dela decorre a prática colaborativa na atenção à saúde, quando profissionais de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da atenção, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para o cuidado da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços.

A conjuntura em que emerge a EIP consiste, de um lado, no gradativo reconhecimento da complexidade e abrangência do processo saúde-doença, suas múltiplas dimensões orgânicas, genéticas, psicossociais, culturais e sua determinação social, visto que resulta também da expressão da vida e trabalho, isto é, do modo como indivíduos, família e grupos sociais estão inseridos na sociedade. De outro lado, e relacionado ao primeiro, decorre da complexidade da rede de atenção à saúde e da necessária coordenação e colaboração entre profissionais e os próprios serviços (BATISTA, 2012), inclusive na Oncologia.

Todo esse contexto não está descolado da afirmativa recorrente que vivemos na era de informação. Alguns até confundem com a sociedade do conhecimento, ou como afirma Larrosa Bondía (2002, p. 23), com a sociedade de aprendizagem, como se as palavras “informação”, “conhecimento” e “aprendizagem” fossem sinônimos. Em um mundo intensivamente

imagético, ao toque de um clique, necessitamos (re) aprender, (re) significar, buscar experiências, ou seja, esquadrihar o que nos passa, o que nos toca. E o autor alerta, “informação não é experiência”, é quase seu contrário, pois a velocidade que perseguimos há que ser refletida: “cada vez estamos mais tempo na escola, temos menos tempo e nada nos acontece”.

São necessárias novas leituras de mundo, que valorizem a mediação e o processo dialético que abarca a relação homem-mundo, confrontando o paradigma da racionalidade das ciências. Freire (2006, p. 11), em sua obra “A importância do ato de ler”, enfatiza que a leitura do mundo precede a leitura da palavra e que linguagem e realidade se prendem dinamicamente.

Ao nos aproximarmos da formação do leitor, percebemos que no Brasil os índices de leitura na população em geral são inadequados, inclusive no estrato dos estudantes do ensino superior. Essa observação persistiu apesar de ter sido verificado um crescimento do percentual da população leitora no país para 56% no ano de 2015, em face dos 50% apontados no estudo de 2011 (RETRATOS... , 2016; RÖSING, 2016).

Os professores universitários precisam atualizar-se e compreender as teorias contemporâneas da leitura, bem como de sua mediação, contemplando os suportes e recursos tecnológicos da atualidade, propiciando a intertextualidade. Porém, geralmente há um descompasso entre os interesses e a familiaridade com a tecnologia entre a geração dos estudantes e a dos professores (RÖSING, 2016).

Após esmiuçar a problemática, justificamos a necessidade urgente de desenvolver novas tecnologias de cuidado aplicadas à Oncologia, dentre elas a formação do leitor e a mediação de leitura, e boa parte dos argumentos já foram apresentados no Prefácio.

Nossa tese se propõe a formar leitores de imagens fotográficas, pois entendemos que esse processo desencadeia subsídios para qualificação do cuidado à saúde em pessoas que experienciam a doença crônica com prognóstico delicado, como o câncer. Consequentemente, pode levar à promoção da qualidade de vida e articulação de redes de apoio para o grupo familiar, levando em conta suas singularidades.

Para isso, selecionamos a obra de André François, intitulada “Cuidar: um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil”, que revela de norte a sul do Brasil experiências de bons cuidadores, que, além do bom conhecimento técnico, entendem o que o paciente tem, sabem ouvi-lo, e são acessíveis. O fotógrafo é idealizador da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ImageMágica, que criou em 1995, quando percebeu que havia espaço para abordar um cuidado mais humano. A OSCIP desenvolve iniciativas em promoção de saúde, cultura e educação por meio da fotografia.

A delimitação do tema da pesquisa foi fundamentada na formação de leitores de imagens fotográficas como estratégia de promoção de saúde e cuidado humanizado na Oncologia. Uma possibilidade de prática integrativa aplicada a essa área.

Para averiguar o “estado da arte” sobre o tema delimitado, fizemos uma busca de teses e dissertações no repositório da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de 2000 a 2016. Primeiro, nos detivemos aos estudos relacionados com “Oncologia” e “Oncologia Integrativa”. Em seguida, buscamos os trabalhos que se sustentaram na teoria do imaginário, de Gilbert Durand.

Ao longo dos anos, notamos um aumento exponencial dos estudos na área da Oncologia (Apêndice A). O tema foi bastante pesquisado, revelando 3625 ocorrências entre teses e dissertações, sendo predominante a ênfase tecnológica de diagnósticos e tratamentos. Ao utilizar como palavra-chave “Oncologia Integrativa”, o número de registros aumentou para 5463, porém, ao associar com “fotografia” ou com “formação de leitor”, nenhum registro foi encontrado. A busca de “Oncologia” associada à “tecnologia leve” não gerou nenhum resultado e associada à “fotografia” acusou apenas uma dissertação que utilizou a fotografia digital como um meio de qualificar o diagnóstico do câncer de pele.

Quando configuramos a busca pela associação entre “tecnologia leve” e “fotografia” também não teve ocorrências, o que nos instigou mais a estudar a temática delimitada na formação de leitores de fotografias. O resultado do cruzamento de “fotografia” e “saúde” gerou somente uma ocorrência.

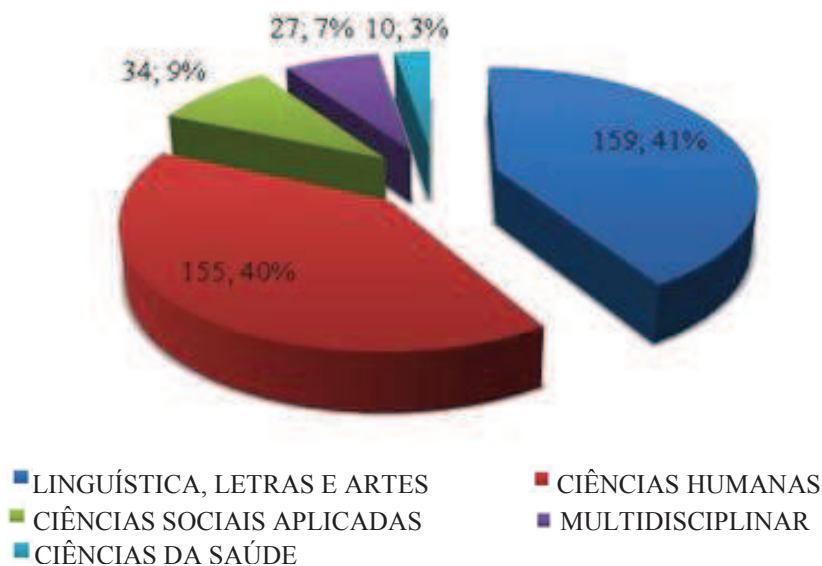
Também pesquisamos artigos científicos e encontramos algumas evidências do uso da fotografia em estudos qualitativos, tanto como complemento ilustrativo, quanto como instrumento de coleta de dados. Nesses casos, denominado de fotovoz, os pesquisadores complementam as técnicas de observação participante e as entrevistas com a produção de imagens, estimulando a capacidade de apreensão do espectador. Verificamos a utilização desse método aplicado a diferentes públicos e contextos: pacientes hospitalizados (TORALLES-PEREIRA et al., 2004); saúde mental (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2009); moradores de zonas rurais (COSTA et al., 2013); coletores e catadoras de lixo (VELLOSO; GUIMARÃES, 2013); educação (SOUZA; LOPES, 2002); adolescentes com câncer (ROSSARI; MOTTA, 2009); em gestantes (MELLEIRO; GUALDA, 2004); e idosos (GIL; TARDIVO, 2011).

O método fotovoz é um recurso por meio do qual as pessoas utilizam câmeras fotográficas para documentar suas realidades de vida e saúde. É diferente da proposta desta pesquisa, que tem como ponto de partida imagens já produzidas na temática do cuidado

humanizado em saúde e, a partir da leitura realizada, busca a plurivocidade de sentidos atribuídos pelos leitores.

No segundo momento, ao verificar a ocorrência de teses e dissertações utilizando como expressão de busca “Gilbert Durand”, encontramos 385 registros, sendo 109 teses, 276 dissertações (uma delas de Mestrado Profissional), distribuídos em dez grandes áreas do conhecimento (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição absoluta e relativa das teses e dissertações (CAPES, 2000-2016), pesquisadas a partir da expressão “Gilbert Durand” na Grande Área de Conhecimento



Fonte: Elaborado pela autora.

A maior parte dos trabalhos vinculam-se a Programas de Pós-Graduação nas áreas de Linguística, Letras e Artes e de Ciências Humanas, totalizando 81,7%. Restritos à área da Saúde, resultaram dez trabalhos, todos realizados com pessoas idosas em diferentes contextos e vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília.

Com receio de termos perdido alguma tese ou dissertação desenvolvida na área da saúde, porém vinculada a outros Programas de Pós-Graduação, retomamos a pesquisa das 460 ocorrências para “Gilbert Durand”. E, a partir do título, selecionamos mais nove produções que apresentam alguma afinidade com a promoção da saúde e o imaginário de pessoas adoecidas. Elas foram desenvolvidas em Programas da Educação (3), Antropologia (2), Ciências das Religiões (1), Educação Física (1), Enfermagem (1) e Letras (1), mas, neste momento,

selecionamos somente uma tese para nos debruçarmos: “Dimensões culturais no tratamento do câncer bucomaxilofacial”, de autoria de Emanuelle Ribeiro de Oliveira, orientada por Danielle Perin Rocha Pitta, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco.

O estudo de Oliveira (2011) transita no imaginário de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e dos profissionais de saúde cuidadores, com intuito de compreender as dimensões culturais, sociais e antropológicas na elaboração do significado do tratamento reabilitador. As pistas que a autora busca são as mesmas que seguimos: humanização e integralidade do cuidado oncológico. Em suas considerações finais, percebe que “o simbólico é flexibilizador, agrega e integra, é realidade pulsante, não estática, antes dinamizadora”. Constata que a abertura do diálogo permitida pela imaginação simbólica pode ampliar a consciência dos profissionais de saúde sobre distintas possibilidades de conceber o outro no mundo “para uma ciência médica mais totalizante, envolvente e, conseqüentemente, mais humana” (OLIVEIRA, 2011, p. 369).

Como o câncer constitui um grave problema de saúde pública, em âmbito nacional e mundial, de relevância epidemiológica, e requer investimentos nas políticas de saúde para atender as necessidades da população, com destaque para o cuidado humanizado e a atenção paliativa, entendemos que a leitura de fotografias na Oncologia pode promover saúde, apesar da doença, e que a formação de seus leitores, dentre os profissionais de saúde, assim como qualificar o cuidado oncológico, na perspectiva da humanização e da integralidade em saúde. Além disso, pode representar uma possibilidade de prática integrativa e complementar.

Em relação à humanização do cuidado, os avanços no desenvolvimento tecnológico e científico, especificamente na área da saúde, ocasionaram a qualificação dos diagnósticos e tratamentos. Porém, levaram a um distanciamento e até prejuízos nos aspectos relacionais entre a equipe de saúde e a pessoa cuidada. O tecnicismo excessivo contraditoriamente traz qualidade procedimental, mas compromete a competência relacional, prejudicando o componente humano das relações. O conceito de cuidar que adotamos abrange outras competências e habilidades, como a comunicação sensível, escuta ativa, empatia, alteridade, respeito e compaixão entre cuidador e pessoa cuidada.

Um *cuidar* que, para o filósofo Leonardo Boff, um dos precursores da teologia da libertação, significa mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Um modo de “ser-no-mundo” que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (BOFF, 2014).

Então, por que propomos a formação de leitores de fotografias nos espaços de assistência à saúde? Para promover um cuidado integral, centrado nos sujeitos, respeitando seus contextos sociais e familiares. Para promover espaços formativos baseados na educação interprofissional, no trabalho em equipe e nas práticas colaborativas. Para possibilitar abordagens terapêuticas ampliadas e holísticas, com valorização de saberes/práticas não biomédicos e de múltiplas formas. Para estimular o autocuidado, a participação ativa e o empoderamento dos pacientes. Para aprimorar o vínculo entre profissionais e pessoa cuidada. Para cuidar também de quem cuida.

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o significado atribuído pelas pessoas envolvidas com o cuidado oncológico às imagens por elas produzidas e o que esses sujeitos revelam na perspectiva do cuidado humanizado e das práticas integrativas em saúde, à luz da teoria do imaginário, de Gilbert Durand.

Os objetivos específicos são os seguintes: realizar oficinas de formação de leitor e de imagens para estudantes de graduação e profissionais envolvidos no setor de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP); descrever os encontros promovidos por esse processo educativo e interpretar os textos iconográficos produzidos no final das oficinas, a partir da hermenêutica simbólica sustentada pela teoria *durandiana*.

Nossa expectativa é de que as leituras e reflexões sobre o significado das fotografias motivem a proposição de novas práticas de saúde e de promoção do cuidado – de si e do outro. E que a leitura de imagens se constitua como uma prática integrativa na Oncologia e na educação interprofissional, à luz da integralidade do cuidado em saúde.

Defendemos a tese de que a formação de leitores de imagens fotográficas contribui para o processo de qualificação do cuidado à saúde dos profissionais e das pessoas que experienciam a doença crônica, como o câncer, podendo promover qualidade de vida e articulação de redes de apoio para a equipe técnica, o paciente e o grupo familiar.

Para comprová-la, partimos da seguinte questão de pesquisa: qual o significado atribuído pelos estudantes e profissionais da saúde quanto ao processo de formação de leitores de imagens fotográficas na perspectiva do cuidado oncológico humanizado e das práticas integrativas em saúde à luz da teoria do imaginário, proposta por Durand?

O referencial teórico que subsidiou o estudo baseia-se em três vertentes, distintas e singulares, porém tecidas interdisciplinarmente no decorrer do trabalho de campo: a formação do leitor de imagens fotográficas, as práticas integrativas no cuidado oncológico como possibilidade de humanização e promoção de saúde e a teoria do imaginário, de Durand.

Para ler, não basta decifrar um conjunto de códigos, embora seja esse o primeiro passo. Também é preciso apropriar-se dos sistemas simbólicos e extrair significados por meio de formatos, gêneros e suportes variados. Um dos principais referenciais que elegemos para sustentar a formação dos leitores são os concebidos pela antropóloga francesa Michèle Petit, pesquisadora do Laboratório de Dinâmicas Sociais e Recomposição dos Espaços, do *Centre National de la Recherche Scientifique*, na França, desde 1972. A partir de 2004, ela coordenou um programa internacional sobre "a leitura em espaços de crise", compreendendo tanto situações de guerra ou migrações forçadas como contextos de rápida deterioração econômica e grande violência social.

Desse modo, a leitura pode ser estimulada como uma prática integrativa e de promoção de saúde. Um lenitivo no enfrentamento do câncer. Para Michèle Petit (2013, p. 68), a dimensão reparadora da leitura pode ir muito além do esquecimento temporário da dor. Permite a recomposição da imagem de si próprio e possibilita um espaço real e metafórico no qual a pessoa se sente suficientemente protegida, dialogando com a imaginação simbólica proposta por Gilbert Durand.

Buscamos compreender, ainda, a formação do leitor nos seguintes autores: Anne-Marie Chartier, Ezequiel Theodoro da Silva, Jorge Larrosa Bondía, Max Butlen, Miguel Rettenmaier, Paulo Freire, Regina Zilberman e Tania Rösing. Um ponto de partida disparado pelo que fomos aprendendo no caminho e nas disciplinas cursadas no PPGL/ UPF. E nesse trajeto entendemos que a formação do leitor e a mediação da leitura ocorrem no processo de formação do leitor em diferentes suportes, como o adotado nesta pesquisa – as fotografias.

A teoria do imaginário, proposta por Durand (2012), revela-se como um lugar de “entre saberes”, de espelho, do “museu” que designa o conjunto de todas as imagens possíveis produzidas pelo ser humano como animal simbólico. De acordo com Durand, o imaginário, essencialmente identificado com o mito, constitui o primeiro substrato da vida mental e contesta o antagonismo do imaginário e da racionalidade, mostrando como as imagens se inserem num trajeto antropológico, que começa no nível neurobiológico para se estender ao nível cultural. O trajeto antropológico é definido por Durand como “[...] a incessante troca que existe ao nível do imaginário entre as pulsões subjetivas e assimiladoras e as intimações objetivas que emanam do meio cósmico e social” (DURAND, 2012, p. 41).

O estudo empírico aconteceu no Instituto do Câncer do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), inaugurado em abril de 2017. As pessoas investigadas eram estudantes de graduação de Medicina e de Enfermagem e diferentes profissionais da saúde integrantes do Programa de

Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer¹³. Esse Programa é desenvolvido pela UPF, em parceria com o Hospital São Vicente de Paulo e a Prefeitura Municipal de Passo Fundo, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (PMPF/SMS).

O percurso metodológico consiste em uma pesquisa qualitativa, descritivo-interpretativa, de abordagem hermenêutica simbólica, amparada na teoria do imaginário, de Durand. Para este autor, na dinâmica do imaginário, a essência do espírito impulsiona a capacidade humana de significar as imagens e o universo simbólico. As imagens constituem-se como elementos organizadores da cultura e, por meio delas, o homem percorre o trajeto antropológico.

A coleta de dados foi realizada por meio de oficinas de formação de leitores de fotografias, após consentimento informado dos participantes, que culminou com uma entrevista iconográfica individual. Cada imagem produzida pelos participantes foi interpretada pelo método de Leitura Transtextual Singular Individual (LTSI), proposto por Ormezzano em sua tese de Doutorado.

A pesquisa foi organizada em seis capítulos, além da introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo, apresentamos aspectos teóricos relacionados à formação de leitores e mediação de leitura de imagens em ambientes adversos, enfatizando a leitura de fotografias. O capítulo seguinte busca entrelaçar os aportes teóricos apresentados como possibilidade de promoção de saúde e prática integrativa no cuidado oncológico, bem como os princípios e pressupostos da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Oncológica. O terceiro capítulo abrange a teoria do imaginário, de Durand. A seguir, no capítulo 4, apresentamos os passos metodológicos adotados ao longo do percurso investigativo – tipo de estudo e metodologia da pesquisa; metodologia de trabalho, que são as oficinas de formação de leitores de fotografias; instrumentos e estratégias de coleta de dados na busca dos significados revelados; aspectos éticos e como os resultados foram compreendidos. Os textos iconográficos obtidos com a realização das oficinas, bem como seus processos de produção, constituem os capítulos cinco e seis. No capítulo cinco, descrevemos os cinco momentos que compõem as oficinas e, no seis, apresentamos a interpretação dos resultados a

¹³ O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer teve início em março de 2013 e conta com profissionais de sete cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social). Esse Programa é concebido dentro dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, visando à realidade local e regional quanto ao atendimento de saúde dos usuários do sistema. Tem como objetivo capacitar e especializar profissionais das diferentes áreas para atuarem, a partir de práticas interdisciplinares e multiprofissionais, no cuidado integral à saúde das pessoas, com habilidades para proceder à intervenção crítica na organização do processo de trabalho, buscando a melhora da qualidade de saúde e de vida da população.

partir das entrevistas iconográficas. O capítulo 7 apresenta a discussão dos resultados, seguido das considerações finais relativas à tese defendida.

2 A FORMAÇÃO DE LEITORES E A MEDIAÇÃO DE LEITURA

Na sociedade do conhecimento, a “era da informação” não é sinônimo de “era do conhecimento”. Aprender a aprender passa a ser uma das mais importantes lições que podemos desenvolver em nossos dias e requer uma mudança na condição humana.

Quando Larrosa Bondía se propõe a pensar a educação a partir do par experiência/sentido, contrapondo-se ao modo de pensar a educação como relação entre ciência e técnica ou teoria e prática, critica veementemente o excesso de informação e a obrigatoriedade de ter opinião, posturas que estão na base da “aprendizagem significativa”. Faz referência negativa ao excesso de trabalho imposto na atualidade, que não permite a experiência e a própria relação trabalho/experiência. Em sua “pedagogia profana”, defende que o sentido é dado pelo sujeito a partir das experiências, pela abertura para ser transformado por elas, o qual denomina “território de passagem, submetido a uma lógica da paixão” (LARROSA BONDÍA, 1998).

Vivemos em um mundo hipervisual, em que a imagem exerce um papel fundamental de identificação, divulgação ideológica e socialização de significados (WELLER; BASSALO, 2011). É preciso muita leitura, leitura de mundo, para compreender esse universo simbólico.

No entanto, no Brasil, mesmo com políticas nacionais de incentivo à leitura, como o Plano Nacional do Livro e da Leitura (PNLL, 2010) e o Programa Viva Leitura (2008), Nunes (2012) afirma que os estudantes que ingressam no ensino universitário têm poucas habilidades leitoras amadurecidas.

Outro dado alarmante apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009 é que 28% da população brasileira é constituída de analfabetos funcionais, ou seja, pessoas que escrevem e leem, mas não compreendem o que foi lido. Mesmo com a melhora nos índices de analfabetismo nos anos subsequentes, não houve mudanças com relação à leitura e interpretação de textos, dificultando o desenvolvimento de cidadãos críticos e reflexivos frente ao mundo.

A falta de leitura pode comprometer a compreensão do mundo, bem como a formação cidadã, como propõe Nunes (2012):

Precisamos ler o movimento que influencia a formação do leitor da leitura da palavra escrita à leitura da palavra mundo. Quando falamos da leitura de mundo, ampliamos ainda mais a concepção de leitura. Ela está pautada no processo de (re) significação do sujeito (NUNES, 2012, p. 14).

Essa afirmativa se aproxima dos pressupostos de Freire (2006) sobre a leitura do mundo, mediatizada pelas vivências e envolvendo a ação política a partir do pensamento reflexivo da realidade. Uma concepção de educação problematizadora e libertadora. Como a linguagem pode ser veiculada de forma oral ou escrita, que pertencem ao universo cultural do homem, ler passa a ser mais amplo que a simples decodificação da palavra escrita, do código linguístico. O educador afirma:

A leitura do mundo precede a leitura da palavra, daí que a posterior leitura desta não possa prescindir da continuidade da leitura daquele. Linguagem e realidade se prendem dinamicamente [...]. O ato de ler, enquanto compreensão crítica, se antecipa e se alonga na inteligência do mundo (FREIRE, 2006, p.11).

Para aprofundar essas reflexões, organizamos este capítulo em três seções, as quais tratam sobre: o hábito da leitura desde a infância até o ensino superior; o papel do professor na mediação e no incentivo à leitura; e os significados e as possibilidades da promoção da leitura nos espaços de assistência à saúde.

2.1 O hábito da leitura no ensino superior

O Brasil apresenta baixos índices de leitura na população em geral, inclusive no estrato dos estudantes do ensino superior.

Organizamos uma breve análise dos resultados da 4ª edição da Pesquisa “Retratos da leitura no Brasil” (2016), proposta pelo Instituto Pró-Livro. Trata-se da única pesquisa, em âmbito nacional, que tem como objetivo conhecer o comportamento leitor medindo a intensidade, a forma, as limitações, a motivação, as representações e as condições de leitura e de acesso ao livro (impresso e digital) pela população brasileira. Embora a pesquisa não esmiúce indicadores específicos dos estudantes de Medicina ou da área da saúde (a categoria global é ensino superior), consideramos relevante acessar os dados para prever o perfil do leitor, bem como contextualizar o hábito de leitura nesse nível de ensino.

Foi verificado um crescimento do percentual da população leitora no país para 56% no ano de 2015, em face dos 50% apontados no estudo de 2011 (RETRATOS..., 2016; RÖSING, 2016).

Quanto às singularidades da leitura no ensino superior, Rösing destaca:

O ato de ler é vital no aprendizado dos estudantes, melhorando significativamente sua formação acadêmica e, posteriormente, suas condições de enfrentamento do mercado

de trabalho. Espera-se que um profissional com formação superior seja um leitor crítico, com atuação transformadora nos diferentes contextos onde atua, capaz de ler, compreender, interpretar textos apresentados em diferentes suportes [...]. (2016, p. 151).

A autora também enfatiza que os professores universitários precisam se atualizar e compreender as teorias contemporâneas da leitura, bem como de sua mediação, contemplando os suportes e recursos tecnológicos da atualidade (RÖSING, 2016).

Na ótica da saúde, alguns autores já sugerem a inclusão das humanidades na formação médica como estímulo à reflexão e humanização (CHARON, 2000; HUNTER, 1991). E por que não para toda área da saúde?

O processo de leitura para um estudante universitário pressupõe algumas habilidades, como compreensão, ritmo, concentração, flexibilidade, criticidade, interesse, hábitos, motivação, entre outras. Isto é, pressupõe-se que o estudante universitário seja um bom leitor, assíduo, bem informado e com hábitos anteriormente adquiridos (SANTOS, 1990).

Para Butlen (2012a), os obstáculos à compreensão e leitura entre os estudantes, seja na França, ou no Brasil, se situam em níveis múltiplos: a decodificação, a identificação das palavras, a passagem da decodificação à construção de uma representação. Além disso, há as fragilidades quanto à guarda do texto na memória – representação pessoal – construção de uma representação unificada do que diz o texto, com tratamento do explícito e do implícito, do não dito.

Na formação médica, os estudos de Silva et al. (2016) constatam que a literatura pode proporcionar, de forma prazerosa e relevante, contato com valores e reflexões humanísticas. Logo, não somente apresenta fatos acerca da vida, mas também sugere sentido. Dessa forma, a experiência estética propiciada pela Literatura pode tornar compreensível o mundo real com base nas histórias dos personagens. Uma obra literária clássica não somente apresenta particularidades culturais de uma época, como também introduz valores conceituais ou morais que envolvem anseios, emoções, sentimentos e afinidades comuns à vida humana.

Os indicadores de leitura do país, entretanto, nos revelam um cenário fragilizado. O Brasil ainda não atingiu os níveis de leitura satisfatórios para que possamos afirmar que temos um público comprometido com a leitura. Failla (2012), quando apresenta os indicadores da 3ª edição da pesquisa Retratos da leitura no Brasil, promovida pelo Instituto Pró-Livro, revela 88,2 milhões de leitores no Brasil, ou seja, 50% da população – 7,4 milhões a menos do que em 2007, quando 55% dos brasileiros se diziam leitores. Ao investigar os motivos para não ler, a

pesquisa verificou que não é dificuldade de comprar livros (essa razão ficou em 13º lugar). A falta de interesse fica em primeiro lugar, com 78%, e a falta de tempo em segundo, com 50%.

Mais recentemente, na 4ª edição da pesquisa, realizada pela mesma instituição, em 2015, com mais de 5.000 respondentes, foram identificados 56% de leitores¹⁴ – 104,7 milhões da população brasileira com mais de 5 anos de idade. (RETRATOS..., 2016).

Os respondentes de maior nível de escolaridade, que representam o público delimitado neste estudo – estudantes e residentes da área da saúde – referem como principal motivação para ler a “atualização cultural ou conhecimento geral” em detrimento dos “motivos religiosos” (RETRATOS..., 2016). Um aspecto importante, condizente com as necessidades de atualização dos médicos em formação.

O “tema ou assunto” influencia mais a escolha dos adultos e daqueles com escolaridade mais alta, atingindo 45% entre os que têm ensino superior. Porém, 77% dos leitores informaram que gostariam de ter lido mais e o motivo que mais os impediu foi a falta de tempo (43%), seguida da preferência por outras atividades (9%), por não ter paciência (9%), porque não há bibliotecas perto (8%) ou porque consideram os livros caros (7%) ou não têm dinheiro para comprá-los (5%) (RETRATOS..., 2016).

Infelizmente, a pouca disponibilidade de tempo livre para os estudantes de Medicina é uma queixa recorrente e já foi citada por diversos autores, em outros contextos, e limita muito a dedicação do acadêmico a atividades de lazer ou de formação complementar (BARELLI et al., 2011; CARDOSO FILHO et al., 2015; ENNS et al., 2016; FIGUEIREDO et al., 2014; MEIRA et al., 2012; TAVARES et al., 2007; ZONTA et al., 2006).

Na graduação em Medicina, práticas pedagógicas inovadoras que se sustentam na leitura literária poderiam se caracterizar pela valorização da fala dos outros e construção coletiva da experiência de leitura, considerando as individualidades dos leitores e criando um lugar de vínculos e escuta (SILVA et al, 2016).

Ao serem questionados sobre o que a leitura significava por meio da pesquisa promovida pelo Instituto Pró-Livro, as respostas mais frequentes foram: “a leitura traz conhecimento” (49%); “traz atualização e crescimento profissional” (23%); e “me ensina a viver melhor” (22%). Essa ordem não sofreu modificações ao comparar os grupos leitor e não leitor e nem ao associar com os diferentes níveis de escolaridade (RETRATOS..., 2016).

Em relação aos títulos lidos, a Bíblia continua sendo o mais frequente, ou que a pessoa referiu estar lendo no momento (RETRATOS..., 2016). Um fato preocupante, pois os livros

¹⁴ O conceito de leitor adotado implica ter lido ao menos um livro, inteiro ou em partes, nos três meses anteriores à pesquisa.

didáticos ou técnicos, relacionados à formação profissional, foram mencionados em quinto lugar, independentemente do nível de escolaridade e do comportamento do leitor. Empiricamente, podemos afirmar que o cotidiano das escolas médicas revelou o predomínio da preferência pelas cópias xerográficas.

Quanto às leituras realizadas em meio digital, percebemos que se trata de um suporte que necessita de maior incentivo, afinal, entre os leitores, 81% eram usuários de Internet. Ao cotejar com os entrevistados que estão estudando, esse percentual elevou-se para 88% no ano de 2015. Entretanto, apenas 15% liam livros na Internet e 13 % buscavam informação sobre literatura, temas de livros, autores, trechos de livros, entre outros (RETRATOS..., 2016).

Quanto à motivação e aos hábitos de leitura, o gosto e a atualização cultural/conhecimento geral são os principais fatores que motivam os brasileiros a ler, sendo que as menções a gosto aumentaram de forma inversamente proporcional à idade.

Assim como observado nas edições anteriores da pesquisa, a maior parte dos brasileiros lê no domicílio, embora a leitura em outros locais, sobretudo locais públicos e em trânsito, comece a ganhar importância, o que pode estar associado à leitura em plataformas digitais (RETRATOS..., 2016).

As bibliotecas, embora presentes na maioria das universidades, precisam se reorganizar como *cybercentros* capazes de conjugar as antigas práticas de leitura com as novas, considerando que os jovens têm mais acesso às tecnologias do que aos livros (BUENO; REZENDE, 2015).

Essencialmente, a comparação que Butlen (2012a; 2012b) faz entre as dificuldades comuns encontradas no Brasil e na França remete às fragilidades da transição dos estudantes nos diferentes níveis de ensino. O que tende a piorar conforme o aluno evoluiu na sua trajetória formativa, apesar de importantes esforços de pesquisadores da área da educação e da literatura e de algumas políticas governamentais de incentivo.

E um dos elementos fundantes é o desenvolvimento docente, com vistas a uma pedagogia da compreensão, tema a ser abordado a seguir.

2.2 O papel do professor na mediação e no incentivo à leitura

Na opinião de Butlen (2012a), todos os docentes estão envolvidos com a formação de leitores, independentemente do nível de escolaridade: “é necessário reinventar o papel e as formas de mediação”.

Na atualidade, e nesse contexto de “mediação”, deseja-se formar um leitor polivalente, culto, capaz de desenvolver uma prática intertextual. Que seja capaz de ler todas as modalidades, em voz alta, silenciosamente, com velocidade, seletivamente, lentamente, analiticamente. Apto a ler em todos os suportes, tanto nos antigos (livros), como nos modernos. E todos os tipos de textos, como literários/ ficcionais, documentais/ informativos, entre outros.

Essa concepção teórica defende a formação do leitor capaz de uma tripla localização: nos espaços ordinários e extraordinários de leitura; nos objetos a serem lidos – textos, paratextos e intertextos; e na sua prática pessoal (BUTLEN, 2012a).

Na contemporaneidade, a Literatura precisa ser ensinada pelo desenvolvimento das competências da compreensão e da interpretação:

A compreensão reenviaria à aptidão para captar o que o texto diz, explícita ou implicitamente, ao leitor. A compreensão literal é assim diferenciada da compreensão por inferência, que se baseia, tradicionalmente, na construção de informações novas, a partir da colocação em relação de dados textuais (ou na mobilização de conhecimentos exteriores ao texto), no tratamento dos brancos e silêncios textuais, para extrair, sem contrassenso, o que é dito ou subentendido pelo autor... A interpretação, por sua vez, consistiria em questionar os escritos para além do que eles anunciam à primeira leitura, para elucidar o que tentam nos dizer por outra via e por acréscimo. A postura interpretativa, herdeira da hermenêutica, faria vir à tona um ou vários sentidos ocultos. (BUTLEN, 2012a, p. 13).

Seja para o professor, seja para o aluno, Witter (1999) destaca que a Universidade tem o duplo papel de produtora de conhecimento sobre a leitura e de capacitação do profissional, no desenvolvimento de um leitor competente, que possa contribuir significativamente para a melhoria da profissão, das pessoas a que atende e da qualidade de vida da sociedade.

Os entendimentos ora apresentados corroboram as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014), as quais preveem que a formação do médico desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde. E, em cada uma delas, as competências mencionadas por Butlen (2012a; 2012b) são contempladas de forma simultânea (Quadro 1). Desse modo, os professores da escola médica, independentemente da área do conhecimento em que atuam e exercem a docência, precisam estar permanentemente preparados para mediar o desenvolvimento das competências apresentadas.

Quadro 1 – Competências das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina relacionadas com a leitura e a escrita

| | |
|-----------------------------------|---|
| Seção I Da Atenção à Saúde | VII – Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal , com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado; |
| Seção II Da Gestão em Saúde | IV – Comunicação , incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados; |
| Seção III Da Educação em Saúde | I – Aprender a aprender , como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas , preservando a privacidade das fontes; |

Fonte: Ministério da Educação. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014 (grifos do autor).

As narrativas em Medicina parecem ser um caminho profícuo para aproximar o médico do mundo do paciente, a ajudá-lo entender o que a doença representa. Trata-se de uma tarefa eminentemente interpretativa, na qual o profissional é, ao mesmo tempo, leitor e narrador, decodificador de palavras e de corpos repletos de signos (GROSSMAN; CARDOSO, 2006; HUNTER, 1991).

Nassri (2000) investigou a formação e as concepções de alunos de Medicina nas práticas de leitura e constatou que família e escola são variáveis relevantes. Entretanto, os estudantes consideraram que liam como o faziam devido a suas características pessoais e estavam insatisfeitos em relação ao comportamento de ler, sinalizando a necessidade de programas específicos de desenvolvimento dessas competências no ambiente universitário. Tais achados se assemelham com os resultados da 4ª edição da pesquisa “Retratos da leitura no Brasil”.

Novamente emerge a lacuna da mediação docente no hábito da leitura. Essa insatisfação dos estudantes evidencia um autoconhecimento crítico de suas capacidades. Ao mesmo tempo sugere que a Universidade deveria desenvolver programas que os capacitem a ler melhor, especialmente o discurso científico e tecnológico, cujo domínio é imprescindível para o êxito profissional e uma atuação atualizada e socialmente responsável.

À Universidade cabe não só primar pela excelência acadêmica no processo de formação de professores (desde a educação infantil até o ensino médio ou técnico), mas assegurar o desenvolvimento dos seus docentes, que atuam no magistério superior, independentemente da área do conhecimento em que atuam. Rösing reitera:

Uma atuação acadêmica sustentada pelos princípios de liberdade acadêmica; excelência acadêmica; autonomia universitária; integração entre ensino, pesquisa e

extensão; integração entre os diferentes níveis de ensino; interdisciplinaridade; aperfeiçoamento pedagógico; respeito às diferenças; ampliação da oferta; responsabilidade social; internacionalização. (2016, p.155).

Ao tangenciarmos a docência na saúde, os desafios à formação docente de modo geral se referem à necessidade de aprender a aprender e não transmitir conhecimentos. E será que os professores universitários se dão conta disso? Na opinião de Rösing (2016),

Enfatiza-se a necessidade de o trabalho docente ser coletivo e desenvolvido com a contribuição de disciplinas de natureza humanísticas [...], mas não restrita a elas. [...]. Questões de leitura e de escrita não são exclusivas de nenhuma área do conhecimento, mas devem ser de domínio e prática de todas. Nesse sentido, o compromisso de todo educador universitário, independentemente de área de origem/ atuação é de incorporar práticas de leitura e de escrita em suas atividades docentes. (2016, p. 165).

É necessário incorporar práticas pedagógicas que promovam a aprendizagem colaborativa frente aos paradigmas da complexidade, buscando três competências de leitura consideradas características da sociedade contemporânea: informar, interpretar e reagir (BUTLEN, 2012a).

Acreditamos que os docentes da área da saúde podem incorporar as práticas de leitura nas suas disciplinas como uma possibilidade de cuidado na assistência à saúde, tema que tratamos na próxima seção.

2.3 A promoção da leitura nos espaços de assistência à saúde

As situações que comprometem a saúde das pessoas requerem, geralmente, estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, o ato de ler pode representar uma válvula de escape na luta frente aos problemas cotidianos e, até mesmo, uma nova forma de ver o mundo. Assim, por meio da leitura, o sujeito pode sair do lugar e da condição em que se encontra, independentemente de outras pessoas, podendo posicionar-se de forma diferente frente às situações, com outras possibilidades (PÉTIT, 2008).

A leitura como lenitivo foi objeto de estudo de Caldin (2001), que aponta a biblioterapia clássica como a possibilidade de terapia por meio da leitura de textos literários, pois a leitura implica uma interpretação, que é em si mesma uma terapia e permite a atribuição de vários sentidos ao texto.

Aqui adotamos o conceito proposto por Giacomoni, no qual a biblioterapia se refere à “arte de utilizar a leitura, a contação, a interpretação de material direcionado que auxiliam no tratamento e na prevenção de doenças, sejam elas físicas ou mentais” (2010, p. 23).

A leitura pode ser reparadora na opinião da antropóloga francesa Michèle Petit (2013) e no ambiente hospitalar se alinha ao desejo de humanização do cuidado. Pode representar uma via de acesso privilegiada ao íntimo de cada ser, que ajuda a elaborar ou a manter o sentimento de individualidade, ampliando a capacidade de resistir às adversidades. A dimensão reparadora da leitura pode ir muito além do esquecimento temporário da dor. Permite a recomposição da imagem de si próprio e possibilita um espaço real e metafórico no qual a pessoa se sente suficientemente protegida.

Na perspectiva dos profissionais e estudantes da área da saúde, especialmente na área médica, o processo de formação de leitura pode oportunizar espaços de aprendizagem interprofissional, com desenvolvimento de habilidades e competências que nem sempre os currículos ou o cotidiano do trabalho em saúde abrangem. Trata-se de ampliar o ensino e a educação permanente em saúde em uma perspectiva de integração. Essa ampliação é entendida por Batista (2012) como uma perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, possibilitando, com isso, a cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.

Nassri (2000) investigou a formação e concepções de alunos de Direito e Medicina nas práticas de leitura e constatou que família e escola são variáveis relevantes. Entretanto, os estudantes consideraram que liam como o faziam devido a suas características pessoais e estavam insatisfeitos em relação ao comportamento de ler, sinalizando a necessidade de programas específicos de desenvolvimento dessas competências no ambiente universitário.

Necchi (2009) questiona sobre quais impactos a leitura causa na vida do leitor; que gama de sentidos pode-se sugerir dentro de um processo de legitimação e disseminação da leitura; e quais identificações, provocações, tensões e estranhamentos são gerados a partir de um texto.

Nesta proposta de reflexões e de estímulos, a formação de leitores de imagens fotográficas pode ser uma estratégia para potencializar a leitura de mundo e de enfrentamento da doença com qualidade de vida, especialmente no tratamento oncológico integrado.

Para ler, não basta decifrar um conjunto de códigos, embora seja esse o primeiro passo. É mister também apropriar-se dos sistemas simbólicos e extrair significados por meio de formatos, gêneros e suportes variados. O sujeito precisa compreender o que leu para que o texto cumpra sua função comunicativa e informativa (NECCHI, 2009). O escritor Ricardo Azevedo (2004) destaca que, para formar um leitor, é imprescindível que, entre a pessoa que lê e o texto, se estabeleça uma espécie de comunhão baseada no prazer, na identificação, no interesse e na liberdade de interpretação.

Em relação aos diferentes suportes, para além dos manuscritos e livros impressos, Weschenfelder e Rettenmeier (2011) argumentam que a leitura e os diferentes “canais de expressão” são maximizados drasticamente na era da informática globalizada. Tempos em que as novidades tecnológicas surgem diariamente, promovem conquistas e agilidade no campo da comunicação, porém exigem habilidades de leitura que transcendam as imposições da realidade material.

Os autores complementam:

A era da informática globalizada parece comprovar as ideias interacionistas de aprendizagem e de leitura. Os leitores competentes de hoje não são criaturas forçadamente (des) acomodadas em bancos escolares, assim como não gostam do silêncio formal das bibliotecas tradicionais. Querem, pelo contrário, interagir, participar efetivamente do lido, produzir leituras e textos (2011, p. 57).

A imagem visual se expressa diferentemente das palavras, permite múltiplas interpretações e é tão viva quanto a imagem literária, porque extrapola o conceito ou o significado convencional (DURAND, 2012; ORMEZZANO, 2009a).

A fotografia, enquanto texto não verbal ou texto icônico, a partir do pensamento *bachelardiano*, pode ser a apreensão do momento como uma construção simbólica, decorrente de modos subjetivos de ver (BACHELARD, 2000). Ou seja, a elaboração de um olhar fotográfico, que apreende o espaço, está mais para o plano simbólico do que para o real que o referencia.

Para Brandão (2012, p. 73), “a imagem fotográfica não é um duplo reprodutivo do visível, não é mimese, acima de tudo, é criação”. A autora realizou uma investigação com o objetivo de vislumbrar o universo mítico das representações sobre a docência, demonstrando a capacidade da fotografia de manifestar símbolos introjetados, dando visibilidade aos imaginários fundantes dos sujeitos. A partir de *foto-graphias* produzidas por professores formados e em formação, obtidas como respostas à provocação “*Ser professor é...*”, a linguagem fotográfica foi capaz de promover um exercício de introspecção ativador da imaginação criadora, tal como propõe Bachelard.

O desenvolvimento da fotografia possibilitou a construção de representações analógicas do espaço, garantindo uma noção mais precisa da realidade concreta. Nela encontramos o tempo do obturador relacionado ao tempo social, cronológico e histórico, reunidos numa síntese imagética que preserva as características de dada situação espaço-temporal. Temos, portanto, uma linguagem e um tipo de comunicação visual específica que se constituiu num arquivo

visual das ações humanas e converteu-se numa memória coletiva (BRANDÃO, 2012; DUBOIS, 2012; PHILIPPINI, 2009).

Desse modo, quanto à formação de leitores, este estudo tem a intenção de compreender o processo de leitura e significação das imagens fotográficas produzidas por André François, na obra “Cuidar”, e o que esses sujeitos revelam na perspectiva do cuidado humanizado e das práticas integrativas em saúde na Oncologia.

Reiterando esse cenário, Santos, Marques Neto e Rösing (2009) argumentam que apenas circular em meio a materiais diversificados de leitura não desenvolve o gosto pelo ato de ler; é necessário conviver com pessoas que se envolvam com esses materiais, significando-os. Corroborando essa lógica, Rettenmaier (2009) argumenta que a tecnologia alterou nossa mente, e o saber pode ser redefinido quando relacionado a outros saberes, em nome de uma concepção de leitura que não se limite ao texto literário impresso, portanto também a outros meios e suportes, como a fotografia.

A leitura visual que nossos olhos desnudam é compreendida por Trevisan como uma língua que se vê; logo, pode ser interpretada (2002). Ao referenciar outros autores, ele enfatiza que ver é uma aprendizagem como qualquer outra, e sua decodificação pressupõe o conhecimento e a assimilação de padrões expressivos, decorrentes de um contexto sociocultural. Portanto, não devemos nos limitar à leitura iconográfica da arte; é necessário reconhecer e compreender seus elementos formais. A leitura artística implica vários níveis, requer atenção multidimensional e pode ser denominada leitura polifônica.

Na opinião de Trevisan, o desafio da leitura artística é selecionar os diferentes aspectos e interligá-los, configurando-os de forma significativa e atribuindo forma a um conhecer. (2002). O autor ilustra com vários exemplos da iconografia religiosa e conclui que toda obra artística se revela tanto ao intelectual esclarecido como à alma pura e é algo absolutamente ordenado.

A partir das possibilidades sensibilizadoras da promoção de leitura nos espaços de assistência à saúde, propomos o próximo capítulo, que aborda a leitura de imagens no cuidado oncológico.

3 CONTEXTUALIZANDO A LEITURA DE IMAGEM NO CUIDADO ONCOLÓGICO INTEGRAL E HUMANIZADO

As DCNT tornaram-se a principal prioridade na área da saúde no Brasil, sendo que 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas, representando um grave problema de saúde pública e uma ameaça ao desenvolvimento humano. Dentre as DCNT se incluem os diferentes tipos de câncer (SCHMIDT et al., 2011).

O câncer é uma desordem patológica que ocorre em consequência a uma mutação genética no DNA de uma célula normal. Essa célula alterada gera um clone e se prolifera de forma desordenada, ignorando os mecanismos regulatórios de crescimento celular. As células alteradas perdem sua função, podem adquirir características invasivas e alterar os tecidos circunvizinhos, ou até mesmo migrar para outros tecidos e órgãos por meio dos vasos sanguíneos e linfáticos (ROSSARI; MOTTA, 2009).

Conforme dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), relativos à estimativa para o período de 2012/ 2013, eram esperados um total de 257.870 casos novos de câncer para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino, incluindo os casos de pele não melanoma (BRASIL, 2011).

Frente a esse contexto, retomamos um questionamento fundamental: mas o que é cuidado?

Boff (2014) nos lembra de que em sua origem latina a palavra “cuidado” significa “cura”, que por sua vez também significa preocupação, solicitude e para Martin Heidegger (2006) “em sua essência, o ser-no-mundo é cura” de modo que a própria condição existencial humana se assenta no cuidado.

A partir desse entendimento, Andrade propõe uma compreensão mais profunda para a expressão “tratamento como gesto de cuidar”. Além de uma mera ocupação técnica, refere-se à própria maneira como “nos tratamos”, ou seja, “o encontro solícito em que comparece o desvelo e a preocupação com o outro como parte indissociável do processo de cura e da organização de um novo *ethos*” (2017, p. 1).

É fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer seja incorporado na agenda da formação e da gestão da saúde como estratégia essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle desse agravo, bem como de seus fatores de risco. Para isso, o monitoramento deve abranger a supervisão e a avaliação de programas, o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população. Assim como deve abranger a manutenção de um sistema de vigilância com informações qualificadas que subsidie análises

epidemiológicas para as tomadas de decisões, além de requerer profissionais de saúde formados adequadamente para enfrentar tal cenário com competência e resolutividade.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que devem ser organizadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, respeitando-se as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005). Foi concebida de forma a permitir várias ações, dentre elas a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Também prevê o fomento à formação e à especialização dos recursos humanos para atuação na rede de atenção oncológica, sendo o desenvolvimento das equipes, em todos os níveis de atenção à saúde, explicitamente um dos componentes fundamentais dessa Política.

Contudo, a formação de recursos humanos para enfrentar o câncer e promover atenção oncológica integral e humanizada é iminente, e vários autores brasileiros discutem essa lacuna, como Alcântara et al. (2014), Ferreira (2014), Ferreira; Silva; Silva (2015) e Silva et al. (2011), nos cursos de Medicina; Calil; Prado (2010) e Souza; Oliveira (2007) em Enfermagem; Cantarelli (2016) e Mazzon et al. (2015) em Odontologia; Rocha et al. (2014) em Psicologia; Faria (2010) e Tavares (2013) em Fisioterapia; e Pantoja (2014) em Farmácia.

A seguir apresentamos os conceitos de humanização na saúde e integralidade do cuidado no SUS, tendo como referência as políticas de saúde vigentes no país.

3.1 A humanização da saúde e a integralidade do cuidado no SUS

No início do século XXI, surge um forte movimento vinculado à humanização nas discussões da área de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2000, regulamentou o Programa Nacional de Humanização, cujo objetivo fundamental é o aprimoramento das relações entre profissionais, usuários/profissionais e hospital/comunidade, para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições e promover uma nova cultura assistencial (BRASIL, 2005b). Um movimento que surgiu nos hospitais, mas na atualidade se capilariza em todos os pontos de atenção à saúde.

Em 2003, avançou na proposição da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (PNH), a partir do reconhecimento de experiências inovadoras e concretas que compõem um “SUS que dá certo”. Há pouco mais de uma década, a PNH fomenta mudanças

na atenção e na gestão ao convidar os sujeitos envolvidos a (re) pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira (MARTINS; LUZIO, 2017).

A PNH, também denominada HumanizaSUS, é uma política transversal do SUS que emerge da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2007; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Consiste em um pacto, uma construção coletiva, que só pode acontecer a partir da articulação e troca de saberes, por meio do trabalho em rede, com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, dos desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2005b).

Benevides e Passos (2005) afirmam que a PNH parte da concepção de um novo humanismo, não mais baseado em valores universais referidos a um homem ideal, mas focado no encontro com a experiência concreta de um homem em processo de produção de si e de sua saúde. A PNH avança de Programa à Política transversal que se quer presente em todas as instâncias gestoras do SUS e nas diferentes ações públicas de saúde.

São princípios norteadores da PNH: a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde e de sujeitos; o fomento da transversalidade entendida como aumento do coeficiente de comunicação entre as instâncias hierárquicas (eixo vertical) e os setores e serviços (eixo horizontal), promovendo a abertura das corporações e a multiplicação das rodas de discussão e decisão coletiva (BRASIL, 2005b).

Pasche, Passos e Hennington (2011) alertam que a PNH não inaugura o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas muda seu sentido e suas estratégias.

A humanização é um processo complexo, que envolve diferentes percepções dos profissionais, de seus valores e crenças, para haver mudança de comportamento. Nessa relação única e intersubjetiva tem-se um processo singular, não caracterizado por generalizações, já que diferentes profissionais, equipes e instituições terão processos distintos na aquisição de habilidades para uma assistência mais humanizada (AYRES, 2007; MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

Antes de abordarmos as práticas integrativas na Oncologia também é necessário conceituarmos “integralidade”: princípio doutrinário do SUS que se destina a conjugar as ações

direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários (PINHEIRO, 2009).

A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema¹⁵ (BRASIL, 1990). Ao constituir-se como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2009).

A integralidade, como um dos princípios norteadores do SUS, propõe pensar o cuidado em saúde como uma tecnologia, e não somente como objeto de práticas de saúde realizadas em determinado nível de atenção. Tecnologias complexas não pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos por ela definidos, mas pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúnem.

Mattos (2005) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a integralidade, que têm por base a gênese desses movimentos: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um valor a ser sustentado, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja restringida ao seu aparelho ou sistema biológico, criando silenciamentos. “A integralidade está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde”, afirma a autora (PINHEIRO, 2009, p. 132). Também está presente na preocupação profissional com o emprego de intervenções preventivas e de redução de agravos, tentando utilizar os recursos assistenciais de maneira racional, e promovendo qualidade de vida apesar da doença. Em tempos de educação interprofissional, esse conjunto de sentidos também reverbera as atitudes de outros profissionais de saúde.

¹⁵ O atendimento pelo SUS ocorre de forma hierarquizada, com ações e serviços de saúde organizados basicamente por três níveis de complexidade/ atenção. No primeiro, estão as Unidades Básicas, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como consultas, vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as clínicas e serviços especializados, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; e no terceiro, de alta complexidade, estão os hospitais e serviços ambulatoriais como Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, onde são realizados cuidados mais invasivos e de maior risco à vida.

No segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como modo de organizar as práticas, exige certa horizontalização dos programas de saúde anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde (PINHEIRO, 2009). Exige que alguém/uma equipe coordene o cuidado do paciente, com uma lupa holística, e o oriente no processo de viver/adoecer.

Por último, há o conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional, como a atenção ao câncer.

E quando se entende que a experiência não é apreendida para ser repetida simplesmente e passivamente transmitida, ela acontece para migrar, recriar, potencializar outras vivências. Eis mais uma política se consolidando, a de Educação Permanente em Saúde. Pinheiro destaca:

Aprender com a experiência é, sobretudo, fazer daquilo que não somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais vidente que evidente, criadora que reprodutora. É a partir da experiência que temos as bases de uma ética particular e concreta, em que a obra e vida se nutrem sem se reduzirem uma a outra. A partir dela a ética seria o desdobramento da politização dos sujeitos em suas lutas e conquistas no presente, no mundo que vivemos (2009, p.134).

A Portaria nº 2.439 de 2005, do Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Foi um processo coletivo de construção, entre diferentes instituições, conferindo legitimidade à proposta de estabelecer uma Política Nacional de Atenção Oncológica, devendo ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios (BRASIL, 2005a).

As diretrizes da política implicam: desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde; organizar uma linha de cuidados que perpassse todos os níveis de atenção e de atendimento; constituir redes estaduais ou regionais de atenção oncológica, formalizadas nos planos estaduais de saúde, organizadas em níveis de atenção; definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços; ampliar a cobertura do atendimento; fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica; contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização de resultados; promover intercâmbio com os outros subsistemas de informações setoriais; qualificar a assistência e promover a educação permanente; fomentar a formação e a especialização de recursos humanos; e incentivar a pesquisa.

O entrecruzamento das políticas de atenção oncológica com a PNH é evidente. Isso ocorre em consonância com as diretrizes e estratégias de democratização institucional, instituídas no âmbito da construção do SUS, à medida que promove a descentralização e a valorização da corresponsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, visando à integralidade da atenção em Oncologia.

A Política Nacional de Atenção Oncológica, em seu artigo 2º, prevê “qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação em acordo com os princípios da integralidade e da humanização”, consolidando a incorporação da PNH na Rede de Atenção Oncológica (RAO) (BRASIL, 2005a).

As estratégias a serem adotadas para a implementação da Política Nacional de Humanização parte da constituição dos Conselhos de Gestão Participativa, dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) junto à Direção Geral da Instituição, das equipes multiprofissionais e interdisciplinares de referência, da recepção integrada e outros espaços coletivos de intercâmbio e gestão compartilhada da clínica.

Considerando o aumento da incidência de câncer e dos gastos federais com tratamentos oncológicos (ultrapassaram R\$ 1,9 bilhões em 2010) e as deficiências na estrutura da rede de atenção em Oncologia, o TCU realizou, em 2011, uma auditoria operacional no Ministério da Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde e no Instituto Nacional de Câncer. O objetivo foi avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil. Dentre as principais constatações, concluiu que os investimentos governamentais e as estratégias de estruturação da rede de atenção oncológica não têm sido suficientes para atender a demanda por tratamento. Consequentemente, inviabiliza o acesso aos tratamentos de câncer para contingentes consideráveis da população brasileira (BRASIL, 2011). Dentre as recomendações ao Ministério da Saúde para modificar esse cenário, o TCU considera importante propor a adoção de medidas visando à promoção da formação dos profissionais que atuam na assistência aos pacientes de câncer, desde a atenção primária até os níveis de alta complexidade, com o objetivo de sanar as principais carências profissionais existentes.

O adoecer precisa ser ressignificado, bem como os modos como atuamos na área da saúde. Portanto, na formação acadêmica torna-se imprescindível desenvolver estratégias e tecnologias capazes de promover saúde, qualidade de vida e cuidado humanizado, apesar da doença, mesmo que essas práticas e habilidades ainda sejam realidades incipientes, seja na graduação, na pós-graduação ou, ainda, em outros espaços de educação permanente (ZOBOLLI, 2007; BOFF, 2014; TAKAHAGUI et al., 2014).

Outro aspecto interessante ocorre quando se fala que humanização na saúde é a importância de dar atenção às equipes de saúde, visto que elas, muitas vezes, quando empenhadas no cuidado dos pacientes, esquecem, ou não têm disponibilidade interna para olhar-se. Nessa ótica, Pessini (2004) alerta sobre como indivíduos, já com alguma predisposição ao adoecimento e expostos a um ambiente insalubre (como são os hospitais), têm grandes chances de desenvolver psicopatologias.

Diante desse contexto, a perspectiva do cuidado humanizado na saúde exige que o foco não seja apenas a doença, mas a pessoa que padece dela. Ao traçar um paralelo entre o cuidar-tratar, Zobolli (2007) afirma que o profissional de saúde não deve preocupar-se apenas com tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas. Mas deve valorizar o cuidar, ou seja, considerar o outro como um fim em si mesmo. Isso exige sensibilidade com as emoções do outro, manifestando interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto, para ser capaz de responder às experiências de aflição e sofrimento trazidas pelas pessoas que buscam a atenção dos profissionais de saúde.

Na próxima seção procuramos discutir como a formação e o trabalho em saúde precisam se reinventar para dar conta da Oncologia Integrativa e de “novos fazeres” na atenção à saúde.

3.2 Oncologia Integrativa e novos “fazeres” em saúde

A OMS aponta o câncer como responsável por 12% de todas as mortes no mundo. Até 2022 o número de mortes anuais por câncer praticamente duplicará, com mais de 60% dos casos novos e mortes ocorrendo nos países menos desenvolvidos economicamente. Outro agravante é que em todo o mundo a maioria dos indivíduos diagnosticados com câncer apresenta doença avançada e incurável no momento do diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

O sistema de saúde precisa reorganizar-se com resolutividade frente às demandas oncológicas deste panorama epidemiológico, que abrangem desde cuidados ambulatoriais de alta complexidade até cuidados paliativos, com a inclusão de investigações para melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes, tanto relacionados ao tratamento, quanto à evolução da doença.

Uma possibilidade é a Oncologia Integrativa (OI), definida pelo Dr. Robert Wittes, diretor da unidade de tratamento e diagnóstico do câncer do *National Cancer Institute* (NCI), em 2000, como um ramo da Medicina Integrativa que usa práticas alternativas e

complementares baseadas em evidências de forma integrada com a Medicina convencional (SIEGEL; BARROS, 2013b).

A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes. E propõe que muitos aspectos dos cuidados paliativos devam ser aplicados no início, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo, progredindo gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Merhy (1994) há vinte anos problematiza o conceito estabelecido implícita e explicitamente sobre saúde, propondo a ideia de que saúde, antes de ser o objeto de trabalho dos profissionais e dos serviços da área, é um tema da vida de todas as pessoas. Trata-se de um conceito subjetivo, que depende do que cada um considera “sentir-se bem” ou “sentir-se mal”, e varia de pessoa para pessoa, sofrendo a interferência cultural, religiosa, do meio em que cada um está inserido e da maneira como nos relacionamos com o mundo.

Além disso, destaca que saúde e doença não são conceitos definitivos, nem opostos. Ambos se referem à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. Esse conceito singular de saúde é definido por alguns autores como “margem de segurança”, que significa o poder de cada pessoa em tolerar e compensar as agressões do meio (MERHY, 1994). Esses conceitos devem ser pautados especialmente quando abordamos doenças crônicas, como é o caso das neoplasias.

A saúde pode ser compreendida, então, como a capacidade de cada um enfrentar situações novas, como a margem de tolerância que cada um tem para enfrentar e superar as adversidades da própria vida. Isso significa dizer que cada pessoa tem capacidades próprias para administrar, de forma autônoma, as tensões do meio com as quais ela precisa conviver.

Os cuidadores em saúde, formais e informais, precisam ter essa compreensão para que se cuidem e promovam cuidados. Contudo, a formação em saúde que enfatiza prioritariamente as tecnologias duras está muito distante de propiciar estratégias de cuidado mais humanas e promotoras de qualidade de vida (MERHY, 1994; AYRES, 2000; MERHY, 2002; SILVA; HORTALE, 2006).

E, nessa perspectiva, Lazarus e Folkman (1984) tratam do *coping*, definido como um processo dinâmico e modulável, determinante de uma mudança cognitiva e comportamental para manejar demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedente aos recursos do indivíduo. Remete à resiliência, aos mecanismos e às estratégias que as pessoas adotam para enfrentar suas dificuldades. Chaves et al. (2000) entendem *coping* como uma

constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para manusear demandas externas e ou internas específicas que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa.

As crenças e práticas religiosas também estão associadas com melhor saúde física e mental. Na Oncologia, pela gravidade dos diagnósticos, percebe-se que o *coping* religioso, ou seja, a busca de estratégias de enfrentamento por meio da espiritualidade/ religiosidade é comum. Panzini e Bandeira (2007) fizeram uma revisão sobre o tema e concluíram que a avaliação espiritual do paciente (no que diz respeito à sua escolha religiosa), na pesquisa e no planejamento de intervenções psicoespirituais, pode ser efetiva. Isso ocorre porque os auxilia a mais bem utilizar um importante recurso disponível, com significativo impacto na saúde e na qualidade de vida populacional, reduzindo custos de intervenção em termos de saúde pública.

O campo das práticas integrativas e complementares (PICs) contempla sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela OMS de medicina tradicional e medicina complementar alternativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b; SIEGEL, BARROS, 2013a).

No Brasil, esses recursos terapêuticos passam a ser legitimados e institucionalizados a partir da década de 80, coincidindo com a criação do próprio SUS (BRASIL, 2015).

As PICs buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outras características das PICs são a visão ampliada do processo saúde-doença e a humanização do cuidado, com incentivo ao autocuidado e à qualidade de vida, apesar da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b; DENG, CASSILETH, 2014; BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) está regulamentada no Brasil por meio das Portarias Ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Essa política objetiva conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da Medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia (BRASIL, 2015).

A PNPIC contribui para a integralidade da atenção à saúde, consolidando um dos princípios filosóficos do SUS, à medida que considera a pessoa na sua dimensão global – sem perder de vista suas singularidades, quando da explicação de seus processos de adoecimento e

de saúde. Por consequência, requer também a interação das ações e serviços existentes na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Trata-se de considerar o ser humano alvo do cuidado para além do aspecto biológico, um ser complexo e sensível, isto é, reconhecê-lo como dotado de identidade, singularidade, história e autonomia (BOFF, 2014; LIMA et al., 2014; SIMÕES et al., 2007; ZOBOLLI, 2007).

Na perspectiva de Maffesoli, “não é mais o indivíduo isolado que importa, mas sim a pessoa integrada em um corpo social, que ao mesmo tempo a conforta e ultrapassa” (1998; p. 185).

Na atualidade, é possível que este caráter mais técnico, racional e pragmático que “dá o tom” das práticas profissionais em saúde considere incipientemente que a existência é uma constante participação mística, na qual interior e exterior, visível e invisível, material e imaterial entrem numa sinfonia harmoniosa (MAFFESOLI, 1998, p. 30).

Na perspectiva do usuário, Theobald e colaboradores (2016) realizaram um estudo para identificar as percepções que os pacientes oncológicos têm sobre o cuidado profissional recebido. Evidenciaram que as questões relativas à informação sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico nem sempre foram adequadamente discutidas, o que implica, também, desconsideração sobre a autonomia do paciente. Foi notória a necessidade de que os profissionais reflitam sobre suas práticas cuidadoras e seu papel enquanto trabalhadores da saúde. Mesmo na Oncologia, em que as repercussões emocionais são importantes e de grande impacto, o cuidado ainda se apresenta de forma inadequada em determinados momentos.

A família também precisa ser acolhida e envolvida na atenção oncológica. Fetsch e colaboradores (2016), ao investigar as estratégias de *coping* que as famílias dos pacientes adotavam para enfrentar o câncer, concluíram que as equipes de saúde precisam modificar seus *modus operandi*, para compreender e considerar os comportamentos adaptativos ante as dificuldades vivenciadas no adoecimento, envolvendo a família no tratamento, de forma individualizada.

As evidências apresentadas reiteram veementemente a lacuna de humanização do cuidado nos serviços de Oncologia e as possibilidades que a compreensão do universo simbólico dos pacientes e dos cuidadores representam à luz da razão sensível. No próximo capítulo procuramos situar o leitor nas teorias do imaginário de Durand, haja vista ser essa a hermenêutica que adotamos para o desenvolvimento pesquisa.

4 A TEORIA DO IMAGINÁRIO DE GILBERT DURAND

A partir da metade do século XX, as teorias do imaginário surgem motivadas por uma estética surrealista, concedendo à imaginação a saída da margem, na busca do inconsciente oculto (ORMEZZANO, 2009b). Barros afirma que “o imaginário é um terreno de areias movediças, e nem todo mundo pisa sobre a mesma base quando se propõe a discorrer sobre ele” (2013, p. 16).

A busca pelo entendimento do imaginário também implica uma possibilidade de superar a fragmentação de entendimentos decorrentes da especialização imposta pela “ciência moderna”, pois as imagens simbólicas atuam diretamente no nosso enraizamento antropológico, na busca de sentidos. Desse modo, torna-se relevante abordar a obra de alguns teóricos que sustentaram as reflexões de Gilbert Durand (1921-2012): Gaston Bachelard (1884-1962), Carl Gustav Jung (1875-1961), Ernst Cassirer (1874-1945) e Mircea Eliade (1907-1987).

O filósofo francês Gaston Bachelard reconheceu a presença da imagem mental como uma potência maior da natureza humana, atribuindo-lhe uma qualidade onírica e ontológica resultante da relação poética com o real. Demonstrou que a organização do mundo não é o resultado de uma série de raciocínios, mas a elaboração do psiquismo que considera afetos e emoções. Propõe como ideias centrais: que o símbolo permite estabelecer a relação entre o “eu” e o mundo; que os quatro elementos – terra, ar, água e fogo – são os “hormônios do imaginário”; e que o vocábulo fundamental que corresponde à imaginação é o imaginário, essencialmente aberto e evasivo (BACHELARD, 2000).

O psicanalista suíço Carl Gustav Jung, em 1916, mobilizado pelo fato de seus pacientes relatarem sonhos semelhantes a mitos de outras culturas, propõe o conceito de inconsciente coletivo, estruturado pelos arquétipos, ou seja, por disposições hereditárias para reagir. A partir da teoria *jungiana*, esses arquétipos se expressam em imagens simbólicas coletivas, em que o símbolo é a explicitação da estrutura do arquétipo. Por conseguinte, a inspiração do filósofo alemão Ernst Cassirer, pertencente à escola *neo-kantiana*, foi revelar a importância do homem como animal simbólico. Para ele, os símbolos têm propriedades criadoras e libertadoras (TEIXEIRA; ARAÚJO, 2013).

Ao estudar a fenomenologia religiosa, Mircea Eliade propõe a significação dos quatro elementos presentes nos rituais religiosos: a oposição Terra e Céu, caos e cosmo, sagrado e profano. Para este autor, as histórias sagradas relatadas em mito revelam mistérios e no seu

cerne contém a gênese de algo real, apresentando modelos a serem seguidos pelos homens. O mito é a experiência existencial do homem que lhe permite encontrar-se e compreender-se (ELIADE, 1992).

O entendimento de imaginário proposto por Gilbert Durand procura articular a recorrência das imagens individuais e coletivas que se inserem em um trajeto antropológico identificado pelo mito, iniciando no plano neurobiológico e perpassando o plano cultural. Ao contrário de Jung, para Durand é o esquema e não o arquétipo que está na base da figuração simbólica; os arquétipos são a representação dos esquemas, a imagem primeira de caráter coletivo e inato; os símbolos revelam a expressão cultural do arquétipo, sob a influência da materialidade, uma representação que faz surgir um sentido secreto (DURAND, 1993).

Durand nasceu em maio de 1921 na França e morreu aos 91 anos. Concluiu seus estudos secundários no Liceu de Vaugelas de Chambéry (Savoia, França) em 1939, no início da Segunda Guerra Mundial. Teve uma trajetória militar durante esse período, aliado à Resistência contra os alemães. O seu percurso acadêmico iniciou em 1940, na Faculdade de Língua e Letras de Grenoble, com estudos universitários em Ciências Humanas (Filosofia, Sociologia e Antropologia) alternados com a atuação na Resistência até 1944 (TEIXEIRA; ARAÚJO, 2013).

Após esse período, preparou sua Agregação em Filosofia na Sorbonne, Paris, ocasião em que foi aluno de Bachelard e Alquié, que influenciaram sua obra. De 1947 a 1956 atuou como professor de Filosofia no Liceu Chambéry e depois transferiu-se para o Departamento de Filosofia da Faculdade de Letras de Grenoble, atuando como assistente de Filosofia até 1961. Fez doutorado em Letras e defendeu duas teses: a principal – As Estruturas Antropológicas do Imaginário, e a complementar – O Cenário Mítico da Cartuxa de Parma: as estruturas figurativas do romance sthendaliano. O fato de sua tese ter sido desenvolvida com base no imaginário da produção literária foi uma das razões pela qual escolhemos sua teoria para embasar esta tese de Doutorado em Letras.

Em 1965, Durand fundou o Departamento de Sociologia e Antropologia da Faculdade de Letras de Grenoble e se tornou titular da Cadeira de Sociologia e Antropologia Cultural na Universidade de Grenoble II (atualmente conhecida como Universidade Pierre Mendès-France).

Este pensador do século XX se dedicou ao estudo e à compreensão do imaginário para apreender as estruturas profundas e arquetípicas, nas raízes do psiquismo humano, onde se articulam as representações simbólicas e o pensamento (BARROS, 2013). Sua obra propõe uma nova forma de compreensão do homem, partindo da integração entre imaginário e razão e discordando de todas as reduções totalitárias e unidimensionais. Durand afirma que é por meio

do imaginário que nos reconhecemos como humanos, conhecemos o outro e depreendemos a realidade plural do mundo (DURAND, 1988; 1993).

A atuação de Durand na vida universitária francesa foi notória por meio da criação, da direção e do apoio a vários centros de estudos e pesquisas e pela participação em comissões nacionais. Em 1966, juntamente com Léon Cellier e Paul Deschamps, fundou, na Faculdade de Letras da Universidade de Grenoble, o Centro de Pesquisas sobre o Imaginário (*Centre de Recherches sur l'Imaginaire* – CRI), que existe até hoje.

Atualmente existem centros de pesquisas do imaginário em mais de vinte países, em diferentes universidades. A pesquisadora Danielle Perin Rocha Pitta relata que na França a reflexão sobre a dimensão simbólica tem sido aprofundada – a partir de bases teóricas diversas – por estudiosos como Paul Ricoeur, René Alleau, Edgar Morin, Michel Maffesoli, Jean Duvignaud, Jean Baudrillard, J.J. Wunenburger, entre outros, além do próprio Gilbert Durand (PITTA, 1995).

No Brasil, os estudos do imaginário iniciaram nos anos 70, em Pernambuco e em São Paulo. Pitta fundou no Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco o Centro de Pesquisas sobre o Imaginário e José Carlos de Paula Carvalho criou, na Universidade de São Paulo, o Centro Integrado de Pesquisas do Imaginário (BARROS, 2013; FERREIRA; SILVEIRA, 2015; PITTA, 1995).

Ao consultar a base corrente do Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com a palavra-chave “teoria do imaginário” são elencados 5 grupos de pesquisa sediados em universidades de diferentes estados. A consulta parametrizada por “Gilbert Durand” revela 3 grupos, dois no Rio Grande do Sul; a consulta por “trajeto antropológico” mostra apenas um grupo de pesquisa, em Pernambuco. Surpreendentemente, “imaginário e saúde” acusa 11 grupos de pesquisa, porém precisariam ser avaliados mais profundamente para identificar quais teorias sustentam esses estudos (CNPq, 2017).

A partir dos trabalhos e das pesquisas transdisciplinares desenvolvidos em torno da obra de Durand resultou a “Escola de Grenoble”, que se debruçou sobre a teoria do imaginário como chave para a compreensão do homem e das culturas humanas. As principais contribuições ontológicas e epistemológicas desse movimento, de acordo com Durand (1993), foram: arquetipologia geral, que apreende os invariantes do comportamento humano como comportamento simbólico, por meio das estruturas figurativas e dos regimes de imagens; a mitocrítica e mitoanálise, método investigativo que busca os núcleos mitêmicos da obra, autor ou contexto; a “tópica” sociocultural, como condição de uma sociologia profunda; o “trajeto

antropológico”, com os arquétipos e símbolos modelados pelo contexto geográfico, sociológico e cultural; e a mitologia, a ciência do mito.

Devido ao interesse e às pesquisas sobre o simbólico, a tentativa de compreender a formação dos símbolos no ser humano e, ao mesmo tempo, a motivação de fugir da concepção positivista que imperava na época, foi fundado por Olga Fröbe-Kapteyn, em Ascona, Suíça, em 1933, o Círculo de Eranos, sob a orientação de Rudolf Otto (FERREIRA; SILVEIRA, 2015; TEIXEIRA; ARAÚJO, 2013). Esse movimento teve a influência de relevantes protagonistas, como Carl Gustav Jung, Rudolf Otto, Mircea Eliade, Karl Kerényi, Erich Neumann, Adolf Portmann.

O objetivo do Círculo de Eranos foi criar um “espaço livre para o espírito”, um “lugar de encontro entre o leste e o oeste”. Agregou, de forma transdisciplinar, pensadores de diversas áreas do saber humano. Sua fundadora, Olga Froebe-Kapteyn, demonstrava interesse pela filosofia esotérica e pela teosofia, e o interesse pelo Oriente a levou a propor uma correlação entre o Ocidente e o Oriente (FERREIRA; SILVEIRA, 2015; TEIXEIRA; ARAÚJO, 2013).

Eranos, em grego, significa “banquete espiritual” ou “comida de fraternidade”, sem a presença de um anfitrião. Jung foi um dos mentores do Círculo cujos encontros aconteceram anualmente de 1933 a 1988. Os trabalhos apresentados eram publicados em alemão, francês e inglês e foi possível identificar três fases nos estudos desenvolvidos: a da mitologia comparada, de 1933 a 1946; a da antropologia cultural, de 1947 a 1971; e a da hermenêutica simbólica, de 1972 a 1988, momento em que Durand participou intensamente dos encontros (FERREIRA; SILVEIRA, 2015).

No entanto, o site oficial de Eranos evidencia que os debates tiveram continuidade após 1988, havendo mais quatro fases: Fase do Projeto I Ching (1989-2000); Fase do Declínio (2002-2005); Fase do Reinício I (2006-2009); e Fase de Reinício II (2010) (ERANOS FOUNDATION, s.d).

Otto foi importante para o Círculo de Eranos não somente pela sugestão do nome, mas por ter propiciado anteriormente uma discussão filosófico-antropológica, em distintas obras, entre Ocidente (da mística cristã) e Oriente (do hinduísmo). É considerado padrinho de Eranos, apesar de nunca ter proferido nenhuma palestra devido a seu falecimento (ORTIZ-OSÉS, 1994).

A inserção de Durand no Círculo de Eranos ocorreu em 1964, por meio de Henry Corbin, momento em que o antropólogo francês revela-se seguro pela identificação de uma gnose científica contemporânea decorrente dos debates e confrontos transdisciplinares (TEIXEIRA; ARAÚJO, 2013). Contudo, Durand já sabia deste local de efervescência:

Quando eu ouvi falar pela primeira vez de Eranos, foi em 1947, pelo meu bom mestre Gaston Bachelard. Eu imaginava, na altura, que se tratava de um círculo muito fechado de eruditos, – germanistas de preferência! – colocado sob a evocação de um deus pouco conhecido, simultaneamente helênico e vagamente pérsico. Embora me tenham dito depois sobre a origem muito trivial da palavra eranos, segundo Homero (que significa ‘piquenique’), uma experiência quase de vinte anos, lá, nesse Lago Maior, nesta Cúspide do mês da Virgem, sob o grande cedro abrigando a mesa redonda de ágape, me confirma na minha verdade errônea mas primeira (DURAND, 1982, p. 275).

Ferreira e Silveira (2015) afirmam que os pesquisadores de Eranos eram influenciados por uma tendência de estudo do simbolismo, “no qual se buscava um conhecimento gnóstico, o que se explicitava por uma tentativa de captação, não do sentido racional e objetivo das experiências, mas do nível mais profundo das experiências vividas”.

Mas Durand fala em imaginário e não em simbolismo, pois em seu entendimento o símbolo seria a maneira de expressar o imaginário (PITTA, 1995).

Sabemos que as discussões do Círculo de Eranos perduram até a contemporaneidade e são marcadas pela luta contra o espírito racional como forma de expressão de superar a unilateralidade da razão. Alguns autores afirmam que o Círculo de Eranos ainda promove essa mediação entre o reino da consciência e do inconsciente, do espírito e da razão, do anímico e do racional, do eu e do si mesmo. Logo, passam a entendê-lo como um círculo hermenêutico compreensivo baseado na interpretação, sustentado pela fenomenologia, e que o simbólico deve ser uma prática de investigação transdisciplinar para compreender o homem em suas dimensões, à luz de uma cosmovisão (FERREIRA; SILVEIRA, 2015; MAFFESOLI, 2005; ORTIZ-OSÉS, 2004).

A teoria do imaginário, proposta por Durand (2012), revela-se como um lugar de “entre saberes”, de espelho, do “museu” que designa o conjunto de todas as imagens possíveis produzidas pelo ser humano como animal simbólico.

Ao traduzir do francês para o espanhol a obra de Durand intitulada “De la mitocritica al mitoanálisis”, Alain Verjat destaca na nota introdutória: “vivemos no mundo da especialização, da fragmentação esterilizante do conhecimento e da miopia, que proporciona uma excelente visão panorâmica desfocada” (VERJAT, 1993, p. 8). Desse modo, compreender o mundo e seus fenômenos nessa perspectiva não é suficiente para a modernidade. Como diria Durand, há que lançar-se pontes entre as ciências humanas para conduzir a ciência do homem. E Verjat reitera que a concepção *durandiana* rompe com a visão fechada de mundo – “espartilho asfíxiante” – através de um festival de humanismo generoso e preciso (VERJAT, 1993).

A proposta teórica de Durand para compreender o paradigma da hermenêutica simbólica expressa a interface da Filosofia com outras áreas do saber, especialmente quando busca

compreender o sentido da realidade. Assim, a transdisciplinaridade permite interpretar o ser e o mundo, exatamente no ponto de encontro expresso pela linguagem, de modo dialógico, intersubjetivo e antidogmático. Entende-se que hermenêutica implica interpretar, mas à hermenêutica é preciso somar-se o sentido simbólico. Assim, ao considerar que o ser humano é um animal simbólico, a linguagem hermenêutica é uma linguagem simbólica, assim como sua interpretação da realidade implica a compreensão das coisas por parte do ser humano (BARELLI e ORMEZZANO, 2016).

De acordo com Durand (2012), o imaginário, essencialmente identificado com símbolos e mitos, constitui o primeiro substrato da vida mental e contesta o antagonismo do imaginário e da racionalidade, mostrando como as imagens se inserem num trajeto antropológico, que começa no nível neurobiológico para estender-se ao nível cultural. O trajeto antropológico é definido como “[...] a incessante troca que existe ao nível do imaginário entre as pulsões subjetivas e assimiladoras e as intimações objetivas que emanam do meio cósmico e social” (2012, p. 41).

Convém diferenciar o entendimento de imaginário entre antropólogos e sociólogos. Na visão da escola francesa, o imaginário aponta para os desequilíbrios, mas é portador da potência equilibrante. Já para os sociólogos, o imaginário é instituído socialmente, logo, fator de alienação do real (BARROS, 2013).

Na concepção *durandiana*, o símbolo é um sistema de conhecimento indireto que, paradoxalmente, tende a tornar-se direto, porém num plano diferente daquele do sinal biológico ou do discurso lógico (DURAND, 1996).

Para os antropólogos, diferentemente do entendimento dos teólogos, o símbolo não é o “signo de reconhecimento” (*symbolon*) mas, sim, o sentido que concorda com o domínio da expressão, para além do domínio da comunicação.

Nas primeiras pesquisas realizadas por Durand sobre o símbolo, ele se dedicou à dimensão mecânica, que implica um conjunto de noções que, tanto na sua disposição estática, como dinâmica (em movimento), definem um “aparelho simbólico” alinhado ao conceito freudiano de “aparelho psíquico” (1996, p. 75).

O aparelho simbólico é constituído de três categorias: o esquema, metaforicamente denominado de esquema verbal; os arquétipos; e o símbolo *stricto sensu*.

O esquema verbal assim foi denominado, pois o verbo revela a ação que se eleva diretamente no inconsciente reflexo do corpo vivo. Logo, os esquemas são o capital referencial de todos os gestos possíveis da espécie humana. E para Durand o verbo é a primeira linguagem,

ou seja, a ação específica, a expressão corporal que surge no importante registro da motricidade dos membros, do aprumo postural e, em primeiro lugar, da mão (DURAND, 2012).

Barros complementa: “originalmente, a simbolização não era uma figura ou uma função de linguagem, e sim um ato. Porque não se faz a partir da linguagem, e sim a partir das ações humanas – cujos protótipos são os gestos do corpo em direção ao meio cósmico” (2013, p. 26).

A esses esquemas verbais, Durand propôs grandes eixos de reflexos dominantes (ou gestos posturais), os quais Bachelard intuiu como metáforas que indicam o movimento humano: dominante postural, dominante copulativa e dominante digestiva (BACHELARD, 1998; DURAND, 2012).

A dominante postural é um reflexo de posição que coordena ou inibe todos os outros reflexos quando se põe o corpo da criança na vertical, com caráter ascensional. A segunda dominante, de nutrição, manifesta-se por reflexos de sucção labial e de orientação correspondente da cabeça, provocados por estímulos externos, ou pela fome. A dominante copulativa, de caráter cíclico, é dependente de uma estrutura sensório-motora e apresenta aspecto rítmico (DURAND, 2012).

A dominante postural valoriza a verticalização e ascendência; a digestiva promove a inversão, a descida digestiva, simbolizando a profundidade; e a dominante copulativa promove o aconchego na intimidade, conforme complementa o antropólogo:

Cada gesto implica ao mesmo tempo uma matéria e uma técnica, suscita um material imaginário e, senão um instrumento, pelo menos um utensílio. É assim que o primeiro gesto, a dominante postural, exige as matérias luminosas, visuais e as técnicas de separação, de purificação, de que as armas, as flechas, os gládios são símbolos frequentes. O segundo gesto, ligado à descida digestiva, implica as matérias da profundidade; a água ou a terra cavernosa suscita os utensílios continentais, as taças e os cofres, e faz tender para os devaneios técnicos da bebida ou do alimento. Enfim, os gestos rítmicos, de que a sexualidade é o modelo natural acabado, projetam-se nos ritmos sazonais e no seu cortejo astral (DURAND, 2012, p. 54).

Prosseguindo o entendimento do aparelho simbólico, os arquétipos são a via da diferenciação perceptiva e da distanciação exógena, as imagens primeiras e universais à espécie, de caráter coletivo e inato, que podem se dividir em categorias “epitéticas” e “substantivas” (DURAND, 1996). Trata-se de qualidades sensíveis ou perceptíveis como alto, baixo, frio, quente, seco, úmido, puro, profundo. Ou de objetos apreendidos e denominados substantivamente: luz, treva, abismo, criança, mãe, cruz, círculo, números, entre outros. Os arquétipos são duais e constituem o ponto de junção entre o imaginário e os processos racionais (DURAND, 1988).

Ao colocar o esquema na raiz da figuração simbólica, Durand afasta-se das teorias *junguianas, freudianas e lacanianas*, porque Jung coloca em último lugar um reservatório de arquétipos elaborados num inconsciente coletivo; Freud reduz a figura simbólica ao sintoma de uma única libido obcecada pelo buraco, o digestivo e o genital; Lacan reduz esta linguagem pré-linguística do símbolo às sintaxes e aos jogos de palavras de uma língua natural (DURAND, 1993; 1996).

O antropólogo alerta, contudo, que derivações dos arquétipos pela influência de aspectos exógenos são o mecanismo limite para que a definição de símbolo deixe de se aplicar, porque, ao ser pormenorizado, o símbolo perde a sua plurivocidade e torna-se sintema, por exemplo, como ocorre com o símbolo da cruz. Na concepção religiosa, o arquétipo expressado pela cruz é o principal ornamento das igrejas cristãs. Se for particularizado histórica e sentimentalmente, especifica o crucifixo, como também pode expressar o signo de adição na linguagem matemática, uma compreensão totalmente unívoca (DURAND, 1996).

O símbolo é todo signo concreto evocando algo ausente ou impossível de ser percebido. Eles são visíveis nos rituais, nos mitos, na literatura e nas artes plásticas (PITTA, 1995). A partir de sua definição clássica, há três características que delimitam sua compreensão. A primeira refere-se ao aspecto concreto do significante – sensível, imagético, figurado. Em seguida, a sua significação simbólica, que é o melhor para evocar o significado, fazer conhecer, sugerir, epifanizar. E a terceira, o fato de que é impossível compreender o símbolo direta ou indiretamente, subjacente às problemáticas do mito (DURAND, 1996; 2012).

Um exemplo que elucidava esse entendimento pode ser a palavra “casa”. A representação do objeto, de forma material, concreta e descritiva, com paredes, telhados e janela é o signo ou significante, uma compreensão comum para a maioria das pessoas que independe do tempo e lugar. Mas a significação simbólica que “casa” tem para cada pessoa, não material, subjetiva e interpretativa, que pode se expressar como a noção de lar, de família, de descanso, de acolhimento, consiste no símbolo, no significado, que será a expressão dos arquétipos daquela cultura, situada no tempo e no espaço.

As apreensões oportunizadas por intermédio da teoria do imaginário não deve ser confundida com desordem e irracionalidade. Há regras bem claras para seu entendimento que, quando compreendidas intelectualmente, algo foge do entendimento devido à presença de uma energética simbólica que impulsiona o movimento no trajeto antropológico (BARROS, 2013). Porém, não se trata de uma teoria determinista, pois não há relações de causa-efeito implicadas. Pitta (1995) afirma que pelo seu poder de criação, a cada instante, imaginar é um ato de liberdade.

4.1 As estruturas antropológicas do imaginário por Gilbert Durand

A investigação sobre como as imagens são produzidas, transmitidas e como ocorre sua recepção resultou na tese de Durand, publicada na obra “As estruturas antropológicas do imaginário” (2012).

Em linhas gerais, consiste em compreender como o imaginário simboliza a realidade por meio de evocações das imagens visuais arquetípicas, utilizando a arte como linguagem para comunicar os conteúdos subjetivos do ser (GALLINA, 2017).

Durand (1988) parte de uma concepção simbólica da imaginação, o que significa que admite uma semântica das imagens, ou seja, que elas diferem dos signos por “conterem materialmente, de algum modo, o seu sentido” (p. 41). Ele postula, assim, uma relação de continuidade entre razão e imaginação, chegando a definições bastante claras de signo e símbolo. Segundo o autor, a consciência dispõe de duas maneiras básicas de representar o mundo: a primeira, representação direta, dá-se através da percepção na presença do objeto; a segunda, representação indireta, ocorre na ausência do objeto e por meio de uma imagem. Tem-se, assim, um contínuo, em que a consciência dispõe de diferentes graus da imagem, cujos dois extremos seriam constituídos “pela adequação total, a presença perceptiva ou a inadequação mais acentuada, ou seja, um signo eternamente privado do significado, e veremos que esse signo longínquo nada mais é do que o símbolo” (DURAND, 1988, p. 12).

Para Durand (1988, p. 34), as imagens inatas surgem de uma ordem de coisas mais simples, mais visíveis e antropológicamente palpáveis. Em “As estruturas antropológicas do imaginário” ele identifica as noções de gesto ou dominante reflexa como as matrizes elementares sobre as quais o recém-nascido – e a espécie humana – constroem, progressivamente, o simbolismo. Essas matrizes são para Durand os eixos em torno dos quais se polarizam as estruturas antropológicas do imaginário – verdadeiros “nós imaginais” que organizam os símbolos seja a nível individual ou coletivo.

A noção gesto ou dominante reflexa é extraída por Durand (1988) da reflexologia russa de Betcherev, que identifica no recém-nascido três gestos ou dominantes reflexas: dominante de posição ou postural, relacionada à verticalização do corpo e à organização óculo-motora; dominante de nutrição, que se manifesta no recém-nascido pelos reflexos de sucção labial e de orientação correspondente da cabeça, deglutição e defecação; dominante copulativa, relacionada à rítmica vital e à sexualidade.

Aos gestos inconscientes das dominantes reflexas correspondem, em uma espécie de convergência semântica, as representações constitutivas do imaginário. Dessa forma, à dominante postural correspondem os esquemas da verticalização ascendente e da divisão manual ou visual; à dominante digestiva correspondem os esquemas da descida, do acocoramento na intimidade e do esconderijo; à dominante copulativa correspondem os esquemas rítmico, dialético e progressista. Tendo como referência a terminologia de sua teoria do imaginário, a essas dominantes reflexas correspondem, segundo Durand (2012), respectivamente, as estruturas heroica, mística e sintética do imaginário.

Durand distingue dois regimes de imagens, o diurno e o noturno (Anexo A). O primeiro é caracterizado pela antítese polêmica das estruturas heroicas, cuja simbólica se expressa pela distinção e oposição entre os símbolos, por um lado, teriomorfos, nictomorfos, catamorfos, e, por outro lado, solares, ascensionais e espetaculares. O segundo regime da imagem – noturno – é caracterizado, ao contrário, pela simbólica da intimidade, do aprofundamento e da penumbra das estruturas místicas ou pela simbólica historicizante, progressista ou cíclica das estruturas sintéticas.

Os símbolos, os arquétipos e os sistemas conceituais da cultura humana são organizados, segundo os eixos imaginais, que são os regimes e as estruturas do imaginário, definidos por Durand como “protocolos normativos das representações imaginárias, bem definidos e relativamente estáveis” (1988, p. 44).

Dessa forma, as imagens simbólicas são interpretadas a partir das relações que estabelecem entre si, de seu arranjo e convergência em torno de uma determinada estrutura. Assim, a imagem do fogo pode ser tanto um símbolo de intimidade e de aconchego quando é o calor que aquece uma cabana ao cair da tarde (estruturação mística), quanto um símbolo diurno quando é a arma de ataque do herói contra um monstro devorador (estruturação heroica). Ou ainda um símbolo de iniciação, quando é a brasa que queima o corpo do neófito durante o ritual de passagem (estruturação sintética) (MIGLIORINI, 2010).

4.2 O método de investigação arquetipológico e a leitura transtextual de imagens

No entendimento de Durand (1996), qualquer método investigativo se justifica pela sua oportunidade histórica e pertinência relativa ao objeto investigado.

Quanto à oportunidade histórica, o autor afirma:

Sempre que um “novo espírito científico” se manifestou [...] o conforto intelectual insurgiu-se contra aqueles que, “fora do círculo” parecem impedir que as coisas se processem sossegadamente. Mas quando uma revolução epistemológica se vem abater nas margens da antropologia – o que significa que, mais cedo ou mais tarde, toca na moral, nos costumes, nos critérios de verdade, na religião... – a efervescência indignada dos letrados é ainda mais viva. (DURAND, 1996, p. 147).

O processo de formação das imagens, seja para uma pessoa ou uma dada cultura, ocorre pela percepção do universo em duas perspectivas: uma repleta de divisões e oposições; a outra, unida e harmoniosa. Na primeira perspectiva são valorizados os *schémes* da divisão entre opostos (alto/baixo, bem/mal) e a individualidade, o arquétipo do herói, o exercício do poder, a ação. A segunda perspectiva valoriza a comunidade, o plural, o arquétipo da mãe, do aconchego, o ato de proteger, o refúgio (PITTA, 1995).

A concepção *durandiana* revela que existe um polo predominante e há a necessidade de perceber o tipo de dinamismo que se encontra em ação e polarização preeminente para traçar o “trajeto antropológico” em determinada cultura ou grupo social.

Como afirma Pitta (1995), o *schème* é a dimensão mais abstrata, correspondendo ao verbo, à ação básica de dividir, unir, confundir. O arquétipo atribui forma a esta intenção fundamental, revelado por uma imagem, herói, mãe ou tempo cíclico, mas universal. Já o símbolo será a tradução desse arquétipo de forma contextualizada. A autora também exemplifica: “*Schème*: unir, proteger; arquétipo: a mãe; símbolo para a cultura cristã: a virgem Maria. [...] São pois os *schémes*, arquétipos, símbolos e mitos que vão, a partir da sua organização, feita por uma cultura dada, orientar o desenvolvimento desta cultura (PITTA, 1995, p. 4).

O elemento fulcral do método de investigação arquetipológico, entretanto, são os mitos. Para Durand esse conceito contempla:

Um sistema dinâmico de símbolos, arquétipos e esquemas, sistema dinâmico que, sob o impulso de um esquema, tende a compor-se em narrativa. O mito é já um esboço de racionalização, dando que utiliza o fio do discurso, no qual os símbolos se resolvem em palavras e os arquétipos em ideias. O mito explicita um esquema ou um grupo de esquemas (2012, p. 63).

De uma maneira muito preliminar poderíamos afirmar que a mitocrítica consiste na análise sobre como as imagens se referem aos mitos.

A mitocrítica parte da aceitação de sua própria limitação, uma vez que “a obra do homem, enquanto criação, supera todos os esquemas explicativos”. Exige, ainda, o entendimento do sentido figurado, por ser a obra portadora de uma linguagem simbólica. Essa limitação epistemológica é necessária, pois evita a criação de preconceitos e rótulos ou de

enunciados reducionistas. Ou seja, a mitocrítica busca o mito dominante na produção artística, com seu sistema dinâmico de símbolos, arquétipos e esquemas que constituem a narrativa simbólica (DURAND, 1996).

A função da mitoanálise é estudar a atuação das correntes mitogênicas, ou seja, identificar a presença de mitos diretores, configuradores dos fenômenos socioculturais. Possibilita a ampliação da investigação do conjunto das produções culturais, como uma espécie de psicanálise das suas imagens dominantes, com intuito de estabelecer argumentos espaço-temporal do imaginário. Por conseguinte, permite traçar o panorama dos mitos dominantes de uma época, a diversificação da matriz conforme o trajeto antropológico (DURAND, 1993; TEIXEIRA; ARAÚJO, 2013).

Neste estudo elegemos a teoria do imaginário, de Durand, para compreender o universo simbólico e o trajeto antropológico envolvidos na atenção oncológica e nas práticas em saúde à luz da humanização e da integralidade do cuidado.

Para a compreensão dos resultados optamos pela Leitura Transtextual de Imagens (LTI) desenvolvida por Ormezzano (2009) e que se respalda teoricamente em uma cosmovisão simbiossinérgica e inventiva (BERTRAND, VALOIS, 1994). Esses autores utilizam o termo “paradigma”, preservado na tese de Ormezzano, embora ela prefira o conceito de cosmovisão, por entender que traz em si mesmo uma concepção de mundo não reduzida, exclusivamente, à ciência.

Esse paradigma inventivo propõe a simbiossinergia da heterogeneidade, definida como o complemento das diferenças, na união fundamental de todas as consciências e seres que sentir-se-ão respeitados nas suas singularidades e, simultaneamente, na sua totalidade. Sendo crítica e criadora, esta abordagem procura uma mudança revolucionária em todos os campos da vida e pretende acumular projetos comunitários e cósmicos. Opõe-se ao racionalismo, centrado na transmissão dos conhecimentos e valores dominantes. Sua proposta fundamental está na construção de comunidades de pessoas que pretendam transformar o pensamento e as relações (BERTRAND; VALOIS, 1994; ORMEZZANO, 2009, p. 48).

No próximo capítulo relatamos o caminho metodológico que percorremos para o estudo experimental.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico percorrido inicialmente incluiu revisão de literatura, organização do aporte teórico e submissão e aprovação do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UPF. Na sequência, ocorreu o estudo de campo, por meio das oficinas de formação de leitor de fotografias e Oncologia Integrativa, o que levou à organização e discussão dos resultados, seguidos das considerações finais. Apresentamos seu detalhamento na sequência.

5.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo, descritivo-interpretativo, de abordagem hermenêutica simbólica (DURAND, 2012; MINAYO, SANCHES, 1993; TURATO, 2003).

A hermenêutica simbólica proposta por Gilbert Durand expressa a interface da filosofia com outras áreas do saber quando busca compreender o sentido da realidade. Assim, a transdisciplinaridade permite interpretar o ser e o mundo, no ponto de encontro expresso pela linguagem, de modo dialógico, intersubjetivo e antidogmático. Entendemos que hermenêutica implica interpretar, mas à hermenêutica é preciso somar o sentido simbólico. Portanto, ao considerar que o ser humano é um animal simbólico, a linguagem hermenêutica é uma linguagem simbólica, e a interpretação da realidade implica a compreensão das coisas por parte do humano (DURAND, 1988; 1993; 2012).

Assim, definimos o embasamento teórico para ser lido a partir de determinados autores conforme a temática.

No primeiro capítulo do desenvolvimento, para os aspectos teóricos relacionados à formação de leitores e mediação de leitura de imagens em ambientes adversos, referenciamos principalmente os autores e pesquisadores Jorge Larrosa Bondía, Max Bluten, Michèle Petit e Tania Rösing.

O capítulo seguinte abrange os aportes teóricos relacionados à promoção de saúde e prática integrativa no cuidado oncológico, bem como os princípios e pressupostos de políticas públicas contempladas no estudo. Os referenciais teóricos são, predominantemente, os propostos pelos ministérios da Saúde e da Educação. O conceito de integralidade em saúde que

adotamos foi proposto pela pesquisadora Roseni Pinheiro, vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz.

Para teoria do imaginário, os pressupostos são de Gilbert Durand, que, por sua vez, se amparou em Gaston Bachelard (1884-1962), Carl Gustav Jung (1875-1961), Ernst Cassirer (1874-1945) e Mircea Eliade (1907-1987). Também utilizamos a compreensão de Graciela Ormezzano (2009b) quanto à aplicação da teoria do imaginário para leitura transtextual de imagens.

5.2 Definição do *corpus*

O fotógrafo brasileiro André François realiza documentários fotográficos pelo Brasil e pelo mundo há 30 anos. Desde 2005, desenvolve um amplo registro fotográfico na área da saúde e tem cinco livros publicados sobre o tema. Já visitou mais de cem hospitais e serviços de saúde em todo o Brasil, para registrar atitudes sensíveis de grandes cuidadores e também a realidade do acesso à saúde. Atualmente, o fotógrafo desenvolve um trabalho em âmbito mundial intitulado Projeto Vida, no qual busca iniciativas positivas de promoção e acesso à saúde, documentando a qualidade de vida de diversos países. André já percorreu países da América, África e Ásia, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Médicos Sem Fronteiras, entre outras organizações.

Parte de seu trabalho fotográfico foi inserido na Coleção Pirelli-Masp de Fotografia, um dos maiores acervos de fotografia do Brasil. Seu trabalho tem sido reconhecido e valorizado ao longo dos anos, como a premiação dada pela Fundação Conrado Wessel, em 2008, e a premiação da *Syngenta Photography Award*, em 2013, na qual André foi o único brasileiro indicado a vencer em uma das categorias.

A obra de André François intitulada “Cuidar: um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil”, que revela de norte a sul do Brasil experiências de bons cuidadores, foi utilizada nas oficinas de leitores de fotografias. Foi eleita pela relação do tema com o cuidado oncológico e por conter fotografias que apresentam variedade entre si de símbolos e arquétipos, conforme a classificação isotópica dos elementos presentes no texto icônico a partir da concepção *durandiana* (DURAND, 2012).

Essa obra foi apresentada aos participantes no início da oficina de formação de leitor de fotografias e Oncologia Integrativa por meio da visualização das 109 imagens que a compõem, impressas em tamanho 15x21cm. A contextualização do autor, de sua origem e particularidades

da sua área de atuação foi apresentada aos participantes no segundo encontro, ocasião em que fizemos a leitura da fotografia a partir da metodologia padronizada por Trevisan (2002).

5.3 Campo e participantes

O município de Passo Fundo possui uma população estimada em 201.767 habitantes (INSTITUTO..., 2018) e é referência regional de assistência à saúde na alta complexidade para os estados que integram a região Sul do país.

Também se constitui um polo formador em saúde e possui várias instituições de ensino de graduação e pós-graduação nessa área. A formação em Oncologia se dá pelos programas de Residência Médica em Cancerologia Clínica e Cancerologia Pediátrica e Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção ao Câncer, abrangendo as seguintes profissões: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia.

O Instituto do Câncer abrange cerca de 4.000m² de área física disponíveis em duas unidades hospitalares distintas. Possui capacidade para atender quarenta e seis pacientes em tratamento quimioterápico simultâneos. Sua infraestrutura conta com: radioterapia (dois equipamentos do tipo Bunker e dois aceleradores lineares); duas unidades de internação específicas (adulto e infantil) totalizando sessenta leitos; vinte e cinco consultórios médicos e multiprofissionais; cento e sessenta profissionais de equipe multiprofissional e multidisciplinar; cinco médicos residentes; dezoito residentes multiprofissionais em Atenção ao Câncer, das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia e nutrição; dezesseis médicos oncologistas e hematologistas; sistema completo de diagnóstico por imagem e laboratórios; centro cirúrgico; e Unidade de Pesquisa Clínica.

A cada mês são atendidos mais de 1500 pacientes, sendo a maior parte (2/3) proveniente da macrorregião norte do Rio Grande do Sul e mais de 70% atendidos pelo SUS (HOSPITAL..., 2017).

A pesquisa de campo foi realizada no Instituto do Câncer do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), em Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul, com os residentes na Oficina. A investigação realizada com os estudantes de graduação ocorreu no Campus II da Universidade de Passo Fundo.

Por sugestão do diretor clínico do Instituto do Câncer, a partir das necessidades e demandas prioritárias do serviço, a padronização da metodologia de coleta de dados ocorreu numa “proposta-piloto” com pacientes assistidos pelo setor de Radioterapia. Nessa ocasião, a oficina foi denominada “Curso: Oncologia Integrativa e leitura de imagens” e constituiu-se de

cinco encontros, com duas horas de duração cada, ocorrendo duas vezes por semana, no período de 08 a 27 de junho de 2017. Os resultados alcançados nesse processo foram apresentados na qualificação desta tese, em setembro de 2017.

A modalidade oficina foi realizada para romper com as formas tradicionais de educar, amparada didaticamente nas metodologias ativas¹⁶ e na aprendizagem colaborativa, que privilegiam os princípios de aprendizagem de adultos, na qual o pesquisador/professor é apenas o mediador na promoção de uma inteligência e uma criatividade coletiva (ORMEZZANO, 2009b).

Na ocasião da oficina-piloto, foram adotados como critérios de inclusão pacientes maiores de 18 anos que estavam fazendo sessões de radioterapia no período de realização da oficina-piloto e que participassem dos cinco momentos realizados. Por tratar-se de um estudo qualitativo, o número de participantes foi definido por conveniência metodológica e viabilidade de realização da oficina no espaço físico cedido pelo hospital.

Após a padronização da oficina, constituímos a amostra da pesquisa com estudantes de graduação de Enfermagem e Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF) e residentes (profissionais graduados em Enfermagem, Farmácia, fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social) da área da saúde que atuavam no Instituto do Câncer do HSVP. Os estudantes de Enfermagem e de Medicina foram contemplados por terem alguma afinidade com o tema Oncologia, seja por questões pessoais e/ou profissionais. E todos os residentes que ingressaram no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer¹⁷ em 2019 foram convidados a participar do estudo.

De início, da oficina realizada com os estudantes participaram nove pessoas, 2 homens e 7 mulheres, com idades entre 19 e 24 anos de idade, sendo 3 do Curso de Enfermagem e 6 do Curso de Medicina.

Da oficina realizada com os residentes participaram 26 pessoas, 4 homens e 22 mulheres, com idades entre 21 e 30 anos de idade, tendo as seguintes formações: enfermagem (9), farmácia (4), fisioterapia (4), nutrição (4), fonoaudiologia (2), psicologia (2) e serviço social (1).

¹⁶ Metodologia ativa de aprendizagem entendida como um processo amplo que possui como principal característica a inserção do aluno/estudante como agente principal responsável pela sua aprendizagem, comprometendo-se com seu aprendizado.

¹⁷ Esse Programa de Residência Multiprofissional é desenvolvido pela UPF em parceria com o Hospital São Vicente de Paulo e a Prefeitura Municipal de Passo Fundo, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (PMPF/SMS).

Seguindo o critério de inclusão por assiduidade em todos os encontros das oficinas e por afinidade com o tema Oncologia foram selecionados para o estudo (Quadro 2):

- a) **Grupo 1:** cinco estudantes de graduação da UPF, sendo uma da Enfermagem e quatro da Medicina (2 homens e 2 mulheres), com idades entre 19 e 24 anos de idade;
- b) **Grupo 2:** sete residentes da área da saúde vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer do HSVP, 2 homens e 5 mulheres, com idades entre 21 e 31 anos de idade, das seguintes profissões: enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.

Quadro 2 – Perfil das pessoas selecionadas para o estudo

| TEXTO ICONOGRÁFICO ¹ | INICIAIS NOME | IDADE (em anos) | SEXO | CURSO/PROFISSÃO | NÍVEL DE FORMAÇÃO | PERFIL LEITOR ² |
|---------------------------------|---------------|-----------------|-----------|-----------------|-------------------------|----------------------------|
| 1 | A.C.P. | 19 | Feminino | Enfermagem | Graduação | Leitor |
| 2 | H.M.P. | 20 | Masculino | Medicina | Graduação | Leitor |
| 3 | T.M. | 21 | Feminino | Nutrição | Residência ² | Não leitor |
| 4 | R.D.C. | 21 | Feminino | Nutrição | Residência | Leitor |
| 5 | C.M. | 22 | Feminino | Psicologia | Residência | Leitor |
| 6 | A.C. | 22 | Masculino | Enfermagem | Residência | Não leitor |
| 7 | W.P.M. | 23 | Masculino | Medicina | Graduação | Não leitor |
| 8 | T.D.A.J. | 23 | Feminino | Medicina | Graduação | Leitor |
| 9 | L.M.A.S. | 23 | Masculino | Fisioterapia | Residência | Leitor |
| 10 | B.D.C. | 23 | Feminino | Farmácia | Residência | Leitor |
| 11 | T.K.W. | 24 | Feminino | Medicina | Graduação | Leitor |
| 12 | C.S. | 30 | Feminino | Enfermagem | Residência | Não leitor |

Fonte: dados da pesquisa (elaborado pela autora).

¹ O texto iconográfico foi produzido no 5º encontro da Oficina de formação de leitor de fotografias e Oncologia Integrativa.

² A Residência é considerada uma pós-graduação “lato sensu”.

³ Perfil de leitor definido pelos critérios na pesquisa Retratos do leitor no Brasil, 3ª edição.

Os sujeitos da pesquisa que aceitaram participar do estudo preencheram uma ficha com informações sobre aspectos sociodemográficos, perfil leitor e atuação na Oncologia (Apêndice B).

5.4 Aspectos éticos

Este estudo contemplou as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo CEP/ UPF, conforme o Parecer 1.390.689 (Anexo B), o que nos fez dispensar a apresentação de documentos anteriores, tais como o aval institucional e o termo de compromisso de utilização de dados (TCUD).

Nosso protocolo atendeu aos seguintes aspectos éticos:

- a) Consentimento da instituição envolvida: o protocolo de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo, bem como pelo médico responsável pelo Instituto do Câncer.
- b) Aprovação do CEP/UPF conforme Parecer N°. 1.390.689 (Anexo B).
- c) Do sujeito: pela aplicação prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).
- d) Sigilo e anonimato: os participantes tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa e foram referenciados somente pelas iniciais dos seus nomes.
- e) Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados: o termo de compromisso para utilização de dados nos resguardou a propriedade intelectual desses dados e a divulgação pública dos resultados.
- f) Benefícios: os resultados da pesquisa ofereceram como benefícios diretos aos estudantes e profissionais: participação nas oficinas de formação de leitor; melhor compreensão do processo de adoecimento; e conhecimento de práticas integrativas e de autocuidado que podem auxiliar no enfrentamento do câncer.
- g) Desconforto ou riscos esperados: por tratar-se de um estudo exploratório os riscos foram mínimos. No entanto, se algum participante sentisse desconforto psicológico, nos comprometemos em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área disponíveis no Instituto do Câncer do HSVP ou da Universidade de Passo Fundo, o que não foi necessário.
- h) Garantia de respostas e acesso aos dados da pesquisa: os dirigentes do hospital e setores envolvidos na coleta de dados tiveram assegurado o direito de receber respostas a qualquer pergunta e liberdade de acesso aos dados da pesquisa.
- i) Utilização dos dados: foi garantido ao local do estudo que os dados foram utilizados unicamente conforme previsto neste protocolo de pesquisa.

5.5 Metodologia de trabalho e instrumentos

O estudo empírico iniciou em janeiro de 2016 e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (Anexo B). Nesta seção, é abordada a metodologia de trabalho proposta e as estratégias e instrumentos empregados para coleta de dados.

As instituições envolvidas para coleta de dados foram contatadas por meio de seus responsáveis a fim de explicitar os objetivos e a proposta de pesquisa. Após concordância, a autorização foi formalizada pela assinatura do Aval Institucional.

A amostra foi de conveniência, constituída após a apresentação do protocolo de pesquisa e aceite das pessoas que atenderam aos critérios de inclusão no estudo. A formalização do aceite ocorreu por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

Na padronização metodológica, realizou-se uma oficina-piloto com pacientes ao longo de um mês, com cinco encontros, de duas horas de duração cada, seguindo um roteiro semiestruturado. As atividades ocorreram no Instituto do Câncer, enquanto os pacientes aguardavam a sessão de radioterapia. O objetivo foi colocar em prática a proposta para testá-la, adequando-a à realidade do serviço e afinando, então, os detalhes para dar continuidade à pesquisa de campo.

A estratégia adotada para convidar os estudantes de Medicina foi uma divulgação aos membros da Liga Acadêmica de Oncologia da UPF (LIONCO), espaço integrado por acadêmicos de diferentes semestres do curso que têm em comum a afinidade pelo tema Oncologia. Para os estudantes de enfermagem, foi feita uma abordagem individual com acadêmicos a partir do terceiro nível do curso, tempo considerado mínimo para ter algum contato com a Oncologia.

No caso dos residentes, a coordenação do Programa de Residência incluiu a Oficina de Mediação de Leitura e Oncologia Integrativa na semana de acolhimento e formação geral dos residentes que ingressaram em 2019, ocorrida em março desse ano, tendo em vista a relevância das temáticas Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Promoção de Saúde, Oncologia Integrativa e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

Ou seja, realizaram-se duas oficinas de mesmo teor: uma para os estudantes e outra para os residentes. Cada uma delas foi composta por cinco encontros, de 90 minutos de duração cada, com objetivos distintos relatados a seguir (Figura 2). Ressalva-se que, antes de finalizar cada encontro, a palavra circulava livremente entre os participantes com intuito de avaliar a experiência vivida e, no início do próximo, sempre se retomava o que havia sido desenvolvido anteriormente.

Nossas observações quanto à ocorrência das oficinas e à participação dos sujeitos na pesquisa foram registradas no Diário de Campo do Pesquisador para posterior análise e interpretação.

Figura 2 – Momentos e temáticas abrangidas nas oficinas de Formação de Leitor de Fotografias e Oncologia Integrativa



Fonte: Elaborado pela autora.

Primeiro encontro...

Aproximação das pessoas por meio de fotografias.

No primeiro encontro disponibilizaram-se aos participantes as 109 fotografias da obra “Cuidar”, de André François, impressas individualmente em papel fotográfico fosco, nas dimensões 15x21cm, para facilitar seu manuseio. Cada participante escolheu até três imagens para apresentar-se, relacionando-a com o seu fazer em saúde. Nesse momento os participantes ainda não tinham acesso às legendas das fotos. Em seguida, apresentou-se a proposta de investigação, foi feito o convite e os que desejaram integrar o estudo assinaram o TCLE (Apêndice C) e preencheram a ficha do perfil do participante (Apêndice B).

Segundo encontro...

Como fazer a leitura de imagens?

No segundo encontro apresentou-se o método de leitura de imagem artística proposto por Armindo Trevisan (2002) e composto por cinco etapas: leitura biográfico-intencional; leitura cronológico-estilística; leitura formal; leitura iconográfica; e leitura iconológica. A tarefa prática desse encontro consistiu em exercitar a leitura do texto iconográfico (descrição, análise e interpretação da imagem), com acesso à legenda da imagem proposta pelo fotógrafo André François.

Essa metodologia foi elegida como uma das possibilidades para leitura de imagens, de modo que os participantes pudessem vivenciar essa experiência. Não era a meta desse trabalho fazer uma formação artística dos estudantes e profissionais de saúde. Até porque não tínhamos formação e competências adequadas para aprofundar a metodologia descrita por Trevisan (2002). E a intenção de utilizá-la foi justamente para, ao empregarmos o método de Leitura Transtextual Singular Individual desenvolvido por Ormezzano (2009b), os sujeitos terem tido outra oportunidade de como ler imagens por meio de um método definido, e não apenas olhar de forma simples.

A leitura visual que nossos olhos desnudam é compreendida por Trevisan (2002) como uma língua que se vê; logo, pode ser interpretada. Ao referenciar outros autores, ele enfatiza que ver é uma aprendizagem como qualquer outra e sua decodificação pressupõe o conhecimento e a assimilação de padrões expressivos, decorrentes de um contexto sociocultural. Portanto, não devemos nos limitar à leitura iconográfica da arte; é necessário

reconhecer e compreender seus elementos formais. A leitura artística implica vários níveis, requer atenção multidimensional e pode ser denominada leitura polifônica.

As cinco etapas consistem em:

- 1) Leitura biográfico-intencional: conhecer um pouco a história do autor, seu ideário estético, o ambiente em que vive e as condições de sua produção, pois a biografia do artista ajuda a compreender sua obra.
- 2) Leitura cronológica-estilística: reconhecer como os artistas são influenciados pelas ideias do seu tempo; essa modalidade de leitura permite que o leitor compreenda os hábitos visuais da época da produção da obra. Assim, é importante contextualizar onde e quando viveu o artista, quais mestres influenciaram sua obra. Há que ter-se reservas, pois os artistas podem ser contraditórios uma vez que, geralmente, são insatisfeitos e antagônicos e, muitas vezes, sua crítica em relação à realidade vivida é que motiva suas obras.
- 3) Leitura formal: deter-se na leitura da obra em si. Considera a forma, a estrutura, a organização e evidência, podendo, também, ser considerada uma leitura estrutural. Alguns parâmetros que podem ser analisados na obra de arte englobam a extensão, o volume, a delimitação de um corpo, seu conteúdo e qualidade, as cores, seu grau de luminosidade e tons. O objeto artístico implica uma organização de diversos elementos: cor, linha, textura, planos volumes, espaço, luz, sombra, tema, movimento, entre outros. A forma da obra é representada pelo conjunto de diversos elementos, os quais, por si, constituem-se em entidades complexas e organizadas: cor, linha, textura, planos, volumes, espaço, luz, sombra, tema e movimento.
- 4) Leitura iconográfica: identificar o tema da imagem, sua descrição e classificação. Apresenta dois níveis de significado: o primeiro, denominado primário ou natural, subdivide-se em fatural e expressional e reflete a identificação das formas puras, certas configurações de linha e cor ou a presença de objetos representativos. Trevisan alerta, ainda, que no significado primário também se pode perceber algumas qualidades expressionalis, como o caráter pesaroso de uma pose ou gesto. O tema secundário ou convencional refere-se ao mundo dos assuntos específicos ou conceitos manifestados em imagens, estórias e alegorias, oposto ao tema primário manifestado nos motivos artísticos. Esses temas específicos ou conceitos são transmitidos por meio de fontes literárias ou obtidos por leitura ou tradição oral.
- 5) Leitura iconológica (ou leitura cosmovisional): refere-se à interpretação da imagem a partir de um contexto político, poético, religioso, filosófico e social. Propõe-se a

compreender a concepção de mundo que se reflete na expressão artística, destacando os paradigmas da complexidade que vivemos na sociedade pós-moderna. (TREVISAN, 2002).

Terceiro encontro...

Tantas políticas de saúde que buscam humanizar o que já é humano!

No terceiro encontro, sempre mobilizados pelas fotografias escolhidas, realizamos o debate sobre políticas de saúde que buscam efetivar o cuidado integral, especialmente na Oncologia. Nessa ocasião os participantes foram questionados quanto aos conhecimentos e vivências que tinham acerca das Práticas Integrativas e Complementares aprovadas para incorporação no SUS. Percebeu-se que, além do conhecimento limitado quanto a uma política de saúde em vigor no Brasil desde 2006, havia preconceitos quanto a essas práticas, apesar de serem referendadas pela OMS devido às evidências científicas de sua eficácia e segurança.

Quarto encontro...

Primeiro desafio: realizar a leitura imagética de uma foto.

Neste momento, foi solicitado aos participantes que fizessem a leitura imagética de uma fotografia apenas, por meio de uma produção artística individual (desenho, colagem ou narrativa), capaz de expressar o significado da imagem à luz do cuidado humanizado e da perspectiva da Oncologia Integrativa. A seguir exemplificamos como se deu esse processo para um residente, que escolheu a Figura 3 para fazer a leitura da imagem.

Figura 3 – Fotografia escolhida pelo residente para leitura imagética



Fonte: FRANÇOIS, A. Cuidar – Um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil. São Paulo: Imagemagica, 2006.

Nesse encontro, após a leitura da fotografia e a produção dela resultante, as pessoas comentavam e socializavam com o grupo suas compreensões e expressões. O desenho a seguir exemplifica o resultado do quarto encontro para esse residente, a partir da fotografia escolhida (Figura 4).

Figura 4 – Leitura imagética de um enfermeiro a respeito da fotografia escolhida para a Oficina de Mediação de Leitura e Oncologia Integrativa



Fonte: Arquivos da autora.

* Esse desenho foi produzido por um residente, mas não fez parte da etapa da leitura das imagens conforme o método LSTI e compreensão à luz da teoria *durandiana*.

O participante expressou a leitura realizada com o desenvolvimento de um desenho colorido, em suporte papel, branco, disposto horizontalmente (Figura 4). Foi interessante a proposição de uma narrativa visual sobre sua história pessoal, desde o nascimento até sua atuação profissional.

Como o objetivo da tese foi realizar a leitura e compreensão dos textos imagéticos produzidos pelas pessoas investigadas, optamos por não esmiuçar os relatos dos participantes até o quarto encontro, dando maior destaque a compreensão da produção da entrevista iconológica (quinto encontro, relatado a seguir).

Quinto encontro...

É possível ler imagens? Sentidos da experiência na formação do leitor.

No quinto e último encontro foi realizada a entrevista iconográfica individual (ORMEZZANO, 2001). Iniciou-se com um exercício de visualização de imagens mentais e com uma música instrumental de fundo. Os participantes foram orientados a fechar os olhos e

respirar fundo, concentrando-se nesse movimento. Deveriam imaginar um quadro branco e nele projetar uma imagem que respondesse à seguinte questão: “o que significou para mim esse processo de formação de leitura de imagem?”.

O objetivo foi atribuir sentidos à experiência, oferecendo liberdade de expressão aos participantes (GALLINA, 2017; ORMEZZANO, 2001).

Os participantes tinham à disposição papéis tamanho A4 de diferentes cores, lápis, caneta hidrocor, giz de cera e revistas para recorte. Poderiam fazer desenho ou colagem. As pessoas envolvidas expressaram, por meio das imagens visuais (desenhos), suas imagens mentais. Os desenhos realizados pelos participantes foram denominados textos iconográficos.

4.6 Metodologia de pesquisa e compreensão dos resultados

Para compreensão dos resultados, consideraram-se os textos iconográficos produzidos no último encontro. A interpretação das produções dos entrevistados ocorreu a partir da hermenêutica simbólica de Durand, fundamentada na teoria do imaginário (2012). Todos os participantes das oficinas produziram desenhos e colagens. No entanto, pelos critérios de assiduidade e vinculação com o tema Oncologia, um grupo foi selecionado para participar deste estudo. Também se buscou incluir na amostra do estudo diferentes profissões e representantes do sexo masculino e feminino.

A busca pelas referências do imaginário à luz da teoria *durandiana* nos textos icônicos elaborados pelos estudantes e residentes ocorreu pela identificação do *schème*, arquétipo e motivações simbólicas, levando em conta o dinamismo e a convergência dos símbolos nas estruturas isomórficas.

De acordo com Ormezzano (2009b, p. 43), “os arquétipos são secundários e os símbolos marcam o processo geral do pensamento. Os símbolos designam a expressão cultural do arquétipo e especificam-se sob a influência da materialidade”.

Para fazer a leitura dos textos iconográficos, empregou-se a metodologia denominada Leitura Transtextual Singular de Imagens (LTSI), proposta por Ormezzano (2009b), com base na teoria *durandiana*. Esse processo se sustenta da seguinte forma:

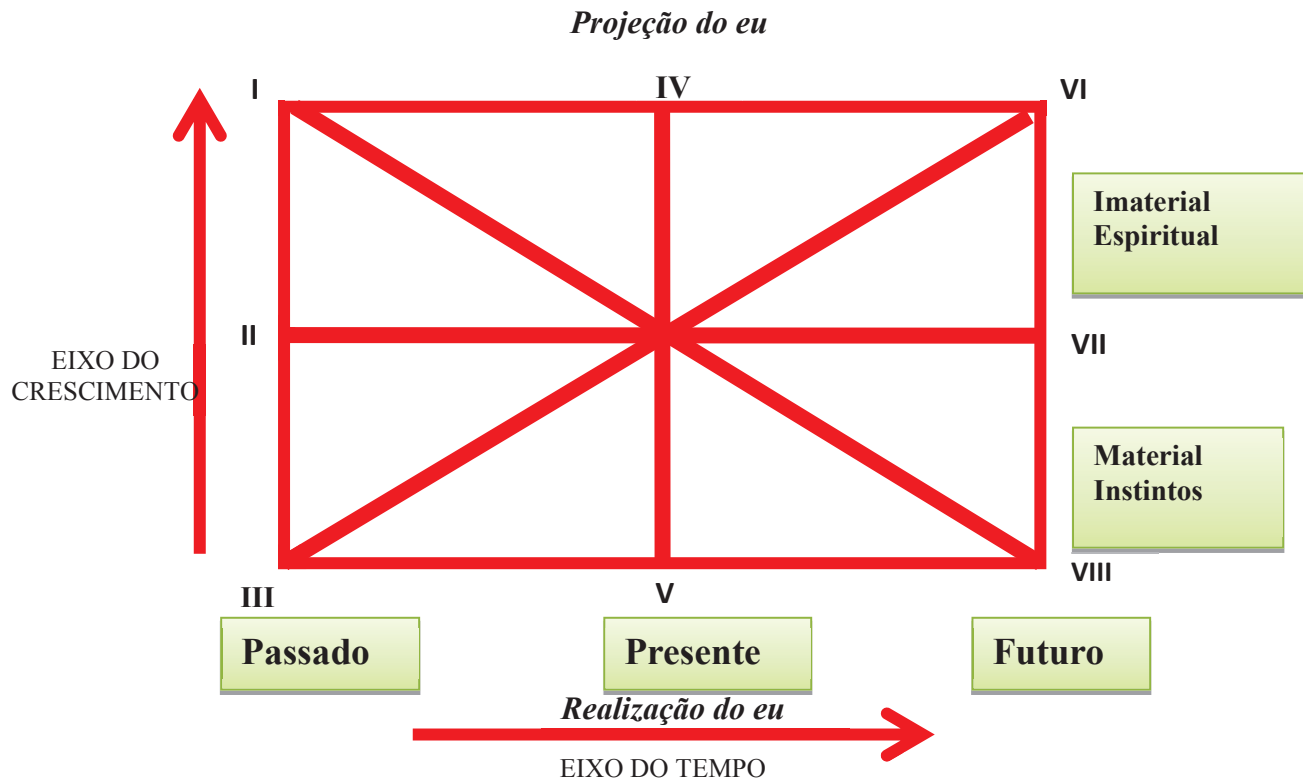
Nele, tanto a semiótica, quanto a iconologia, auxiliaram na compreensão das imagens que surgiram como resposta à principal questão de pesquisa. Uma primeira atitude na qual poderia basear-se este processo, parte da leitura transtextual de imagens que se propõe ver, do singular ao grupal, e vice-versa, encaminhando-se a universos abertos e facultativos. A imagem cria elos entre o material e o imaterial, a matéria e a energia. A imagem viva que me

atinge é o símbolo. No (inter)agir da consciência, o símbolo existe e oportuniza o conhecimento. (ORMEZZANO, 2009b, p. 57).

As etapas para sua aplicação são:

- a. **Identificação do suporte e do material do desenho:** a opção por determinado material é realizada, livremente, pelos participantes das oficinas. A linguagem do desenho exige uma postura inventiva, porque ele possui uma natureza específica, em sua maneira de comunicar uma ideia, uma imagem, um signo, um símbolo. Para isto, utilizam-se determinados suportes – papel, tecido, metal, parede, chão, madeira ou tantos quanto a imaginação permitira – e variados materiais, como lápis, tinta, carvão, pastel seco, giz de cera e caneta hidrográfica, entre outros.
- b. **Aspectos compositivos da linguagem visual:** ponto, linha, plano, perspectiva, simetria, proporção, ritmo, tensão, relação figura-fundo, contraste entre luz e sombra, cor, textura, entre outros. Ao se articularem, produzem a configuração do espaço gráfico. Esse conhecimento formal contribui, no momento da leitura, com o saber intuitivo, subjetivo, simbólico, que sugere a imagem a ser interpretada ou descrita. *"A Linguagem surge como Mito, e este, tornando-se discurso, é Metáfora que carrega em si os símbolos da união primordial"* (BEAINI, 1995, p. 280).
- c. **Simbologia espacial:** esquema espacial interpretativo (Figura 5), elaborado por Grünwald e fornecido por Franz Jans, docente do Instituto C.G. Jung, em Zurique.

Figura 5 – Simbologia espacial proposta por Grünwald para interpretação de imagens e definido por Ormezzano para compreender a simbologia espacial de textos iconográficos



| | |
|-------|---|
| I- | Imaginação, arquétipo do pai, pai impessoal, luz, vazio, ar, saudade. |
| II- | Realidade interior, passado, introversão, mãe, feminino, emoção, Eu. |
| III- | Inconsciente, origem, arquétipo da mãe, conflitos, regressão, o que foi superado, o criativo. |
| IV- | Mundo do espírito, intelecto, razão, desenvolvimento espiritual, fogo, pai, céu. |
| V- | Mundo corporal, das sensações, matéria, mãe, terra, natureza, instinto. |
| VI- | Consciência, fogo, claridade, o final configurado, morte, objetivo, projeções. |
| VII- | Realidade exterior, futuro, extroversão, pai, masculino, ação exterior, tu. |
| VIII- | Vida instintiva, mãe pessoal, terra, decadência, demônios. |

Fonte: Zimmermann (1992, p. 95).

- d. Simbologia das cores:** Portal (2000) escreveu **O simbolismo das cores**, na metade do Século XIX, em pleno Romantismo, como oposição ao racionalismo, abraçando o conceito de totalidade. A volta do simbólico se dá durante o movimento orientalista da época, que traduz as escrituras sagradas do Oriente e põe o europeu em contato com as fontes da tradição oriental. Assim, esse autor, analisa cada cor em três níveis diferentes: o Divino, o Sagrado e o Profano.
- e. Referências do imaginário** à luz da teoria de Durand (1988, 2012). O imaginário faz parte, principalmente, na Europa, de investigações nas áreas de letras, psicologia,

sociologia, história, arte e educação. Buscou-se compreender os símbolos, regimes e esquemas a partir da proposta de Durand na obra “As estruturas antropológicas do imaginário” (Anexo A). Ele reagrupa as imagens em dois regimes: o diurno (relativo ao dia) e o noturno. Essa classificação leva em conta a existência de uma maneira de organizar, de um dinamismo, próprio a cada cultura, dinamismo esse que se encontra na base das organizações (convergências) dos símbolos que formam as constelações de imagens. O regime diurno está envolvido com aspectos da racionalidade, e o regime noturno, com os da sensibilidade.

- f. **Síntese da autora:** relação dos textos com outras fontes iconográficas e literárias, reforçando o sentido dos símbolos e arquétipos presentes. Conforme define Ormezzano,

Ler uma imagem e apreciá-la implica construir significados. O encontro do ser humano com a imagem visual provoca um momento de estesia, vivenciado pelos cinco sentidos e pela emoção. O conceito de leitura pode ser ampliado para um processo de decodificação e compreensão de expressões formais e simbólicas que envolvem tanto componentes sensoriais, emocionais, intelectuais, neurológicos, quanto culturais. (2009, p. 60).

O processo de **leitura transtextual de imagens** proposto por Ormezzano (2009b) oportuniza maior liberdade de expressão aos participantes, podendo verbalizar a significação por meio de uma única palavra, várias palavras ou frases, permitindo expor as ideias surgidas, no tempo que for preciso, registrados no diário de campo do pesquisador.

Após a produção iconográfica, cada participante foi convidado a relatar o que a imagem significava para eles. Essa contemplação dos textos imagéticos, segundo Ormezzano, “não é nada mais do que o ato de olhar e ver atentamente com a intenção de impregnarmos das significações imagísticas” (2009, p. 61).

Prosseguindo, realizamos a leitura das significações verbais com intuito de conhecer a expressão e o conteúdo da linguagem, pois existe uma história pessoal das imagens, oriunda do interior de cada ser humano, e uma história social decorrente de cada civilização (ORMEZZANO, 2009a).

O próximo passo para interpretação dos resultados foi a organização semântica dos significados verbais dados pelos participantes, correlacionando-os ao título de cada imagem. Ao agruparmos as diferentes palavras-chave entre os relatos dos doze participantes das oficinas, pudemos perceber a redundância entre algumas delas, o que guiou a discussão dos resultados, etapa denominada por Ormezzano (2009) de significação medular. Na significação medular

observamos se existe consenso ou diversidade nos significados atribuídos às imagens em estudo.

A última etapa consiste nas sínteses iconológicas, momento em que o pesquisador procura a intertextualidade simbiossinérgica entre a produção visual e a verbal, seguindo as orientações de Ormezzano:

[Nas sínteses iconológicas] buscamos atingir os pontos de encontro e desencontro entre as significações medulares, emergentes da investigação, criando estas sínteses como algo novo, que resgata o valor da interdependência fundamental de todos os fenômenos (2009, p. 63).

Assim, encerramos o percurso metodológico e, a seguir, apresentamos os resultados obtidos em duas partes: a descrição das oficinas realizadas e a interpretação dos doze textos iconográficos que compõem a amostra do estudo.

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados nesta seção. Primeiramente, fizemos um relato de como foi o processo de realização das duas oficinas de formação de leitor de fotografias e Oncologia Integrativa, descrevendo os cinco encontros ocorridos para cada um dos grupos. Em seguida, realizamos a leitura transtextual singular dos textos iconográficos produzidos pelos participantes e buscamos compreender quais os significados atribuídos ao processo de formação de leitura de imagem, a partir da hermenêutica simbólica de Gilbert Durand.

6.1 Descrição dos encontros e momentos expvivenciados pelos estudantes

Em relação ao período de ocorrência, a primeira oficina foi realizada com os estudantes de graduação, sendo, de início, seis de Medicina e três de Enfermagem. Os cinco encontros ocorreram semanalmente, para que oportunizasse um tempo entre os cinco momentos, com intuito de que os participantes refletissem sobre o processo de formação do leitor de fotografias. Ao término dos encontros ficaram quatro estudantes de Medicina e um de enfermagem, que foram os que fizeram a entrevista individual iconográfica. As observações que apresentamos a seguir foram registradas no Diário de Campo do Pesquisador.

Primeiro encontro: os participantes foram recebidos na sala com as cadeiras dispostas em círculo. Foi apresentado o objetivo das oficinas, assinado o TCLE (Apêndice C) e passamos para a rodada de apresentações, utilizando uma dinâmica que associasse o perfil da pessoa com fotografias da obra “Cuidar”, que estavam espalhadas sobre a mesa. A orientação era para que cada participante escolhesse até três fotografias dentre as 109 imagens da obra (Anexo C).

De imediato, todos os participantes verbalizaram a relação da fotografia escolhida com o tema Oncologia, destacando aspectos da humanização do cuidado:

Associei a fotografia com a quimioterapia, que acontece com qualquer um e em qualquer idade (acadêmico de Medicina, foto A – Anexo C).

A menina me chamou a atenção de imediato. É a mesma pessoa com duas realidades dela (acadêmica de Medicina, foto B – Anexo C).

Ela [a paciente] tem um olhar de encantamento e isso nos lembra que num momento difícil do paciente podemos proporcionar coisas que aliviam o sofrimento (acadêmica de Medicina, foto C – Anexo C).

Por que o paciente está encobrindo o rosto? Vergonha? Dor? ... O ambiente não parece ser muito acolhedor, frio! (acadêmica de Medicina, foto D – Anexo C).

[A paciente] recebe o carinho da mãe e assistência. Muito importante o carinho (acadêmica de Enfermagem, foto E – Anexo C).

Pensei em mil coisas quando vi essa foto. As flores do lado de fora amenizam... (acadêmica de Medicina, foto F – Anexo C).

O afeto com o paciente. Tocá-lo. Chegar o mais perto possível, seja pelo toque, fala ou olhar (acadêmica de Medicina, foto G – Anexo C).

Tem alguém apoiando [o paciente], dando a mão (acadêmica de Enfermagem, foto H – Anexo C).

Um homem sozinho que representa a solidão do profissional de saúde no turno da noite. O paciente também pode se sentir assim. Cabe ao profissional consolar (acadêmica de Enfermagem, foto I – Anexo C).

Ao término desse encontro, os estudantes o avaliaram como “muito bom” e demonstraram interesse em continuar no processo formativo.

Segundo encontro: teve como objetivo apresentar o método de leitura de imagens de Armindo Trevisan (2002) e aplicá-lo na foto escolhida pelos participantes. Também questionamos se, na semana anterior, após o 1º encontro, eles perceberam e/ou observaram imagens de forma diferente. Todos relataram que sim, que notaram símbolos ao redor, com um olhar mais atento. É o que se percebe nestes apontamentos:

[Ler imagens] tá mudando um pouco a minha perspectiva de como percebo as coisas ao meu redor. Tempo para realmente ver (acadêmica de Medicina).

Estou mais atenta aos detalhes (acadêmica de medicina).

[Observar as imagens gera] mais sentimento e empatia para o cuidado em saúde. Comecei a perceber um pouco mais... Cria uma história na cabeça da gente (acadêmica de Enfermagem).

Após as leituras das fotografias foi consenso o questionamento: será que isso é humanizar o cuidado em saúde?

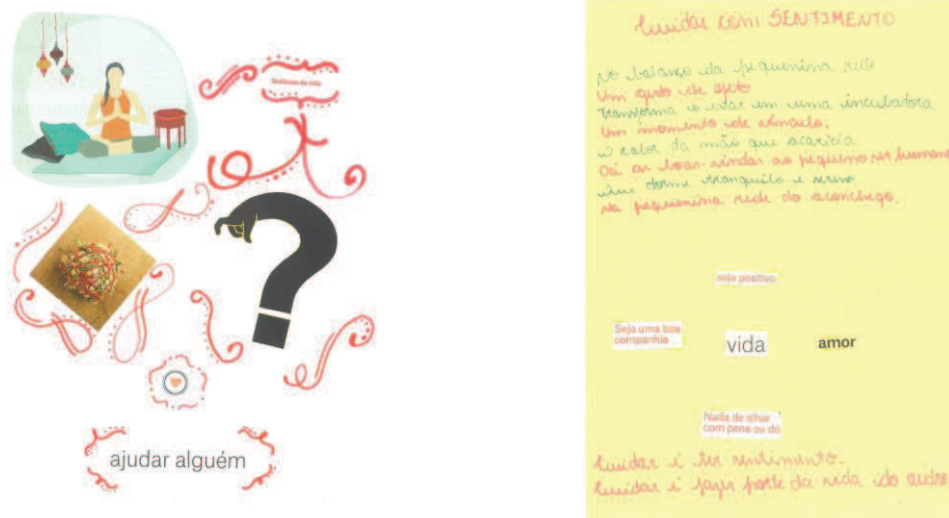
Terceiro encontro: abordamos o tema Oncologia Integrativa (OI), apresentando sua definição (SIEGEL; BARROS, 2013), seu contexto histórico, evidências científicas quanto ao aumento de demanda para implementá-las, políticas públicas brasileiras relacionadas, bases

para prática clínica da OI (SAAD; LIMA, 2012) e exemplos de práticas integrativas incorporadas na rotina de alguns serviços de oncologia, por exemplo, a meditação e os exercícios físicos (“malhação terapêutica”).

Nesse momento apresentamos as legendas propostas pelo fotógrafo às imagens escolhidas, o que causou surpresa e entusiasmo nos participantes quanto às possibilidades de compreensão gerada pela leitura de imagens. A pergunta-chave desse momento foi: por que humanizar o que já é humano?

Quarto encontro: continuamos enfatizando o processo de leitura de imagens e solicitamos que os estudantes representassem por meio de desenho, colagem ou narrativa escrita a releitura que fizeram da fotografia de André François escolhida para apresentar-se no 1º encontro. Eles deveriam dar um título para a produção ou indicar uma palavra que representasse seu significado. Escolhemos duas produções para ilustrar esse encontro.

Figura 6 – Representação dos textos iconográficos produzidos por duas estudantes no 4º encontro para representar a releitura que fizeram da fotografia eleita para se apresentar no início da Oficina



Fonte: Arquivos da autora.

O primeiro foi uma colagem, em papel branco, na posição retrato, intitulada “Sutilezas da vida”. A autora deixou em destaque as palavras “ajudar alguém” e inseriu duas figuras sobre práticas de cuidar diferentes das convencionais. Há também um grande ponto de interrogação que pode representar as dúvidas decorrentes da formação da graduação.

Outro participante fez uma narrativa intitulada “Cuidar com sentimento”, interligada com recortes de algumas palavras-chaves. O suporte escolhido foi papel amarelo, na posição retrato, e a parte textual alternou caneta hidrocor azul e rosa. Chamou a atenção que a descrição dos sentimentos sempre ocorreu na cor rosa, cujo significado explicamos mais adiante. Foram bem significativas as expressões empregadas pela acadêmica para demonstrar as possibilidades de afeto e humanização do cuidado:

No balanço da pequenina rede
 Um gesto de afeto
 [...]
 Um momento de vínculo
 O calor da mão que acaricia
 [...]
 Cuidar é ter sentimento
 Cuidar é fazer parte da vida do outro.

Ela pontuou o que comentamos na introdução desta pesquisa sobre a necessidade de outras ofertas para o paciente oncológico, inclusive contemplando os familiares.

Nesse encontro, a aceitação dos acadêmicos para produção artística foi bem receptiva. A partir desse momento, incluímos os participantes assíduos na amostra da investigação (Quadro 2).

Quinto encontro: foi o momento da entrevista iconográfica individual. Iniciamos com um relaxamento, ao som de uma música instrumental e calma, e orientamos que eles fizessem uma respiração profunda e completa, utilizada no *hatha yoga*. Os participantes fecharam os olhos, sentaram de maneira confortável, com a coluna ereta e foram induzidos a relaxar cada parte do corpo, começando pelos pés e terminando na cabeça.

Depois realizamos um exercício de imaginação, no qual incentivamos a produção de imagens mentais. Eles deveriam prospectar um quadro branco e, após alguns minutos, instigados pelo questionamento “**o que significou para mim esse processo de formação de leitor de fotografias?**” projetar o que viesse à mente.

Oferecemos papéis de diferentes texturas e cores, revistas para recortar, lápis preto e coloridos, caneta hidrográfica e giz de cera, e pedimos que eles fizessem uma produção artística no formato de desenho ou colagem.

A produção textual não pode estar dissociada do contexto concernente à realidade e aos interesses dos autores, além de exigir atenção às especificidades de suportes e meios. Gilbert Durand (2012) define que a imagem é sempre símbolo, composta de um significante, um significado e um sentido figurativo.

Os textos iconográficos produzidos nesse último encontro foram descritos, interpretados e discutidos nas seções subsequentes desta pesquisa.

Para o encerramento do processo formativo, cada estudante descreveu a sua produção e fizemos uma avaliação da Oficina, relacionada com a leitura das imagens:

A imagem tem detalhes que pode ser uma luz no aprendizado. Primeiro tu enxerga, depois tu vê o conteúdo e por último você percebe a mensagem que foi quando visualizei o quadro branco (acadêmico de Medicina).

Ressignificar é o que estava projetado no meu quadro branco. Tudo se conecta... O principal que eu aprendi é que não precisa ser algo complexo para que tenha significado (acadêmica de Medicina).

Eu consegui perceber mais o indivíduo. A partir de certas visões podemos proteger mais o paciente e cuidar melhor. Quando eu vejo isso no paciente, posso transportar para mais além, focado menos na técnica e mais na humanidade (acadêmico de Medicina).

Os participantes fizeram uma avaliação positiva da Oficina de formação de leitor de fotografias e Oncologia integrativa, uma vez que demonstraram satisfação e realmente se sentiram à vontade para interagir com o grupo.

6.2 Descrição dos encontros e momentos expervivenciados pelos residentes

De início participaram da Oficina vinte e seis residentes, homens e mulheres, de diferentes profissões. Isso ocorreu, pois a formação de leitor de fotografias integrou a semana de acolhimento realizada pelo HSVP aos residentes ingressantes no programa. Todos foram convidados a participar da investigação, e os que aceitaram, assinaram o TCLE e preencheram a ficha do perfil do participante (APÊNDICE C e B).

A Oficina ocorreu em março de 2019, durante três semanas, em um espaço organizado com as cadeiras em círculo para que todos pudessem enxergar-se e interagir. Cada encontro teve 90 minutos de duração.

A seguir descrevemos os cinco encontros com suas particularidades, sintetizando os relatos e as opiniões dos residentes.

Primeiro encontro: seguimos o mesmo formato da Oficina dos estudantes. Apresentamos os propósitos da pesquisa e os que desejaram integrar o estudo assinaram o TCLE (Apêndice C). Ao todo havia quatro homens e vinte e duas mulheres das seguintes

profissões: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social.

Em seguida, fizemos a apresentação dos participantes mediada pela escolha de até três fotografias da obra “Cuidar” (FRANÇOIS, 2006 – Anexo D).

Nos depoimentos dos residentes emergiu a fragilidade dos profissionais da saúde perante a morte, a necessidade de transcender o cuidado também à família do paciente e de respeitar suas singularidades. Também fizeram uma autocrítica quanto às suas práticas profissionais reveladas pelas falas:

Até que ponto estamos dispostos a ajudar alguém? (nutricionista 1).

Muitas vezes nos falta empatia (nutricionista 2).

A religião também é importante para o paciente (farmacêutica).

O quanto a fé é importante para o paciente e nem sempre levamos isso em conta (fonoaudiólogo).

A violência dos sentimentos [expressa na fotografia elegida para se apresentar] me causou solidão, esperança e empatia (psicóloga).

Somos seres humanos antes de tudo (enfermeiro).

Me chamou a atenção a forma que o profissional está escutando e olhando [para o paciente]. Será que faço isso? (enfermeira).

Penso muito na forma de comunicação. Em qual o momento certo de se comunicar com o paciente (enfermeira).

Segundo encontro: para dar início ao exercício aplicado sobre como ler imagens, apresentamos as legendas das fotografias escolhidas e, em metade delas, havia uma relação direta com o que André François descreveu e a leitura realizada pelos residentes. Abordamos os cinco passos do método de leitura artística de imagens proposto por Armindo Trevisan (2002), que descrevemos na seção da metodologia e os participantes aplicaram-no.

Terceiro encontro: debatemos sobre o tema Oncologia Integrativa (OI) e, por uma demanda específica do Programa de Residência, aprofundamos a explanação sobre Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICs), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006 (Portaria GM/MS N°971 de 03 de maio de 2006), com segunda edição publicada em 2015 (BRASIL, 2015).

O campo das práticas integrativas e complementares contempla os sistemas médicos complexos e os recursos terapêuticos, também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar. Essas práticas envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em março de 2017, também por meio de publicação da Portaria Nº849 de 27/03/17, o SUS passa a oferecer, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população (Figura 7).

Figura 7 – Evolução cronológica da incorporação das práticas integrativas e complementares no SUS

| 2006 - 5 Práticas | 2017 - Inclusão de mais 14 Práticas | 2018 – Inclusão de mais 10 Práticas |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Homeopatia • Fitoterapia • Antroposofia • Termalismo | <ul style="list-style-type: none"> • Arteterapia • Ayurveda • Biodança • Dança Circular • Meditação • Musicoterapia • Naturopatia • Osteopatia • Quiropraxia • Reflexoterapia • Reiki • Shantala • Terapia Comunitária Integrativa • Yoga | <ul style="list-style-type: none"> • Apiterapia • Aromaterapia • Bioenergética • Constelação Familiar • Cromoterapia • Geoterapia • Hipnoterapia • Imposição de mãos • Ozionoterapia • Terapia de Florais |

Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

Dentre os residentes, alguns conheciam algumas dessas práticas e até fizeram uso delas. Mas nenhum deles desenvolvia estas PICs como estratégia terapêutica.

Quarto encontro: fizemos o debate das principais barreiras para implementação da Política Nacional de Humanização na Saúde (PNH), mediado pela leitura das fotografias de François (2006).

Essa Política, também denominada HumanizaSUS, foi lançada em 2003, e busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. E o objetivo é construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013).

E nessa sintonia, surgiram as seguintes reflexões dentre os participantes:

O que está em discussão é mais do que a nossa profissão, é a vida (Assistente Social).

Temos a vida dos pacientes em nossas mãos (Farmacêutica 1)

Me questiono com frequência como os profissionais de saúde se comprometem para levar essa saúde para quem precisa (Fisioterapeuta).

A gente também pode ser paciente, também passa por dificuldades e precisa do cuidado (Farmacêutica 2).

Quando a gente trabalha com seres humanos não adianta jogar nossa bagagem de conhecimentos sem avaliar o que o paciente precisa e entende. É necessária uma escuta qualificada (Fonoaudióloga).

Como a gente vai se construindo desde a concepção reflete nas práticas humanizadas. É muito mais que a parte [a busca] da integralidade do cuidado. A saúde não é só a ausência de doença. (Fonoaudiólogo).

Quinto encontro: ancorados no processo de visualização terapêutica (já descrito), fizemos as entrevistas iconográficas individuais, direcionadas pelo principal questionamento desta pesquisa – **o que significou para mim esse processo de formação de leitura de fotografias?**

Os textos iconográficos resultantes foram diversificados, abrangendo colagens, desenhos, ou ambos, com inclusão de palavras-chave e frases curtas. A maioria deles era colorida, pintados com lápis, caneta hidrocor e/ou giz de cera. O suporte empregado foi papel, branco e colorido. Alguns participantes intitularam suas produções e, quando isso ocorreu, mantivemos o título entre aspas. Quando não foram apresentados dessa forma é porque nós nominamos a produção.

Apresentamos algumas dessas imagens no Anexo D. Porém, nos detivemos somente aos sete textos iconográficos que compuseram a amostra do estudo, descritos na próxima subseção.

6.3 Compreendendo os textos iconográficos produzidos

Foi pela linguagem do desenho e de recorte e colagem que os participantes das oficinas expressaram o significado atribuído ao processo de formação do leitor.

A linguagem do desenho permite expressar histórias pessoais com clareza, pois é a expressão conceitual por meio da forma (PHILIPPINI, 2009, p. 57).

A colagem é uma técnica operacionalmente simples, de custo reduzido, e abrange variadas possibilidades plásticas e estéticas. Propicia um campo simbólico de infinitas perspectivas de estruturação, integração, organização espacial e descoberta de novas configurações. Philippini destaca:

As colagens nos dão pistas simbólicas, não só através da natureza das imagens escolhidas em uma composição, mas também através da relação entre figuras, pela presença de polaridades cromáticas (policromia e monocromia), pela posição e forma de ocupação no suporte, pelo modo como se movimentam e se relacionam entre si as imagens (2009, p. 24).

É importante enfatizar que as informações fornecidas pelo autor após a realização de sua imagem elucidaram vários aspectos do texto iconográfico.

O suporte empregado para todas as imagens foi papel sulfite, no tamanho A4, variando a cor e a posição elegida para organização espacial (retrato/ vertical ou paisagem/ horizontal).

Os materiais gráficos oferecidos aos participantes das oficinas foram giz de cera, lápis de cor, grafite e caneta hidrocor. O giz de cera, apesar de seus recursos plásticos limitados, tem baixo custo. O lápis de cor, com infinitas possibilidades, com ampla variedade de cores, permite uma boa definição e configuração da linha e dos detalhes das formas trabalhadas, além do bom contorno, sombra e luz. O grafite (ou lápis preto) é um recurso gráfico mais simples que permite várias experimentações e apresenta uma variedade de diferenças na intensidade da cor negra. As canetas hidrocor constituem-se instrumento gráfico de muita precisão, apresentado em inúmeras cores de pigmentos muito fortes e definidos. Facilita a configuração de detalhes e pode ser utilizado também para pontilhados, tracejado e delimitações de contorno (PHILIPPINI, 2009).

Denominamos as imagens produzidas pelos participantes de textos iconográficos e, para compreendê-los, aplicamos a técnica de Leitura Transtextual de Imagem Singular (LTIS) desenvolvida por Ormezzano (2009b).

Ao apresentar cada imagem, iniciamos comentando um pouco sobre o autor, com base na ficha do perfil do participante (Apêndice B) e nas referências dadas por eles quando se

apresentaram. Em seguida, descrevemos o material gráfico utilizado e o formato – desenho ou colagem – seguido dos aspectos compositivos. Os apontamentos relativos à identificação de símbolos e arquétipos, com seus respectivos significados, bem como a simbologia espacial e das cores, nos deram subsídios para fazer uma referência ao imaginário, às vezes com a identificação de mitos gregos¹⁸. Após, nos reportamos ao sentido dado pelo autor para o principal questionamento da Oficina (*o que significou para você ter participado desse processo de formação de leitor de fotografia?*) para fazer a síntese da LTIS.

Alguns aspectos que foram redundantes dentre as doze imagens apresentamos a seguir.

A configuração do espaço gráfico, representada pelos aspectos compositivos da linguagem visual, contribuiu no momento da leitura com o saber intuitivo, subjetivo e simbólico. Na sequência, conforme o método proposto por Ormezzano para Leitura Transtextual Singular de Imagem (LTSI), comentamos sobre linha e contorno, equilíbrio, proporção, relação entre figura e fundo e contraste entre luz e sombra (ARNHEIM, 2015; ORMEZZANO, 2009b).

Para Arnheim (2015), a linha se apresenta basicamente de três modos: linha objeto, linha hachurada e linha de contorno. Sua combinação visual fundamenta-se na lei da simplicidade, isto é, quando a combinação produz uma figura mais simples do que a mera soma de linhas separadas produziria. A linha de contorno é percebida com facilidade quando vista juntamente com outras linhas do objeto.

O equilíbrio ou balanceamento é o estado no qual as forças se compensam mutuamente. Fatores como tamanho, cor e direção contribuem para o equilíbrio visual de maneiras não necessariamente paralelas. Arnheim esclarece:

Numa composição equilibrada, todos os fatores como configuração, direção e localização determinam-se mutuamente de tal modo que nenhuma alteração parece possível, e o todo assume o caráter de ‘necessidade’ de todas as partes. Uma composição desequilibrada parece acidental, transitória e, portanto, inválida. Seus elementos apresentam uma tendência para mudar de lugar ou forma a fim de conseguir um estado que melhor se relacione com a estrutura total (2015, p. 12).

A relação figura e fundo resulta em uma bidimensionalidade como sistema de planos formais. Um dos planos tem que ocupar mais espaço do que o outro, sendo ilimitado. A parte imediatamente visível do outro plano tem que ser menor e delimitada por uma borda. Uma delas se encontra na frente da outra. Uma é a figura; a outra, o fundo (ARNHEIM, 2015).

¹⁸ O termo “mito” definido por Gilbert Durand engloba a narrativa que legitima esta ou aquela fé religiosa ou mágica, a lenda e suas intimações explicativas, o conto popular ou a narrativa romanesca (2012, p. 356).

O contraste entre luz e sombra revela que surge a sombra quando termina a ação da luz. O ser humano encontra-se no centro desses dois mundos complementares e tem liberdade para escolher. Trevas e luz, preto e branco são pares de opostos, e nenhum polo pode existir sem a presença do outro (PORTAL, 2000).

As cores representam características da percepção visual dos seres humanos que implicam importante fator na constituição e ordenação do espaço ou na constituição da consciência. Pode variar quanto ao matiz e à tonalidade, à claridade e saturação. Por matiz ou tonalidade temos o tom produzido ao acrescentar-se gradativamente o branco: quanto mais suave a cor, mais tênue será a emoção expressada. A claridade é a capacidade que a cor tem de refletir ou transmitir luz, variando dos extremos do branco ao preto. A saturação é a variação de claro ou escuro contida na cor, em comparação com outras cores, facilmente perceptível nos diferentes tons de cinza (URRUTIGARAY, 2003).

Apresentamos, a seguir, o resultado de cada entrevista iconográfica individual. Demos um título para as que não tinham sido nominadas pelos seus autores e, posteriormente, buscamos uma aproximação dos significados produzidos pelas pessoas que integraram os dois grupos investigados.

“O quebra-cabeça”

A. C. P. era a mais nova do grupo, cursava enfermagem e se identificou como leitora. Seu texto iconográfico expressava um quebra-cabeça de uma mulher aplicando uma vacina em uma criança.

Texto iconográfico 1 – O quebra-cabeça



Fonte: Arquivos da autora.

A colagem foi realizada em papel rosa (uma mistura entre o vermelho e o branco), na posição paisagem. Essa cor representa a união da sabedoria e do amor (PORTAL, 2000), do conhecimento profissional e dos sentimentos e afetos que a autora desenvolve com seus pacientes, percepção revelada quando ela se referiu ao significado da Oficina de formação de leitor de fotografias:

Me fez ver o paciente e diversas outras situações com outro olhar, o olhar humanizado e cuidadoso. A palavra que define todos os encontros [da Oficina de formação de leitor] e me fez acordar se chama sensibilidade.

Nos aspectos compositivos da linguagem visual, havia um equilíbrio no espaço gráfico e nas proporções entre recorte e palavras. As palavras-chave, de diferentes cores, convergiam para “sensibilidade”, destacada na composição em relação ao tamanho da letra e à localização na folha. Para Duarte Junior (2001, p. 13), “a ‘anestesia’ que sofre o homem contemporâneo precisa ser revertida através de uma educação da sensibilidade”, o que pode justificar o posicionamento e destaque a essa palavra-chave. Aplicando o esquema espacial interpretativo de Grünwald, percebemos que a palavra “sensibilidade” estava localizada na parte inferior da folha (ponto V), no presente, que revela o mundo corporal, das sensações.

Diferente das outras palavras, a “sensibilidade” era da cor verde, símbolo da cura (URRUTIGARAY, 2003). Questionamo-nos se nas entrelinhas de seu texto a acadêmica busca e almeja curas através da sensibilidade.

Buscamos relacionar a leitura textual com o número de palavras (seis) e o número de peças do quebra-cabeça (doze).

O número seis é considerado o número da prova entre o bem e o mal. Marca essencialmente a oposição da criatura ao Criador, em um equilíbrio indefinido. É o número dos dons recíprocos e dos antagonismos (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 809).

O número doze representa as divisões espaço-temporais, os doze meses do ano. É o produto dos quatro pontos cardeais pelos três planos do mundo. Ele divide o céu em onze setores, acarretando os doze signos do Zodíaco, mencionados desde a mais remota Antiguidade. Na simbologia cristã, o doze é o número de eleição, o do povo de Deus – doze apóstolos. Ou seja, o doze é sempre o número de uma realização, de um ciclo concluído (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p.348).

O quebra-cabeça, de forma retangular, revela a perfeição das relações entre a Terra e o Céu e o desejo dos membros da sociedade em participar nessa perfeição (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002). A autora, mesmo sem o conhecimento do significado desse símbolo,

pode ter usado com intuito de buscar esse equilíbrio no processo de formação de leitor, uma vez que afirmou: “ler imagens e interpretá-las, para mim, foi como montar um quebra-cabeça, juntar as peças da imagem e torná-la algo holístico”.

O arquétipo que se destacou na composição foi a criança, que, na teoria do imaginário, pertence ao regime noturno, caracterizado pela simbologia da intimidade, do aprofundamento e da penumbra das estruturas místicas (DURAND, 2012). A criança revelou o significado dado pela autora que, ao falar sobre sua produção, valorizou “o afeto e o acalento ao paciente”, além de enfatizar o papel e o compromisso do profissional da saúde como apoiador no processo do cuidar. Tanto que a palavra “humanização” foi inserida no ponto VI do esquema espacial interpretativo, representando o futuro, talvez o que a estudante deseja alcançar.

O futuro almejado para ser atingido pela palavra sensibilidade classifica-se conforme a proposta de Durand (2012), no regime noturno, que liga as contradições pelo fator tempo. Inclusive a palavra “sensibilidade” foi apresentada na cor verde, que desempenha um papel terapêutico, porque é assimilado à calma, ao repouso, à profundidade materna.

O esquema verbal remete-se ao “ligar”, ao amadurecer e progredir. E os arquétipos atributos revelam a compreensão do rumo ao futuro que a autora expressou.

A partir dessa concepção *durandiana*, nosso entendimento sobre a montagem que a estudante elaborou com peças que se encaixam e palavras que se conectam (visão, emoção, humanização, acolhimento, interpretação e sensibilidade) parece ser sua busca na formação acadêmica.

“As correntes da vida”

O estudante de Medicina H. M. P., leitor, escolheu fazer um desenho com lápis preto em uma folha branca. O lápis pode indicar estados de controle motores e de exposição e tensões endógenas (URRUTIGARAY, 2003; ORMEZZANO, 2009b).

O branco representa a presença de todas as cores, sendo a que contém mais luz e que representa a paz, a castidade, a inocência, a pureza e a verdade. De acordo com Urrutigaray (2008), também representa o rito de passagem, rito de iniciação, morte, renascimento.

Contrariamente, o preto é ausência de luz e simboliza a ideia do nada, da renúncia, do abandono, considerada, em muitas culturas, a cor da morte e do luto. Pode representar a matéria, o oculto, o pecado, a penitência, o denso, o triste (ARNHEIM, 2005; PORTAL, 2000; URRUTIGARAY, 2003).

Texto iconográfico 2 – As correntes da vida



Fonte: Arquivos da autora.

Após o título, o autor apresentou uma descrição: “as correntes que nos amarram nem sempre nos mantêm a sós. As correntes que nos amarram nem sempre nos impedem de seguir **adiante**”. Quando questionado sobre o significado da imagem que produziu, descreveu:

A imagem/texto que produzi significa a VIDA. O que quis deixar retratado na imagem, sobretudo, foi [o] processo de resignificação de nossas experiências, tendo oportunidade de aprender e nos redescobrimos [...]. Trouxe as correntes (como se fossem de metal) para simbolizar os fardos que carregamos. Seja ele um diagnóstico, uma sentença de morte, uma perda...

O significado das correntes são os elos e as relações entre o Céu e a Terra e, de modo geral, entre dois extremos ou dois seres (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 292). Questionamo-nos: seria um elo entre quem cuida (o futuro médico) e quem é cuidado (o paciente)? Parece que sim, quando o estudante afirmou que “as correntes de metal podem tornar-se elos (e o menino e a menina seguram mãos, simbolizando esse elo)”.

A composição do desenho apresentou uma profundidade no caminho que, conforme os sujeitos seguiam adiante, iam deixando suas correntes para trás, em número de cinco. Na frente do texto iconográfico destacaram-se o homem e a mulher amarrados – ela no chão e ele na árvore – e o estudante informou que eram crianças com ferimentos.

Para H. M. P.: “as correntes que nos amarram nem sempre nos impedem de seguir adiante”. Ou seja, o caminho precisa ser percorrido, “uma longa jornada”, mesmo que com alguns pontos dolorosos, pois só assim permite a resignificação e o alcance do futuro. Ele disse:

[...] Por muitas vezes sentimos que estamos sozinhos, sem acesso a alguém que possa nos fornecer conforto ou que possa compreender nossas dores ou pelo que passamos. Mas na verdade sempre existe alguém.

[...]. As correntes de metal podem tornar-se elos (e o menino e a menina seguram mãos, simbolizando esse elo). Por fim, o texto resume o que sinto em relação à vida. Mesmo com amarras, fardos, perdas, dor e sofrimento, é possível vencer. É possível seguir em frente de forma consciente, tornando nossos sentimentos válidos e significativos. Vida e imagem são um constante processo de (re)interpretação.

Quanto às árvores secas, mas com raízes, que simbolizam a vida, em perpétua evolução e ascensão para o céu, evoca a verticalidade. Também simboliza o aspecto cíclico da evolução cósmica, ou seja, morte e regeneração (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 899).

As crianças de mãos dadas, o masculino-feminino, percorrem o caminho da parte superior do desenho até o inferior. Na poesia islâmica, o masculino-feminino representa a beleza divina, da alma provêm as esferas cósmicas. O masculino emite a força da vida, esse princípio que está sujeito à morte. A fêmea é portadora da vida, ela anima. Simbolizam dois aspectos complementares ou perfeitamente unificados do ser, do homem, de Deus (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 598).

Quanto à simbologia espacial, as duas pessoas amarradas encontram-se na parte inferior da folha, no presente (ponto V), no mundo corporal, das sensações e do instinto, coincidindo com o relato do estudante:

A perspectiva do trajeto dá uma ideia de uma longa jornada e o fato de terminar em tamanho proporcional a das personagens é para dar uma ideia de presente. Sem termos perspectivas alguma sobre o possível futuro do trajeto dos dois nessa caminhada. O que, curiosamente, é nossa vida também. Uma longa percepção de passado, uma curta noção do presente, e uma grande incógnita sobre nosso futuro.

Em relação às referências do imaginário, o arquétipo identificado foi a árvore, que pertence ao regime crepuscular (DURAND, 2012) e revela a dualidade e as contradições do fator tempo, conforme o depoimento apresentado anteriormente.

Os símbolos botânicos, como a árvore, suscitam o arquétipo da paixão do “Filho”, levando à referência dos ciclos da natureza. O esquema cíclico eufemiza a animalidade, a animação e o movimento, porque os integra em um conjunto mítico (DURAND, 2012).

Ao interpretar esse texto iconográfico, tivemos a impressão de que o participante vivia uma oscilação entre sentir-se preso a algo, porém com o desejo de seguir em frente. De sentir-

se enraizado no modelo de formação tradicional da escola médica, caracterizado por ser rígido e inflexível, mas com o desejo de seguir adiante numa atuação profissional mais sensível, mais humana.

A Oficina pode proporcionar ao estudante o contato com o ser sensível, de forma viva, dinâmica, o que foi possível constatar pela resposta que ele deu ao questionamento: “o que significou para você ter participado da Oficina de formação de leitor de imagem”:

Foi importante no sentido de apreender a imagem como um processo de expressão dinâmico, apesar do componente físico estático que a fotografia ou a imagem representam. Toda imagem é carregada de simbologias e de expressões sentimentais, e ter participado do projeto me possibilitou reconhecê-las com maior acuidade. Tornei-me curioso em despir uma imagem parte por parte, até que conseguisse desvendar seu significado. Aprendi também a saber ler e interpretar o que sinto por meio da observação. Nesse processo de “despir” o que represento, consigo identificar sensações que não consigo perceber rotineiramente.

Concluimos que, para H. M. P., a formação de leitor de imagens representou um processo de ressignificação de experiências, de aprendizagem e de libertação do ser racional para o ser emotivo, processo que já argumentamos ser importante para promoção da integralidade e da humanização tão necessárias ao cuidado oncológico.

Fé

A composição elaborada pela residente de nutrição T. M., não leitora, foi uma colagem em suporte amarelo, na posição retrato. Chamou nossa atenção a figura de Jesus no alto da folha, abençoando o restante das imagens. Fluindo por meio das estrelas, surge o sol, logo abaixo o coração e as pessoas, com feições tristes ou interagindo entre si, predominando a figura masculina. E na base da composição surgem as palavras: vida, esperança, alegria, paz, conforto e amor.

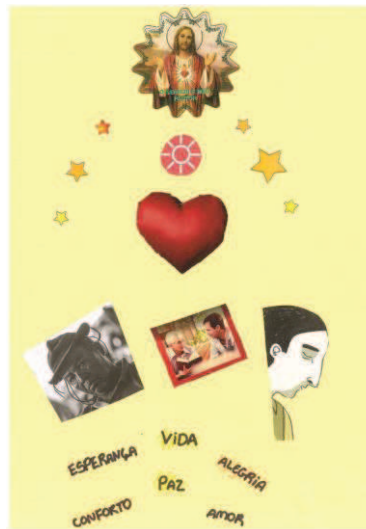
A cor amarela, enquanto luz celestial, representa a união da alma com Deus. Manifesta a criação do mundo e a regeneração dos homens (PORTAL, 2000, p. 31). Sobre esse simbolismo religioso, a autora referiu que “a fé das pessoas traz conforto, esperança e paz em momentos difíceis de diagnósticos de doenças e sofrimento. Cabe a nós profissionais da saúde respeitar”.

Foi interessante que ela relacionou o amarelo no suporte e na cor das estrelas, revelando um símbolo natural de luz que brilha na terra. Ou seja, o calor e o brilho do sol designam o

amor de Deus, quem dá vida é o coração (localizado abaixo do sol) e a sabedoria esclarecida pela inteligência. Para Durand, o símbolo solar apresenta notável isomorfismo que une universalmente a ascensão à luz, que “nos leva para a luz e para o alto” (2012, p. 146). A maior parte das religiões reconhece igualmente esse isomorfismo do celeste e do luminoso, o que foi percebido pela figura de Jesus no texto iconográfico que analisamos.

Quanto aos aspectos compositivos, houve equilíbrio entre os elementos que estão no alto e se difundem para as figuras e palavras que expressam os sentimentos. Foram dispostas seis estrelas, três de cada lado, e esse número revela os dons recíprocos e dos antagonismos.

Texto iconográfico 3 – Fé



Fonte: Arquivos da autora.

O significado dos símbolos escolhidos pela nutricionista T. M. foram:

- a) Jesus/ Deus: os símbolos da Divindade são os do pai, do juiz, do todo-poderoso, do soberano. Para Durand, as “imagens de Deus”, utilizadas na atualidade e em culturas variadas, permitem que as reconheçamos como “imagens divinas”. Uma denominação que sinaliza sua estrutura e função, mas ainda repercute no próprio modo como o espírito pensa esses símbolos e a sensibilidade os apreende (1996, p. 114).
- b) Estrela: é uma das fontes de luz. Seu caráter celeste também designa um símbolo do espírito e do conflito entre as forças espirituais (ou de luz) e as forças materiais (ou das trevas) (DURAND, 2012).
- c) Sol: seu simbolismo é bem diversificado, manifestação da divindade. O sol é fecundador, é o bom olho, mas também pode queimar e matar. O sol é a fonte de luz, do calor, da vida. Seus raios representam as influências celestes (ou espirituais)

recebidas pela Terra. O ciclo solar pode simbolizar a ressurreição e a imortalidade. Se a luz irradiada pelo sol é o conhecimento intelectual, o próprio sol é a inteligência cósmica (DURAND, 1993).

- d) Coração: como órgão central do indivíduo, corresponde à noção de centro. É considerado pelo Ocidente como a sede dos sentimentos. É o centro vital do ser humano, por ser o responsável pela circulação do sangue (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 280-281).

Pela simbologia espacial, Jesus apareceu no ponto IV, representado pelo mundo do espírito e do pai, do céu. Na parte inferior da composição, os elementos se concentraram no ponto V, que representa o presente, o mundo corporal, das sensações e da matéria, e a vida instintiva. As estrelas, do lado direito e esquerdo, revelam a realidade interior e exterior, o passado e o futuro, a mãe e o pai, o feminino e o masculino, o eu e o tu (pontos II e VII, respectivamente).

À luz da teoria do imaginário, o regime é diurno dado o símbolo “O olho do Pai”, explicado pelos princípios de contradição e identidade. Também pela presença do masculino nas imagens recortadas e coladas. Os arquétipos identificados foram “A Luz” e “As Trevas”, que significam o regime da antítese, o dualismo entre ser e não ser, ausência e presença, ordem e desordem (DURAND, 1996).

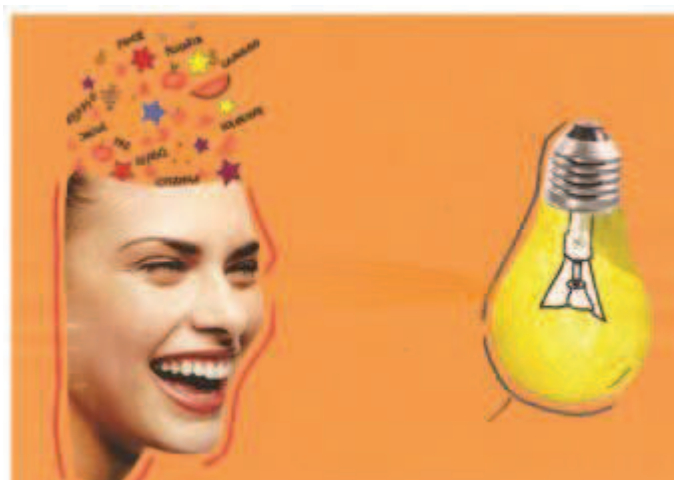
O conflito entre luz e trevas – entre a dualidade das representações – também pode ser o conflito entre o saber técnico do profissional da saúde e os saberes afetivos, que corroboram a humanização do cuidado em saúde. E foi o que ela afirmou quando disse qual foi o significado da Oficina: “passei a olhar de uma forma mais complexa e profunda, tentando entender cada detalhe nas imagens e procurar seu significado”. Trata-se da dualidade que abrange uma razão mais ampla, que integra o conhecimento racional com a sensibilidade.

Mente aberta e iluminada

R. D. C., outra nutricionista leitora, fez uma colagem integrada com desenho em suporte alaranjado, na posição paisagem.

De acordo com Portal (2000), a cor laranja, derivada da mistura entre amarelo e vermelho, desde a antiguidade significa a revelação do amor divino. Indica a união do amor divino com a palavra sagrada, do homem com Deus.

Texto iconográfico 4 – Mente aberta e iluminada



Fonte: Arquivos da autora.

Nos aspectos compositivos, houve equilíbrio entre os lados esquerdo e direito da imagem, com proporção semelhante no tamanho dos dois elementos principais – cabeça e lâmpada.

Da cabeça saíam oito estrelas, que é universalmente o número do equilíbrio cósmico. É o número das direções cardiais, ao qual se acrescenta o das direções intermediárias – o número da rosa dos ventos. É o número dos raios da roda, das pétalas da flor de lótus. Convém destacar que o símbolo matemático do infinito é um oito deitado e no tarô de Marselha esse número representa “A Justiça”, significando a completude totalizante e do equilíbrio (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 651).

Ao considerar o esquema espacial interpretativo de Grünwald, a cabeça, do lado esquerdo (ponto III), tem sua base ancorada no arquétipo da mãe. No lado direito, a lâmpada localiza-se no ponto VII, que remete à realidade exterior, ao futuro, à extroversão, ao pai, ao masculino.

Quanto ao significado dos símbolos, a cabeça é o princípio de vida e o receptáculo do espírito. Estando aberta, a cabeça nos remeteu ao desejo de a profissional estar disponível para novas aprendizagens e práticas de cuidado em saúde.

As estrelas misturadas com os sentimentos representam a fonte de luz que deve guiar a profissional nessa nova seara de aprendizagens, que é a Residência, bem como a lâmpada incluída no lado direito da composição. Ficamos em dúvida se a lâmpada representou a luz iluminando a pessoa para se abrir a esse mundo ou se, com a cabeça aberta e cheia de sentimentos e atitudes (esperança, afago, paz, saúde, abraço, amor, alegria, carinho e socializar), surgem novas ideias. A autora justificou:

O intuito foi expressar a clara comunicação, e como isso pode repercutir na mente e entendimento do que recebe tal informativo, tanto de profissional para outro, como de profissional e paciente. É necessária uma abordagem adaptada para cada indivíduo.

A residente também desenhou pequenas frutas, que são símbolo da abundância, da prosperidade. Já as flores representam o arquétipo da alma como centro espiritual.

A referência à teoria do imaginário ocorreu num movimento dinâmico, integrando o regime diurno (arquétipo “A Luz”) e noturno (arquétipos “A Mãe” e “A Mulher”). No regime noturno, a eufemização dos ícones temporais ocorre com prudência, de tal modo que as imagens conservam um traço da sua origem terrificante, apesar de uma forte intenção de antífrase (DURAND, 2012).

Nesse regime não ocorre a ascensão, mas a descida ao centro, seguida de técnicas de escavação. Se por um lado, esse caminho de descida é mais fácil, Durand afirma que “também é o caminho difícil, sinuoso, labiríntico” (2012, p. 200).

A noite é símbolo do inconsciente e permite às recordações perdidas “subir ao coração”, semelhante às névoas da noite. O arquétipo da mãe, desde a antiguidade, representa uma mulher para a qual regressam os desejos da humanidade (DURAND, 1988).

A cabeça também pode ser interpretada como o arquétipo “O Recipiente”, um vaso das ideias, um receptáculo, a referência à Taça. Para Durand (2012, p. 279), a Taça simboliza a quietude da descida e da intimidade, à dramatização cíclica na qual se organiza um mito do retorno, sempre ameaçado pelas tentações de um regime diurno do retorno triunfal e definitivo.

E foi nesse movimento cíclico que a autora concluiu como se sentiu após a finalização da Oficina de formação de leitor de imagens:

Participar do curso [Oficina] me proporcionou a experiência de visualizar e criar senso de interpretação imediata de cada foto, agregado ao conhecimento obtido depois, sendo analisado na história instigante da imagem escolhida como objeto de interpretação.

Ou seja, a conexão da imagem com o contexto se integraram para gerar um entendimento sobre o conhecimento alcançado.

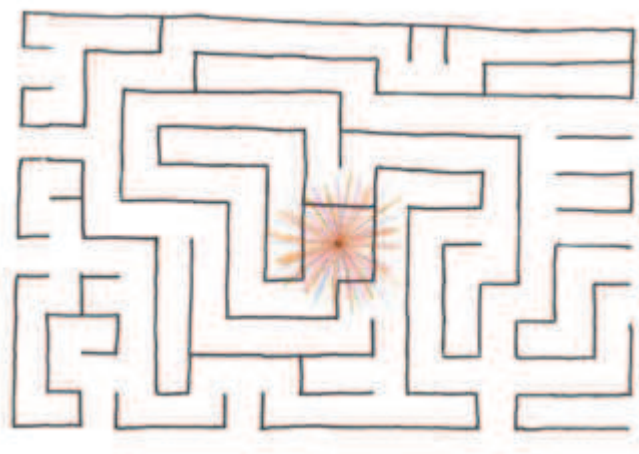
Labirinto

Avaliamos como impressionante e curioso o labirinto desenhado pela psicóloga C. M., leitora, tendo no seu centro um feixe colorido. O suporte foi papel branco com desenho em caneta hidrocor preta e lápis de cor.

A cor preta, enquanto ausência de luz, na cultura ocidental, pode representar poder, sofisticação, formalidade, morte, medo, anonimato, raiva, mistério. E assim, podem provocar lembranças e sensações às pessoas (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002)

Na composição elaborada houve equilíbrio na imagem, mas não evidências de perspectiva. O feixe de luz está em segundo plano e o labirinto no primeiro.

Texto iconográfico 5 – Labirinto



Fonte: Arquivos da autora.

Chevalier e Gheerbrant (2002) apresentam o seguinte significado para o labirinto:

Sua origem é o palácio cretense de Minos, onde estava encerrado o Minotauro e de onde Teseu só conseguiu sair com a ajuda do fio de Ariadne. Representa um entrecruzamento de caminhos, dos quais alguns não têm saída e geram impasses. Pode simbolizar um sistema de defesa, anunciando a presença de alguma coisa preciosa ou sagrada. Também conduz o homem ao interior de si mesmo, uma espécie de santuário interior e escondido, no qual reside o mais misterioso da pessoa humana. A transformação do eu, que se opera no centro do labirinto e que se afirmará à luz do dia no fim da viagem de retorno, no término dessa passagem das trevas à luz marcará a vitória do espiritual ao material e, ao mesmo tempo, do eterno sobre o perecível, da inteligência sobre o instinto, do saber sobre a violência cega. (p. 530-532).

De acordo com Ormezzano, Gonçalves e Gallina (2016, p. 123), o labirinto representa “os impasses, os desafios e as dificuldades vividas cotidianamente”. Ou seja, a busca humana de aproximação ao ponto central, à interioridade do sujeito. Exatamente como a autora relatou:

A imagem [labirinto] significou o caminho a se percorrer agora na residência. Em muitos momentos talvez eu me sinta perdida, assim como no labirinto, mas me mantenho focada que ao completá-lo sentirei algo muito recompensador.

O feixe de luz no centro do labirinto nos remeteu a uma esperança para superar o desafio dos caminhos entrecruzados, nem sempre com saídas claras. As cores quentes e frias anunciam um predomínio do alaranjado, roxo e do azul. Para Arnheim (2015), um amarelo ou vermelho azulado tendem a parecer frios, o que também acontece com o vermelho ou azul amarelado. Ao contrário, na presença do tom avermelhado, as cores parecem quentes. E não é a cor principal, mas a cor no sentido da qual ela se desvia é que pode determinar o efeito.

O alaranjado é o elo entre amarelo e vermelho. O azul, na língua divina, representa a verdade divina que ilumina os homens. Na perspectiva sagrada, o azul que emana do vermelho, como no feixe de luz desenhado pela autora, representa o fogo etéreo, o amor celestial, a verdade, a imortalidade. Na linguagem profana é a fidelidade (PORTAL, 2000).

Em relação à simbologia espacial, o texto mostra equilíbrio e uma relação entre a projeção e a realização do eu, pois o feixe de luz foi disposto bem no centro da imagem.

A luz emanada por esse feixe é um arquétipo do regime diurno, que é o regime da antítese. Trata-se de um elemento ascensional que aparece marcado pela preocupação da reconquista de uma potência perdida, “de um tónus degradado pela queda” (DURAND, 2012).

Convém retomar que, pela teoria durandiana, o imaginário é reflexo de um sujeito complexo, não redutível às suas percepções e imagens aleatórias, mas impõe-lhes uma lógica, uma estruturação, que faz do imaginário um “mundo” de representações.

O antropólogo defende uma abordagem às imagens a partir da identificação de significados intrínsecos à elas próprias, recorrentes em culturas de diversas localidades e temporalidades. Tais imagens são compreendidas em duas grandes estruturas denominadas de regimes diurno e noturno, as quais não são “agrupamentos rígidos de formas imutáveis” (DURAND, 2012, p.64), embora o regime diurno tenda a excluir o noturno, e a cultura ocidental tenha predominantemente enfatizado o primeiro. Embora no regime diurno podem ocorrer antíteses que buscam predominar em detrimento de simbologias ditas noturnas, o regime noturno tolera os aspectos do imaginário categorizados como diurnos.

Os símbolos relacionados ao regime diurno remetem mais a ideias de ascensão-herói-mo-poder-iluminação-razão. O regime noturno abrange associações com descida-engolimento-trevas-intimidade-ciclos, evidenciando uma concepção dinâmica dessas estruturas (DURAND, 2012).

Logo, as imagens que podem ser compreendidas como pertencentes ao regime diurno representam ideias como verticalidade, ascensão, heroísmo, iluminação, poder paterno, masculinidade, racionalidade, ação, agressividade, dominação, objetividade, exibição, liberdade. Conforme a teoria de Gilbert Durand, o aspecto diurno do imaginário é caracterizado por tais ideias que remetem a clareza, razão e objetividade, dicotomizando com o que é excluído dessas denominações. Sendo que esse regime do imaginário costuma aparecer representado por símbolos de purificação, desfeminização, separação, mais especificamente por meio da representação de: cabeças, dentes, céu, fogo, rei, guerreiro, cavalo, pássaros, animais ferozes – principalmente lobo e leão –, entre outros, explicitados no Anexo A (DURAND, 2012).

O sol e a luz que irradia são símbolos ascensionais, ou verticalizantes, que indicam a única direção que tem uma significação ativa, espiritual. Durand argumenta que essa seja talvez a noção de verticalidade como eixo estável das coisas em relação à postura ereta do homem (2012).

E foi nessa direção vertical, sendo o labirinto um desencadeador psicológico e moral que evidencia o heroísmo da ascensão, que a autora concluiu que a formação de leitor de fotografia mobilizou nela “um novo jeito de ver as coisas. Como uma nova ótica. Foi bastante agregador”.

A relação

O enfermeiro A. C., não leitor, apresentou um diálogo restrito entre o paciente e o profissional. A fala da pessoa cuidada enfatizou seu cansaço em estar na condição de doente. O profissional, sem verbalizar (pelo traçado diferenciado do balão), referiu que precisava compreender o que o paciente passava no momento.

O desenho, em preto e azul, foi desenvolvido em papel branco, formato retrato.

As bocas dos personagens significam a abertura por onde passam o sopro, a palavra, o alimento. É o símbolo da força criadora, de um grau elevado de consciência, uma capacidade organizadora através da razão (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 133).

O preto é o símbolo do erro, do nada, daquilo que não é. Por um lado o branco reflete todos os raios luminosos, enquanto o preto é a negação da luz, representando todo o mal. A cor

azul representa a verdade divina que ilumina os homens, o fogo etéreo, o amor celestial, a verdade, a imortalidade (PORTAL, 2000, p.83).

Texto iconográfico 6 – A relação



Fonte: Arquivos da autora.

Houve equilíbrio no desenho, estando o paciente do lado esquerdo e o enfermeiro do lado direito. No primeiro caso, a simbologia espacial sugere a realidade interior, a introversão, a mãe e o feminino (ponto II). Na lateralidade ocupada pelo enfermeiro, temos a realidade exterior, a extroversão, o pai e o masculino (ponto VII).

A composição está marcada no posicionamento do paciente no ponto III do esquema espacial interpretativo de Grünwald, que indica os conflitos. O profissional está mais próximo do ponto V, que indica o mundo da natureza, do instinto, podendo expressar que ele precisa da intuição para compreender o sentimento do paciente.

Os dois homens representados podem significar a síntese do mundo, o microcosmo. Do lado esquerdo, o paciente, com voz ativa; do lado direito, o enfermeiro, com uniforme, “padronizado” para sua prática profissional e que até se permite pensar nas necessidades de quem está sendo cuidado. Essa compreensão é atestada pelo relato do participante quando questionado sobre o significado da imagem produzida:

A imagem que eu produzi significa o que nós enfermeiros convivemos diariamente, todos os dias a gente pega pacientes que estão chateados, estressados com o momento atual e acabam muitas vezes transformando isso em palavras para os profissionais da saúde, e no pensamento do cuidado humanizado a gente já tem que ter isto na cabeça, que devemos compreender

o que essa pessoa está passando, pois se fosse eu no lugar com certeza poderia ter a mesma reação!

Para Durand (2012), o regime noturno, mediado pelos arquétipos do “O Micro-cosmo” e “A noite”, revela a simbólica da intimidade, do aprofundamento e da penumbra das estruturas místicas ou estruturas sintéticas que indicam o que é cíclico.

No regime noturno, as imagens são pertencentes a ideias de descida, trevas e profundidade. Referências ao materno e eterno, ao feminino, à nutrição e ao refúgio, ao repouso, intimidade, transformação, regeneração, eterno retorno, devir. Sendo que o aspecto noturno do imaginário é caracterizado pela subjetividade, o feminino, obscuridade, representado muitas vezes pelas seguintes imagens: noite, sombras, monstros, abismo, águas profundas, serpentes, natureza, terra, alimentos, vegetais, flores, árvores, grãos, crustáceos, répteis, lagartos, batráquios, peixes, cordeiro, entre outros, conforme o quadro apresentado no Anexo A (DURAND, 1988; 2012).

O relato de A. C. sobre o significado da formação de leitor que teve a oportunidade de vivenciar se alinha aos arquétipos identificados:

Participar deste curso [Oficina] foi muito bom, pois pude passar a observar com maior cuidado as imagens que nos cercam diariamente, todos os segundos e poder perceber coisas que antes não prestava atenção e muitas vezes não compreendia a real mensagem da mesma.

À luz da humanização da saúde e da integralidade do cuidado, essa iconografia produzida por A. C. revelou o imaginário de quem cuida e quem é cuidado, com a expectativa de mudar a situação ora vigente. Parece que é desconfortável perceber as angústias do paciente por meio de sua “fala”, nem sempre ouvida”. E ao profissional, que se sente despreparado para promover o cuidado humanizado, ficam falas não ditas. As vezes pensadas, percebidas e refletidas. Mas é isso. Não se sabe ao certo como proceder para além do técnico. Do curativo.

“Lua e Sol”

O estudante de Medicina W. P. M., não leitor, representou de várias formas a dicotomia, os extremos: no título “Lua e Sol”; na divisão da colagem com uma diagonal, formando dois triângulos; nas cores de cada triângulo, roxo e amarelo; e nas mãos acorrentadas no lado inferior esquerdo, e as que acariciam ou se apoiam, na parte superior do texto iconográfico.

Texto iconográfico 7 – Lua e Sol



Fonte: Arquivos da autora.

O suporte escolhido foi papel branco, na posição retrato. A composição revelou a distinção entre os planos, a intencionalidade de diferenciar texturas quando articula as colagens com o fundo pintado de lápis de cor.

A imagem mais presente foram as mãos, em número de sete, que corresponde aos sete dias da semana, aos sete graus da perfeição, as sete esferas ou graus celestes, as sete pétalas da rosa, aos sete galhos da árvore cósmica do xamanismo. O número sete indica o sentido de uma mudança depois de um ciclo concluído e de uma renovação positiva. Associando o número quatro, que simboliza a terra, e o número três, que simboliza o céu, o produto da soma igual a sete representa a totalidade do universo em movimento. As sete cores do arco-íris e as sete notas da escala diatônica revelam o número sete como um regulador das vibrações (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 826).

A descrição dada pelo autor sobre sua composição justifica o título “Lua e Sol”:

[A imagem] representa uma associação do que estamos vivendo hoje no dia a dia, isto é, a relação da empatia, especialmente, com a pessoa diferente de nós. Por isso do título lua e sol (representa esse contraste) e das fotos de pessoas se acariciando, cuidando, amando um ao outro.

A simbologia representada pelo Sol é ampla e, para muitos povos, considerada uma manifestação divina. Pode ser considerado fecundador, afinal é fonte da luz, do calor e da vida. Está no centro do céu, assim como o coração no centro do ser, uma visão espiritual que o faz ser denominado de coração do mundo ou olho do mundo (DURAND, 2012).

Ao contrário do Sol, a Lua é privada de luz própria e não passa de um reflexo do sol. Também atravessa diferentes fases e muda de forma. Simboliza os ritmos biológicos, o tempo vivo, do qual ela é a medida, por suas fases sucessivas e regulares.

Em relação às cores empregadas, o participante afirmou: “há algumas leves pinceladas de lápis de cor ao redor das fotos, de um lado de amarelo e outro azul. Isso também é para representar esse contraste, mas ao mesmo tempo uma rede de ‘proteção’ para as pessoas quando temos empatia, carisma e cuidado com o outro”. Ratificou a necessidade de o profissional de saúde desenvolver também sua sensibilidade para promover o cuidado em saúde de forma integral e humanizada.

O megafone, similar ao trombone, representa um instrumento musical utilizado para avisar os principais momentos do dia ou para anunciar grandes acontecimentos, mira para o alto, no ideal de um cuidado afetuoso, empático e bonito (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002). Pelas palavras do autor, “poderia ser uma relação de papel mais ativo nesse papel de empatia, isto é, amplificando nosso papel nesse processo de cuidado com o outro, não esconder essa atitude que está em falta no mundo”.

A mão aparece de diferentes formas: acariciando, cruzadas em forma de descanso, amarradas por algema e agarradas. Para Biedermann, a mão é a parte do corpo humano que mais aparece na simbologia e pode ter vários significados, positivos e negativos. Por exemplo, a mão que acaricia ou o gesto que agarra e o que afasta. As mãos entrelaçadas formam a “cadeia fraternal”, representando a irmandade, a fidelidade e a aliança (1993, p. 240).

Sobre a simbologia espacial, as mãos acorrentadas estão no ponto III, que se refere ao passado, aos conflitos e ao que foi superado. Já as mãos que acariciam estão localizadas no futuro, no ponto IV, que é a consciência, o objetivo e as projeções.

Pelos símbolos representados na composição, conforme a teoria *durandiana*, o regime é crepuscular, com uma dialética dos antagonistas, a junção da lua e do sol, da noite e do dia.

Para Durand, os símbolos do regime crepuscular são constituídos por uma pura e simples inversão do valor afetivo atribuído as faces do tempo. Ele afirma:

No seio da própria noite, o espírito procura a luz e a queda se eufemiza em descida e o abismo minimiza-se em taça, enquanto, no outro caso, a noite não passa de propedêutica necessária do dia, promessa indubitável da aurora (2012, p. 198).

Afirmações que se sintonizam ao dilema do estudante no seu processo de formação, oscilando entre o cuidado técnico e o cuidado humanizado, quando se pronunciou ao significado do processo de formação de leitor de fotografia:

O projeto [Oficina] me proporcionou em ver as pessoas, ações e atitudes em uma nova perspectiva. No curso de Medicina ficamos muito técnicos, às vezes esquecendo que mais do que uma doença, tratamos principalmente um paciente. Tive a oportunidade de ver a opinião dos meus colegas, que as imagens, que a princípio eram comuns, mas se focarmos com mais atenção podemos analisar vários sentimentos que com certeza vão passar despercebidos na correria do dia a dia.

[...]

Isso com certeza vai me ajudar no meu relacionamento com os pacientes, principalmente, ao entender suas angústias, dogmas, incertezas.

Esse depoimento, compreendido na intertextualidade com os símbolos do regime crepuscular, nos levou a apreender a busca do estudante de Medicina pelo cuidado em saúde sensível e humanizado.

Bênçãos

A estudante de Medicina T. D. A. J., leitora, fez uma composição em tamanho maior do que os colegas unindo duas folhas A4 de cor rosa.

Texto iconográfico 8 – Bênçãos



Fonte: Arquivos da autora.

Na figura destacou-se a presença de quatro mulheres, número que faz referência ao quadrado e à cruz. A relação com a cruz fez desse número um símbolo incomparável de plenitude, de universalidade, um símbolo totalizador.

A composição foi organizada em quatro quadrantes:

- No canto superior esquerdo, T. D. A. J. colou uma imagem de vela, que significa a luz que vem de cima. Na simbologia espacial se localiza no ponto I, que é o arquétipo do pai, a luz.

- No canto superior direito, há uma mulher com uma criança ao lado (aparentando mãe e filho), contemplando o céu azul com algumas nuvens, e com uma mão abençoando ambos. Coincide com o ponto VI do esquema de Grünwald, que abrange a claridade, o objetivo e projeções.

- Ao centro, destacou a frase “A gente não faz milagres, mas uma bênção é sempre bem-vinda”, no ponto de equilíbrio entre a projeção e a realização do eu.

- No canto inferior esquerdo, há a imagem de uma provável médica sorrindo para a pessoa que ela está orientando. Acreditamos que essa foi uma forma da autora identificar-se com a carreira escolhida (Medicina), já que está localiza no ponto III, que é o inconsciente.

- No canto inferior direito, há uma mulher abraçando uma criança, nos levando a crer que se tratava de mãe e filha, referida no ponto VIII, que corresponde ao futuro, a vida instintiva, a mãe pessoal.

Espalhados por toda a folha havia corações rosas e coloridos. Ao longo da história, o símbolo coração já teve vários formatos e diversos significados: órgão da vitalidade, imortalidade, coragem, vitalidade e amor. Foi associado às mais profundas emoções humanas. O pensador Aristóteles referia o coração como o centro das atividades emocionais do corpo humano (AREDE, 2015).

A vela carrega um simbolismo ligado à chama, que representa a síntese de todos os elementos da natureza (a cera, o pavio, o fogo, o ar, que se unem na chama ardente, móvel e colorida). A vela acesa é como o símbolo da individuação ao cabo da vida cósmica elementar que nela se vem concentrar. Representa a verticalidade e o símbolo da vida ascendente (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002). Na concepção *durandiana*, a composição deu pistas entre os regimes crepuscular e noturno, destacando os arquétipos “O Fogo-Chama” e “A Mãe”, respectivamente.

Essa oscilação entre os arquétipos representativos dos regimes crepuscular e noturno se deve à dialética de voltar para trás, da inversão e da repetição, incitando a imaginação a compor uma narrativa que integre as diversas fases do retorno. Durand (2012) afirma:

A imaginação noturna é, assim, naturalmente levada da quietude da descida e da intimidade, que a taça simbolizava, à dramatização cíclica na qual se organiza um mito de retorno, mito sempre ameaçado pelas tentações de um pensamento diurno do retorno triunfal e definitivo. [...] É assim que se passa insensivelmente do simbolismo místico da taça ao simbolismo cíclico do cenário (p. 279).

Quanto ao céu presente no alto, do lado direito, expressa a crença de símbolo universal, em um ser divino celeste, criador do universo e responsável pela fecundidade da terra. É uma manifestação direta da transcendência, do poder, da perenidade, da sacralidade. O simples fato de ser elevado, de encontrar-se em cima, equivale a ser poderoso. O céu é também um símbolo da consciência (CHEVALIER, p. 227-230).

O ícone que mais se destaca na composição é a mãe. Pela teoria do imaginário, a mãe e a mulher representam o regime noturno, a referência ao ventre, ao que é quente, calmo, íntimo e profundo (DURAND, 2012). A presença da mulher também corrobora esse regime ou polaridade.

No seu depoimento sobre a composição produzida, a autora enfatiza as bênçãos femininas junto aos filhos, aos seres cuidados. Como ela é mulher, compreendemos que ela se identificou como pessoa na sua atuação profissional futura. Uma médica que cuidará de seus pacientes com amor e afeto maternal.

Quanto ao significado da formação de leitor de imagens fotográficas proporcionada pela Oficina, relatou:

Eu gostei bastante de fazer [a Oficina], foi muito bom. A gente pegou perspectivas diferentes do que a gente é acostumado com as imagens. Por exemplo, antes eu só olhava as imagens assim e deu. Eu não parava e olhava e tentava ver um significado, o quê que tinha por trás daquilo sabe... E esse curso [a Oficina] nos ajudou a isso, nos aguçou mais a gente ver outras perspectivas, de ver o sentido da foto.

Eu acho que foi muito válido. Acho que todos os colegas que fizeram gostaram também porque foi um período que a gente se reunia para fazer uma coisa diferente. E eu aprendi bastante na questão de ler as fotografias e dar mais atenção aos detalhes, que a gente não é muito acostumado a fazer isso durante o dia a dia. Foi bem legal e agente aprendeu a ver de uma perspectiva diferente as fotografias, as imagens e o que tava passando ali, sabe.

Foi interessante que ela identificou o processo de formação de leitor como uma proposta diferenciada na sua formação de graduação. Uma metodologia ativa, capaz de despertar perspectivas distintas, um olhar minucioso frente às pessoas e aos contextos do cuidado em saúde.

“O que realmente importa?”

L. M. A. S., fisioterapeuta e leitor, optou por fazer uma colagem. Há uma linha do horizonte no centro da folha que separa os dois planos: céu e sol das profundezas da terra. Parece que o autor quis trazer ao primeiro plano as mãos, símbolo de centralidade e destaque na composição.

Em relação às cores principais, amarelo e azul, integram as cores primárias, que não são uma propriedade fundamental da luz, mas geralmente estão relacionadas à resposta fisiológica do olho à luz.

O amarelo pode se remeter à riqueza e a prosperidade e é considerado o mais expansivo entre os matizes, assim como o que mais atrai os olhos (SOBEL, 1989). O azul costuma estar associado à paz, à ordem, à harmonia. Entre os matizes, é o menos expansivo e forte aos olhos, sendo a cor mais fria (SIGNIFICADOS, 2019).

Texto iconográfico 9 – O que realmente importa?



Fonte: Arquivos da autora.

Ficamos intrigados sobre que leitura de mundo esse fisioterapeuta tem quando escolhe um grande sol, que vem de cima, e ilumina o solo profundo de cuidados. O sol é a fonte de luz, de calor, de vida.

E a casa do lado direito? Muito discreta, por sinal. Localiza-se no ponto VII, no futuro, com os arquétipos do pai, do masculino, referindo-se ao regime diurno. A ideia expressa, talvez, é que no futuro o profissional deseje voltar para seu lar, o seu lugar. As mãos em forma de taça, um recipiente que acolhe, representam o regime noturno. Ou seja, a composição equilibra os regimes diurno e noturno, conectados pelo regime crepuscular, num processo cíclico.

Como a cidade, como o templo, a casa está no centro do mundo, é a imagem do universo. Segundo Bachelard, a casa significa o ser interior; seus andares, seu porão e sótão simbolizam

diversos estados da alma. Também é um símbolo feminino, com o sentido de refúgio, de mãe, de proteção, de seio materno (DURAND, 2012). Quando o autor se apresentou, disse que vinha de longe, do estado do Pará. Será que essa casa pequenina representou sua referência às suas origens?

Para Durand (1996), a casa constitui um microcosmo secundário ao corpo humano e ao cosmo, um meio-termo cuja configuração é muito importante no diagnóstico psicológico e psicossocial, pois as confidências sobre o habitat da pessoa são mais fáceis de fazer do que sobre o corpo ou sobre um elemento pessoal.

O depoimento de L. M. A. S sobre o significado de sua composição equiparou-se com as percepções que tivemos ao constatar o símbolo de maior destaque – as mãos:

A imagem me resgatou o sentimento que me fez encarar a área da Saúde como o norte que guiava minhas aspirações profissionais. Tentar somar em áreas carentes de profissionais que ajudam uma pessoa em um momento difícil – a doença – ou na prevenção de situações assim é o que eu busco e o que me motiva nessa empreitada. Portanto, me resgatou sentimentos e valores que eu, pela rotina mecânica, havia por um momento deixado de lado.

As mãos, surgindo das profundezas, acolhe o profissional que cuida da idosa, podendo revelar a sensibilidade necessária para o cuidado em saúde.

A identificação da mão como símbolo primordial remete ao mito de Quirão. A mão que acalenta, que traz quietude, que afaga, a mão da mãe que acaricia a criança, que protege, que gera confiança. De acordo com a classificação isotópica das imagens propostas por Durand (2012), identifica-se esse aspecto do texto iconográfico com o regime noturno devido às estruturas místicas do realismo sensorial que a carícia realizada pela mão gera ao ser cuidado. Nesse caso, a dominante digestiva é a mais apropriada, com seus adjuvantes cenestésicos e predominantemente táteis.

Duas mãos, duas pessoas... O número dois simboliza a oposição, o conflito. Indica o equilíbrio realizado. É a primeira e a mais radical das divisões – o branco e o preto, o masculino e o feminino, a matéria e o espírito. Esse número representa o dualismo sobre o qual repousa toda dialética, todo esforço, todo combate, todo movimento, todo progresso. Exprime um antagonismo que, de latente, se torna manifesto; uma oposição, que pode ser contrária e incompatível, mas, também, complementar e fecunda (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 346).

Foi interessante que esse participante tenha identificado o processo de formação de leitor como oportunidade de aprendizagem na sua formação:

Me mostrou uma nova perspectiva de percepção de mundo. Estimular a neuroplasticidade, ou seja, o processo de aprendizagem, é com certeza uma ótima vivência em qualquer área do conhecimento.

O depoimento de L. M. A. S, residente do Programa Multiprofissional, vai ao encontro da necessidade de promover uma formação que transcende os fazeres individualizados de cada profissão e promove a valorização da equipe, na qual se insere a educação interprofissional¹⁹.

"Sozinha no meio da mata"

Pela estrada real, a farmacêutica B. D. C., leitora, fez um desenho com lápis de cor, bem colorido, no suporte papel branco, formato paisagem. Há árvores frondosas e gramas na beira da estrada, e o caminhante está de chapéu e tem uma mochila nas costas. Sua meta é alcançar um Brasil alaranjado de norte a sul do país e com amorosidade, representada pelo coração vermelho.

O título dado pela autora remeteu aos seus sentimentos por estar distante da família: “fico por longos períodos sem ir visitá-los. Ao final de um dia exaustivo de trabalho, não posso desfrutar do aconchego que a casa da mãe oferece e por vezes também me sinto ‘sozinha no meio da mata’”.

O desenho apresentou uma tentativa de perspectiva, revelando a profundidade do caminho que inicia na extremidade inferior e segue rumo ao cume da folha. Também houve equilíbrio na disposição das árvores dos lados esquerdo e direito, e as menores ficaram num segundo plano. Foram registradas oito árvores, quatro de cada lado, número já referido como o equilíbrio cósmico.

¹⁹ A educação interprofissional foi definida em 1988 pela Organização Mundial da Saúde como “o aprendizado que ocorre quando estudantes [e profissionais] de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (OMS, 1988, p. 7).

Texto iconográfico 10 – Sozinha no meio da mata



Fonte: Arquivos da autora.

Aos símbolos correspondem os seguintes significados:

- a) Chapéu: o papel do chapéu é semelhante ao da coroa, signo do poder, da soberania. Também é um símbolo de identificação entre a cabeça e o pensamento. Mudar de chapéu é mudar de ideia, ter outra visão de mundo. Usar o chapéu significa assumir uma responsabilidade, mesmo por uma ação que não se tenha cometido (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002 , p. 232).
- b) Grama: dificuldade que se renova sempre, uma associação de ideias suscitada pelo esforço necessário para arrancar do solo as longas raízes da grama.
- c) Árvores: o ser humano religioso busca espelhar-se nos deuses, mesmo em ações simples como conceber o Cosmo sob a forma de uma árvore, porque a capacidade de regeneração cósmica se expressa simbolicamente na vida do vegetal (ORMEZZANO, 2009b). Simboliza a vida em perpétua evolução e em ascensão para o céu, evocando a verticalidade e universalmente reconhecida como elo entre as relações que se estabelecem entre a Terra e o Céu. Também expressa o aspecto cíclico da evolução, que alterna morte e regeneração (DURAND, 2012).
- d) Mapa do Brasil: a palavra “Brasil” significa “vermelho como brasa” na língua tupi-guarani. Remete à árvore pau-brasil, pois nos primeiros anos de colonização do país era retirada das matas na costa brasileira a madeira da *Caesalpinia echinata*, chamada popularmente de pau-brasil. Dessa madeira, era extraída uma resina de cor vermelha cor-de-brasa, Brasil, que era usada para tingir tecidos. (BRASIL, 2011).
- e) Estrada real: significa a via reta e certa, oposta aos caminhos tortuosos. Também se aplica à ascensão da alma. No Cristianismo vai simbolicamente a Jerusalém celeste,

designa o Cristo, que declara: eu sou o caminho, a verdade e a vida (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2002).

O mapa do Brasil situa-se no ponto IV, do intelecto, da razão, do céu. O caminhante está no centro da composição, indicando que está situado “no aqui e no agora”, por conseguinte, em equilíbrio.

Os arquétipos identificados no texto iconográfico da farmacêutica foram “A Árvore” e o “Fogo-Chama”, ambos identificados por Durand no regime crepuscular. Nesse regime, que é uma transição entre os regimes diurno e noturno, as imagens simbólicas são interpretadas a partir das relações que estabelecem entre si, de sua convergência em torno de uma determinada estrutura.

Por exemplo, a imagem do fogo tanto pode ser um símbolo de intimidade e de aconchego, quando é o calor que aquece uma cabana ao cair da tarde (estrutura mística), quanto um símbolo diurno, quando é a arma de ataque do herói contra um monstro devorador (estruturação heroica). Ou, ainda, um símbolo de iniciação, quando é a brasa que queima o corpo do neófito durante o ritual de passagem (estruturação sintética) (DURAND, 2012; MIGLIORINI, 2010).

Essa dualidade entre os símbolos emergiu das compreensões da participante sobre sua prática profissional e o processo de formação de leitor:

Foi um momento de passar a refletir mais sobre determinadas imagens e situações que presenciamos cotidianamente, olhar mais as entrelinhas e avaliar o contexto em que estavam acontecendo, pois muitas vezes, nem sempre o que parece realmente é. A partir desse curso [Oficina] me despertou esse lado mais sensível e detalhista de analisar as situações.

A sensibilidade relatada pela participante nos remeteu ao conceito de educação sensível, proposto por Gennari (1997) e adotado na tese de Doutorado em Educação de Franciele Gallina. O conceito coincide com a apreciação de imagens indicando a capacidade primordial do ser humano “de se sentir a si próprio e ao mundo num todo integrado, no qual se reconhece como parte de uma totalidade, mas, também, como a totalidade, valorizando o afetivo, o racional, o sensível e o intuitivo” (2017, p. 17).

“Com carinho, com afeto”

No texto iconográfico “Com carinho, com afeto”, a estudante de Medicina T. K. W. utilizou como suporte papel A4 rosa, no formato paisagem. A produção consistiu de colagem

somada a frases curtas, sempre com um contorno em caneta hidrocor vermelha. Talvez a intenção dela fosse dar destaque à expressão verbal apresentada.

Texto iconográfico 11 – Com carinho, com afeto



Fonte: Arquivos da autora.

Ela destacou algumas frases:

O que a gente pode fazer por você hoje?
 Estamos celebrando a imaginação.
 Como na natureza nada fica igual – ou melhora, ou piora – o meu compromisso é lutar sempre para melhorar.
 Juntos podemos fazer o mundo melhor.
 Você pode voar assim.

Para os gregos, que acreditavam na existência de uma linguagem divina²⁰, a cor vermelha era associada ao amor santificante e regenerador. Na língua sagrada foi uma cor mortuária, sendo atribuída igualmente à concepção do bem e do mal, tanto às divindades celestes, como às infernais. E na língua profana, popular entre todos os povos, é a cor do sangue, do emblema aos combatentes (PORTAL, 2000).

²⁰ Muitas vezes somos despachados e rápidos para compreender o significado de uma cor. "Vermelho" significa isso e aquilo, "azul" esse outro, etc. Quando a realidade do símbolo, por sua riqueza, nos ultrapassa e mal chegamos a tocar sua profundidade. Ignoramos muitas vezes que um símbolo não é algo plano e direto, mas tende a ser um poliedro altamente complexo. Como a revelação, ela mostra e observa a verdade ao mesmo tempo. Portal apresenta as cores em uma ótica espiritual. Os símbolos têm: um aspecto brilhante e um escuro; um lado mais externo (próximo ao material) e um lado mais recôndito. A distinção linguagem divina, sagrada e profana, se remete precisamente a uma escala que vai do mais interno ao mais externo do símbolo. Às vezes, dependendo da ocasião, e como Portal apresenta, uma mesma cor pode significar uma coisa ou o oposto, porque existem contextos e particularidades variadas que exigem isso (PORTAL, 2000).

Além do título, destacado com outra cor em relação às demais frases, T. K. W. escreve: “Somos quem podemos ser, sonhos que podemos ter” [alusão a letra de uma música composta por Humberto Gessinger, intitulada “Somos quem podemos ser”]. Na nossa interpretação foi uma narrativa expressada pelos desejos da profissional que ela almeja ser, dando espaço à imaginação, provavelmente resultante do processo de formação de leitora de fotografia que proporcionamos às pessoas investigadas, o que pudemos observar quando ela respondeu ao questionamento do significado de sua composição:

A imagem que eu produzi ela diz muito sobre o caminho que eu percorri até chegar ao meu sonho da Medicina [...] foi realmente um caminho de persistência e de acreditar no meu sonho que alguma hora ia acontecer. E também fala muito sobre a razão de eu ter escolhido Medicina para fazer parte da minha vida, que é a questão de poder transformar a vida de outras pessoas por meio da minha profissão. De poder melhorar a condição delas mesmo quando, digamos, não exista uma cura. Mas que eu pelo menos possa melhorar o momento que elas estão vivendo de alguma forma. A minha imagem fala sobre sonhos, persistência, sobre amor por aquilo que se faz e sobre poder transformar um pouco a vida de outra pessoa com pequenas ações, até não precisa ser algo super grandioso.

Quanto aos símbolos presentes na composição, buscamos os significados da criança e do urso.

A criança representa a inocência, a simplicidade natural, a espontaneidade, o estado anterior ao pecado. Para Durand, a criança é um arquétipo do regime noturno, que se refere à dominante da nutrição ou digestiva, que se manifesta por reflexos de sucção labial, deglutição e defecação. Esses reflexos são provocados por estímulos externos ou pela fome, relacionando-se às matérias de profundidade, da água e da terra. Inclina-se para os devaneios da bebida e do alimento desencadeando como símbolo “A Taça” (DURAND, 2012, p. 215).

O urso, para os celtas, é o símbolo da classe guerreira; tem relação com o instinto. Dada sua força, Jung o considera como símbolo do aspecto perigoso do inconsciente (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 924-925). Entretanto, na colagem T. K. W. colocou um ursinho de pelúcia. Acreditamos que representou mais a infantilidade pelo brinquedo do que um animal guerreiro, além da questão do cuidado.

Na simbologia espacial, a frase no ponto VII indica o futuro, a ação exterior. A criança está posicionada no ponto III, indicando o arquétipo da mãe, inclusive é o símbolo destacado na imagem e no depoimento.

Para Durand, “A Mãe” integra o regime noturno e faz parte do símbolo de inversão “A Taça”, tal qual a criança. Constitui o trajeto antropológico da descida e da interiorização, da

profundidade. A mãe é comparada à grande animalidade alimentadora, referência a dominante digestiva, que representa o primeiro estágio de cura (2012, p. 258).

Essa compreensão introspectiva pode ser identificada pelo relato final de T. K. W. quando ela afirmou que ler imagens é mais que ver, é enxergar:

Eu acho que esse curso [Oficina] transformou a maneira como eu enxergo as coisas que eu vejo ao meu redor no meu dia a dia. Porque existe uma grande diferença entre simplesmente ver e enxergar. E eu acho que depois desse curso [Oficina], de aprender um pouco mais sobre a significância de tudo que tá diante dos nossos olhos, eu passei a enxergar muito mais o meu dia a dia e as coisas que me rodeiam do que antes.

Novamente trata-se de um apontamento que enfatiza a necessidade premente de um olhar sensível e holístico na prática do futuro médico. Como a acadêmica disse, a possibilidade “de poder melhorar a condição delas [pessoas, pacientes] mesmo quando, digamos, não exista uma cura”. Um entrelace com a frase célebre de Hipócrates: “Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre”.

“O cultivo da vida”

A água que rega o futuro promissor foi a tônica da entrevista iconográfica da enfermeira C. S., que se classificou como não leitora.

A cor azul do papel escolhido como suporte, na linguagem divina, representa a verdade que ilumina os homens, a fé. Na perspectiva sagrada, o azul que emana do vermelho representa o fogo etéreo, o amor celestial, a imortalidade, a regeneração do homem. Na linguagem profana é a fidelidade (PORTAL, 2000).

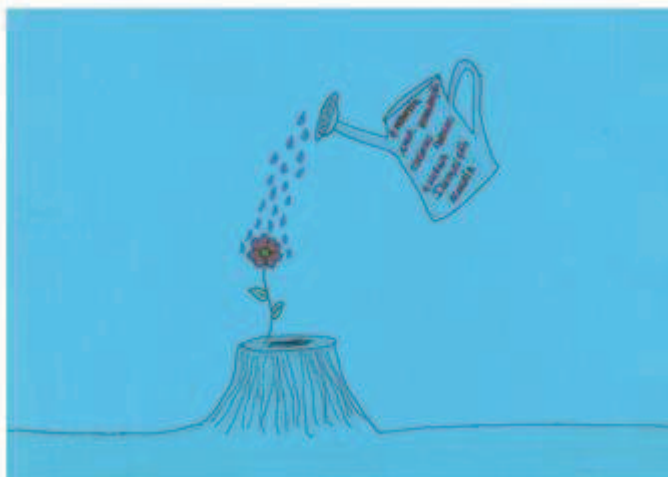
A composição, realizada com lápis de cor, revela profundidade quando observamos o regador e a árvore cortada. A água que rega a flor; a flor e o tronco estão centralizados e há um certo equilíbrio entre eles. Já o regador se encontra do centro para a direita da folha.

A autora o descreveu assim:

O título do meu desenho poderia ser o cultivo da vida. Com ele eu quis mostrar que podemos encontrar pessoas que já perderam as esperanças de viver, que estão "secas" de vida. Mas sempre tem algo que podemos fazer por elas, que dando amor, carinho, amizade, agindo com empatia, podemos fazer com que elas "brotem" novamente. As pessoas são como as flores, que mesmo em terrenos difíceis podem nascer se tiverem a devida ajuda. Não devemos jamais desistir de ajudar alguém, mesmo que saibamos que sua situação não tem mais volta.

Pelo esquema espacial de Grünwald, o regador se localiza no ponto IV, na localização do pai, do mundo do espírito, com intelecto e desenvolvimento espiritual. Já a flor localizou-se no mundo corporal, das sensações, da matéria, mãe, terra, natureza e do instinto.

Texto iconográfico 12 – O cultivo da vida



Fonte: Arquivos da autora.

A flor simboliza o princípio passivo, pelo seu desenvolvimento a partir da terra e da água. Também se identifica com a infância, com o estado edênico. Muitas vezes a flor apresenta-se como figura-arquétipo da alma, como centro espiritual. Isso se dá pelas suas cores: amarelo – simbolismo solar; vermelho-sangue; verde-criação e sonhadora irrealidade (CHEVALIER... p. 437-439; PORTAL, 2000, p. 91).

O tronco da árvore cortado pode estar representando a ruptura com o processo de regeneração que este elemento da natureza significa, quando a enfermeira afirma que “as pessoas estão secas de vida”. A árvore, enquanto um dos temas simbólicos mais ricos e difundidos, dá ideia de cosmo vivo, de símbolo da vida e ascensão ao céu. Convém destacar que a árvore estabelece a comunicação entre os três níveis do cosmo: o subterrâneo, pelas raízes que alcançam as profundezas onde se enterram; a superfície da terra, através do seu tronco; e as alturas, por meio dos seus galhos que alcançam o céu. Se desenhada com esses três elementos, a árvore evoca todo o simbolismo da verticalidade, o aspecto cíclico da evolução cósmica – morte e regeneração. (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 84).

Para Durand (2012), no arquétipo da árvore persiste a coexistência do esquema da reciprocidade cíclica, que se remete à união entre o contínuo e o descontínuo, a unidade e a dualidade.

No entanto, a verticalidade que C. S. desenhou conectou o tronco cortado com a água, como se fosse este elemento da natureza que ligasse a Terra ao Céu. A água que cai do alto do regador, alimentada pelas palavras “empatia, amor, humanização, carinho, cuidado, energia, disposição e alegria” alimenta a flor que cresce vívida, colorida, mesmo que ancorada num tronco cortado e seco. Palavras que no relato da autora podem fazer brotar esperança de viver nas pessoas.

O significado da água reduz-se a três dominantes: fonte de vida, meio de purificação e centro de regenerescência. Representa a infinidade de possibilidades. É oposta ao fogo, é *yin*. Quando utilizada nos rituais religiosos, torna-se o símbolo da vida espiritual e do Espírito, oferecidos por Deus e, muitas vezes, recusado pelos homens. Pode, ainda, simbolizar a pureza, a vida, as energias inconscientes, as virtudes informes da alma, as motivações secretas e desconhecidas (CHEVALIER, GHEERBRANT, 2002, p. 15-22).

Para Durand, a água, enquanto símbolo de inversão e de profundidade, pertence ao regime noturno, que é a representação do feminino e tem sua estrutura sintética ou dramática expressa pelos gestos rítmicos. E a sexualidade é simbolizada pelo ciclo lunar, a roda, fuso, roda de fiar, a vasilha para bater manteiga, o isqueiro, a espiral (DURAND, 2002).

A árvore pertence ao regime crepuscular. A flor e o regador (recipiente que contém a água, “A Taça”) pertencem ao regime noturno definido por Durand (2012). O que as distinguem são as estruturas que, para o primeiro símbolo é sintética e, para o segundo, mística.

Na estrutura sintética, o reflexo dominante é copulativo, com os seus derivados motores rítmicos e seus adjuvantes sensoriais. Pelo esquema verbal, a árvore amadurece e progride.

A flor pertence à dominante digestiva, com seus adjuvantes cenestésicos, térmicos e seus derivados táteis, olfativos e gustativos. Ela deve descer, possuir e penetrar, simbolizando arquétipos da mulher, da mãe, do alimento e da substância.

E todos esses símbolos harmonizados em um processo cíclico revelaram o significado que a participante relatou quanto à sua participação na Oficina:

Fazer parte do curso de leitura de imagens fez minha mente se abrir, percebi que as coisas podem ter várias formas, que diferentes pessoas podem ver as coisas de modo diferente e isso não as faz estar erradas. Precisamos acima de tudo analisar tanto as imagens como as pessoas com uma visão mais ampla, pois nem tudo o que parece à primeira vista é aquilo que pensamos.

Esse olhar mais amplo e contextualizado que a leitura de fotografias despertou pode ser um dos caminhos para modificar as práticas de saúde fragmentadas, centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico, restrito na contemporaneidade.

Ao realizar a leitura interpretativa dos doze textos iconográficos percebemos que, em todos, emergiram sentimentos e sensibilidade, ao que Duarte Junior (2001, p. 16) refere:

A Idade Moderna aspira a um tipo de conhecimento, supostamente livre da interferência dos sentidos e sentimentos, centrado na “razão pura”. Razão hipertrofiada, já que pretende responder pelos mais íntimos setores de nossa vida, desconsiderando o saber sensível e embotando o desenvolvimento da sensibilidade dos indivíduos. Essa ‘anestesia’ que sofre o homem contemporâneo precisa ser revertida através de uma educação da sensibilidade, O que possibilitaria a criação de uma razão mais ampla, na qual os dados sensíveis fossem levados em conta, gerando conhecimentos e saberes mais abrangentes.

Corroborando o que afirma o autor, a leitura das imagens permitiu notar a necessidade de uma razão mais ampla que, além do técnico e do racional, considera o “sentido dos sentidos”.

Também foi consenso entre os participantes que a formação de leitor de fotografias ampliou o olhar, permitiu ver e enxergar os símbolos ao redor presentes no cotidiano.

Na atualidade existe um interesse amplo dos profissionais em uma abordagem mais positiva dos pacientes, espiritual e até mesmo visionária (KORNFIELD, 2010). Ou seja, promovemos alívio quando cuidamos na perspectiva da dignidade, do exercício da compaixão, de um posicionamento sensível e empático, podendo transformar o sofrimento e nutrir a ligação com a vida.

No próximo capítulo apresentamos a discussão dos resultados.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Oncologia Integrativa (OI) seguramente representa importante estratégia para um modelo de cuidado que aponta para um pluralismo na saúde. Seguindo a lógica das Práticas Integrativas e Complementares, a OI também possibilita o desenvolvimento do cuidado para diferentes realidades e públicos, dinamizando o processo de cuidar de si e do outro.

Ao propormos a leitura de fotografias como prática de saúde fizemos a escolha de balizar nossos estudos pela teoria do imaginário, proposta por Durand, que apresenta uma topografia do imaginário avessa às reduções sociológicas e psicológicas da imagem ou, segundo o autor, “um jardim das imagens primordiais da espécie humana” (1988, p. 21). Abarca também um desenvolvimento da noção *junguiana* de arquétipo e um projeto de sistematizar o que a teoria *junguiana* deixou em aberto, ou seja, uma terminologia precisa acerca da imagem e do imaginário e uma arquetipologia geral.

As estruturas antropológicas a que o autor se refere não são no sentido de uma dicotomia entre os regimes diurno e o noturno, de um e não outro. O sentido de estrutura corresponde não só a um esquema formal de comunicação, mas principalmente a um conjunto de forças ou motivações variadas. Nesse sentido, Durand argumenta que “a passagem para um pluralismo tripartite é sinal do abandono do dualismo ‘exclusivo’ em George Dumézil” (1988, p. 81). É nesse ensejo que o antropólogo inclui o regime crepuscular.

Strôngoli esclarece os conceitos de esquema e regime:

[...] esquema, que quando as imagens são deslocadas pela força de uma mesma motivação e se dirigem para um centro semântico conforme o dinamismo de determinadas forças, essas estruturas constituem uma constelação maior, a qual Durand denominou regime e as classificou segundo suas principais posturas. Assim, as que se voltam mais para a racionalidade constituem o regime diurno e as mais inclinadas para a sensibilidade, classificam-se como o regime noturno (2015, p. 371).

A partir da década de 80, Durand passa a fazer explicitamente referência à possibilidade de uma reorganização desses regimes incluindo o regime crepuscular, que desenvolve a lógica do tempo e do espaço, proporcionando o deslocamento de pontos de vista, progressões temáticas com descrições vivas (regime noturno), porém seguidas de sínteses (regime diurno). Logo, se o imaginário se organiza sempre de modo bipolar e se o regime diurno é o polo oposto do noturno e vice-versa, o crepuscular é o regime da consciência e organização dessa polaridade (STRÔNGOLI, 2015).

Dos resultados das doze entrevistas iconográficas produzidas pelos participantes das oficinas, nove foram compreendidas como regime crepuscular ou noturno, se referindo aos arquétipos da árvore, da lua/sol, do fogo, da mãe e da criança. Seus autores fizeram referência à necessidade de ver o paciente com outro olhar, um “olhar humanizado”, revelando a simbólica da intimidade, além da dialética dos antagonistas, característica do regime crepuscular e evidenciada pela oscilação entre cuidado técnico e cuidado humanizado, ambos necessários para os pacientes oncológicos.

A imaginação e a interpretação das imagens podem ter um significado terapêutico, pois sempre foram um espaço de liberdade. A imaginação articula eventos passados e nos permite viver o futuro no presente, uma dimensão intermediária entre o mundo interno e o externo, uma realidade simbólica. Independentemente da situação que deu origem a uma imagem desenhada ou pintada, “ela sempre será o resultado de uma manifestação do inconsciente e da realização, até certo ponto consciente, dessa manifestação” (ZIMMERMANN, 2009, p. 9).

Pelo fato de o câncer ser uma doença agressiva e causar impactos profundos em quem tem um diagnóstico desse tipo, a imagem emergente da vida psíquica une e centraliza os fatos, como se fosse uma fotografia do momento que a pessoa está experienciando. Compreender essa “fotografia” pode abrir possibilidades de autoconhecimento, entendimento e aceitação da doença, tornando a experiência do ser humano individual tão significativa.

Fato que percebemos quando os profissionais da saúde se expressam por meio de imagens, tanto para os que ainda se encontram na graduação, como aqueles que já se encontram trabalhando e fazendo formação em nível de pós-graduação (residentes). A “fotografia” revelada pelos participantes das oficinas demonstrou uma polarização entre cuidado técnico *versus* cuidado humanizado, nos remetendo à temática da humanização na saúde.

Durante a Oficina de formação de leitor de fotografias com os estudantes de Enfermagem e de Medicina, percebemos um conflito semelhante ao nosso quando pensamos no cuidado em saúde humanizado: por que humanizar o que já é humano?

De forma peculiar, Arantes também discorre sobre esse questionamento:

O ser humano é a única espécie na Terra que é definida por um verbo. Vaca é vaca, borboleta é borboleta, mas **ser** humano, só nós. Nascemos animais, mamíferos pensantes e conscientes, mas só nos tornamos humanos a medida que aprendemos a **ser** humanos. No entanto, a maior parte dos animais da nossa espécie ainda não sabe o que é isso. Quando refleti sobre o assunto, entendi finalmente o sentido da expressão ‘humanização’. Até então, me parecia sem sentido humanizar o humano. Agora percebo claramente que a maior parte dos animais pensantes e conscientes da nossa espécie se comporta de maneira instintiva e cruel, não se aprofundando em seus pensamentos, sentimentos e atitudes. Falar em humaniza-los, portanto, passou a fazer

sentido para mim. A gente está 'sendo', e a completude de 'ser' humano só se dá quando sabemos qual é a finalização desse processo (2019, p. 76).

A autora finaliza sua reflexão sobre a humanização no momento em que talvez ela seja mais necessária, especialmente na Oncologia, quando nos deparamos com a morte. Inclusive uma fragilidade enfatizada na Oficina realizada com os residentes perante a finitude da vida: as dificuldades em extrapolar o cuidado também para a família do paciente. Os profissionais atribuíram parte dessas intempéries devido à escassez de empatia, de valorização da espiritualidade e respeito às religiões e de uma escuta sensível e acolhedora, como confirmam, respectivamente, os seguintes depoimentos:

[...] devemos compreender o que essa pessoa [paciente] está passando, pois se fosse eu no lugar com certeza poderia ter a mesma reação! (A. C., enfermeiro).

A fé das pessoas traz conforto, esperança e paz em momentos difíceis [...]. Cabe a nós profissionais de saúde respeitar. (T. M., nutricionista).

[...] podemos encontrar pessoas que já perderam as esperanças de viver, que estão "secas" de vida. Mas sempre tem algo que podemos fazer por elas, que dando amor, carinho, amizade, agindo com empatia, podemos fazer com que elas "brotem" novamente. (C. S., enfermeira).

De modo geral, a sociedade percebe o câncer como uma das enfermidades mais associadas à questão da morte. Para o paciente, essa doença traz em si a consciência da possibilidade de morte, que vem entremeada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento.

Segundo Kovács (1992), o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. Pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam. Cada pessoa teme mais de um aspecto da morte, e isso depende de aspectos intrínsecos ao indivíduo que a enfrenta, seja ele quem esteja morrendo ou uma pessoa querida.

Kübler-Ross (2012), em sua obra "Sobre a morte e o morrer", descreve as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional ao lidar com o paciente, com as notícias difíceis e com os familiares. Afirma a necessidade de uma comunicação adequada nesses contextos, por vezes flexibilizando algumas normas hospitalares nas situações especiais em favor do doente e sua família. E destaca os prejuízos causados pela fragmentação do cuidado e da necessidade que as equipes reflitam continuamente suas práticas e relações. Nos seus estudos identificou

uma resistência das equipes profissionais em lidar com a morte, que era vivida pelos médicos e enfermeiros como um insucesso.

Em nossa investigação, tanto os estudantes quanto os profissionais reconheceram que as práticas integrativas representam uma possibilidade para dar respostas às nuances e fragilidades imbricadas no cuidado oncológico. Também perceberam a necessidade de buscar outras possibilidades e ofertas variadas para terapias adjuvantes na atenção ao câncer.

A medicina tradicional tem sido insuficiente para o tratamento resolutivo das neoplasias, podendo ser combinado com práticas integrativas complementares (PICs), que contribuem com a minimização dos sintomas indesejáveis e efeitos adversos da quimioterapia, ajudando, conseqüentemente, para a melhora do quadro psicológico e o enfrentamento da doença. Contudo, os pesquisadores afirmam que os pacientes geralmente fazem essa busca de práticas complementares por conta própria. No Brasil poucos serviços assistenciais oferecem as práticas integrativas como estratégia terapêutica (ABRAHÃO, 2013; AURELIANO, 2013; DENG e CASSILETH, 2014; DOBOS et al., 2008; FONTANELLA et al., 2007; PELICIONI, 2012).

E há muitos desafios a serem superados no nosso país, seja na oferta dessas terapias, seja na formação, tendo em vista o despreparo de profissionais da saúde sobre o tema. É preciso que as equipes de saúde, já atuantes ou em processo de formação (em nível de graduação e pós-graduação), conheçam e compreendam essas possibilidades terapêuticas para o cuidado integral, não somente na Oncologia.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em 2006, quando foi criada a PNPIC, eram ofertados apenas cinco práticas. Após 10 anos, em 2017, foram incorporadas 14 práticas, chegando as 19 atualmente disponíveis à população: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia e yoga.

No depoimento do Ministro da Saúde na ocasião, Ricardo Barros, o Brasil é líder na oferta de PICs na atenção básica e “essas práticas são investimento em prevenção à saúde para evitar que as pessoas fiquem doentes. Precisamos continuar caminhando em direção à promoção da saúde em vez de cuidar apenas de quem fica doente”. Por acreditarmos nessas

práticas, comentamos brevemente sobre evidências científicas que corroboram a eficácia de algumas PICs na atenção oncológica.

Alguns estudos demonstram a utilização e eficácia das PICs no controle da dor oncológica, sendo as mais citadas a fitoterapia, as práticas corporais, a meditação, a acupuntura e a yoga (PEREIRA et al., 2014).

No Hospital Universitário de Brasília foram questionados 105 pacientes atendidos no Ambulatório de Quimioterapia de Adultos quanto ao uso de práticas integrativas, e 63,8% faziam, com predomínio da fitoterapia, indicada por terceiros com o objetivo de curar a doença (ELIAS; ALVES, 2002).

O consumo de algumas plantas com ação quimiopreventiva e/ou antineoplásica foi constatado por trabalhos experimentais e epidemiológicos. Nos países em desenvolvimento, o amplo uso de plantas medicinais, se atribui à maior disponibilidade e acesso da população às plantas medicinais. Já nos países desenvolvidos seu uso está impulsionado pela preocupação com os efeitos adversos dos fármacos sintetizados (OLIVEIRA; MACHADO; RODRIGUES, 2014; OMS, 2002).

Outra prática integrativa é a meditação. Marques et al. (2018) realizaram uma revisão integrativa com intuito de avaliar o uso do *mindfulness*²¹ no tratamento coadjuvante do câncer. A partir da análise de oito estudos (2013 a 2017), constataram que os benefícios dessa prática integrativa para os pacientes foram a redução da depressão, ansiedade, intolerância à incerteza e sintomas comportamentais, bem como uma melhora significativa na qualidade de vida, saúde mental e de parâmetros neoplásicos do prognóstico da doença. Concluíram que a prática do *mindfulness* demonstrou ser um método eficaz no tratamento de pacientes com câncer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Apesar de as práticas leitoras ainda não serem consideradas uma prática integrativa formalmente reconhecida pelo Ministério da Saúde, acreditamos que constitui uma promissora estratégia de cuidado em saúde. Pode oportunizar o autocuidado, a terapia coadjuvante para o paciente, bem como ser estendida aos familiares e cuidadores, formais e informais, ratificando também o propósito de cuidar de quem cuida.

Desse modo, a formação de leitor de imagens fotográficas desenvolvida nesta pesquisa alcançou significados revelados pelo explícito e pelo implícito, corroborando os estudos de Gallina (2017), nos quais a experiência sensível promovida pelas oficinas desencadeou um

²¹ *Mindfulness* consiste em uma antiga prática budista, surgida da disciplina da meditação, que busca tomar consciência da mente e corpo. *Mindfulness* é um termo que pode ser traduzido para português como “atenção plena” (PIRES et al., 2015).

momento reflexivo rumo a novas compreensões de mundo, o que não ocorre nas práticas tradicionais de saúde.

Ormezzano, Gonçalves e Gallina (2016) propuseram experiências ético-estéticas sob a forma de oficina para profissionais atuantes no SUS e acadêmicos de diversos cursos da área da saúde e utilizaram o labirinto como imagem disparadora desse processo. As autoras escolheram esse desenho por simbolizar “a busca humana de aproximação ao ponto central, à interiorização do sujeito” (p. 134).

Após a compreensão dos resultados imagéticos produzidos por quatro participantes, decorrente da vivência com o labirinto, as autoras constataram que a oficina permitiu o autoconhecimento (aprendizado sobre si), o conhecimento sobre os outros, com os outros e entre si (ORMEZZANO; GONÇALVES; GALLINA, 2016, p.144). E são essas possibilidades de abordagem integral do ser e de si que nos motivam a desenvolver esta pesquisa.

Buscando a integridade da imagem por meio de uma leitura intertextual e considerando a importância das imagens endógenas, Jung via no símbolo o papel central para mobilização da energia psíquica, bem como a evidência de como essa energia se manifestava. Segundo ele, “o mecanismo psicológico que transforma a energia é o símbolo” (JUNG, 2002, p. 44).

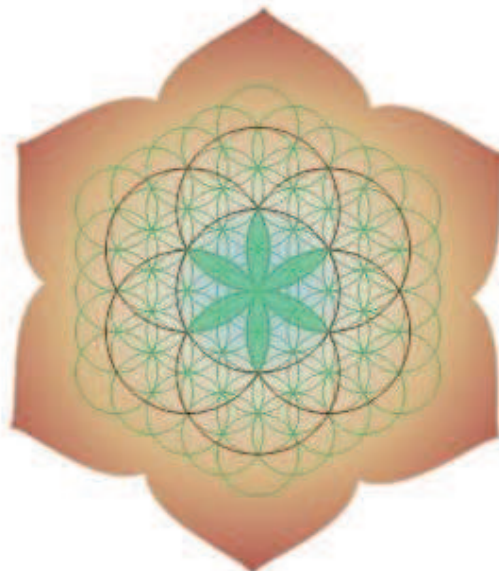
A teoria *junguiana* propõe que o sentido de totalidade e integridade é alcançado por meio de uma união do consciente com os conteúdos inconscientes de sua mente, dela resultando o que o psicólogo das profundidades denomina função transcendente da psique. Os símbolos, portanto, fornecem ao ser humano os meios pelos quais os conteúdos do inconsciente podem penetrar o consciente, e são também eles próprios uma expressão ativa desses conteúdos (JUNG, 2002).

Ao considerarmos a dimensão endógena da imagem, quase sempre esquecida ou minimizada, estamos apontando para a natureza psíquica plena da imagem simbólica, logo, sua realidade como portadora e mobilizadora de energia (BELTING, 2007).

Tendo as mesmas intenções já descritas por Ormezzano, Gonçalves e Gallina (2016), as nossas oficinas permitiram que os participantes aprendessem a lidar com a expansão da consciência. E, assim, possibilitamos “criar referências na construção de valores estruturais de sua formação, tendo em vista que o ser humano, além de ser complexo composto por suas dimensões física, psíquica, espiritual, social e cultural, é um ser simbólico, repleto de emoções, sentimentos, ideias e histórias” (p. 127).

Ao mergulharmos no universo dos símbolos e buscarmos concatenar as sínteses iconológicas das pessoas que investigamos, fizemos a projeção de uma mandala, que também almeja expressar a organização teórica dos textos iconográficos (Figura 8).

Figura 8 – Mandala representativa da leitura intertextual das produções dos participantes da pesquisa



Fonte: planejada pela autora, com o desenvolvimento artístico por Roberta Boscarin.

A mandala é um círculo complexo que resume a manifestação espacial, uma imagem do mundo, além de ser a representação e a atualização de potências divinas. As formas redondas, como a nossa, simbolizam em geral a integridade natural e possui uma eficácia dupla: conservar a ordem psíquica, se ela já existe; restabelecê-la, se desapareceu, exercendo uma função estimulante e criadora (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2002).

Na nossa proposta, a base da mandala é a flor da vida, a linguagem primordial do universo, composta por uma figura geométrica com círculos múltiplos espaçados uniformemente, sobrepostos, dispostos de modo que formam uma flor, com um padrão de simetria multiplicada por seis, como um hexágono. O círculo simboliza o universo imanente. Os símbolos que se encontram no centro são chamados de triquetras, que, em latim, quer dizer “três esquinas”. A triquetra, para alguns, simboliza a vida, a morte e o renascimento. Para os celtas, reflete a filosofia de que o conjunto tem três níveis: físico, mental e espiritual (MELCHIZEDEK, 2009).

A flor da vida foi a primeira inspiração que tivemos quando realizamos a leitura do símbolo adotado como referência pelo Instituto do Câncer de Passo Fundo (Figura 9). De acordo com Melchizedek (2009), é chamada de flor também porque representa o ciclo de uma árvore frutífera, que passa por uma metamorfose e se converte em fruto, que guarda dentro de

si a semente, que cai no chão, depois se desenvolve em outra árvore. Exatamente como o processo que expervivenciamos no desenvolvimento deste estudo.

Figura 9 – O símbolo do Instituto do Câncer do HSVP



Fonte: Setor de Comunicação Social do Hospital São Vicente de Paulo.

As cores que escolhemos remetem ao Céu e à Terra – azul e tons terrenos – conectando ambos com intuito de demonstrar a tônica cíclica que consiste o nosso fazer em saúde, seja como educadores do ensino na saúde, seja como profissionais atuantes. E no centro, a cor verde, que remete à cura, algo que todos os participantes das oficinas afirmaram ser a busca de suas práticas. As cores verde e azul simbolizam cura, saúde e conhecimento. De acordo com Portal (2000), o verde é o mediador entre o frio do azul e o calor do alaranjado, é tonificante, tranquilizante e traz esperança.

O contorno em flor de lótus foi escolhido porque não limita a compreensão expressa pela mandala em algo definido, mas dá margem para mais possibilidades além da cura, como afirma Hipócrates: “cuidar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre” (REZENDE, 2009). Ressalvamos que esse contorno é propositalmente tênue revelando a abertura constante a novas visões, conexões e ressignificação de práticas, tão necessária ao processo de educação interprofissional, colaboração interprofissional e à promoção da integralidade do cuidado em saúde.

No Oriente, a flor de lótus significa pureza espiritual. O lótus (*padma*), também conhecido como lótus-egípcio, lótus-sagrado ou lótus-da-índia, é uma planta aquática que floresce sobre a água. No simbolismo budista, o significado mais importante da flor de lótus é pureza do corpo e da mente. A água lodosa que acolhe a planta é associada ao apego e aos desejos carnis, e a flor imaculada que desabrocha sobre a água em busca de luz é a promessa de pureza e elevação espiritual (SIGNIFICADOS, 2017).

Na mitologia grega, o significado da flor de lótus está relacionado aos lotófagos, um povo que vivia numa ilha perto do Norte da África e que, como o nome indica, comiam plantas

e flores de lótus. Devido ao efeito narcótico das plantas, elas causavam um sono pacífico e amnésia a quem as ingerisse. Na Odisseia, de Homero, existe um episódio em que três homens são enviados para a ilha de forma a investigá-la. No entanto, por comerem as flores de lótus como os demais habitantes, esquecem que têm que voltar para o barco. Mais tarde, Ulisses consegue resgatá-los e teve mesmo que amarrá-los ao navio para que não voltassem para a ilha. Por meio desta história, Homero demonstra toda a sua criatividade e conhecimento a respeito do ser humano, porque a amnésia causada pela flor de lótus é uma coisa que muitas pessoas desejam: a possibilidade de começar de novo, de renascer e apagar o passado (MELCHIZEDEK, 2009).

A possibilidade de começar de novo, de renascer, inclusive vai ao encontro do desejo dos leitores de fotografias investigados nesta pesquisa para novas aprendizagens e perspectivas no cuidado oncológico. Para prosseguirmos na discussão dos resultados, as significações medulares dos textos imagéticos foram organizadas em três núcleos semânticos: a importância da imagem; o cuidado humanizado; e o olhar de diferentes perspectivas, que abordamos nas próximas seções.

7.1 A importância da imagem

Atualmente vivemos em um mundo hipervisual, sincrético, no qual imagens verbais ou visuais produzem sentimentos, identificações, favorecem lembranças, disparam a imaginação, a introspecção, anunciam ou denunciam uma realidade, evocam visões de mundo. A comunicação por meio de imagens pode enriquecer o processo de acolhimento e cuidado não só para a área da saúde, mas para qualquer relação profissional que evoque o ato de sentir o outro.

A leitura de imagens amplia os horizontes e as perspectivas das pessoas, liberta suas amarras. O texto iconográfico produzido pelos estudantes e residentes pôde ampliar os limites da linguagem verbal em sua interação com a linguagem visual. Semelhante a outros autores, propiciou a ressignificação da imagem da realidade e a percepção sobre como o ser humano se apropria por meio do sensível (ORMEZZANO, 2009a; 2009b; MAFFESOLI, 1996).

Esta pesquisa se propôs a formar leitores de imagens fotográficas, pois entendemos que esse processo pode desencadear subsídios para qualificação do cuidado à saúde em pessoas que experienciam a doença crônica com prognóstico delicado, como o câncer. Conseqüentemente, pode levar à promoção da qualidade de vida e articulação de redes de apoio para o grupo familiar, levando em conta suas singularidades de uma forma sensível.

As imagens realmente podem expressar o imaginário sensível, o que é corroborado pelos relatos dos participantes:

Foi importante [participar da Oficina] no sentido de apreender a imagem como um processo de expressão dinâmico. [...]. Nesse processo de ‘despir’ o que represento, consigo identificar sensações que não consigo perceber rotineiramente (H. M. P., estudante de Medicina).

Passei a olhar de uma forma mais complexa e profunda, tentando entender cada detalhe nas imagens e procurar seu significado (T. M., nutricionista).

As imagens, que a princípio eram comuns, mas se focarmos com mais atenção podemos analisar vários sentimentos que com certeza vão passar despercebidos na correria do dia a dia (W. P. M., estudante de Medicina).

Olhar mais as entrelinhas e avaliar o contexto em que estavam acontecendo, pois, muitas vezes, nem sempre o que parece realmente é. A partir desse curso [Oficina] me despertou esse lado mais sensível e detalhista de analisar as situações (B. D. C., farmacêutica).

Cada pessoa tem uma forma singular de adoecer e estar saudável, o que é perceptível pelos sentidos que atribui ao que vivencia. Bragança (2006), ao investigar as percepções sobre acolhimento que os pacientes oncológicos e os sentidos dados a esse acolher e à experiência do adoecimento, percebeu uma dimensão muito mais ampla, não restrita apenas aos profissionais de saúde. Os entrevistados sugeriram que familiares, amigos e vizinhos também têm uma função no acolhimento. Nos nossos resultados, percebemos também o papel dos “colegas de sala de espera” nessa rede de enfrentamento, minimizando o sofrimento.

Em relação ao uso da imagem na pesquisa qualitativa em saúde, Velloso e Guimarães (2013) propõem seu emprego tanto como complemento ilustrativo, quanto como instrumento. Na opinião dos pesquisadores, a observação participante e as entrevistas podem ser complementadas com a imagem, contudo a imagem gera por si só um acúmulo de informações, estimulando a capacidade de apreensão do espectador.

Em nossa pesquisa, vários leitores se referiram as múltiplas expressões que as imagens revelam: “a imagem que eu produzi diz muito sobre o caminho que percorri”, “vida e imagem são um constante processo de (re) interpretação”, “toda imagem é carregada de simbologias e de expressões sentimentais”. O que justifica a proposição de Durand (2012) quando afirma que as motivações que ordenam os símbolos não formam apenas longas cadeias de razões. A explicação linear do tipo dedução lógica ou narrativa introspectiva são insuficientes para o estudo das motivações simbólicas.

O trajeto antropológico não é uma descrição de uma relação, e, sim, um vetor dinâmico. Dessa forma, tem-se uma visão do imaginário que pressupõe o repúdio dos métodos reducionistas que visam apenas à superficialidade do símbolo. Seguir a pista dos resquícios do privilégio racionalista, superestima a ciência em relação ao mito (DURAND, 1988).

Ao nos determos na leitura das imagens, após a realização das oficinas e a compreensão dos resultados das entrevistas iconográficas por meio da Leitura Transtextual Singular de Imagens (LTSI), de acordo com Ormezzano (2009b), surgiram as sínteses iconológicas e observamos a redundância em algumas expressões (verbais e não verbais), de significações medulares.

Dentre os ícones mais recorrentes emergiram as mãos, que exprimem a ideia de atividade, poder e dominação. É um emblema real, instrumento da maestria e signo de dominação. "Cair nas mãos de Deus ou de determinado homem significa estar à sua mercê". A mão às vezes é comparada com o olho, ela vê. A imposição das mãos significa uma transferência de energia ou de poder (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2002).

Uma das fotografias de André François que sempre era eleita pelos participantes da Oficina de formação de leitor de imagens para se apresentar (no primeiro encontro) retrata um médico do Hospital do Câncer do Ceará, carregando uma criança nos braços, anestesiada, antes de entrar em cirurgia (Figura 12). O fotógrafo reitera que, embora essa seja uma atitude simples, diminui o trauma das crianças que são submetidas a procedimentos cirúrgicos. (FRANÇOIS, 2006, p. 233).

Figura 10 – Texto visual elaborado pelo fotógrafo André François na obra intitulada Cuidar – Um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil



Fonte: FRANÇOIS, 2006.

Entregar-se nas mãos de alguém, significa que se está à sua mercê, podendo ser salvo ou eliminado por esse ser, e colocar-se nas mãos de outra pessoa é abandonar a própria força e entregar-se, confiar no que o outro fará com nossa vida. Mas, esta entrega exige uma obrigação recíproca de quem a recebe (BARELLI, ORMEZZANO, 2016).

A mão que simboliza uma ação diferenciada se aproxima em sua significação de Quirão, cujo ideograma é uma flecha. Sobre este aspecto mitológico Brandão escreve:

Conta-se que Quirão subiu ao céu sob a forma da constelação de sagitário, uma vez que flecha (e ele foi ferido por uma), em latim *sagitta*, a que se assimila o sagitário, estabelece a síntese dinâmica do homem, voando através do conhecimento para a transformação, de ser animal em ser espiritual (2000, p. 356).

Ao extrapolar para a semântica que a linguagem fotográfica propõe, compreendemos a prioridade que deve ser dada ao ser cuidado. Fato que também é evidenciado na mão que afaga e acaricia a criança, que, por sua vez, se conecta à carícia essencial relatada por Boff (2014), que representa o auge do cuidado e é essencial quando se transforma em atitude, confere repouso e confiança. O autor acrescenta:

A carícia essencial é leve como um entreabrir suave da porta. [...]. A mão que agarra corporifica o modo-de-ser-trabalho. Agarrar é expressão do poder sobre, da manipulação, do enquadramento do outro ou das coisas ao meu modo de ser. A mão que acaricia representa o modo-de-ser-cuidado, pois a carícia é uma mão revestida de paciência que toca sem ferir e solta para permitir a mobilidade do ser com quem entramos em contato. (BOFF, 2014, p. 140.)

O mito que se pode reconhecer tanto no ensaio de Boff como na fotografia de François é o de Quirão, justamente pela identificação da mão como símbolo primordial presente em ambos os textos. A mão que acalenta e que traz quietude representa para Boff a pessoa que, por meio dela, revela um modo de ser carinhoso. Ou seja, o sentido do afago, da mãe que acaricia a criança, que protege, que gera confiança. De acordo com a classificação isotópica das imagens propostas por Durand (2012), identifica-se esse aspecto do texto com o regime noturno devido às estruturas místicas do realismo sensorial que a carícia realizada pela mão gera no ser cuidado. Nesse caso, a dominante digestiva é a mais apropriada, com seus adjuvantes cenestésicos e predominantemente táteis. Quanto aos arquétipos, o toque das mãos revela atributos de intimidade e sentimentos profundos que aquecem a pessoa e a humanidade e é contrária à violência.

A palavra mito deriva do grego *mythos* e pode ser definida de muitas formas. De acordo com Gual (2006), todo mito é um relato que refere fatos situados num passado remoto. Trata-

se de uma sequência narrativa que chega do passado como uma herança e é propriedade comunitária, pois pertence à memória das pessoas, sendo o terreno da mitologia o âmbito dessa memória popular.

Para Silva e Ramalho, a natureza simbólica ou metafórica da linguagem mítica mereceu aprofundamento de sua compreensão a partir da veiculação universal dos mitos gregos e suas características de integração em todas as atividades do espírito e seu trânsito para ação prática, essencial ao ser humano. Para os autores, é possível compreender a linguagem mítica como uma linguagem poética, “cuja qualidade principal é remeter o ser humano para um universo lírico simbólico implicitamente, associado à experiência do belo” (SILVA; RAMALHO, 2007, p. 240).

Também concordamos com Ormezzano, Gonçalves e Gallina (2016) que apontam duas possibilidades de desenvolvimento da linguagem mítica: uma como fonte de autoconhecimento humano e a outra como repressão e controle pessoal e social. As autoras destacam que na perspectiva do autoconhecimento torna-se relevante e benéfica a expansão da consciência propiciada pelos mitos.

Para Cunha (1992), os significados de mito e conhecimento relacionam o ser humano ao seu mundo. Os termos *mythos* e *logos* possuem o mesmo significado em grego: fala. *Mythos* é uma fala que representa a experiência do narrador, entretanto, *logos* é uma fala que descreve o que ocorre na própria realidade. Ambos se referem à linguagem, o que nos tira da animalidade, determinando que nosso mundo seja sumariamente de palavras, signos: “as palavras se inscrevem no mundo e nessa inscrição o criam” (p. 125).

O mito de Quirão aparece como relato fundador, como metalinguagem presente em sete textos iconográficos de nossos resultados, que evidenciaram as mãos (“O quebra-cabeça”, “As correntes da vida”, “Fé”, “Lua e Sol”, “Bençãos”, “O que realmente importa?” e “Com carinho, com afeto”).

Quirão em grego – Χείρων – significa "mão" ou uma forma abreviada de "o que trabalha, o que age com as mãos", o cirurgião. Na mitologia grega, era um centauro que foi um grande médico e que compreendia muito bem seus pacientes, por ser um médico ferido. Na sua origem familiar há duas versões: Crono amava a oceânida Fílira, mas temendo os ciúmes de sua esposa Réia, uniu-se àquela sob a forma de um cavalo. Outra versão é que a ninfa Fílira, se sentindo envergonhada, se metamorfoseou em égua e, ainda assim, foi possuída por Crono. Ambas as versões justificam a forma de Quirão, metade homem e metade cavalo, apesar de não ter nenhuma relação de parentesco com os selvagens centauros (BRANDÃO, 2000).

Grande curandeiro e respeitado oráculo, Quirão pertencia à família dos deuses olímpicos e era altamente reverenciado como professor e tutor. Vivia numa gruta no monte Pélion onde transmitia a seus discípulos conhecimentos relacionados à música, à arte da guerra e da caça, à ética e à Medicina. Ele recebeu lições de Apolo e Diana, que o tornaram famoso por suas habilidades na arte da profecia. Os heróis gregos receberam seus ensinamentos, dentre eles Esculápio, que se tornou médico famoso e chegou até ressuscitar um morto, fato que irritou Plutão de tal forma que enviou Júpiter para fulminá-lo com um raio pelo seu atrevimento (BULFINCH, 2002).

Quirão foi vítima de um equívoco, quando Hércules perseguia ao centauro Élato, que se refugiou na caverna de Folo, no monte Pélion, na Tessália. A flecha envenenada que atravessou o coração do centauro Élato atingiu acidentalmente Quirão, mas não o matou, pois, sendo filho de um titã, era imortal, porém lhe provocou dores terríveis e incessantes. De acordo com Brandão (2000), coube a Prometeu ceder-lhe seu direito à morte para que o médico ferido pudesse finalmente descansar do sofrimento.

Ao retomarmos o simbolismo da mão, Boff (2014) afirma ser a parte da carícia que toca, estabelece relação, acalenta e traz quietude, como já mencionamos. Essa carícia exige altruísmo, respeito pelo outro e renúncia a qualquer intenção que não seja o querer bem. O cuidado humanizado em saúde também se sustenta a partir desses pressupostos. A mão que acaricia, seja revelada pela imagem de François, ou pelas palavras de Boff, simboliza um modo de cuidar e de ser cuidado não só desejável para a área da saúde, mas imprescindível para qualquer relação profissional que evoque o ato de sentir o outro (BARELLI; ORMEZZANO, 2016).

Desse modo, o trajeto antropológico do texto de Boff revela a presença dos arquétipos “criança”, “mãe”, “mulher” e “centro”, assim como símbolo predominante do regime místico noturno, o ventre, todos percebidos no seguinte fragmento:

A carícia que nasce do centro confere repouso, integração e confiança. Daí o sentido do afago. Ao acariciar a criança, a mãe lhe comunica a experiência mais orientadora que existe: a confiança fundamental na bondade da realidade e do universo; a confiança de que, no fundo, tudo tem sentido; a confiança de que a paz e não o conflito é a palavra derradeira; a confiança na acolhida e não na exclusão do grande Útero (BOFF, 2014, p. 139).

Assim, demonstramos a intertextualidade e a importância das imagens entre o mito de Quirão, a fotografia de André François e as entrevistas iconográficas dos sujeitos que investigamos.

Destacamos que as leituras mencionadas pelos estudantes e residentes, enquanto novos “fazeres”, são imprescindíveis frente às percepções que os pacientes oncológicos demonstram sobre o cuidado recebido. Nessa perspectiva, identificamos que o processo de formação de leitor de fotografias pode despertar a sensibilidade das pessoas e dos profissionais, sem separarmos essas duas identidades. No próximo tópico abordamos algumas peculiaridades da formação do leitor de fotografias.

7.1.1 A formação do leitor de fotografias

A formação do leitor de fotografias, de textos icônicos, difere um pouco do leitor de textos verbais. A narrativa visual permite materializar o que está no imaginário, o que não deveria ser diferente no caso das narrativas textuais. Talvez o método de ensino de leitura, especialmente para textos escritos, ainda seja insuficiente para despertar de forma ampla o imaginário dos leitores.

Nesse sentido, retomamos o argumento de Freire (2006) de que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra”. Portanto, o ato de ler é mais amplo que a simples decodificação da palavra escrita ou do código linguístico. Fato também identificado por Goldin (2012), que recusa com veemência a visão da linguagem escrita como suporte de leitura dominador, ou mera ferramenta de comunicação.

Neste estudo, das doze pessoas investigadas, quatro não se identificaram com perfil leitor²², apesar de não percebermos nenhuma relação desse fato com os textos produzidos, bem como suas compreensões individuais. Mas achamos preocupante nesse grupo de profissionais de saúde em formação, de graduação ou pós-graduação, o hábito de leitura ser restrito para alguns, corroborando os achados da 4ª edição da pesquisa “Retratos da leitura no Brasil” (2016).

Ao considerar o aspecto cultural, há muitos anos a pesquisa Retratos da leitura no Brasil revela que somos um país que não lê. É lamentável se considerarmos a leitura importante ferramenta civilizatória, de inclusão social ou mesmo de humanização, direito essencial do cidadão.

Para Butlen (2012a), apesar das políticas de incentivo à leitura presentes na França e no Brasil, persistem fragilidades na transição dos estudantes nos diferentes níveis de ensino, que tende a piorar em escala crescente: quanto maior sua posição na trajetória formativa, pior é o hábito de leitura.

²² Perfil leitor identificado se a pessoa leu pelo menos **um** livro – inteiro ou em partes – nos últimos três meses (critério adotado na Pesquisa Retratos do Leitor no Brasil, 3ª edição).

Se não há tempo ou motivação para lerem, em que momento liberam a mente para criar, imaginar e sentir? Talvez essa lacuna seja o que ocasiona o abismo entre a pessoa que se é e o profissional de saúde que pratica o cuidado não tão humanizado.

Reiterando este cenário, Santos, Marques Neto e Rösing (2009) argumentam que apenas circular em meio a materiais diversificados de leitura não desenvolve o gosto pelo ato de ler; é necessário conviver com pessoas que se envolvam com esses materiais, significando-os. Ratificando essa lógica, Rettenmaier (2009) argumenta que a tecnologia alterou nossa mente, e o saber pode ser redefinido quando relacionado a outros saberes, em nome de uma concepção de leitura que não se limite ao texto literário impresso, portanto, também a outros meios e suportes.

As exigências necessárias para ampliação de habilidades relacionadas ao uso da leitura e da escrita do mundo contemporâneo desafiam os espaços formativos ao ponto de notarmos a persistência expressiva do analfabetismo funcional no Brasil. Na perspectiva da saúde, os paradigmas gravitam em torno da autonomia dos sujeitos, do autocuidado e da corresponsabilização entre o ser cuidado e seus cuidadores. Dois campos importantes – educação e saúde – igualmente desafiados.

E os espaços escolares, com respaldo do professor, continuam sendo o centro de formação de leitores. A família também influencia nisso: mães que leem para seus filhos incentivam o futuro leitor. Esse efeito também foi observado por Anne-Marie Chartier na França, onde o nível de escolarização dos pais é um dos fatores mais importantes para o êxito escolar das crianças. Mas a autora alertou que as práticas familiares não podem reforçar as aprendizagens feitas em aula (CHARTIER, 2009).

Compreender a área da saúde de forma interpretativa e não simplesmente baseada em fatos requer o desenvolvimento do hábito da leitura. A capacidade de identificar-se com algo e intuir pode ser tão importante no diagnóstico e tratamento quanto o são os dados científicos e a dedução lógica. Portanto, tal qual a Literatura, diz respeito a pessoas e suas histórias e participa de forma tácita e explícita em valores culturais, concepções e ideologias. Logo, entendemos que surge a necessidade de formar leitores polivalentes, capazes de desenvolver uma prática intertextual, o que buscamos incitar neste estudo.

Machado (2012) afirma que a recriação efetuada pelo leitor é muito pertinente, pois “a linguagem não é unívoca nem transparente, e com isso dá direitos e poderes a quem lê”.

Para Goldin (2012), a conexão entre multiculturalismo, diversidade e formação de leitores permite que a literatura gere desdobramentos, provoque estranhamentos no interior de

cada leitor, até podendo colocar em crise e questionar sua identidade, levando a descoberta que cada um é outro.

De fato, foi o que constatamos quando os participantes das oficinas se referiram ao significado dos processos de formação de leitor de fotografias, o que percebemos no relato de um estudante:

Tornei-me curioso em despir uma imagem parte por parte, até que conseguisse desvendar seu significado. Aprendi também a saber ler e interpretar o que sinto por meio da observação (H. M. P, estudante de Medicina).

E, da mesma forma, percebemos no relato de um profissional:

[A Oficina de formação de leitor] me proporcionou a experiência de visualizar e criar senso de interpretação imediata de cada foto, agregado ao conhecimento obtido depois, sendo analisado na história instigante da imagem escolhida como objeto de interpretação (R. D. C., nutricionista).

Entretanto, sabemos que a produção textual não pode estar dissociada do contexto concernente à realidade e aos interesses dos autores, lembrando que Durand (2012) define que a imagem é sempre símbolo, composta de um significante, um significado e um sentido figurativo.

O ser humano, além de um ser complexo composto por suas dimensões física, psíquica, espiritual, social e cultural, é um ser simbólico, repleto de emoções, sentimentos, ideias e histórias (ORMEZZANO, GONÇALVES, GALLINA, 2016).

A linguagem é uma tentativa de dar visibilidade e forma aos sentimentos e às experiências de cada um. É a condição da existência e representa para o homem um meio de comunicação, visto que pelas estratégias textuais podemos expressar a subjetividade. Por meio dela, a realidade revela-se e se torna existência, permitindo estabelecer uma relação com a sensibilidade, capaz de revelar ao sujeito sua posição dentro do mundo e de si mesmo (PELIZZOLI, 1994). E, assim, buscamos compreender como se dá o processo de formação do leitor no âmbito universitário e especialmente na área da saúde.

Quanto aos hábitos de leitura no ensino superior, um dos problemas observados é que geralmente há um descompasso relativo aos interesses e familiaridade com a tecnologia entre a geração dos estudantes e as dos professores. Seja por fragilidades do sistema educacional ou por falta de compreensão e incentivo das famílias, o estudante chega à universidade sem ler

bem e com dificuldades em dominar os mecanismos da escrita, o que poderá comprometer sua formação acadêmica e posterior inserção no mercado de trabalho (RÖSING, 2016).

Ousamos inferir que outros indicadores socioeconômicos associados ao perfil do leitor traçado pela 4ª edição da Pesquisa representavam os estudantes de Medicina: quanto maior a escolaridade e a renda, maior é o hábito de leitura de livros (Quadro 3).

Quadro 3 – Número de livros lido ao ano pelos entrevistados (inteiro ou em partes)

| Livro habitante/ ano | 2007 | 2011 | 2015 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Todos os entrevistados | 4,70 | 4,00 | 4,96 |
| Estudante | 7,20 | 6,20 | 9,38 |
| Não estudante | 3,40 | 2,30 | 3,35 |
| Ensino superior | 8,30 | 7,70 | 10,87 |

Fonte: Pesquisa Retratos da Leitura no Brasil – 4ª edição.

Para o estudante de Medicina, que tem como proposta educativa uma formação mais autônoma, para que seja capaz de relacionar teoria e prática e, especialmente, esteja apto a buscar informações e a utilizá-las em seu processo cotidiano de tomada de decisão, em diferentes áreas do conhecimento, esse gosto foi muito relevante e conceitualmente se aproximou da pedagogia da compreensão expressada por Butlen (BUENO; REZENDE, 2015; BUTLEN, 2012b; GROSSMAN; CARDOSO, 2006).

O prazer da leitura ocorre pela identificação do leitor com os heróis das histórias, por meio da “ilusão referencial”, permitindo uma conexão entre a obra lida e o mundo real. Essa “ilusão referencial”, na opinião de Butlen, leva a uma “adesão tão inesquecível que se torna uma das grandes fontes do prazer de ler” (BUTLEN, 2012b, p.37). Contudo, há que se ter cautela porque uma escolarização excessiva ou planejada de forma inadequada acabará distanciando o estudante da leitura das obras necessárias à sua formação.

Isso não é privilégio do cenário brasileiro. Os desafios entre os jovens universitários e seus professores também são notados na França. Ao ser entrevistado pelas professoras Belmira Oliveira Bueno e Neide Luzia de Rezende, ambas da Universidade de São Paulo, o Butlen afirma que as leituras que os alunos fazem, “da escola ao liceu”, passam por “invisíveis” para a escola:

Na representação comum, ler é ler a literatura, ler livros de literatura essencialmente em suporte de papel. Muitos adolescentes não se consideram verdadeiros leitores porque apreciam pouco a literatura escolar e pouco leem as obras recomendadas ou impostas. No entanto, eles leem! Eles leem, até mesmo muito mais do que os adultos

imaginam. Só que eles não leem aquilo que os adultos, sobretudo os professores, desejariam que eles lessem. Daí decorre um grande mal-entendido. Suas práticas de leituras mais correntes são invisíveis em classe e parecem não ter a menor importância. [...] Ora, rejeitar essas leituras invisíveis significa rejeitar sua cultura e finalmente eles próprios. (BUENO; REZENDE, 2015, p. 559).

Também devemos considerar o perfil leitor dos jovens, que, desde a década de 80, com o surgimento da cultura digital, se encontram imersos em ambientes interativos. Em um contexto de hipermídia, que mescla o hipertexto com a multimídia, Santaella (2004) apresenta o leitor imersivo, caracterizado por habilidades perceptivo-cognitivas muito distintas daquelas que são empregadas pelo leitor de um texto impresso que segue suas sequências virando páginas.

A mesma autora afirma que, em curto espaço de tempo, surgiu outro tipo de leitor denominado leitor ubíquo:

É nos espaços da hipermobilidade, ou seja, a mobilidade física fundida à mobilidade da informação nas redes, que emergiu o leitor ubíquo com um perfil cognitivo inédito que incorpora características do leitor imersivo, mas a elas acrescenta a contingência de poder acessar informações e trocar mensagens com seus pares ou ímpares de qualquer lugar em que estiver. Portanto, é ubíquo porque está continuamente situado nas interfaces de duas presenças simultâneas, a física e a virtual, interfaces que reinventam o corpo, a arquitetura, o uso do espaço urbano e as relações complexas nas formas de habitar, o que repercute nas esferas de trabalho, de entretenimento, nas esferas de serviços, de mercado, de acesso e troca de informação, de transmissão de conhecimento e de aprendizado (SANTAELLA, 2013, p. 277).

Eis mais um desafio aos professores e formadores de leitores!

Nessa lógica de entendimento, a proposta de Butlen é construir pontes de modo a repensar as didáticas de leitura literária, reduzindo a distância entre a realidade dos alunos e o modo de ensinar dos professores. Ou seja, a formação dos professores passa a ser um movimento sincrônico nesse processo, pois o docente necessita não apenas dominar o saber acadêmico-científico, o “saber a ensinar”, como dos “saberes para ensinar”, relacionados às práticas pedagógicas (BUENO; REZENDE, 2015).

Para exemplificar o papel do professor na mediação e no incentivo à leitura na área da saúde, Silva et al. (2016) propuseram a leitura e discussão do romance “Os anos de aprendizado de Wilhelm Meister”, de Goethe, em uma disciplina eletiva oferecida a cursos de graduação e pós-graduação da Escola Paulista de Medicina. Concluíram que a educação estética e afetiva pode estimular a valorização das vivências, dos sentimentos e das emoções, humanizando a formação em saúde.

Necchi (2009) questiona sobre quais impactos a leitura causa na vida do leitor, que gama de sentidos pode-se sugerir dentro de um processo de legitimação e disseminação da leitura e quais identificações, provocações, tensões e estranhamentos são gerados a partir de um texto.

A 4ª edição da Pesquisa “Retratos da leitura no Brasil” (2015) revelou que o hábito de leitura é uma construção que vem da infância, bastante influenciada por terceiros, especialmente por mães e pais. Identificou que apenas um terço dos brasileiros teve influência de alguém na formação do seu gosto pela leitura, sendo que a mãe ou responsável do sexo feminino e o professor foram as influências mais citadas. A pesquisa indicou que essa influência teve impacto no fato do indivíduo ser ou não leitor, uma vez que, enquanto 83% dos não leitores não receberam a influência de ninguém, o mesmo ocorreu com 55% dos leitores. No entanto, revelou que o potencial de influenciar o hábito de leitura dos filhos estava correlacionado à escolaridade dos pais – filhos de pais analfabetos e sem escolaridade tendiam menos a ser leitores que filhos de pais com alguma escolaridade (RETRATOS..., 2016).

Após transitarmos pelo cenário nacional quanto ao perfil do leitor, retomamos o mote desta seção para abordar a formação do leitor de fotografias, que remete a um campo simbólico no qual algo fica registrado pela incidência da luz. Para Philippini (2009), ler fotografias implica beneficiar-se da luminosidade que permite revisitar e compreender instantes fugazes que documentam as emoções.

De acordo com Brandão o ato fotográfico “está mais para o plano simbólico do que para o real que lhe referência. A imagem fotográfica não é um duplo reprodutivo do visível, não é mimese, acima de tudo, é criação” (BRANDÃO, 2012, p.72).

Na concepção *durandiana*, o imaginário é considerado como um vasto campo, com imagens que se desenrolam como um novo, e fornecem outras imagens.

Ao considerar a imaginação simbólica, identificamos que os regimes emergidos das entrevistas iconográficas foram predominantemente o crepuscular e o noturno, trazendo à tona o imaginário dos participantes das oficinas nesse movimento de descida, de inversão da razão rumo à sensibilidade. No regime noturno, que tem como alguns arquétipos o inconsciente, a mãe e a realidade interior, a fotografia surgiu como estratégia de sensibilização pela sua principal característica de eufemizar, como afirma Moura:

A fotografia é pensada em acordo com os atributos da imaginação criadora, em que a principal característica é a eufemização. Eis a relação da imagem fotográfica com o imaginário. Ambos participam de uma ordem simbólica cuja característica é a transcendência da realidade que parte mesmo dessa realidade. Ela revela a profundidade da superfície e do real, dotando-o de um caráter ficcional, tal como a

imaginação transcende a objetividade das imagens e transforma o mundo segundo a vontade e o desejo (2015, p. 622).

Contudo, em nossos resultados, o regime diurno também foi percebido em algumas composições (nos textos intitulados “Fé”, “Mente aberta e iluminada” e “Labirinto”), alinhando-se à opinião de Barros (2009), de que a fotografia é resposta a uma angústia primordial associada à recusa da passagem do tempo e ao medo da morte. Isso pertence ao regime diurno, associando-se à estrutura heroica ou esquizomorfa do imaginário.

No relato da nutricionista T. M., percebemos o simbolismo religioso identificado no arquétipo do “O Olho do Pai”, típico do regime diurno. A autora inseriu no alto de sua composição a figura de Jesus, esclarecendo que “a fé das pessoas traz conforto, esperança e paz em momentos difíceis de diagnósticos de doenças e sofrimento”. E certamente não foi coincidência que a fotografia da obra “Cuidar” elegida pela residente para se apresentar no primeiro encontro da oficina ilustra o momento da bênção realizada por dois pastores para um paciente masculino que se encontra acamado em um leito de hospital (Figura 11).

Figura 11 – Pastores abençoam paciente internado



Fonte: FRANÇOIS, 2006.

Ao buscarmos publicações científicas quanto ao uso de fotografia no âmbito da saúde, identificamos algumas evidências do emprego dessa técnica na perspectiva da fotovoz para diferentes públicos: pacientes hospitalizados (TORALLES-PEREIRA et al., 2004); na saúde mental (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2009); moradores de zonas rurais (COSTA et al., 2013); coletores e catadoras de lixo (VELLOSO; GUIMARÃES, 2013); no contexto escolar

(SOUZA; LOPES, 2002); adolescentes com câncer (ROSSARI; MOTTA, 2009); em gestantes (MELLEIRO; GUALDA, 2004); e idosos (GIL; TARDIVO, 2011).

O método fotovoz é um recurso por meio do qual as pessoas utilizam câmeras fotográficas para documentar suas realidades de vida e saúde (NYKIFORUK et al., 2011; REIS et al., 2012). É diferente da proposta deste estudo, cujo ponto de partida são imagens já produzidas por um profissional da área, com a temática relacionada ao cuidado humanizado em saúde, sensibilizando os estudantes e profissionais para que revelem os seus imaginários.

Em relação aos cuidadores informais de pacientes sob cuidados paliativos que tinham menos de um ano para viver, um estudo investigou a percepção de dez pessoas por meio da técnica da fotovoz. As fotos produzidas pelos cuidadores retrataram que eles executavam uma variedade de tarefas, muitas vezes sob estresse, sinalizando para os profissionais as principais lacunas nas quais os problemas se encontram nos cuidados paliativos. Logo, a equipe de saúde pode planejar intervenções para dar suporte, assistir e educar os cuidadores com apoio mais efetivo neste momento de dor e enfrentamento da morte (ANGELO; EGAN, 2014).

Na Oncologia, Rossari e Motta (2009) usaram a fotografia como método de coleta de dados para conhecer a percepção do adolescente sobre o viver com câncer, buscando compreender os aspectos que contribuem para manter e/ou melhorar sua qualidade de vida. A fotografia auxiliou a desvelar os sentimentos e vivências pessoais e únicas de pessoas enfrentando um momento crítico, e aprofundar a compreensão do outro, do mundo vivido dos adolescentes com câncer.

Após esse percurso, constatamos que a formação de leitores de fotografias pode ser uma estratégia para potencializar a leitura de mundo e de enfrentamento da doença com qualidade de vida, especialmente no tratamento oncológico integrado.

Nosso próximo desafio é discorrermos sobre a leitura de imagens como uma prática de saúde sensível, acolhedora e humanizada.

7.1.2 Leitura de imagens como prática de saúde

A imagem, enquanto forma de expressão e linguagem, é uma tentativa de tornar visível, de materializar os sentimentos e as experiências de cada um (ORMEZZANO; GONÇALVES; GALLINA, 2016). E Goldin (2012) argumenta que não se pode formar leitores de forma neutra, independente das relações sociais e dos afetos.

Nessa perspectiva, propusemos a formação de leitores de fotografias como uma das estratégias de desenvolvimento integral dos profissionais de saúde, na busca de um cuidado

amplo, centrado nos sujeitos, respeitando seus contextos sociais e familiares. Com essa estratégia, buscamos: promover espaços formativos baseados na educação interprofissional, no trabalho em equipe e nas práticas colaborativas; possibilitar abordagens terapêuticas ampliadas e holísticas, com valorização de saberes/práticas não biomédicos e de múltiplas formas; estimular o autocuidado, a participação ativa e o empoderamento dos pacientes; aprimorar o vínculo entre profissionais e pessoa cuidada; cuidar também de quem cuida.

Cavalcanti e Oliveira (2012) sugerem que os usuários, o serviço e os profissionais podem valorizar a utilização de técnicas relacionais de acolhimento e clínica ampliada, pois a prioridade é cuidar da pessoa, ouvi-la, identificar suas demandas, pactuar ações, prestar um serviço com qualidade para, assim, alcançar um cuidado mais integral.

Nesse contexto, o imaginário e seus símbolos têm um protagonismo especial à medida que permite essa aproximação entre o interno e o externo, entre o subjetivo e o objetivo. Percebemos isso nos textos “Labirinto” e “Lua e Sol”, nos quais seus autores pontuaram que a aprendizagem ocorrida na Oficina possibilitou ver as coisas de outro jeito, sob uma nova ótica, inclusive podendo influenciar nas relações com a equipe de saúde.

Ao realizarmos a leitura intertextual entre o verbal e o icônico, verificamos que a possibilidade da compreensão de imagens pode constituir-se uma prática de saúde, condizendo com nossas hipóteses.

Para promover a leitura como prática de saúde, no entanto, é imprescindível pontuar que o simbolismo apenas funciona quando existe distanciamento sem ruptura e quando há plurivocidade, mas sem arbitrariedade. Para Durand (1988), a estrutura figurativa abrange simultaneamente a forma e os conteúdos permanentes e significativos.

A articulação entre forma e conteúdo decorre da sintonia entre pulsões inerentes à condição humana, independentemente do momento em que a civilização se encontra. Contudo, “as coerções estabelecidas pelo meio, aí sim, variam conforme o contexto histórico, social e cultural do fenômeno em foco” (BARROS, 2013, p. 20).

Ou seja, o que quer que façamos ou ensinemos será transformado pelos outros. E na aprendizagem em grupo, Goldin (2012, p. 105) enfatiza que a essência da atenção deve estar focada em dotar os sujeitos de “possibilidades reais de construir respostas e perguntas, de estabelecer e construir identidades pessoais e coletivas a partir do reconhecimento da sua liberdade para autodefinir os limites e a natureza do grupo. E de respeitar a dos outros também”. Logo, as práticas de saúde precisam ser reinventadas, especialmente entre os profissionais que já estão atuando, como é o caso dos residentes.

Desafio pontuado também por Rodrigues (2016), quando esclarece que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) abre possibilidades de uma formação que “caminha na construção de práticas que agreguem o trabalho articulado (sem perder de vista as especificidades) com outras áreas/ conhecimentos, ou seja, na perspectiva multi/interprofissional” (p. 73).

Trata-se de buscar uma formação inovadora em saúde. É necessário levar em conta “a produção de subjetividades e intersubjetividades e dialogar com o sistema de saúde vigente, a gestão de ensino e a humanização do cuidado, na construção de um significado ético-estético da existência que possibilite produzir relações dialógicas e reflexões sobre cada ação no espaço dos processos educativos em saúde interprofissional” (ORMEZZANO; GONÇALVES; GALLINA, 2016, p. 121).

Sobre a necessidade de repensar as práticas em saúde, Casanova, Batista e Moreno (2018) investigaram a percepção de 76 residentes de PMRS de instituições paulistas, quanto às concepções e práticas colaborativas. Constataram que essa modalidade de formação amplia e melhora os resultados em saúde, favorece a atuação centrada no paciente, a identificação das necessidades de saúde e o compartilhamento de práticas e procedimentos. Ou seja, que a educação interprofissional (EIP) pode representar oportunidades de formação conjunta para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, a fim de melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

No caso dos estudantes de graduação, Batista (2012) enfatiza a relevância de desenvolver uma nova proposta de formação profissional, tangenciada pelo multiprofissionalismo, a interdisciplinaridade, a promoção da saúde, a prevenção dos agravos e a intersetorialidade. O autor alega que, uma vez efetivada a educação interprofissional, a prática colaborativa ocorrerá como consequência no trabalho em saúde, culminando em qualidade assistencial para os pacientes e comunidade em geral.

Pedrosa e Polejack (2016) investigaram os significados do cuidado para profissionais e usuários de um serviço de Oncologia de Fortaleza, CE. Concluíram que o significado de cuidado é vinculado à vida, à proteção, à atenção, ao carinho, à qualidade de vida, à relação com o outro e com nós mesmos, algo que todos precisarão em algum momento da vida e que deve ser realizado da melhor maneira possível, de modo holístico. Ressalvam, ainda, a necessidade desde a graduação para discutir sobre as formas de cuidar do outro e a prática do próprio cuidado, pois são fatores que interagem e que, se negligenciados, podem gerar adoecimento.

Na busca de práticas diferenciadas de saúde, a proposta de ler textos de diferentes formatos não é novidade para alguns hospitais, inclusive em nosso município. Inspirados pela leitura em ambientes adversos, Moreira e Rettenmaier (2013) pesquisaram as experiências leitoras de vinte pacientes oncológicos adultos hospitalizados em Passo Fundo, RS, com o objetivo de identificar se liam e o que liam durante o período de internação. A hipótese dos autores foi que a leitura pudesse promover a busca de “outras realidades, outras culturas e formas de ver o mundo” ou traduzir exatamente o que o paciente estava sentindo, como o medo da morte e a solidão. Os resultados encontrados revelaram a importância da leitura no ambiente hospitalar e a necessidade de “criação de espaços nos quais os livros, da mesma forma que o próprio tratamento, fizessem parte da vida dos pacientes”. Os autores ressaltaram:

Não basta saber que materiais para leitura estão à disposição: é preciso encontrar a porta que lhes dê acesso. Para isso, também são necessários os mediadores de leitura, leitores proficientes, capazes de contagiar e de estimular outras pessoas à leitura (2013, p. 7).

No ambiente hospitalar, Ceribelli e colaboradores (2009) constataram que a mediação de leitura facilita os diálogos e o relacionamento, amplia o processo diagnóstico e terapêutico e valoriza o processo de desenvolvimento de crianças hospitalizadas, familiares e equipe de saúde.

No estudo qualitativo realizado por Giacomoni (2010), delimitado a cinco instituições hospitalares integrantes do projeto “Biblioteca Viva em Hospitais”, constatou-se que mesmo que a leitura apresente um caráter frutífero, os mediadores contribuem para formação de leitores críticos e, por conseguinte, precisam ser devidamente preparados. Dos 16 mediadores de leitura inquiridos, em alguns, verificaram-se lacunas relativas a sua própria formação leitora e fragilidades quanto aos critérios definidos para as leituras selecionadas e aplicadas.

Braga et al. (2011) constataram o (re)conhecimento das emoções de crianças, por meio da contação de histórias específicas para a saúde. Foi uma experiência realizada por profissionais da Enfermagem na qual se verificou que histórias infantis, elaboradas com base em possíveis vivências cotidianas das crianças, assumem o papel de educar em saúde, assim como de promover a saúde mental.

As experiências na Pediatria são frequentes. Garcia e colaboradores (2012) constataram que as “caixas de histórias” são importantes recursos terapêuticos para o enfrentamento do câncer infantil, melhorando a qualidade da internação, trazendo alegria para as crianças, ajudando a combater os efeitos da hospitalização e facilitando a recuperação da criança. Além

disso, a contação de histórias facilita a realização de procedimentos médicos e de Enfermagem e ajuda a equipe de saúde na realização de suas atividades.

Apesar de ser menos frequentes propostas que contemplem outras faixas etárias, Ribeiro (2006) propôs a implantação de um programa de “Biblioterapia” para adolescentes, como coadjuvante de tratamento médico, nas enfermarias de hospitais públicos da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E Melo (2013) relata a experiência de mediação de leitura com idosos asilados em Porto Alegre, RS. Em ambos os casos, a leitura proporcionou bem-estar, motivação, qualidade de vida e inclusão social.

Também constatamos a leitura como prática de saúde quando nos demos conta de que as oficinas de formação de leitores de fotografias promoveram a mediação da leitura em “espaços não escolares”. Elas permitiram, pela leitura de imagens, o desenvolvimento de uma tecnologia leve de cuidado humanizado. Assim, reiteramos que a tônica da nossa pesquisa não são as leituras das fotografias de André François, mas o que os participantes das oficinas trouxeram de seus imaginários a respeito dessas compreensões imagéticas, sem quisermos minimizar um trabalho tão sensível e grandioso. As fotos do livro “Cuidar” exerceram o papel de sensibilizar o olhar para uma comunicação sensível. E a elaboração do texto iconográfico pelos participantes focou a representação de como o sujeito da pesquisa compreendeu, percebeu e significou a oficina, o processo de formação de leitor de imagens no contexto (oncológico) que enfrenta e no qual vive. Ou seja, para as próximas etapas o mais adequado é promover a produção do texto iconográfico no quinto e último encontro.

Desse modo, os textos iconográficos produzidos nas oficinas revelaram, na linguagem artística e autoral, a compreensão dos participantes quanto ao processo de formação de leitura de imagens. E todos se espelharam no cuidado humanizado (tema central da obra de François), a próxima significação medular que identificamos e abordamos.

7.2 O cuidado humanizado

A atenção humanizada na Oncologia é muito relevante e complexa, pois envolve processos clínicos, psicológicos e sociais. Todas as pessoas envolvidas – pacientes, familiares, profissionais – são emocionalmente afetadas, em graus variáveis, pelos impactos da doença e do tratamento. A experiência existencial de adoecer é especialmente penosa, intensa e difícil. É inquestionável a necessidade de atendimento integral ao paciente, a consideração aos seus aspectos e necessidades singulares, assim como a inclusão da família no plano de cuidados.

Tal fato foi evidenciado pelas pessoas que investigamos quando mencionaram a necessidade de ver situações com outro olhar, o olhar humanizado e cuidadoso, como na composição “O quebra-cabeça” (Texto iconográfico 1). Ou na fala “no pensamento do cuidado humanizado a gente já tem que ter isto na cabeça”, sobre a composição “A relação” (Texto iconográfico 6). E na verbalização da autora da composição “Com carinho, com afeto” (Texto iconográfico 11), “sobre poder transformar um pouco a vida de outras pessoas, com pequenas ações”.

O termo "humanização" tem sido aplicado ao esgotamento na área da saúde, sendo compreendido pelos profissionais como um fenômeno complementar e indispensável, no qual valorizam o carinho do cuidado, o reconhecimento das singularidades e a emoção, que se faz presente no tratamento dos sujeitos adoecidos.

A leitura pode ser reparadora e no cenário do cuidado em saúde se aproxima de práticas humanizadas. Pode, ainda, representar uma porta de acesso privilegiada ao mergulho interno, auxiliando na elaboração ou manutenção do sentimento de individualidade, resultando em resiliência e maior capacidade de resistir às adversidades (PETIT, 2013).

As críticas ao modelo biomédico de atenção à saúde, com mecanização das práticas, focalizadas na doença e no negligenciamento do ser humano integral, há tempos tem sido rotulada de “desumana”. Em oposição a essa tendência, desde a década de 80 tem se falado da necessidade de “humanizar” o atendimento sem desconsiderar a complexidade de todos os aspectos envolvidos nesse processo (BRAGANÇA, 2006).

É difícil conceituar humanização devido ao seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Waldow e Borges (2011) descrevem que "humanizar é afirmar o humano na ação, e isso significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral" (p. 416).

Ayres reitera que a problemática relacionada à humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre quem cuida e quem é cuidado ou se detém apenas a rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições. “Trata-se de um projeto existencial de caráter político” (2005, p. 552) e sua execução deve ser ampla, em todos os níveis de atenção e em qualquer espaço que se possa ocorrer encontros entre subjetividades.

Desse modo, além da ênfase para a integralidade da atenção, também deve haver um movimento de reflexão crítica dessas relações, considerando a subjetividade dos indivíduos na ocasião do cuidado. Trata-se de um processo que exige ênfase ampla e coletiva, não apenas do ser cuidado, foco da relação, mas também na preocupação com a estruturação do ambiente e dos profissionais, para que todos usufruam de segurança e conforto. Além disso, envolve ética

e estética, o que pressupõe além da técnica, sensibilidade para que os indivíduos formalizem a consciência com o cuidado (BRAGANÇA, 2006; DESLANDES, 2006; SANTOS et al., 2013; WALDOW, 2011). E sensibilidade foi a palavra-chave em maior destaque no texto iconográfico da estudante de enfermagem intitulado “O quebra-cabeça” (Texto iconográfico 1).

Na busca pela melhoria de atenção à saúde, gestores, profissionais e usuários do SUS vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das ideias e concepções sobre saúde, em particular dos modelos tecno-assistenciais. A busca pela implantação de políticas públicas mais justas tem se destacado pela sua ação criativa, como sujeitos em ação que, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, vêm possibilitando o surgimento de inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS (AYRES, 2007; PINHEIRO, 2009).

Mendes (2011) destaca uma terceira geração de reformas sanitárias no Brasil que se centrará na busca da equidade, na integração dos sistemas de atenção à saúde, na valorização da Atenção Primária à saúde (APS), na introdução da avaliação tecnológica em saúde e da Medicina baseada em evidência e no empoderamento dos cidadãos. E isso se dá pela implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para reverter o modelo de atenção atualmente vigente, caracterizado por uma total fragmentação, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (p.18).

As novas tecnologias propostas têm implicado o repensar dos aspectos mais importantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde, resultando em transformações no cotidiano das pessoas que buscam cuidado de saúde e dos profissionais e gestores que o oferecem como uma das estratégias de consolidação (e não cristalização) da Política Nacional de Humanização. Portanto, promover a formação do leitor e a mediação da leitura nos espaços em que o cuidado em saúde acontece passa a ter um significado real e tangível.

Especial atenção deve ser dada à integração das equipes, buscando-se a passagem da atenção multiprofissional para a abordagem interprofissional, integrada e aberta à incorporação da experiência dos usuários. O objetivo deve ser a superação da fragmentação da atenção, dispersa e segmentada entre as ações das diferentes categorias profissionais que, apesar da elevada qualidade técnica de suas intervenções, produzem dispersão, duplicidade e descontinuidade no processo de tratamento, bem como na comunicação e nos vínculos

estabelecidos com os usuários (BRASIL, 2005a; INCA, 2008; PARADA et al., 2008; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Entendemos ser necessário demarcar algumas diferenças conceituais entre “colaboração”, “práticas colaborativas”, “trabalho interprofissional” e “trabalho em equipe”, termos e expressões concernentes à educação interprofissional em saúde definido pela OMS (2010).

Costa e colaboradores (2018) definem **trabalho em equipe** como o nível mais profundo de trabalho interprofissional. Ocorre quando diferentes profissionais atuam de forma integrada, com elevada interdependência de suas ações, compartilhando uma identidade de equipe. A **colaboração** é entendida como uma forma de trabalho interprofissional mais sutil, em que há menor interdependência e integração das ações entre os diferentes profissionais; é mais flexível, pois não é necessária uma identidade compartilhada de equipe. E a **prática colaborativa** está relacionada com a materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento na importância do usuário, da família e da comunidade na orientação dessas práticas. A prática colaborativa mantém forte relação com a centralidade do usuário, família e comunidade, e suas necessidades, na ordenação da interação que marcam o exercício dessas práticas.

A **colaboração interprofissional** é uma estratégia do trabalho em equipe. Implica o processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomada de decisões compartilhadas para melhor produção do cuidado em saúde. Também repercute no ensino na saúde, ao prenciar para a necessidade de formar profissionais preparados para trabalharem de forma interprofissional frente às demandas de saúde (OMS, 2010).

A partir dessa compreensão, reiteramos a necessidade premente de alterar o modelo de atenção em direção à gestão compartilhada da clínica, pela percepção da necessidade da atenção ao cuidador. A gravidade do adoecimento e a alta complexidade do tratamento dos diversos tipos de câncer, assim como o impacto da experiência tanto para os pacientes e seus familiares como para os profissionais envolvidos, coloca claramente a necessidade de cooperação de saberes e disponibilidades e também a importância de laços solidários entre a equipe e a rede social dos usuários (CAMPOS; AMARAL, 2007; PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Logo, também é necessário contrapor a humanização voltada à equipe de saúde. Quadros e colaboradores (2016) constataram a necessidade de uma atenção eficaz voltada ao

profissional de saúde. Campos (2007) enfatiza que o cuidador²³ também precisa ser cuidado, facilitando seu desempenho e, de algum modo, compartilhando seu fazer na equipe de saúde.

Diante desse cenário, também percebemos que uma das características do mundo atual é sua crescente velocidade, que acentua a sensação de vulnerabilidade e instabilidade, dificultando o pensar. Fato revelado pelos sujeitos da pesquisa quando se referem à importância de ler como uma possibilidade de caminho, de nova compreensão das práticas de saúde e da consciência necessária a diferentes fazeres na Oncologia. Práticas que venham na contramão do cuidado “mecanizado”, de elevada qualidade técnica indubitavelmente, porém, empobrecido de sensações e sentimentos no ato de aprender a cuidar, que abordamos a seguir.

7.2.1 Sensações e sentimentos no ato de aprender a cuidar

A recorrência semântica de sensações e sentimentos foi observada em todas as entrevistas iconográficas, seja no contexto da formação profissional (aprendizado) ou das práticas assistenciais (cuidado em saúde).

Tal fato nos deu pistas para a leitura da imagem e de outros elementos intersemióticos alicerçada na concepção de pós-modernidade proposta por Maffesoli (2003, 2005, 2009). Esse autor trata sobre o reencantamento do mundo como uma nova forma de vivência e que “num só instante, todas as eternidades podem se expressar”.

Um conceito de pós-modernidade que acentua a concepção cíclica do tempo, que faz ressurgir a necessidade antropológica ancorada na convicção de que a vida sempre recomeça. Logo, o sujeito não domina mais seu universo do mesmo modo que o social, o racional e o mecânico, os quais não são mais tidos como valores hegemônicos (MAFFESOLI, 2009).

Nesta mesma lógica, Morin (2003) afirma que o ser humano é complexo e que, por isso, traz em si polaridades e características antagônicas, sendo que o saber racional-empírico-técnico jamais anulou o conhecimento simbólico, mítico, mágico ou poético. Eis o paradigma da complexidade que se harmoniza conceitualmente com a compreensão de Maffesoli:

É preciso compreender que o racionalismo, em sua pretensão científica, é particularmente inapto para perceber, ainda mais apreender, o aspecto denso, imagético, simbólico, da experiência vivida. A abstração não entra em jogo, quando o que prevalece é o fervilhar de um novo nascimento. É preciso, imediatamente, mobilizar todas as capacidades que estão em poder do intelecto humano, inclusive as da sensibilidade. (2005, p. 27).

²³ De acordo com Campos (2007), o cuidador é aquele que viabiliza uma atenção voltada à comunidade e aos pacientes.

Essa talvez seja a margem (in)segura para tratar de sentimentos no ambiente acadêmico, pautado muitas vezes na lógica cartesiana e racionalista. Acreditamos também que esses aspectos afetivos vieram à tona no processo de formação do leitor, que propiciou o despertar da sensibilidade e capacidade de expressão de cada participante de uma forma não usual.

A leitura de fotografia proporcionada pelas oficinas despertou a sensibilidade dos participantes, especialmente reconhecida nos textos iconográficos que apresentaram como símbolo as mãos, conforme apresentamos na seção dessa discussão que tratou da importância da imagem como possibilidade de expressão do imaginário sensível. Também retomamos a conexão com o mito de Quirão, que trata do arquétipo do curador ferido e de sua situação paradigmática: o centauro imortal ensina Medicina, mas é incapaz de curar-se. Sendo imortal, deve carregar essa dor para sempre.

De certo modo, à luz da antropologia do imaginário, Durand (1996) buscou compreender esse conflito por meio do processo de comunicação das imagens do inconsciente expressadas no texto visual. Verificou que as civilizações orientais jamais fragmentaram ou separaram as informações, enquanto no Ocidente o valor das imagens favorecia a racionalidade.

Para Maffesoli (2005), é essa racionalidade que classifica, que quer que tudo entre numa categoria explicativa e totalizante. Que se debate, perde espaço, posto que foi insensível frente à força de seu contrário, como uma espécie de autismo, que “a onipotência é sintoma de impotência” (p. 33).

A racionalidade que às vezes traz insegurança aos nossos “caminhantes”:

A perspectiva do trajeto dá uma ideia de uma longa jornada [...] Sem termos perspectivas alguma sobre o possível futuro do trajeto dos dois nessa caminhada. O que, curiosamente, é nossa vida também. Uma longa percepção de passado, uma curta noção do presente, e uma grande incógnita sobre nosso futuro. Texto descritivo da composição ‘As correntes da vida’.

Em muitos momentos talvez eu me sinta perdida, assim como no labirinto, mas me mantenho focada que ao completá-lo sentirei algo muito recompensador. Texto descritivo da composição “Labirinto”.

Ao final de um dia exaustivo de trabalho, não posso desfrutar do aconchego que a casa da mãe oferece e por vezes também me sinto ‘sozinha no meio da mata’. Texto descritivo da composição “Sozinha no meio da mata”.

Para Durand (1993), não há ruptura entre o racional e o imaginário. O racionalismo é considerado uma estrutura polarizante particular dentre muitas outras no campo das imagens,

pressupondo os princípios da subjetivação, singularização e similitude (ou princípio da correspondência).

Outro aspecto interessante da humanização na saúde e do ato de aprender a cuidar é a importância de dar atenção às equipes de saúde, visto que elas, muitas vezes, quando empenhadas no cuidado dos pacientes, esquecem, ou não têm disponibilidade interna para olhar-se. Nessa ótica, Colford e Mcphee alertam sobre como indivíduos, já com alguma predisposição ao adoecimento e expostos a um ambiente insalubre (como são os hospitais), têm grandes chances de desenvolver psicopatologias (PESSINI, 2004).

Não só no ambiente hospitalar, mas também nas equipes que atuam na atenção primária (APS), os trabalhadores vivenciam em suas rotinas laborais diferentes e complexas demandas psíquicas e físicas. Pois, nesses serviços, os profissionais têm contato diário com a realidade das comunidades carentes, muitas vezes, em vários aspectos, o que pode afetar-lhes física e emocionalmente. Ou seja, o trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) é desenvolvido em um ambiente com diversos fatores de risco ocupacional, podendo gerar danos à saúde dos trabalhadores e afetar a qualidade do serviço prestado (TRINDADE et al., 2010).

Ávila et al. (2016) complementam:

Muitas vezes, a saúde dos trabalhadores da saúde é esquecida pelos gestores e pelos próprios profissionais, que evitam se afastar do trabalho para evitar a perda salarial ou por terem o sentimento de que não podem ficar doentes por serem responsáveis pela saúde dos outros (p.190).

O adoecer precisa, portanto, ser ressignificado, tanto para os profissionais como para as pessoas cuidadas, bem como os modos como atuamos na área da saúde.

Na formação acadêmica torna-se imprescindível desenvolver estratégias e tecnologias capazes de promover saúde, qualidade de vida e cuidado humanizado, apesar da doença, mesmo que essas práticas e habilidades ainda sejam realidades incipientes, seja na graduação, na pós-graduação ou, ainda, em outros espaços de educação permanente.

A educação permanente em saúde é caracterizada como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Alicerça-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, pois é entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É desencadeada a partir dos problemas enfrentados na realidade, pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. (BRASIL, 2007).

Assim, entendemos que as sensações e os sentimentos, enquanto demandas da contemporaneidade, afetam a formação profissional, o desenvolvimento do trabalho e o cuidar humanizado à luz do princípio da integralidade na saúde, com intuito de transformar as práticas profissionais e organização do trabalho.

Ao refletir sobre crise que acomete a vida moderna, Duarte Junior (2001) nos alerta para nossa anestesia diante de fatos cotidianos que estão se perdendo ou sendo deixados em segundo plano. Acrescenta que a crise pode gerar uma alteração de rumo em nossas vidas, uma possibilidade de mudança. Nesse aspecto, propõe que reflitamos sobre a segregação corpo e mente, fato que, em sua opinião, contribui para a crise da modernidade

Pelos diferentes relatos dos sujeitos da pesquisa, acreditamos que a formação de leitor permitiu vivências que podem impactar nas percepções e nos questionamentos sobre qual cuidador eles desejam ser, especialmente em situações adversas como as presentes na Oncologia.

Abriu brechas para trazer a sensibilidade no processo aprender a cuidar. E, frente a essa conjuntura, torna-se interessante o termo “sentipensar” proposto por De LaTorre²⁴:

Sentipensar é o processo mediante o qual colocamos para trabalhar conjuntamente o pensamento e o sentimento [...] é a fusão de duas formas de interpretar a realidade, a partir da reflexão e do impacto emocional, até convergir num mesmo ato de conhecimento a ação de sentir e pensar (LA TORRE, 2001, p. 1).

Trata-se de uma fusão de vários verbos: “sentir-pensar”, persistir, interagir, atuar, comunicar. E não são duas polaridades, dois extremos, como Durand sempre alertou em sua teoria. Mas a complementariedade entre o âmbito afetivo e emocional e o âmbito cognitivo. Uma realidade complexa retratada por uma concepção holística e integradora da realidade, na qual o biológico, o psicológico e o sociocultural representam dimensões parciais.

Com o olhar voltado à rede pública de saúde, muitas vezes tomados como paradigma do mau trato, que é, portanto, lugar inóspito à condição e dignidade humana, oferecer uma assistência de qualidade vai além de buscar a precisão dos exames e diagnósticos e da excelência técnica. Andrade faz uma provocação pertinente: “a questão é se temos a capacidade de oferecer também um rosto vivo capaz de espelhar a singularidade e reconhecer a precariedade (humana) com que cada paciente se apresenta, responsabilizando-nos por ele” (2017, p. 1).

²⁴ Saturnino De La Torre é professor Doutor em Filosofia e Letras pela Universidade de Barcelona.

O imaginário norteia as ações de todos os seres humanos, evidenciando representações, crenças e sentimentos que trazem à tona diferentes maneiras como as pessoas apreendem o mundo e a si mesmos. Ao que Oliveira (2011) alerta:

Enquanto estamos inseridos numa ótica que privilegia o progresso, o poder e a dominação, precisamos observar o que podem nos ensinar os pacientes, abrindo caminhos para a compreensão da doença e dos aspectos de saúde diante da diversidade (p. 351).

Em situações de doença, ocorre um processo subjetivo diante de sensações corporais, desencadeando uma trama de significados. A determinação das estruturas do imaginário permite a definição do trajeto antropológico, o qual evidencia a dinâmica organizadora característica dos grupos de pacientes e cuidadores. De acordo com Durand (2012), são três os direcionamentos passíveis de serem encontrados: as estruturas heroica, mística e sintética.

O heroico, pertencente ao regime diurno, vislumbra a doença como uma batalha, uma luta, como na composição “Labirinto” da psicóloga C. M. O cuidado oncológico proporcionado aos pacientes, tido como uma “missão”, remete à estrutura heroica (ou esquizomórfica), na qual se encontra a simbologia da queda, das trevas, da passagem do tempo, da animalidade, da ascensão, da divisão e do espetacular. A estrutura heroica revela a angústia inquietante defronte ao tempo e a morte.

A estrutura sintética, ligada ao regime crepuscular, concilia o sujeito com o mundo, tal como os textos iconográficos “As correntes da vida”, “Lua e Sol”, “O que realmente importa” e “Sozinha no meio da mata”. Está relacionada à simbologia do ciclo, à dominação do tempo, ao eterno. Nesse regime, a morte não é um fim; é renovação, renascimento, tal como a simbologia da flor da vida, imagem de identidade visual do Instituto do Câncer do Hospital São Vicente de Paulo e da nossa mandala. Diante dessa estrutura sintética, que é dialógica e conciliadora, ocorre uma tendência para aceitação da doença e do papel profissional, considerados parte integrante do aspecto natural da vida.

Os estudantes e profissionais também anseiam por sentir-se protegidos, tranquilos e por renovar-se. Fato que constatamos pela presença de alguns elementos nos textos iconográficos pertencentes ao regime crepuscular: a árvore, que guarda dentro de si a semente que dará origem a outra árvore, num processo cíclico; o sol, que aquece e dá esperança; e o fogo (da vela), que purifica.

Os elementos que simbolizam o refúgio, como as mãos e a figura materna (presente em sete composições), pertencem ao regime noturno, remetendo à intimidade e à proteção e focando para a necessidade do abrigo, do repouso confortante para os profissionais.

Ao refletirmos sobre o significado semântico das sensações e dos sentimentos no ato de aprender a cuidar, percebemos que todos os participantes puderam projetar seus conflitos no texto visual. Silveira (1992) argumenta que representar em imagens as experiências internas que causam transtornos ao indivíduo permite despotencializar essas vivências perturbadoras.

Também percebemos que os universos simbólicos dos dois grupos estudados se relacionaram predominantemente a aspectos positivos. Do mesmo modo que ocorreu na investigação de Oliveira (2011), na qual constatou o universo positivo na subjetividade dos indivíduos ampliando “as possibilidades do desejo de vir a ser” (p. 355).

Frente a essa compreensão, deduzimos o quão necessário é desenvolver o acolhimento e a formação de vínculos, melhorando o acesso aos serviços necessários (para além do setor saúde), prevendo a intersetorialidade, em instalações adequadas, com fluxos gerenciais ágeis, que não se sobreponha ao sofrimento humano (ANDRADE, 2017; AYRES, 2007; BRAGANÇA, 2006; QUADROS et al., 2016).

As singularidades do câncer enquanto DCNT evocam as dimensões multifacetadas com as quais os profissionais da saúde estão comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Isso ocorre especialmente no Brasil, com tamanhas desigualdades socioeconômicas, em que o acesso aos serviços e aos bens de saúde permanece com graves lacunas. Desse modo, a integralidade e a equidade²⁵ do cuidado na Oncologia, bem como as práticas humanizadas, tornam-se extremamente necessárias.

Aproximando-se da nossa proposta, Emanuelle Ribeiro de Oliveira, orientada pela professora Danielle Perin Rocha Pitta, realizou um estudo do imaginário com pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Sua intenção foi compreender as dimensões culturais implicadas na elaboração do significado da doença e do tratamento pela ótica dos pacientes e dos profissionais envolvidos, a partir da aplicação do Arquétipo Teste com nove elementos (AT-9), elaborado por Yves Durand.

²⁵ Equidade é a igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. Implica implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais (BRASIL, 2009).

A análise actancial do universo simbólico dos pacientes revelou que a angústia enfrentada por eles pode ser reduzida aos adjuvantes predominantes: a busca por uma tranquilidade repousante do refúgio protetor associado a outros elementos que lhes conferem bem-estar. A esse mesmo refúgio se associa a espada gladiadora, como estratégia de resposta e defesa na solução dos conflitos causados pelo adoecimento (OLIVEIRA, 2011). Ou seja, o paciente se reconhece como protagonista da sua própria história, um sujeito ativo e capaz de buscar alternativas para suas angústias, posto que necessita estar em paz, no conforto do repouso e da tranquilidade.

Identificamo-nos com os resultados da autora à medida que trouxemos à tona a necessidade dos profissionais de saúde relacionar-se também de forma afetiva com as pessoas cuidadas e seu entorno. E isso se revela como condição fundamental ao desenvolvimento do modelo de atenção à saúde praticado no SUS, seja nas condições agudas ou crônicas.

Para Oliveira (2011), a mitocrítica revelou um aspecto da doença como impureza, especialmente nesse tipo de câncer que geralmente mutila a face e modifica o rosto dos pacientes, a forma pela qual eles se apresentam para o mundo. A análise actancial revelou que os pacientes desejam ser reconhecidos como protagonistas, vindo à tona a necessidade da humanização e de uma relação médico-paciente focada na atenção e na pessoa sob cuidado. A pesquisadora afirma:

O paciente deseja ser um foco de atenção e cuidados. Não mais um número, nem apenas um nome, mas um ser dotado de atributos. Ele é especial. Ele quer ser reconhecido como distinto dos demais, não apenas mais um. Ele anseia por ser atendido, dentro da relação profissional de saúde, de forma personalizada. É isso que o paciente quer (OLIVEIRA, 2011, p. 359).

As situações que comprometem a saúde das pessoas, como a relatada por Oliveira (2011), geralmente requerem estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, o ato de ler pode representar uma válvula de escape na luta contra os problemas cotidianos e, até mesmo, uma nova forma de ver o mundo.

Por meio da leitura, o sujeito pode sair do lugar e da condição em que se encontra, independentemente de outras pessoas, podendo posicionar-se de forma diferente frente às situações, com outras possibilidades (PÈTIT, 2008).

Afirmam Krug e Silva (2018) que as práticas de leitura mudam conforme os tempos e as razões de ler e remete o leitor a “objetos, pessoas e estados de haveres do universo identificados como relevantes e atuais”, esclarecendo:

Relevante, pois seu sentido repercute sobre o mundo ansioso por discursos indispensáveis e inovadores, independente da época que se apresentar. Atual, uma vez que demonstra sentido a qualquer momento ou tempo de sua realização, transportando conhecimento de maneira urgente sobre eras que incidem em vidas audientes (p. 1).

E na mudança dos tempos surge o incremento da complexidade das necessidades de saúde, requisitando profissionais preparados para trabalhar colaborativamente em equipes comprometidas com o cuidado à saúde. A prática interprofissional colaborativa refere-se à articulação entre equipes de diferentes serviços da rede de atenção, tendência da organização do cuidado em saúde com novas práticas clínicas que promovam a integração das ações e estabelecimento de redes de cuidado entre a atenção primária, secundária e terciária. Trata-se de uma característica das equipes integradas, cujos atributos são: respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; ZWAREBSTEIN et al., 2009).

A EIP pode contribuir para a formação em prol do trabalho colaborativo em equipe, bem como intequipes e em rede de serviços, mas, para tanto, são necessárias mudanças concernentes à comunicação, à socialização dos papéis profissionais e ao processo de trabalho em saúde. O aprendizado interprofissional requer o desenvolvimento de uma relação interdependente e interativa, com parceria entre equipes, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisão compartilhada sobre as necessidades de saúde (D'AMOUR et al., 2008; SILVA et al., 2015; ZWAREBSTEIN et al., 2009).

Em nosso entendimento, a aprendizagem interprofissional para o trabalho em equipe e as práticas colaborativas deve ser balizada também pelas sensações e pelos sentimentos no ato de aprender a cuidar emanadas neste estudo. Corroborando com Maffesoli, “não é mais o indivíduo isolado que importa, mas sim a pessoa integrada em um corpo social que, ao mesmo tempo, conforta e ultrapassa” (2005, p.185).

Na atualidade, é possível que esse caráter mais técnico, racional e pragmático que dá o tom das práticas profissionais em saúde, considere incipiente a existência como uma constante participação mística, na qual o interior e exterior, o visível e invisível, o material e o imaterial entrem numa sinfonia harmoniosa (MAFFESOLI, 2005, p. 30).

A sociedade pós-moderna desafia as equipes de saúde a ressignificar suas práticas e a promover um cuidado integral, alcançando a profundidade das maneiras de ser e dos modos de vida. E, assim, entendemos que a formação de leitores pode ser um caminho, dentre tantos, para

aprender a lidar com o sofrimento, de si e do outro, pergunta que nos fizemos na seção subsequente.

7.2.2 É possível aprender a lidar com o sofrimento?

A dor oncológica pode levar ao sofrimento pelos sintomas físicos que ocasiona, além da diminuição da funcionalidade, perda ou afastamento do trabalho, isolamento social, medo, tristeza, raiva, ansiedade, depressão e incertezas a que os pacientes estão expostos.

O conceito mais referido pela literatura sobre dor é o da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), isto é, a dor como uma sensação desagradável, subjetiva, relacionada a uma lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006). Desse modo, a dor é reconhecida por constituir-se de forma multidimensional, envolvendo variáveis fisiológicas, cognitivas e comportamentais.

A natureza multidimensional da dor, em Oncologia, é também referida através do conceito de “dor total”, proposto por Saunders, em 1967 (GUIMARÃES, 1999). Nessa proposição, admite-se que uma pessoa sofre pelas consequências emocionais, sociais e espirituais da exposição à experiência de dor. O conceito de dor total inclui a consideração de: aspectos físicos – danos teciduais, progressão da doença e/ou reação à radioterapia; aspectos psicológicos – mudança de humor, afeto, disposição geral, apatia, entre outros; aspectos sociais – convivência prejudicada com a família e outras pessoas relevantes, isolamento social e desmotivação geral; e aspectos espirituais – variações na relação dos indivíduos com suas crenças, seus princípios e valores, questionamentos quanto à fé e ao sentido da vida, sentimentos de desamparo e desesperança.

É habitual para pacientes oncológicos a ocorrência da dor crônica, definida como toda aquela com duração superior a seis meses, persistente ou intermitente (BREEN, 2002).

Mais do que um sintoma, a dor pode representar a doença em si. Um evento orgânico subjetivo, difícil de aferir e o seu controle é um dos objetivos do tratamento das doenças neoplásicas. Conforme a Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle da dor e o alívio do sofrimento são responsabilidade e compromisso dos profissionais da saúde (BRASIL, 2005).

Defrontar-se com o sofrimento do outro não é tarefa fácil, principalmente quando está acompanhado da dor, da insegurança, da depressão e do receio trazidos por um diagnóstico de câncer, que impacta na rotina do paciente e de sua família. Nesse sentido, entendemos que o papel da equipe de saúde deve estar relacionado minimamente à escuta sensível.

Nesta pesquisa, buscamos promover a escuta sensível alicerçada pela empatia, por sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para, então, poder compreender suas atitudes, seus comportamentos, valores de símbolos e de mitos.

Segundo Barbier (2002), para promover a escuta sensível nos espaços de saúde assistencial, os profissionais necessitam receber uma formação específica, abrangendo o sair do "eu sei" absoluto para reconhecer o "eu não sei" relativo, em particular a tudo que concerne à vida afetiva e imaginária de si mesmo e do outro.

Em nosso entendimento, essa formação também necessita dedicar-se a escutar o doente sem intencionalidade e portar sempre a “palavra certa”, evitando tratar o paciente como criança. Deve esquivar-se do esquecimento da influência da família sobre o estado de espírito do paciente, sem desconsiderar sua cultura. Ao portar-se frente aos demais membros da equipe de saúde, este profissional precisa comunicar-se de forma respeitosa e efetiva, buscando a cooperação interprofissional. Por conseguinte, a dor e o sofrimento dos pacientes, bem como de seus familiares e cuidadores, deve ser uma das práticas prioritárias no processo saúde-doença.

A Sociedade Americana de Dor descreve a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. O monitoramento desse sinal vital faz com que a resposta dolorosa seja reconhecida não só como um sintoma, mas como um sinal de alarme que demanda um padrão de cuidado diferenciado, e o cuidado, por sua vez, funciona como um indicador de excelência na qualidade da assistência oncológica (CAMPBELL; CLAUW; KEEFE, 2003).

Com o propósito de dar visibilidade e resolubilidade ao suporte terapêutico doloroso necessário no cuidado do paciente oncológico, a Portaria do Ministério da Saúde nº. 19 de 03/01/2002 instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Essa política prevê a assistência adequada aos pacientes, considerando os aspectos humanitários envolvidos. Além disso, resulta em: racionalização do uso de medicamentos e de buscas aos serviços de saúde; melhor utilização dos recursos diagnósticos e de tratamento disponíveis; redução das incapacidades e do absenteísmo decorrentes da dor; e racionalização na utilização dos recursos públicos envolvidos na assistência à saúde e dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas decorrentes da abordagem inadequada dos pacientes com dor. Também torna obrigatório o registro sistemático da dor e sua intensidade nos serviços de saúde.

O controle da dor é essencial para a assistência integral ao paciente. É comum que os pacientes com câncer que vão a óbito sofram com dor moderada ou intensa. A dor do câncer é menos frequente nas fases iniciais da doença e é observada em 20% a 50% dos casos no diagnóstico e em 70% a 90% dos indivíduos com doença avançada. Costuma ser intensa em 25% a 30% dos doentes e geralmente se manifesta em mais de um local (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA DOR, 2019).

Como a dor geralmente leva ao sofrimento, ela deve ser reconhecida, monitorada, documentada e tratada em todas as fases da doença (CARLSON et al., 2012; WALLER et al., 2013).

Para aferir a dor, podem ser utilizadas escalas para avaliação da condição aguda, tais como a escala numérica (0 a 10), a escala analógica visual, a escala de descritores verbais (sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e dor insuportável) e o diagrama corporal. Como todo instrumento de avaliação, essas escalas apresentam limitações e priorizam a avaliação da intensidade dolorosa (unidimensional), o que na prática hospitalar é o aspecto mais aferido e que, muitas vezes, determinará o tratamento analgésico (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Na Oncologia, bem como nas doenças crônicas de um modo geral, a família também sofre. Albuquerque e Pimenta (2014) ouviram 140 familiares responsáveis pelo cuidado de pacientes com câncer e identificaram que 72,9% sofriam pelas preocupações (80,4%), pelo nervosismo (78,4%), pela tristeza (74,5%), dor (67,6%), fadiga (67,6%) e pelos problemas com alimentação (57,8%) de seus familiares adoecidos.

O que não é tão diferente da forma como os profissionais de saúde se sentem. O sofrimento psicológico que a atenção aos pacientes com câncer e demais doentes graves pode suscitar nos profissionais de saúde são semelhantes aos dos pacientes e familiares afetados por essa doença. Abrange a negação, a raiva, a culpa, o pensamento mágico e os sintomas depressivos, além de sentirem a impotência imposta pelos limites dos recursos pessoais, científicos e assistenciais, podendo levá-los ao isolamento e a padecer em silêncio (SILVA, 2009).

O mundo prefere pessoas felizes que não sofrem ou morrem e, assim, não força os outros a enfrentar sua própria mortalidade. Os sentimentos dos profissionais de saúde diante das adversidades do câncer são muito semelhantes às dos pacientes e seus familiares. Evidenciamos isso nos textos iconográficos, bem como na verbalização que os sujeitos investigados fizeram deles e pelos núcleos semânticos predominantes – ferimentos, dor, sofrimento, angústias e incertezas.

Amir e Kalemkerian (2003) discorrem sobre a probabilidade de que as principais motivações por trás dos comportamentos de distanciamento dos profissionais frente às situações dolorosas sejam decorrentes da dificuldade em lidar com a própria mortalidade. Além disso, as interações emocionais íntimas com os doentes podem perturbar suas frágeis defesas, e o afastamento em relação a elas pode ser uma estratégia menos difícil de lidar no momento da morte do paciente. Frequentemente, a melhor estratégia para lidar com emoções de pacientes com câncer é apenas estar lá, em silêncio, com uma atitude apoiadora. Palavras breves, como “há qualquer coisa que eu possa fazer? ”, ou apenas um simples toque físico pode diminuir a sensação de isolamento e reconfortar.

E, nesse cenário, a formação de leitores pode auxiliar na forma como os profissionais de saúde lidam com sua “interioridade”, como afirma Petit (2008), pois a leitura representa um auxílio na elaboração do mundo interior e, de forma interligada, sua relação com o mundo exterior. Ainda, compreendemos que a “mecanização” e a frieza dos trabalhadores da saúde perante o sofrimento podem causar descontentamento e levar a uma sensação de asfixia. Nesse sentido, a autora afirma:

Acredito que o sentimento de asfixia que uma pessoa pode experimentar se dá quando ela sente que tudo está imóvel, que tudo ao seu redor está petrificado. Se realmente for uma pessoa que estiver fraca, numa situação que a impeça de se mover, é desesperador. É como um passarinho preso numa gaiola, esquecido em algum lugar e que morre ali dentro (p. 31).

Refletindo sobre esse sofrimento congelante, retomamos a perspectiva da formação em saúde e do quanto o aprendizado sobre dor e analgesia, cuidados paliativos e morte nas instituições de ensino, infelizmente, ocorrem de forma inconstante e reduzida. Na formação raramente é contemplada a temática da morte, sobre como é morrer ou como cuidar de uma pessoa com doença grave e incurável.

Em geral, os profissionais graduados não utilizam esse conhecimento na prática diária, o que torna a implantação de um programa de manejo da dor de extremo valor, melhorando a assistência e a qualificação dos profissionais, além de tratar o paciente de forma mais humanizada (CALIL; PIMENTA, 2005; GARCIA, 2006; NASCIMENTO; KRELING, 2011; SEREZA; DELLAROZA, 2003). Humanização necessária e destacada em vários momentos pelos sujeitos que investigamos e geralmente associadas à categoria “A taça”, que, na teoria do imaginário representa o regime noturno. Entretanto, também se refere ao regime crepuscular de imagens, que agrega opostos e os harmoniza, resultando em um microuniverso de estrutura sintética sincrônica (DURAND, 2012).

Lima et al. (2005) argumentam que assistir uma pessoa com dor envolve, tanto do ponto de vista do cuidador como do “ser” cuidado, atenção para aspectos culturais, afetivos, emocionais, educacionais, psicológicos, ambientais, religiosos e cognitivos que podem tornar o processo mais ou menos árduo.

Com base nessa realidade, o ensino da dor e dos demais aspectos relacionados a esse fenômeno deveria ser uma prática comum nos cursos de graduação na área da saúde. No entanto, o desconhecimento sobre essas temáticas constitui-se em um dos principais entraves para sua adequada avaliação e adequados tratamento e controle algico (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012), haja vista que trabalhar com pacientes oncológicos é envolver-se com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal, visando ao atendimento integral do paciente para diminuir o sofrimento inerente ao processo da doença (COSTA NAKAMOTO; ZENI, 2009).

Assim, no desenvolvimento desta pesquisa nos questionamos se é possível que os profissionais da saúde aprendam a lidar com o sofrimento do outro e de si mesmo. Afinal, essas angústias e esses sentimentos emergiram dos depoimentos de nossos entrevistados:

Trouxe as correntes (como se fossem de metal) para simbolizar os fardos que carregamos. (H. M. P., estudante de Medicina).

Ao final de um dia exaustivo de trabalho [...] também me sinto sozinha. (B. D. C., farmacêutica).

Logo, aprender a reconhecer os limites da profissão, identificar seus sentimentos e sofrimentos, pode e deve ser ensinado desde a graduação. E temos a convicção de que, se for por meio da educação interprofissional, certamente serão aprendizagens significativas.

Esses limites parecem ser infinitos quando se trata especialmente do médico. Arantes afirma (2019) que o médico foi treinado sob a ilusão de ter poder sobre a morte e está condenado a sentir-se fracassado quando não a detém. Um falso heroísmo, aliado ao imaginário de que seu jaleco branco pode ser uma capa de herói, mas que falha e cai quando não tem a capacidade de olhar nos olhos das pessoas cuidadas e de seus familiares. E isso o impede de reconhecer a importância do sofrimento envolvido em cada história de vida, respeitando suas singularidades com compaixão, o que jamais poderá acontecer no espaço virtual do automatismo.

Em relação aos heróis, enquanto personificação dos ideais de uma sociedade, também é o bastião dos conceitos que esperam ser passados às próximas gerações e o transmissor das crenças compartilhadas pela sociedade. Segundo Campbell (2007), o herói do conto de fadas

obtem um triunfo microc6smico, dom6stico, e o her6i do mito, um triunfo macroc6smico, hist6rico-universais.

No entendimento de Durand (2012), a humanidade projeta no her6i seus anseios coletivos e suscita nas prova6es que ele enfrenta seus temores e falhas. Assim, a narrativa em torno dos her6is se transforma numa grande met6fora e 6 dessa forma que o imagin6rio opera. “6 esse sentido das met6foras, esse grande semantismo do imagin6rio, que 6 a matriz original a partir da qual todo o pensamento racionalizado e o seu cortejo semiol6gico se desenvolvem” (DURAND, 2012, p. 31). Ao que tamb6m nos remete 6 contradi6o de Quir6o, que curava a todos, ensinava o of6cio da Medicina aos seus disc6pulos, mas n6o foi capaz de curar-se.

Ou seja, para isso 6 imprescind6vel que os profissionais de sa6de aprendam a lidar com o sofrimento, de si e do outro. Nesse enfrentamento do sofrimento, 6 interessante a rela6o que Arantes (2019) estabelece entre empatia e compaix6o como compet6ncias necess6rias para os profissionais de sa6de:

A empatia tem seu perigo; a compaix6o, n6o. Compaix6o vai al6m da capacidade de se colocar no lugar do outro: ela nos permite compreender o sofrimento do outro sem que sejamos contaminados por ele. [...] Se voc6 tem capacidade de se colocar no lugar do outro, por6m desconhece sua autonomia, corre o risco de entrar no lugar dele e nunca mais voltar para o seu (p. 54).

Ou seja, a empatia permite que nos coloquemos no lugar do outro e sintamos sua dor, seu sofrimento, enquanto a compaix6o nos leva a compreender o sofrimento do outro e tentar transform6-lo. No cuidado em sa6de contempor6neo, apenas a empatia n6o 6 suficiente, precisamos ir al6m, ser capazes de compreender a dor e transformar o sofrimento em algo que fa6a sentido. Uma possibilidade de enfrentamento da dor e do sofrimento dos pacientes com c6ncer 6 o desenvolvimento da religiosidade e da espiritualidade. Torna-se fundamental que a equipe da sa6de reconhe6a esse fato e o contemple no manejo dos pacientes.

A Medicina moderna encontra-se em fase de transi6o e est6 6 procura de novas fronteiras e caminhos para a evolu6o do conhecimento (PERES et al., 2007). Seu direcionamento cient6fico aponta as 6reas da Biologia Molecular, Gen6tica, Farmacoterapia e Acupuntura, mas tamb6m h6 reconhecida tend6ncia para o estudo da espiritualidade. Peri6dicos de elevado impacto cient6fico abrem espa6o para artigos relacionados a esse tema, tais como *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal*, *American Journal of Psychiatry*, *JAMA*, entre outros (KOENIG et al., 2004).

N6o temos a pretens6o de discutir quest6es religiosas, por6m buscamos entender como o paciente compreende seu processo de adoecimento e de que modo enfrenta o c6ncer. E

concordamos com Zimmermann (2009) quando afirma que o autoconhecimento torna a experiência individual tão significativa, ao ponto de entrelaçar razão e imaginação e produzir uma compreensão coletiva. Ou seja, a Oficina de formação de leitor de fotografia desponta como uma tecnologia leve de cuidado, promotora de saúde, apesar da doença. Uma fresta aberta para o desenvolvimento de práticas integrativas na oncologia.

Outras estratégias de resiliência também têm sido documentadas na Oncologia, como é o caso do *coping*, que, como já mencionamos, trata-se de uma mudança cognitiva e comportamental para manejar demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedente aos recursos do indivíduo. O *coping* centrado na emoção descreve a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo. Sabe-se que há recursos terapêuticos destinados a facilitar o processo de *coping* e, conseqüentemente, reduzir os custos somáticos e psicológicos decorrentes do estresse, sustentados em duas abordagens terapêuticas, a fisiológica e a psicológica. As estratégias fisiológicas compreendem o relaxamento, a meditação, o condicionamento físico (dieta e exercícios). Geralmente causam bem-estar e possibilitam que as pessoas controlem as respostas físicas provenientes da doença. De modo geral, o homem não é um ser passivo frente às contingências da vida. Ele percebe, emite pensamentos e ações para modificar, minimizar ou controlar suas demandas.

Amorim (1999) avaliou o efeito do relaxamento sobre o sistema imunológico de mulheres com câncer de mama e constatou correlação entre atividade das células natural *Killer*, responsáveis pela defesa imunológica contra metástases, com a intervenção proposta, melhorando a forma como essas mulheres enfrentam a doença.

Conseqüentemente, surge a busca por práticas integrativas e complementares, ou definidas pelos leigos como terapias alternativas, para complementar o tratamento oncológico ou, até mesmo, potencializar o controle da dor e do sofrimento nos casos em que as intervenções farmacológicas são insuficientes.

Em nosso entendimento, dispor das práticas integrativas no tratamento oncológico não é circunscrito à terapia adjuvante. Implica abordar e cuidar do ser como um todo, numa perspectiva holística, que o veja e o cuide em todas as suas dimensões e interfaces – orgânica, psicológica, social e espiritual. Inclusive o Ministério da Saúde, desde 2001, divulga dados de estudos que têm demonstrado que a adoção de estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas integradas reduz a dor oncológica em 80 a 90% dos casos.

Segundo o *National Health Interview Survey* (NHIS), um terço dos adultos utiliza algum tipo de prática integrativa em tratamentos de saúde (BARNES et al., 2007).

Os profissionais que indicam ou atuam com alguma dessas terapias tratam das manifestações físicas e bioquímicas, além dos aspectos nutricionais, socioemocionais e espirituais (CORNER et al., 2009).

Os grupos de pacientes oncológicos que mais buscam terapias complementares são crianças e adolescentes (POST-WHITE et al., 2009; SHENG-YU; EISER, 2009), mulheres com câncer de mama (PEREIRA; LIPPI, 2009) e indivíduos em cuidados paliativos (MANSKY; WALLERSTEDT, 2006).

Segundo Barnes et al. (2004), 40% dos sobreviventes de câncer utilizaram algum tipo de estratégia complementar ou alternativa, e 18% utilizaram múltiplas estratégias, sendo as mais prevalentes o uso de ervas ou produtos naturais (20%), a respiração profunda (14%) e a meditação (9%).

Porém, há que se ter cautela na escolha das práticas integrativas mais apropriadas para cada paciente, e os profissionais da saúde precisam alertá-los para não substituírem as intervenções farmacológicas ou outras práticas que tenham comprovação científica em seus tratamentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu políticas específicas que envolvem o cumprimento de normas de segurança, qualidade, acessibilidade e uso racional das terapias complementares, integrando-as às demais abordagens existentes nos sistemas de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Essas diretrizes abordam os tratamentos vigentes para pacientes com câncer, classificando-os em métodos físicos, métodos mecânicos e métodos cognitivos. Os métodos físicos incluem a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) e a manipulação de calor e frio. Os métodos mecânicos são a massagem e as atividades físicas. E os métodos cognitivos abrangem: relaxamento dirigido; imaginação dirigida e respiração profunda; *biofeedback*; grupos educativos; modelação; reforçamento positivo.

Como foge do escopo de nossa pesquisa, não abordamos cada uma das práticas indicadas pela OMS. Entretanto, destacamos algumas das possibilidades de terapêutica complementar citadas pelos participantes das oficinas, como forma de lidar com o sofrimento, que ampliam esse leque de possibilidades (como a leitura de imagens), algumas das quais são PICs reconhecidas pelo Ministério da Saúde e previstas na Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.

De modo geral, para o ser humano é recorrente o *coping* religioso e o enfrentamento das adversidades por meio da espiritualidade, não apenas na Oncologia.

Peres et al. (2007) verificaram que a religiosidade e a espiritualidade se relacionam de forma marcante com a melhora clínica dos pacientes. A atenção ao aspecto da espiritualidade torna-se cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano.

Aspecto que foi mencionado pela nutricionista T. M. quando verbalizou sobre o significado de seu texto iconográfico que apresentava no alto a figura de Jesus, que também demarcava as palavras-chave vida, paz e conforto (Texto iconográfico 3 – A fé).

Em relação à necessidade de conhecer e respeitar a espiritualidade do paciente oncológico, Ribeiro et al. (2018) constataram, por meio de uma revisão narrativa, que espiritualidade e religiosidade foram associadas ao melhor enfrentamento das dificuldades relacionadas ao câncer com menor gravidade de sintomas. Além disso, são estratégias utilizadas como sustentação ao ajudar superar a dor e o sofrimento, que também contribuem para o equilíbrio psíquico, diminuindo o desejo de morte acelerada.

Entretanto, apesar disso, os cuidados espirituais permanecem incipientes no contexto terapêutico, até desacreditados perante a maioria dos profissionais de saúde, embora os pacientes, especialmente no final da vida, gostem que suas necessidades espirituais sejam abordadas como parte do cuidado integral.

Além disso, ter alguém que se importe com nosso sofrimento no fim da vida pode trazer paz e conforto para quem está morrendo e para seus familiares. Desse modo, entendemos que é possível, sim, aprender a lidar com o sofrimento, embora não seja tarefa fácil. E, certamente, o desenvolvimento dessa competência deve iniciar na formação acadêmica desde a graduação.

Acreditamos, tal qual as pessoas investigadas, que essa mudança na forma de “fazer saúde” advém da ressignificação das práticas formativas e assistenciais e depende de um olhar humanizado ampliado, de diferentes perspectivas, que abordamos na próxima seção.

7.3 O olhar de diferentes perspectivas

O câncer é uma doença com concepções criadas historicamente pela sociedade como algo doloroso e incurável. Seu diagnóstico desencadeia reações tanto no âmbito orgânico, como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimento e desorganização psíquica (SILVA, 2005; TAVARES, 2011).

Mas, com todos os recursos tecnológicos disponíveis na atualidade, o desfecho de uma neoplasia não necessariamente é a morte ou uma mutilação de algum órgão. Entretanto, no imaginário coletivo, persiste a imagem da morte associada a essa doença, ou melhor dizendo,

da finitude da vida. Acreditamos que modificar essa concepção pode promover autocuidado, saúde e qualidade de vida apesar da doença. Um olhar humanizado, uma visão ampla, como afirmou uma estudante e uma residente, respectivamente.

A partir das leituras de imagens realizadas pelas pessoas pesquisadas, os diferentes olhares frente às práticas de saúde devem permear o cuidado humanizado à luz da integralidade. Conforme a hermenêutica simbólica, alguns textos iconográficos apresentam como elo os regimes crepuscular e noturno, com a repetição do símbolo das mãos e as descrições fronteiriças:

[A Oficina] me proporcionou em ver as pessoas, ações e atitudes em uma nova perspectiva (W. P. M., estudante de Medicina).

[A Oficina] nos aguçou mais a gente ver outras perspectivas (T. D. A. J., estudante de Medicina).

Me mostrou uma nova perspectiva de percepção de mundo (L. M. A. S., fisioterapeuta).

Percebi que as coisas podem ter várias formas, que diferentes pessoas podem ver as coisas de modo diferente e isso não as faz estar erradas (C. S., enfermeira).

A mudança do olhar também foi percebida na obra *Cuidar*, do fotógrafo André François e, provavelmente, determinou a escolha das fotografias pelos estudantes e profissionais no primeiro momento das oficinas (Anexos C e D).

O processo de formação do leitor de fotografias fez vir à tona as intersubjetividades dos participantes, demonstrando que o leitor não é uma página em branco, nem o paciente. E que a leitura pode “nos tornar mais aptos a enunciar nossas próprias palavras, nosso próprio texto, e a ser mais autores de nossas vidas” (PETIT, 2008, p. 37).

Essa conexão entre a obra do François e os textos imagéticos das pessoas investigadas revela o diálogo entre leitor e texto, que Petit (2008) enuncia sobre o leitor “trabalhado” por sua leitura:

O leitor encontra palavras, imagens, para as quais dava outros significados, cujo sentido escapava. [...] O leitor não é passivo, ele opera um trabalho produtivo, ele reescreve. Altera o sentido, faz o que bem entende. Distorce, reemprega, introduz variantes, deixa de lado os usos corretos. Mas ele também é transformado: encontra algo que não esperava e não sabe nunca aonde isso poderá leva-lo (p. 28).

Ou seja, o leitor que começa a ser “trabalhado pela obra” estabelece com ela uma espécie de ligação e tem a oportunidade de fazer seu próprio caminho. Amplia os horizontes, abrem-se

portas, surgem alternativas entre milhares: “uma maneira de ver que não seja necessariamente a minha aquela a se seguir, mas que vai mudar alguma coisa na minha vida porque talvez existam outras portas” (PETIT, 2008, p. 30). Fato é que a diversidade enriquece as pessoas, e a leitura de imagens amplia essas possibilidades de emergir as singularidades de cada um.

Olhar o câncer a partir de outros prismas revela que o medo não salva ninguém do fim, mas o respeito pela morte ou desfechos trágicos traz equilíbrio e harmonia a quem cuida e a quem é cuidado. E nos faz ponderar sobre o tempo, que corre em ritmo constante e, de certo modo, foi mencionado pelos autores dos textos iconográficos. Em face disso, mais adiante fazemos a articulação dos achados nesse estudo com o mito de Cronos.

O processo de formação de leitor, como um espaço privilegiado de abertura para o campo do imaginário, levou à confluência entre a complexidade do cuidado oncológico e o sentir dos profissionais de saúde. Momento em que nos deparamos com os limites de uma análise racionalista e cartesiana de compreensão do mundo e de produção de conhecimento. Conforme propõe Silva (2013, p. 337), “não se podem resolver problemas criados pelo imaginário, recorrendo no nível dos problemas da experiência científica”.

A antropóloga francesa Michèle Petit relata, na obra “A arte de ler” (2009), experiências em que a leitura aparece como estratégia que vai muito além de ferramenta pedagógica, mas um suporte, um abrigo para pessoas ou comunidades que vivem adversidades as mais diversas.

Ousamos extrapolar a leitura e a literatura que Petit expõem para leitura de imagens, pois reinventar se torna possível uma vez que a leitura promove a construção de sentidos. Apesar dos conflitos internos ou externos, há um sentido que se constrói naquilo que vive o leitor, ao ler um livro ou uma imagem. No momento em que pensam sobre o que estão lendo ou ouvindo, segundo a autora, pode acontecer uma espécie de catarse, uma revelação: “esses momentos em que se levantam os olhos do livro e onde se esboça uma poética discreta, onde surgem associações inesperadas” (PETIT, 2009, p. 24).

Assim, nos questionamos: o que significa olhar e agir de diferentes perspectivas? Um olhar que tenha mais compaixão que empatia, como argumentamos anteriormente.

Para Arantes (2019), um agir diferenciado e sustentado em três padrões de sentido: ao perdão, a si mesmo e ao outro; saber que o que foi vivido de bom jamais será esquecido; e a certeza de que fizemos a diferença, que deixamos uma marca capaz de transformar a pessoa ou a realidade.

E essa exigência de modificar a forma de olhar e agir na saúde tem sido requerida pela OMS desde 2003. Essa instituição adverte de forma incisiva que os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não conseguem acompanhar a tendência de

declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Ressalta, ainda, que para os problemas de saúde crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.

Mendes (2010) reitera que a transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores, como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Logo, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. “Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global e no Brasil, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde” (2010, p. 2299).

A ampliação de olhar e as (novas) práticas de saúde necessárias para alcançar resolutividade e qualidade assistencial também incidem na Oncologia. Lopes-Junior e Lima (2016) enfatizam que inúmeros e complexos desafios permeiam a prática interdisciplinar do cuidado personalizado à pessoa com câncer e à sua família.

Acolher e valorizar a participação autônoma e colaborativa nas tomadas de decisões compartilhadas na atenção ao câncer demandam, dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de competências, habilidades, atitudes, métodos e abordagens que abarquem as necessidades de assistência, gestão e pesquisa, de modo a primar por um cuidado interprofissional de qualidade (LOPES-JUNIOR; LIMA, 2019).

A Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005a) estabelece como diretrizes a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do câncer, bem como os cuidados paliativos. Para ser cumprida, Avellar (2013) afirma que a formação do profissional de saúde é uma importante estratégia para desencadear práticas ajustadas às necessidades de saúde da população, contribuindo com as políticas de saúde no âmbito da inovação tecnológica nas diversas áreas da Oncologia. E também para continuar aperfeiçoando as diretrizes nacionais para o controle do câncer em todas as suas esferas de governo.

Ao defendermos a tese de que a leitura de fotografias na Oncologia poderia promover saúde apesar da doença, constatamos que a formação de leitores contribui de forma significativa para inovações tecnológicas no cuidado oncológico.

Ao transitarmos entre as áreas da Saúde e Letras, buscamos mais uma intertextualidade entre o que constatamos nos resultados e a necessidade de ampliação de olhar, afirmada por Alberto Caeiro (1993) no poema:

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver do Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer,
Porque eu sou do tamanho do que vejo

E não do tamanho da minha altura...

Nas cidades a vida é mais pequena
 Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
 Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,
 Escondem o horizonte, empurram o nosso olhar para longe de todo o céu,

Tornam-nos pequenos porque nos tiram o que os nossos olhos nos podem dar,
 E tornam-nos pobres porque a nossa única riqueza é ver.

E como destacou o poeta, ver mais, ver além, remete a outros olhares. Promover a leitura de imagens, especialmente de fotografias, foi capaz de ampliar entendimentos e fomentar a riqueza de ver para os profissionais de saúde envolvidos neste estudo.

Entre olhar, ver e enxergar surgem nuances e tessituras do cuidado em saúde ancorados na humanização e na integralidade, as quais discorreremos no próximo item.

7.3.1 Olhar, ver e enxergar

O significado de olhar que adotamos nesta pesquisa é o ato de tomar em consideração, de prestar atenção em e de velar²⁶. Mais complexo e ampliado que o simples ato de ver, avistar, pois entendemos que, nesse jogo de palavras, o profissional de saúde necessita enxergar o outro, perceber, considerar, descortinar.

A partir de fragmentos, com os quais nos deparamos aqui e acolá, fabricamos o sentido das coisas. E a visão é um dos sentidos humanos mais envolvidos com essa leitura e compreensão das narrativas visuais.

O papel do olhar não é inócuo, passivo, mas de percepção visual ativa, que seleciona o que desejamos conhecer, ao que Ormezzano complementa: “o olhar é significação. Ver é compreensão. O olhar dirigido a uma imagem tem como objetivo dar-lhe um sentido. Ver visa conhecer” (2009b, p. 61). Conceção que os estudantes e residentes investigados por nós verbalizaram, de algum modo, por “olhar, ver e enxergar”, quando se referiram ao desejo de olhar, de uma visão ampla, de compreender o que é complexo e profundo, de novas perspectivas, de buscar significados.

Na leitura de imagens, o interessante é a plurivocidade de sentidos e o movimento dinâmico proporcionado a cada vez que as observamos, olhamos, vemos e enxergamos. “Ninguém lê duas vezes o mesmo texto, em parte também porque ninguém é o mesmo após ler um texto”, afirma Goldin (2012, p. 130). Convém destacar que o sentido é constituído pelos questionamentos, pelas vivências e informações trazidas pelo leitor. Em consequência das

²⁶ Dicio, Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de 400 mil palavras.

singularidades dos sujeitos, dificilmente dois leitores leem um texto exatamente da mesma forma.

O imaginário é inseparável das imagens que servem para que cada ser humano construa o sentido da sua vida. Assim, as imagens podem contribuir para enriquecer a significação do mundo ou para elaborar identidade. (ORMEZZANO, 2009b).

No caso da fotografia, independentemente do que revela, é sempre invisível. Ou seja, a fotografia é um objeto que reúne a intenção do fotógrafo, dos espectadores e do que é fotografado, decorrendo de uma complexidade entre os elementos plásticos (luz, sombra, forma e textura), os pensamentos, as emoções, as intenções impregnadas no suporte físico (papel fotográfico e a tela) e aqueles que participaram na composição fotográfica – o fotógrafo, o leitor da imagem e o alvo. É uma potente estratégia para despertar a autorreflexão e pode educar e inspirar uma visão de mundo sensível.

Ao refletir sobre uma educação sensível, Maffesoli (1998) entende que a sociedade não se limita às racionalidades; se organiza nos encontros, nas vivências, nas situações inconscientes, ilógicas e afetivas, sem definições exatas. E, a partir dessa “nebulosa que podemos compreender o que proponho chamar, já há alguns anos de socialidade” (1998, p. 125).

Para Ormezzano e Gallina, a socialidade *maffesoliana* permite que:

Processos educativos ético-estéticos e arteterapêuticos desenvolvidos em uma perspectiva calcada na construção da imagem como outro, na capacidade do ser humano de sentir a si próprio e ao mundo, valorizando o afetivo, o racional, o sensível e o intuitivo como experiência vivida, podem contribuir no processo de ‘des-individualização’ pela participação no vasto conjunto que é a rede (2016, p. 88).

Ou seja, valorizar o afetivo permite olhar de diferentes perspectivas, entremeando conceitos e imagens, sem buscar sínteses ou polarizar os modos de existência do homem.

A partir do final do século XX, Bachelard foi pioneiro em valorizar a poética do devaneio. Para o filósofo, a função do irreal é psicologicamente tão útil quanto a função do real. Durante sua atividade diurna, o homem constrói o real graças ao espírito científico que começa sempre por uma catarse intelectual e afetiva. Durante sua atividade noturna, o homem sonha o imaginário. Assim, para considerarmos o imaginário é necessário criá-lo permanentemente (ARRUDA, 2015).

A Poética do Devaneio, obra escrita em 1960, aborda o despertar da imaginação por meio da imagem poética. Dá ênfase aos sonhos e aos devaneios como formas de pensar que aproximam imaginação e razão, tornando-as complementares no processo de criação. O ato de

criar é dependente do ato de sonhar, e “a imagem só pode ser estudada pela imagem, sonhando as imagens tal qual elas se reúnem no devaneio. É absurdo se pretender estudar objetivamente a imaginação, visto que só recebemos realmente a imagem quando a admiramos” (BACHELARD, 2009, p. 46).

A descrição de Bachelard (2009) sobre os devaneios poéticos não é um detalhamento empírico dos fatos, mas é com um olhar fenomenológico, de uma experiência individual, que mostra o caráter construtivo do devaneio poético. Segundo o autor, é através de uma “fenomenologia da imaginação”, denominação própria dele, que se pode aprofundar o estudo da imagem criadora que os poetas nos oferecem. Imagens que nos põem no mundo, que possibilitam um mundo, que instigam pensamentos. Conhecer e imaginar são ações fundamentais e específicas da condição humana.

Na mesma vertente conceitual, Durand busca recensear, fazer um repertório, organizar e situar as imagens para fixar o imaginário concebido como “o conjunto das imagens e das relações de imagens que constituem o capital do *homo sapiens*” (2010, p. 36).

Durand buscou compreender o processo de comunicação das imagens do inconsciente por meio de textos visuais, à luz da Antropologia do imaginário, verificando que as civilizações orientais jamais fragmentaram ou separaram as informações. Por outro lado, as civilizações ocidentais desafiaram o valor das imagens em favor da racionalidade (DURAND, 1988; ORMEZZANO, 2009a).

Uma racionalidade que classifica, que quer que tudo entre em uma categoria explicativa e totalizante. Para Maffesoli, o racionalismo debate-se, perde espaço, posto que foi insensível frente à força de seu contrário, como uma espécie de autismo. Ainda destaca que “a onipotência é sintoma de impotência” (2005, p. 33).

Nesta pesquisa, percebemos que o repertório de imagens de cada entrevistado e a organização semântica dos textos iconográficos revelam o pensar, o aprender e o fazer em saúde na Oncologia para os profissionais que atuam ou atuarão nessa área. Trata-se de “olhares mais atentos”, que oportunizam aprendizagens significativas. Quando relativas à leitura dos estudantes e residentes, os predisuseram a examinar os elementos de narrativas, preparando-os para leituras disciplinadas das “caóticas” narrativas profissionais, quer sejam prontuários, imagens diagnósticas, histórias narradas pelos pacientes, exames físicos ou cursos clínicos das doenças. Os registros literários de experiências de doença podem ensinar lições concretas e poderosas sobre as vidas das pessoas doentes, bem como permitir aos profissionais reconhecer a força e as implicações de seus atos.

A aprendizagem significativa pode ser descrita como o processo no qual vamos construindo novos significados das coisas e do mundo ao nosso redor, ao mesmo tempo em que aprimoramos estruturas e habilidades cognitivas, desenvolvendo (novas) competências, modificando atitudes e valores, projetando tais mudanças na vida, nas relações sociais e laborais (BATISTA et al., 2005; MORAES; TORRES, 2004).

Dentre as novas competências, emerge o leitor, já mencionado como ubíquo, e que também é protagonista dos processos educativos atuais, como ocorre na formação em saúde. Esse perfil leitor remete a uma nova configuração das linguagens humanas com características singulares e uma dinâmica que modifica consideravelmente a condição do receptor, conforme esclarece Santaella:

[O leitor ubíquo] se transforma em cocriador de mensagens que se constroem por meio de sua interação. Além disso, as plataformas atuais, como os blogs, as redes sociais – e mesmo as wikis – permitem que o antigo receptor se converta em produtor e divulgador de suas próprias mensagens, traço fundamental desse novo tipo de gênero discursivo que, além de híbrido, coloca nas mãos do usuário o destino de suas viagens e perambulações pelas redes, suas trocas e compartilhamentos no diálogo com o outro. Trata-se, portanto, de um gênero discursivo que torna cada participante responsável por aquilo que deseja expor de si mesmo e do outro e por aquilo que deseja manter no silêncio de sua privacidade. [...] Em suma, nunca tanto quanto agora as ambivalências e contradições dos processos comunicativos humanos gritaram tanto na face dos nossos olhos (2014, p. 215).

Por todos os argumentos que já apresentamos, lidar com as “ambivalências e contradições” requer uma leitura de mundo sensível, que nos aproxima do teórico Michel Maffesoli (1998), uma vez que não privilegia aspectos tecnicistas da ciência e enfoca tudo aquilo que não é produzido pela racionalidade tradicional, adotando, assim, a Sociologia Compreensiva e do Cotidiano, do aqui e do agora, que envolve a maneira de viver das pessoas e grupos sociais, seu imaginário.

Nistchke e colaboradores (2017) realizaram uma análise da produção científica na área da saúde que adotou o referencial teórico e metodológico de Maffesoli. Constataram que o pensamento do sociólogo francês contribui para a construção do conhecimento em saúde, indicando caminhos nas dimensões do cuidado, no campo acadêmico e profissional.

Do mesmo modo, nossos resultados desvelaram sobre a necessidade de traçar percursos a partir do cotidiano das pessoas, ressignificando o cuidado que vai para além da técnica. E nos incitando a mudar o olhar e a direção para que possamos estar em sintonia com as diferentes situações do viver e do conviver, nos envolvendo com um cuidado afetivo, aquele que toca, sendo, portanto, efetivo. Toca inclusive com as mãos!

Entretanto, a ênfase tecnicista preponderante na formação em saúde infelizmente limita a compreensão dos processos de organização da vida, podendo até causar uma cegueira. Para os profissionais que já estão atuando na rede de saúde, Vincent (2007) discute a fragilidade dos processos de educação permanente para o enfrentamento do câncer como uma questão de saúde pública, rumo a uma atenção oncológica integral, pautada pelos princípios ordenadores do SUS.

Uma formação que, na maioria das vezes, o fazer se encontra distante do sentir. E essa “cegueira” (se é que assim podemos denominar) não implica apenas o cuidado “desumanizado”. Afeta os cuidadores e pode ocasionar sofrimento e comprometimentos à saúde mental dos trabalhadores.

O estresse do profissional pode ser tão elevado que dificulta a sua aproximação com o paciente ou pode prejudicar a objetividade quanto aos cuidados necessários. Quadros e colaboradores (2016) relacionaram essa situação que o profissional de saúde vivencia com a Síndrome de Burnout, considerando-a um dos melhores termos para descrever o sofrimento do indivíduo gerado pelo trabalho, mais especificamente os casos de estresse.

A Síndrome de Burnout é um estado físico, emocional e mental de exaustão extrema, resultado do acúmulo excessivo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes e/ou estressantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade, especialmente nas áreas de educação e saúde. A principal causa da doença, conhecida também como "Síndrome do Esgotamento Profissional", é justamente o excesso de trabalho. Essa síndrome é comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes, como médicos, enfermeiros, professores, policiais, jornalistas, dentre outros. Essa síndrome pode resultar em estado de depressão profunda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Oncologia é considerada uma especialidade estressante, que oferece grandes desafios para a equipe de saúde pela necessidade de cuidados de alta complexidade, o enfrentamento cotidiano da morte. Ademais, a exposição a uma variedade de fatores estressores, tais como a vivência laboral constante da dor, do sofrimento, das perdas, a baixa remuneração, as múltiplas exigências na qualidade da assistência, a sobrecarga de trabalho, como também as condições de trabalho deficitárias, podem predispor os trabalhadores ao desgaste físico e emocional (HERCOS et al., 2014; POULSEN et al., 2015).

Entretanto, Gonzaga e colaboradores (2016) verificaram que, quando o profissional é realmente capacitado para atuar na área, torna-se empoderado e mais preparado para lidar com questões difíceis como a morte e o sofrimento diário. Na verdade, o que há nesse profissional empoderado é uma educação emocional e estratégias de enfrentamento da situação bem definidas, além da possibilidade de modificação de fatores estressores, como a sobrecarga de

trabalho. Novamente a redundante implicação de ressignificar a formação em saúde com intuito de dar respostas às necessidades do cuidado oncológico por meio de um profissional melhor preparado.

O cuidado envolve atitudes pautadas pelo sentimento de um ser humano com o outro, resultando em uma interação. Esse processo envolve o respeito da dimensão existencial do ser, valorizando a experiência de vida de ambos no ato de cuidar. Cunha e Zagonel (2008) afirmam que o cuidado é uma consequência dessa intersubjetividade, de uma relação genuína de complementariedade de sentimentos, ações e reações, em que as percepções dos profissionais associam-se às emoções, podendo exercer influência no estado de quem está sob os cuidados.

Como se o cuidador lançasse mão de uma lupa para observar as sutilezas e, em um movimento sincrônico, observasse a(s) realidade(s) com um caleidoscópio. Nessa matização de imagens e leituras, nossos participantes expressaram anseios para olhar, ver e enxergar, buscando ressignificar as práticas em saúde.

A vida acontece todo dia. Portanto, temos que ressignificar nosso trabalho em saúde, desde a graduação, rumo aos caminhos que nos façam alcançar a integralidade do cuidado, sem nos sentirmos ameaçados pela crença de que esse princípio é uma utopia. Na próxima seção abordamos esse processo de ressignificação como um trajeto possível para alcançar a integralidade do cuidado.

7.3.2 Ressignificação das práticas como um trajeto à integralidade do cuidado

A principal provocação que esta pesquisa instigou foi a formação de leitores como uma das estratégias para promover o cuidado integral, qualificado e humanizado nos espaços de saúde. Uma formação de leitor baseada na mediação de leitura, entendida como a ponte estabelecida entre o texto e o leitor, de forma criativa, prazerosa e eficiente.

E por que propusemos a leitura de imagens como estratégia de promoção de saúde? A perspectiva do cuidado humanizado na saúde exige que o foco não seja apenas a doença, mas a pessoa que dela padece. É necessário ampliar as perspectivas, a leitura de mundo, compreender como o ser humano se apropria do mundo por meio do sensível (ORMEZZANO, 2009a; 2009b; MAFFESOLI, 1998).

Ao traçar um paralelo entre o cuidar e o tratar, Zobolli (2007) afirma que o profissional de saúde não pode preocupar-se apenas com tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas; ele necessita valorizar o cuidar, ou seja, considerar o outro como um fim em si mesmo. Isso exige sensibilidade com as emoções do outro, manifestando interesse, respeito, compreensão,

consideração e afeto, para ser capaz de responder às experiências de aflição e de sofrimento trazidas pelas pessoas que buscam a atenção dos profissionais de saúde. Trata-se, então, de considerar o ser humano alvo do cuidado para além do aspecto biológico, ou seja, reconhecê-lo como alguém dotado de identidade, singularidade, história e autonomia (ZOBOLLI, 2007; LIMA et al., 2014).

Considerando as sérias repercussões que o câncer desencadeia, é crucial que a comunicação do profissional com o paciente ocorra de forma adequada. Nesse contexto, destaca-se o diálogo, que sempre foi fundamental nas relações humanas. Por meio dele, profissionais de saúde podem desenvolver uma escuta singular que permite apreender todas as demandas dos clientes. À medida que o diálogo avança, o vínculo profissional-paciente aparece e nasce a confiança tão necessária na relação de ajuda (RENNÓ; CAMPOS, 2013; POTT et al., 2013).

Outro aspecto primordial para o paciente portador de câncer é o acesso às informações. Segundo Taddeo et al. (2012), a pessoa que está esclarecida e familiarizada com a condição de ter uma doença crônica e o fato de estar envolvida em seu tratamento, tende a sentir-se mais segura e esperançosa quanto à evolução e ao prognóstico de sua doença. Contrário a isso, o não conhecimento acerca de sua doença leva os pacientes a não se comprometerem com o tratamento.

Não menos importante é o respeito à autonomia do indivíduo; logo, as relações de cuidado devem ser pautadas na convivência e interação saudáveis e não em relações de domínio de uns sobre os outros. Para essa boa convivência, é imperativo que os profissionais de Saúde modifiquem a forma de posicionar-se diante da vida, dor e sofrimento do outro. No modelo humanista de assistência, os profissionais podem ouvir objetivamente o indivíduo, identificar suas necessidades e ajudar a encontrar soluções a partir do aumento das informações de sua própria atividade mental, instrumentalizando-o para o agir (RENNÓ; CAMPOS, 2013).

Percebemos que essas habilidades de comunicação, de fornecer informações sobre o estado de saúde e o respeito à autonomia do sujeito nem sempre são desenvolvidas adequadamente na formação em saúde. Ademais, essa foi a percepção das pessoas investigadas por nós quando expressaram de forma verbal e imagética suas limitações em agir de forma diferente do convencional, de romper com o modelo de atenção à saúde fragmentado e distanciado da integralidade do cuidado.

Sugerimos o uso de narrativas como possibilidade para ressignificar as práticas formadoras e assistenciais. A ênfase nas narrativas em saúde parece ter sido impulsionada pela transição epidemiológica do perfil de adoecimento da população. O relativo declínio da

importância das doenças infecciosas, associado ao elevado impacto das doenças crônicas e degenerativas, ocasionou uma reinvenção do papel do profissional de saúde no cuidado de seus pacientes. Grossman e Cardoso (2006) afirmam que as narrativas ganham relevância no manejo das doenças crônicas como um recurso para o entendimento do esforço dispensado pelos pacientes para lidar com suas situações de vida cotidiana e enfrentamento de sua condição.

Trata-se de ampliar os horizontes e não restringir-se aos textos científicos ou acadêmicos, pois oportunizar aos acadêmicos diferentes materiais de leitura, contato com suportes variados que acompanham os avanços tecnológicos, pode ampliar o potencial transformador, práticas realmente interdisciplinares, e melhora no domínio efetivo da leitura e da escrita (BUTLEN, 2012b; NASSRI, 2000; RÖSING, 2016).

Persiste a necessidade de ressignificação das práticas em saúde como um trajeto à integralidade do cuidado, que precisa incidir no imaginário de quem cuida e de quem é cuidado.

Ao refletirmos sobre tudo que pode florescer na alma humana, nos deparamos com as lacunas na formação profissional na Oncologia. Da mandala que propusemos para agregar as sínteses iconológicas dos sujeitos da pesquisa, emanaram os símbolos da flor da vida e da flor de lótus. A flor da vida no imaginário de quem cuida e de quem ensina a cuidar expressa a linguagem primordial do universo e a integração dos níveis físico, mental e espiritual do ser. Conexões necessárias a um cuidado humanizado e pautado no princípio do SUS da integralidade. Já a flor de lótus, enquanto símbolo de pureza e elevação espiritual, remete a anseios de práticas em saúde coordenadas, efetivas/ resolutivas e capazes de possibilitar um novo começo, o renascer.

Nossas evidências se aproximam intimamente do texto iconográfico “O cultivo da vida”, especialmente quando sua autora relata que, para os pacientes que se encontram “secos de vida”, os profissionais podem fazer com que “brotem novamente”.

Flor da vida, flor de lótus, florescer e aflorar sentimentos. O que há por trás desse imaginário?

O encontro entre profissional e pessoa cuidada revela agregar bem mais que técnicas racionais, uma vez que os elementos subjetivos são de grande valia para o êxito de um tratamento, permitindo florescer aspectos como a confiança, os receios e a compreensão.

Para Bachelard (2009), esta é a representação da flor:

Cada flor é uma confissão, discreta ou retumbante, intencional ou involuntária, exprimindo às vezes revolta, às vezes submissão, desgosto, desespero. A flor nascida no devaneio poético é então o próprio ser do sonhador, seu ser florescente. Já no devaneio, as flores coordenam imagens generalizadas. Não simplesmente imagens sensíveis, cores e perfumes, mas imagens do homem, delicadezas de sentimentos, de

calores de lembrança, tentações de oferenda, tudo o que pode florescer numa alma humana (p. 92).

Na opinião de Calil e Prado (2010), as Instituições de Ensino Superior (IES), ao excluírem (ou não incluírem) do currículo de graduação em Enfermagem o ensino de Oncologia, formam profissionais com deficiências em conhecimentos e capacidade de intervenção sobre os problemas e situações de saúde-doença, demandas prevalentes e prioritárias da população. E, conseqüentemente, tornam inadequado o atendimento às reais necessidades de saúde e as intervenções. Não se trata de “especializar a graduação”, mas em ordenar a formação para dar conta dos problemas mais prevalentes da população, como preconizam as DCNs. Mudar a formação e ressignificar os fazeres em saúde abre espaço para reconhecer, valorizar e implementar as práticas integrativas e complementares.

As PICs, sem dúvida, oportunizam aos pacientes diferentes terapias integrativas, com uma abordagem holística do processo saúde-doença. Entretanto, na maioria das vezes persiste a lógica do cuidado fragmentado e, no máximo, interdisciplinar, e os pacientes acabam fazendo por si só a integração das diferentes práticas, sem um acompanhamento por parte da equipe de saúde. Para Marques (2015), trata-se de uma organização de trabalho essencialmente “diurna”, na qual predomina o “imaginário heroico”, ou seja, de isolamento e de separação. E o que se almeja é uma prática na concepção do regime “noturno”, que liga, é íntimo, aquece e acalma.

Fontanella e colaboradores (2007), ao realizarem um estudo em Tubarão, SC, verificaram que a maioria das terapias complementares não era conhecida pela população. Chás e cura espiritual foram as mais relatadas e com maior acesso. A pesquisa também revelou que é comum a utilização das terapias não convencionais sem o acompanhamento de um profissional especializado, demonstrando a carência de profissionais de saúde capacitados para atender essa demanda.

Outro estudo realizado com pacientes oncológicos de Florianópolis, SC, analisou a percepção deles em relação às terapias complementares/ espirituais oferecidas. Os pacientes percebem essas intervenções como formas possíveis de tratamento que podem ser acionadas de diversas maneiras durante o itinerário terapêutico, tendo por base uma lógica de cuidado diversificada e plural que não opera com as dicotomias mente/corpo, biomedicina/terapias complementares para pensar os processos de saúde e doença, nem está determinada pela gravidade da doença, condição econômica ou filiação religiosa dos sujeitos (AURELIANO, 2013).

Abrahão (2013) constatou que a utilização de terapias complementares promoveu melhora significativa da depressão, fadiga, ansiedade, qualidade de vida, diminuição dos níveis

de cortisol, aumento da citotoxicidade de células NK e proliferação de linfócitos T de mulheres com câncer de mama. A massagem terapêutica foi a estratégia predominante nos estudos.

Houve consenso em várias evidências científicas quanto ao despreparo profissional para implementação das práticas integrativas na Oncologia e no entendimento de por que as pessoas buscam-nas, algumas vezes sem referir ao seu médico ou equipe responsável e, até mesmo, podendo interferir na adesão ao tratamento. Essas práticas podem representar mudanças para o modo de produção do cuidado, superando o paradigma conceitual de saúde apenas como ausência de doença, e de um modelo curativo e hospitalocêntrico. Contudo, os autores relatam muitos desafios a serem enfrentados, seja na oferta dessas terapias, seja na formação profissional, tendo em vista o despreparo político e técnico de profissionais da saúde para atuar com PICs no SUS (ABRAHÃO, 2013; AURELIANO, 2013; CANNON et al., 2014; DENG; CASSILETH, 2014; DOBOS et al., 2008; PELICIONI, 2012; TESSER; SOUSA, 2012).

Ao pensarmos na resignificação de práticas, a realização das oficinas e o estranhamento com relação à leitura das fotografias sobre o cuidado em saúde foram indispensáveis para o posterior entranhamento, quando os participantes refletiram e resignificaram suas condutas.

Para Moura (2015), as narrativas visuais condizem com um universo figurativo de produção de conhecimentos, em que a ficcionalização do trajeto formativo tem a ver com o ato de imaginar e simbolizar o cuidado em saúde de forma sintonizada com os elementos do reencantamento do mundo.

O termo “reencantamento do mundo” é utilizado em contraposição à noção de “desencantamento do mundo”, que aparece de forma mais explícita na sociologia compreensiva de Max Weber. Desencantamento significa “desmagificação” e, portanto, “refere-se ao mundo da magia e quer dizer literalmente: tirar o feitiço, desfazer um sortilégio, derrubar um tabu, quebrar o encanto, quebrar o encantamento” (PIERRUCI, 2004, p. 172). A desmagificação significa a hegemonia do racional sobre todas as coisas.

Um desencantamento do mundo decorrente do racionalismo ocidental. Weber, na sua teoria do processo de racionalização, faz uma distinção básica entre razão e racionalidade: todo homem, enquanto ser pensante, é dotado de razão, da capacidade de raciocinar. Isso, contudo, não garante que ele vá utilizar essa capacidade para calcular suas condutas. Em outras palavras, isso não garante que ele vá racionalizar todos os aspectos de sua vida (PIERRUCI, 2004).

Percebemos que a imaginação simbólica tem sido pouco explorada e valorizada nas investigações sobre a Oncologia. Esta pesquisa pode contribuir com a integralidade do cuidado em saúde, propiciando a mediação de leitores ubíquos, a partir da intersemiotividade entre imagens fotográficas e verbais, repercutindo reflexões sobre a qualidade de vida e o cuidado

humanizado para enfrentar a doença. Além disso, pode ofertar outras possibilidades de promoção de saúde na Oncologia por meio da formação do leitor.

Inclusive os pacientes têm sinalizado a necessidade de mudanças das práticas de saúde, pois valorizam a competência técnica, mas não se satisfazem por completo se não houver uma comunicação sensível e adequada, escuta ativa, postura ética, criação de vínculo e responsabilização com a equipe de saúde (ALCANTRA et al., 2014; BASTOS et al., 2016; SILVA et al., 2001; THEOBALD et al., 2016). E esses hiatos geralmente interferem na adesão ao tratamento, nas práticas de autocuidado e no enfrentamento da doença.

Alguns autores sinalizam que os problemas de comunicação e colaboração entre os diferentes profissionais da saúde podem resultar em distintas percepções do paciente sobre a atenção prestada, comprometendo a segurança e eficácia do cuidado (KVARNSTROM, 2008; REEVES, 2016).

Mas será que os profissionais percebem essas lacunas? Acreditamos que sim pela revelação do imaginário de cada participante das oficinas, os quais sempre sinalizavam o desejo de mudar, de olhar com “outros olhos”, inclusive de “abrir a cabeça”, como a nutricionista R. D. C expressou na sua colagem.

A educação interprofissional pulsa com uma estratégia relevante para os caminhantes desse trajeto rumo à integralidade do cuidado. Já abordamos seu conceito nos capítulos teóricos desta pesquisa e, nesse momento, apontamos as competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa em saúde.

A OMS (2010) define as seguintes competências essenciais para a prática interprofissional e colaborativa em saúde: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clareza dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento de equipe; resolução de conflitos interprofissionais; e liderança colaborativa.

Portanto, os profissionais de saúde necessitam de formação e treinamento para desenvolver tais atitudes, conhecimentos e habilidades requeridas para efetivamente trabalhar em conjunto para uma atenção ao paciente segura e com alta qualidade. E qual o melhor momento para iniciar a educação interprofissional (EIP)? Reeves (2016), por meio de uma revisão de literatura, identificou que a EIP após a graduação é mais eficaz, pois os participantes possuem uma melhor compreensão de sua própria identidade profissional e do seu papel na equipe. Mas não invalida o início precoce e contínuo da EIP, que deverá permear toda a prática profissional.

O desenvolvimento docente também é crucial, e as práticas de ensino precisam ser ressignificadas na lógica da EIP, para que possamos ensinar os estudantes como aprender sobre um tema uns com os outros.

Outro desafio que Reeves (2016) destaca é o investimento financeiro necessário para viabilizar qualquer iniciativa interprofissional. Nesse sentido, nossa proposta de formar leitores de imagens é factível quanto à sua implementação imediata nos cursos da área da saúde da UPF e oportuniza momentos e cenários de EIP, almejando atingir a CIP.

Os resultados alcançados quando ocorre o trabalho interprofissional demonstram valor agregado no aprendizado, decorrente das interações entre os profissionais (ou estudantes) e no aumento da capacidade para trabalhar em equipe (ANDERSON et al., 2009).

A EIP e a CIP têm sido reconhecidas mundialmente como estratégias bem-sucedidas na prevenção e gestão de doenças mentais e crônicas e em um melhor e mais efetivo trabalho colaborativo em equipe entre os profissionais de saúde (GOCAN et al., 2014).

Ao tangenciar a EIP com fotografia, nos deparamos com uma proposta de pesquisa que avalia a percepção de profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e de Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Maringá (PR) por meio da expressão dos sentimentos através do método foto-voz (PREVIATO; BALDISSERA, 2017). A partir de nossos achados, ousamos problematizar se as fotografias produzidas pelos profissionais serão capazes de “transmitir sentimentos” (conforme os autores propõem) ou se os textos imagéticos realmente darão voz ao imaginário dos profissionais envolvidos no estudo.

Mellman (2003) afirma que estamos frente a uma nova economia psíquica que tem como um dos traços principais o desinvestimento radical da consciência em relação ao corpo. Qual o potencial imaginativo que se pode ter ao “habitar” um corpo desinvestido de sentido, um corpo anestesiado? É claro que esse sintoma aponta para um fenômeno mais geral, a negação da mortalidade, outro traço fundamental dessa nova economia psíquica que Mellman aponta como uma das principais causas da crise do sentido que a civilização ocidental atravessa.

Vemo-nos frente à negação da morte, obsessão contemporânea tanto da ciência quanto da mídia, e aos frutos imediatos dessa empreitada: a negação do corpo. Tudo, então, nos leva a crer na profunda relação de interdependência entre corpo, mortalidade e pensamento simbólico.

Silva et al. (2011) afirmam que se a abordagem do câncer fosse tratada de forma satisfatória nas escolas médicas, seriam evitados danos inclusive à saúde mental dos profissionais, além de qualificar a relação médico-paciente. Bastos e Proença (2000), quando criticam o modelo formativo *flexneriano*, são incisivos em afirmar que a subjetividade que a

prática médica impõe merecer ser curricularmente contemplada com a mesma ênfase que a objetividade tem merecido.

A implementação de uma rede de Educação Permanente com vistas à indução de transformações nas esferas da gestão, das práticas profissionais e da formação, na perspectiva da melhoria do controle e da prevenção do câncer no Brasil, representa um enorme desafio e condição fundamental para que efetivamente se estabeleça a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2013; VINCENT, 2007).

E esse movimento cíclico entre a formação da graduação e da pós-graduação (residência) despontou em vários arquétipos e símbolos dos textos iconográficos, tanto os do regime diurno (A Luz, O Céu, O Sol), como os dos regimes crepuscular (O Fogo-chama, A Arvore, A Lua, O Deus plural) e noturno (A criança, A Noite, A Mãe, A Morada, A Flor e A Mulher).

Iniciamos a discussão dos resultados fazendo alusão ao Mito de Quirão. Seguindo essa vertente da leitura intertextual, finalizamos com o Mito de Cronos, pois todos os participantes se referiram ao tempo passado/presente rumo ao futuro. O primeiro caso remeteu ao momento em que se encontravam na formação, em nível de graduação ou pós-graduação (residentes). E o tempo futuro foi sinalizado como o trajeto que desejam trilhar. Uma formação e atuação mais humanizada, capaz de promover um cuidado oncológico sensível, empático, acolhedor, integral e preparado para extrapolar as práticas de saúde ao paciente e seu entorno.

Na mitologia grega, Cronos era a principal divindade da primeira geração de titãs. Estava relacionado com a agricultura e também com o tempo. Filho de Urano (Céu) e Gaia (Terra), era o mais jovem da primeira geração de titãs.

De acordo com a mitologia, Cronos tirou seu pai do poder, casou-se com a irmã Reia e governou durante a Idade Dourada. Seu poder perdurou até ser derrubado pelos filhos Zeus, Poseidon e Hades. Ele temia uma profecia segundo a qual seria tirado do poder por um de seus filhos. De temperamento violento e negativo, Cronos passou a matar e devorar todos os filhos gerados com Reia. Porém, a mãe conseguiu salvar um deles, Zeus, escondendo-o numa caverna da ilha de Creta. Para enganar Cronos, Reia deu a ele uma pedra embrulhada num pano que ele comeu sem perceber. Ao crescer, Zeus libertou os titãs e, com a ajuda deles, fez Cronos vomitar os irmãos (Hades, Hera, Héstitia, Poseidon e Deméter). Zeus, com a ajuda dos irmãos e dos titãs, expulsou Cronos do Olimpo e governou como o rei dos deuses gregos. Como tinha derrotado o pai Cronos, que simbolizava o tempo, Zeus tornou-se imortal, poder estendido também aos irmãos (GUIMARÃES, 1982).

Elegemos os mitos também, pois identificamos seu potencial revelador, ao constituir-se em uma constante antropológica enraizada no imaginário coletivo, independente do Ser e do Tempo, como afirma Maffesoli (2005).

E independente do ser e do tempo, sempre será o momento para os profissionais de saúde dar novos sentidos ao cuidado humanizado e integral, potente, pleno, resolutivo.

Esse percurso nos oportunizou várias buscas e compreensões intertextuais e, para não concluir, apresentamos na sequência nossas considerações finais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS, PARA NÃO CONCLUIR...

A sociedade pós-moderna desafia as equipes de saúde cotidianamente a ressignificar suas práticas e promover um cuidado integral que alcance a profundidade das maneiras de ser e dos modos de vida, especialmente na área da Oncologia, que é permeada por dor e sofrimento.

Neste estudo, elegemos a teoria do imaginário, de Gilbert Durand, para compreendermos o universo simbólico e o trajeto antropológico envolvidos na atenção oncológica e nas práticas em saúde à luz da humanização e da integralidade do cuidado.

A tese defendida é de que a leitura de fotografias na Oncologia pode promover saúde, apesar da doença. Além disso, que a formação de leitores de fotografias dentre os profissionais de saúde pode qualificar o cuidado oncológico, na perspectiva da humanização e da integralidade em saúde e representar uma possibilidade de prática integrativa e complementar.

Percebemos uma forma de avançar para um cuidado mais integral, qualificado e humanizado por meio do estímulo à leitura e formação de leitores nos espaços da saúde, especialmente no campo deste estudo – cuidados oncológicos.

Nossos objetivos foram plenamente alcançados, porque constatamos que o processo de formação do leitor realizado com os profissionais e acadêmicos da área da saúde oportunizou espaços de educação interprofissional, com desenvolvimento de habilidades e competências que nem sempre os currículos ou o cotidiano do trabalho em saúde contemplam. Pôde diminuir a distância entre o pensar e o sentir e, de algum modo, ressignificar o conhecimento fragmentado muitas vezes predominante na formação em saúde, tendo em vista o sequestro da dimensão emocional pelo paradigma positivista (modelo biomédico de atenção à saúde e hospitalocêntrico).

Ademais, o significado atribuído pelos estudantes e profissionais quanto ao processo de formação de leitores de imagens fotográficas na perspectiva do cuidado oncológico humanizado e das práticas integrativas em saúde à luz da teoria do imaginário, proposta por Durand, revelou a possibilidade do resgate da imaginação criativa como estratégia de resiliência e de reintrodução do simbólico no mundo contemporâneo. Haja vista que a imagem produz múltiplos estímulos, recursos imaginativos e criativos que ativam diferentes zonas cerebrais.

As oficinas realizadas se ancoraram em um processo educativo que considerou a complexidade, a intersubjetividade e a interatividade, sujeitos aos princípios das incertezas e da complementariedade que regem a natureza orgânica. Processo desafiador para nós que, até então, tínhamos uma formação positivista e que, por muitos anos, pautou nossas práticas. Nesse

percurso também nos transformamos; entendemos que pesquisar o *como* pode ser um alicerce para transformar a utopia em realidade, o possível em factível.

Outro aspecto relevante é que as instituições de ensino do Brasil geralmente se afligem com as limitações de recursos para implementar metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Em nosso estudo, desenvolvemos uma metodologia viável para ser implementada imediatamente em qualquer contexto, não restrita apenas à Oncologia. Necessita, certamente, de um mediador de leitura devidamente preparado. E essa pode ser uma valiosa abertura para promover a interdisciplinaridade entre as áreas da Saúde e Letras, tecendo laços e entrelaços de ricas oportunidades para prática da intersectorialidade em saúde. Preceito esse que constitui um dos princípios do SUS e que, por sua vez, sustenta a integralidade do cuidado.

A compreensão das entrevistas iconográficas dos participantes das oficinas nos permitiu perceber que a leitura de fotografias pode, sim, ser sensibilizadora, pois sua função na imaginação está no fato de que ela não mostra só o que foi visto num determinado instante, mas revela também o invisível. Ela compõe um cenário mítico para além do cenário objetivo.

Os profissionais também perceberam a premência de rever seus processos de trabalho e as ofertas oferecidas pelos serviços de saúde, independentemente se na atenção básica, de média ou alta complexidade. Por vezes se sentiram frustrados e impotentes frente à materialização de um cuidado humanizado e integral, pois nem sempre aprenderam a lidar com essas situações e precisavam descobrir e realizar, sozinhos, habilidades relacionais e comunicacionais, ensinadas de forma modesta e insuficiente na academia.

Aprendemos e apreendemos que a leitura e interpretação de textos iconográficos e literários tornam-se importantes no processo terapêutico, porque independentemente da situação que lhes deram origem, os revelados produzidos resultaram das dimensões subjetivas e objetivas, tendo o universo simbólico como pano de fundo.

Outro aspecto relevante é que a subjetividade das ações de cuidado envolve um olhar para as interações humanas, que estão em constante mudança, exigindo preparo e reflexão crítica dos profissionais que promovem os momentos de cuidado. Este estudo abriu essa possibilidade a partir do conhecimento da percepção de equipes de saúde, atuantes ou em formação, que vivem a experiência do câncer. Tratou-se de um convite à reflexão e uma proposta de humanizar a atenção oncológica, por meio da valorização e da percepção do outro e de si mesmo na relação de cuidado. E nesse movimento também propiciou a reflexão sobre a saúde mental dos cuidadores, afinal, quem cuida de nós?

Por tratar-se de um estudo de abordagem fenomenológica, por meio da hermenêutica simbólica sustentada pela teoria *durandiana*, não tivemos a intenção de mensurar a qualidade

assistencial prestada aos pacientes oncológicos decorrente do processo formativo realizado aos participantes. Entretanto, se revelou incontestável a gama de possibilidades que a formação de leitor de imagens oportuniza ao desenvolvimento de uma formação mais humana, que contemple competências e habilidades pertinentes aos aspectos relacionais entre profissionais de saúde e pessoas cuidadas.

Percebemos concretamente que é necessário investir esforços permanentes no intuito de potencializar a incorporação de condutas profissionais que priorizem o cuidado humanizado, pois sua ausência fragiliza o paciente, acarretando impactos emocionais na pessoa e no seu entorno. E também pode fragilizar os profissionais, além de onerar o sistema de saúde.

Em decorrência das oficinas, aflorou a leitura de imagens como uma ação de saúde pautada na sensibilidade, no imaginário, na harmonia.

Outra consideração relevante foi a necessidade de investir no ensino na saúde por meio de uma abordagem interprofissional, pois atualmente ela é a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde, inclusive uma das diretrizes para organização da linha de cuidado em atenção oncológica.

Enfim, para não concluir, inferimos que redescobrir a imaginação e seu potencial de nos reconduzir ao simbólico foi essencial, tanto para a ressignificação de um sentido possível à vida e ao cuidado em saúde, quanto à tarefa de resiliência para a qual o atual cenário mundano nos convoca e desafia.

REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, Reino Unido, v. 370, n. 9603, p. 1929-1938, 2007.
- ABRAHÃO, C. A. *Estratégias de redução do estresse e seu impacto no sistema imune de mulheres com câncer de mama: evidências para a prática clínica*. Dissertação (Mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2013. 105p.
- ALBUQUERQUE, K.A.; PIMENTA, C.A.M. Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Rev Bras Enferm*. 2014 set-out;67(5):744-51.
- ALCANTARA, L. S. et al. Interdisciplinaridade e integralidade: a abordagem do assistente social e do enfermeiro no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.60, n.2, p. 109-118, 2014.
- ALMEIDA, M.; FEURWERKER, L.; LLANOS, M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/ Londrina: Editora UEL; 1999.
- AMIR, M.; KALEMKERIAN, G. P. Run for Your Life: The Reaction of Some Professionals to a Person With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, N. 19 (October 1), 2003: pp 3696-3699.
- AMORIM, M.H.C. *A enfermagem e psicoimunologia no câncer de mama*. Rio de Janeiro, 1999. 142 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ANDERSON, E.; et al. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ*, 2009; 43(6):542-52.
- ANDRADE, C. D. *Antologia poética*. 56. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- ANDRADE, P. A. S. *Humanização e grupos de acolhimento*. Disponível em <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/acolhida_instituto_do_cancer.pdf> Acesso em: 20 jul. 2017.
- ANGELO, J.; EGAN, R. Family caregivers voice their needs: A Photovoice study. *Palliative and Supportive Care*, p. 1-12, 2014.
- ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- AREDE, R. *De onde surgiu o símbolo do coração*. 2015. Disponível em <<https://designculture.com.br/de-onde-surgiu-o-simbolo-do-coracao>>. Acesso em: 10 maio 2019.
- ARNHEIM, R. *Arte e percepção visual: uma psicologia da visão criadora*. Tradução Ivonne Terezinha de Faria. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2015. 503 p.

AURELIANO, W. A. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). *Caderno de Saúde Coletiva*, 21 (1): 18-24, 2013.

ÁVILA, M.B.; et al. Autocuidado e saúde do trabalhador: uma experiência multidisciplinar em equipe de Estratégia Saúde da Família. In: GONÇALVES, C.B.C.; ORMEZZANO, G.; TONDO, T. *Práticas integrativas na rede de atenção psicossocial: humanização e arteterapia*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2016. p.191-216.

AYRES, J. R. C. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface* (4)6: 117-120, 2000.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 549-560, set. 2005.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 43-62, 2007.

AZEVEDO, R. *Formação de leitores e razões para a literatura*. Caminhos para a formação do leitor. São Paulo: DCL, p. 37, 2004.

BACHELARD, G. *A água e os sonhos: ensaio sobre a imaginação da matéria*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. *A poética do espaço*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. *A poética do devaneio*. Martins Fontes. 3. ed. 2009.

BARBIER, R. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. *Conférence à l'Ecole Supérieure de Sciences de la Santé*. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2019. Brasília: Juillet, 2002.

BARELLI, C. et al. Percepção da qualidade de vida e da satisfação geral com o curso entre estudantes de medicina do Rio Grande do Sul. In: 49º Congresso Brasileiro de Educação Médica/ 49º COBEM, 2011, Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro/RJ: Associação Brasileira de Educação Médica. ABEM, 2011.

BARELLI, C.; ORMEZZANO, G. R. A carícia essencial e o cuidado humanizado em saúde: uma leitura intersemiótica entre o verbal e o icônico. In: Jornada em Ação: 13º Seminário Internacional de Pesquisa em Leitura e Patrimônio Cultural, 2015, PASSO FUNDO. *Anais Comunicações do 13º Seminário Internacional de Pesquisa em Leitura e Patrimônio Cultural* [recurso eletrônico]. PASSO FUNDO: UPF, 2016. v. 1. p. 526-533.

BARROS, A. T. M. P. O imaginário e a hipostasia da comunicação. PPGCOM – ESPM, *Comunicação, mídia e consumo*, v.10, n.29, p. 13-29, set/dez 2013.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, Rio de Janeiro, v.2, p. 25-28, jan 2012.

BASTOS, B. R. et al. Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.62, n.3, p. 263-266, 2016.

BASTOS, L. A. M.; PROENÇA, M. A. A prática anatômica e a formação médica. *Rev Panam Salud Publica*, Washington DC, v.7, n.6, p. 395-402, 2000.

BEAINI, T.C. *Máscaras do tempo*. Petrópolis: Vozes, 1995.

BELTING, H. *Antropologia de la imagen*. Madri: Katz, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, aug. 2005.

BERTRAND, Y.; VALOIS, P. *Paradigmas educacionais: escola e sociedades*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

BIEDERMANN, Hans. *Dicionário ilustrado de símbolos*. São Paulo: Melhoramentos, 1993. 481 p.

BRAGANÇA, A. T. N. M. *O acolhimento como promoção da saúde entre pacientes com câncer*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 248p.

BRAGA G. C. et al. Promoção em saúde mental: a enfermagem criando e intervindo com histórias infantis. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2011 mar; 32(1):121-8.

BRAGANÇA, A.T.N.M. O acolhimento como promoção da saúde entre pacientes com câncer. Natal: UFRN, 2006. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

BRANDÃO, J. S. *Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, v. II. 559 p.

BRANDÃO, C. M. M. *Entre photos, graphias, imaginários e memórias: a (re) invenção do ser professor*. 2012. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080 de 19 setembro 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005a. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas,

respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília (2005a dez 9); Sec.1:80-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*: Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *IDB 2009 Brasil*: indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Política Nacional de Atenção Oncológica. *Relatório de auditoria operacional*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. 132 p.

BRASIL. *Portaria N° 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 08 jul. 2016.

BRASIL. *Portaria N° 278, de 27 de fevereiro de 2014*. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS*: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BREEN, J. Transitions in the concept of chronic pain. *Adv Nurs Sci*, 24: 48-59, 2002.

BUENO, B. O.; REZENDE, N. L. Formador de leitores, formador de professores: a trajetória de Max Butlen. *Educ.Pesq.*, São Paulo, v.41, n.2, p.543-564, 2015.

BULFINCH, T. *O livro da mitologia*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

BUTLEN, M. Compreensão e interpretação literárias: duplo risco da escola ao liceu. *Leitura: Teoria e Prática*, Campinas, v.30, n.58, jan/jun., p.5-15, 2012a.

_____. Para novas cooperações entre escolas e bibliotecas: retorno aos objetivos e missões. *Nuances: estudos sobre Educação*. Presidente Prudente, SP, v.21, n.22, p.32-41, 2012b.

CAEIRO, Alberto. *Poemas*. 10. ed., Lisboa: Ática, 1993.

CALDIN, C. F. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Florianópolis, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001.

CALIL AM, PIMENTA CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):325-32.

CALIL, A. M.; PRADO, C. Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.63, n.4, p. 671-674, 2010.

CAMPBELL, J. *O poder do mito*. São Paulo: Palas Athena, 1990.

_____. *O herói de mil faces*. São Paulo, Cultrix/Pensamento, 2007.

CAMPBELL, L. C.; CLAUW, D. J.; KEEFE, F. J. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry*, 54:399-409, 2003.

CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CANTARELLI, C. P. *Relato de experiência sobre a inserção da odontologia hospitalar como disciplina complementar de graduação na UFSM: contribuições e desafios*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

CARDOSO FILHO, F. A. B. et al. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 32-40, mar. 2015.

CARLSON, L.E.; et al. Online screening for distress, the 6th vital sign, in newly diagnosed oncology outpatients: randomised controlled trial of computerised vs personalised triage. *Br J Cancer*, 2012;107(4):617–25.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N.A.; MORENO, L.R. Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 22: I325-337, 2018.

CASSILETH, B. R. Psychiatric benefits of integrative therapies in patients with cancer. *Int. Rev Psychiatry*, v.26. n.1, p. 114-127, Feb 2014.

CERIBELLI, C. et al. A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 81-87, fev. 2009.

CHARON, R. Literary Concepts for Medical Readers: Frame, Time, Plot, Desire. In: Hawkins AH, McEntyre MC, editors. *Teaching literature and medicine*. New York: Modern Language Association of America; 2000. p.29-42.

_____. Narrative and medicine. *N Engl J Med*. 2004; 350 (9): 862-4.

- CHARTIER, A-M. Oralidade, alfabetização e letramento. *Revista Pátio online*, ano 6, n. 20. Nov. 2009. Disponível em: <<http://alfabetizacaoeletramneto.blogspot.com.br/2009/11/entrevista-anne-marie-chartier.html>>. Acesso em: 27 dez. 2015.
- CHAVES, E. C. et al. Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 370-375, Dec. 2000.
- CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. *Dicionário de símbolos*. 17. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2002
- CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO, 2017. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- CORNER, R. J.; et al. Patterns of complementary and alternative medicine use among patients undergoing cancer. *European Journal of Cancer Care*, 18, 271-279, 2009.
- COSTA, A. G. M. et al. Imagens e concepções de adolescentes moradores de zonas rurais sobre saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], 29(8): 1675-1680, 2013.
- COSTA, M.V. et al. *Educação interprofissional em saúde*. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. 85p.
- COUTINHO, L.R.P.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrative. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015.
- CUNHA, J. A. *Filosofia: iniciação à investigação filosófica*. São Paulo: Atual, 1992.
- CUNHA, P.J.; ZAGONEL, I.P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 412-419, 2008.
- D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals. In: Reino Unido healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, Reino Unido, v.8, p. 188, 2008.
- DENG, G.; CASSILETH, B. *Integrative oncology: an overview*. ASCO educational book, p. 233-242, 2014.
- DESLANDES, S. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.
- DIEHL, R.; MARASCHIN, C.; TITTONI, J. Planografias em pesquisa: mapas e fotografias na saúde mental. *Interface* [online], 13(30): 79-91, 2009.
- DOBOS, G. J. et al. *Integrative oncology for breast cancer patients: introduction of an expert-based model*. BMC Cancer, Reino Unido, n.12, p. 188, 2008. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

DUARTE JUNIOR, J. F. *O sentido dos sentidos: a educação (do) sensível*. Curitiba: Criar, 2001.

DUBOIS, P. *O ato fotográfico e outros ensaios*. 14. ed. Campinas: Papyrus, 2012.

DURAND, G. *A imaginação simbólica*. São Paulo: Cultrix, Universidade de São Paulo, 1988. p. 114.

_____. *Campos do Imaginário*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. 284p.

_____. *As estruturas antropológicas do imaginário: introdução à arquetipologia geral*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 551 p.

_____. *De la mitocrítica al mitoanálisis: figuras míticas y aspectos de la obra*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 1993. 366 p.

ELIADE, M. *O mito do eterno retorno*. Trad. José A. Ceschin. 9. ed. São Paulo: Mercúrio, 1992.

ELIAS, M.C.; ALVES, E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(4): 523-532.

ENNS, S. C. et al. Medical Students Perception of Their Educational Environment and Quality of Life. *Academic Medicine*, v. 91, p. 409-417, 2016.

ERANOS FOUNDATION. (s.d.). *Who we are: History and meaning of Eranos*. Disponível em: <<http://www.erasosfoundation.org/history.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FAILLA, Z. *Retratos da leitura no Brasil 3*. São Paulo, Instituto Pró-Livro, 2012.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p.69-87, jul. 2010.

FERREIRA, A. C.; SILVEIRA, L. H. L. Do Círculo de Eranos à construção do simbólico, em Carl Gustav Jung. *Psicologia USP*, v. 26, n. 2, p. 259-268, 2015.

FERREIRA, D. A. V. *Educação médica para controle do câncer: avaliação de egressos de um curso de medicina e a contribuição das ligas acadêmicas como mais uma estratégia de ensino*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FERREIRA, D. A. V.; SILVA, A. P.; SILVA, K. R. X. Ensino de oncologia na graduação médica e autorregulação da aprendizagem. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, n.14, Supl. 1, p. 50-58, 2015.

FETSCH, C. F. M. et al. Estratégias de *coping* entre familiares de pacientes oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.62, n.1, p. 17-25, 2016.

- FIGUEIREDO, A. M. et al. Percepções dos estudantes de medicina da UFOP sobre sua qualidade de vida. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.38, n.4, p.435-443, 2014.
- FONTANELLA, F. et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *Arquivos catarinenses de Medicina*, 36(2), 69-74, 2007.
- FRANÇOIS, A. *Cuidar: um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil*. São Paulo: Ed. do Autor, 2006.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- _____. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 2006.
- GADOTTI, M. *Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido*. São Paulo: Grubhas, 2003.
- GALLINA, F. S. *Educação estética, artes e imaginário: uma jornada arquetípica na transformação de sentidos existenciais*. 2017. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.
- GARCIA, D.M. *Crenças de profissionais de Centros de Dor sobre dor crônica* [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
- GARCIA, N. R. et al. As caixas de histórias na visão de profissionais de saúde como estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 169-177, maio/ago. 2012.
- GENNARI, M. *La educación estética: arte y literatura*. Barcelona: Paidós, 1997.
- GIACOMONI, L. *Mediadores de leitura e biblioterapia no contexto hospitalar*. 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade de Passo Fundo, 2010.
- GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19 (1-2): 19-27, 2011.
- GOCAN, S. et al. Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. 2014; 3(3):1-19.
- GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 6-14, abr. 2006.
- GOLDIN, D. *Os dias e os livros: divagações sobre a hospitalidade da leitura*. São Paulo: Pulo do Gato, 2012.

GUIMARÃES, R. *Dicionário da Mitologia Grega*. São Paulo: Cultrix, 1982.

GUIMARÃES, S. S. Introdução ao Estudo da Dor. In: M. M. M. J. de Carvalho (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. p. 13-30.

HERCOS, T M; et al. O trabalho dos profissionais de Enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. *Rev. Bras. Cancerol.*, 60(1): 51-58, jan.-mar. 201.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes, 2006. 598 p.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO. *Inaugurado o Instituto do Câncer Hospital São Vicente* [05/04/2017]. Disponível em: <<http://www.hsvp.com.br/noticias/2017/04/1566/InauguradooInstitutodoCancerHospitalSaoVicente.html>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

HUNTER, K. M. *Doctor's stories*. The narrative structure of medical knowledge. Princeton: University of Princeton Press; 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades@*. Banco de dados. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431410>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

INSTITUTO Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122 p.

INSTITUTO PRÓ-LIVRO. *Pesquisa Retratos da leitura no Brasil*. 3. ed. 2011. Disponível em: <http://prolivro.org.br/images/antigo/2834_10.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

JUNG, C.G. *O homem e seus símbolos*. 22. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

KOENIG, H. G. *Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice* [Essay]. *JAMA* 284(13):1708, 2000.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRUG, F.S; SILVA, M.R. Iramuteq e jornalismo: leituras inovadoras. In: Seminário Nacional de Língua e Literatura. *Teoria e ensino [recurso eletrônico]: vozes, linguagens, contextos*. Comissão organizadora: Luciana Maria Crestani et al. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2018.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais tem para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

KOTTOW, M. *Literary narrative in medical practice*. *J Med Ethics: Medical Humanities*. 2002; 28: 41-4.

KVARNSTROM, S. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008; 22(2):191-203.

LARROSA BONDÍA, J. *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. Porto Alegre: Contrabando, 1998.

_____. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Trad. João Wanderley Geraldi. *Revista Brasileira de Educação*, Campinas, n.19, p. 20-28, Jan/Fev/Mar/Abr 2002.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.

LIMA, E. F. A. et al. O cuidar em quimioterapia: a percepção da equipe de enfermagem. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 6, n. 1, p. 101-108, jan.-mar. 2014.

LOPES-JÚNIOR, L.C. et al. Translational research and symptom management in oncology nursing. *Br J Nurs*, 25: S12-21, 2016.

LOPES-JUNIOR, L. C.; LIMA, R. A. G. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2019.

LORENZATO, F. et al. Cervical cancer detection by hybrid capture and evaluation of local risk factors. *Int J Gynaecol Obstet*, v. 73, n.1, p. 41-46, Apr, 2001.

MAFFESOLI, M. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. *Elogio da razão sensível*. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1998.

_____. *O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. *O mistério da conjunção*. Porto Alegre, Sulina, 2005.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out-dez 2014.

MANSKY, P. J.; WALLERSTEDT, D. B. Complementary Medicine in Palliative Care and Cancer Symptom Management. *Cancer Journal*, 12, 425-431, 2006.

MARQUES, A. Saúde integral e imaginário: uma proposta de tecnologia social e comunitária. In: *Congresso Internacional do Centre de Recherches Internationales sur l'Imaginaire*. Ana Taís Martins Portanova Barros (Organizadora). Porto Alegre: Imaginalis, 2015. p.614-618.

MARQUES, D.C.; et al. Uso da meditação *mindfulness* como terapia coadjuvante em portadores de câncer: revisão integrativa. *Revista Saúde e Ciência online*, v. 7, n. 2, (maio a agosto de 2018). p.170-180.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.6. n.3, p. 351-356, Jul-Set 2007.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface*, Botucatu, v.21, n.60, p. 13-22, 2017.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Org.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MEIRA, R. D. et al. Implicações dos relacionamentos interpessoais e do estresse autorreferido na qualidade de vida do estudante de medicina. In: XXII MIC – Mostra de Iniciação Científica, 2012, Passo Fundo, RS. *Anais da XXII MIC* (CD). Passo Fundo, RS: UPF, 2012.

MELCHIZEDEK, D. *Antigo segredo da flor da vida*. São Paulo: Pensamento, 2009

MELLEIRO, M. M. D.; GUALDA, M. R. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3): 503-510, 2004.

MELO, V. M. *Mediação de leitura: a biblioterapia como fator para a inclusão social de idosos residentes em ILPIs*. Trabalho de conclusão de curso (graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In: Cecilio, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*, São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

MIGLIORINI, W. J. M. Imaginário e envelhecimento: imagens simbólicas de três nonagenários. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 83-93, abril, 2010.

MINAYO, M. D. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239-262, 1993.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução N° 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 18 out 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 19 de 3 de janeiro de 2002*. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: 12. maio 2019.

MINISTERIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12. jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

MOREIRA, A. M.; RETTENMAIER, M. A leitura no período de tratamento quimioterápico. In: 15ª Jornada Nacional de Literatura: leituras jovens do mundo. 12º Seminário Internacional de Pesquisa em Leitura e Patrimônio Cultural, 2013, PASSO FUNDO. *Anais Comunicações 12º Seminário Internacional de Pesquisa em Leitura e Patrimônio Cultural* [recurso eletrônico]. PASSO FUNDO: UPF, 2013. v. 1. p. 1-8.

MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 118 p.

MOURA, L. L. O imaginário nas narrativas visuais do cotidiano: contribuições para a retomada de uma educação reencantada. In: *Congresso Internacional do Centre de Recherches Internationales sur l'Imaginaire*. Porto Alegre: Imaginalis, 2015.p. 619-633.

NASCIMENTO, L.A.; KRELING, M.C. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1): 50-4.

NASSRI, R. C. B. M. Leitura: formação e concepções de alunos de direito e medicina. *Psicologia Escolar e Educacional* (Impr.) [online]., 4(1): 273-282, 2000.

NECCHI, V. A potencialização da leitura na era do audiovisual. In: Santos, F.; Neto, J.C.M.; Rösing, T. M. K. (Org.). *Mediação de leitura: discussões e alternativas para a formação de leitores*. São Paulo: Global, 2009. p. 267-279.

NISTCHKE, R.G.; et al. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(4).

NUNES, M.C. *O imaginário na literatura infantil e juvenil e a formação do leitor: um estudo do simbolismo na obra de Ana Maria Machado*. São Luis, 2012. 139p. Dissertação (Mestrado em Educação). UFMA 2012. Orientador: João de Deus Vieira Barros.

NYKIFORUK, C. I. J.; VALLIANATOS, H.; NIEUWENDYK, L. M. Photovoice as a method for revealing community perceptions of the built and social environment. *Int J Qual Methods*, 10: 103-124, 2011.

OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. R. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Campinas, v.16, n.1, p.32-40, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa* [Internet]. Genebra: OMS, 2010. Disponível em http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf. Acesso em: 14 junho 2019.

ORMEZZANO, G. Imaginário e educação: entre o *homo symbolicum* e o *homo estheticus*. Porto Alegre: PUCRS, 2001. Tese. (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2001.

_____. Sobre a imagem visual e o imaginário. In: _____ (Org.). *Questões de arteterapia*. 3.ed. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2009a. p. 68-77.

_____. *Educação estética, imaginário e arteterapia*. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2009b. 176p.

ORMEZZANO, G.; GONÇALVES, C.B.C.; GALLINA, F. O fio de Ariadne: uma experiência exitosa no PET-Saúde Redes. In: GONÇALVES, C.B.C.; ORMEZZANO, G.; TONDO, T. *Práticas integrativas na rede de atenção psicossocial: humanização e arteterapia*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2016. p.121-146.

OLIVEIRA, E. R. *Dimensões culturais no tratamento reabilitador do câncer bucomaxilofacial*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ORTIZ-OSÉS, A. (2004). Arquetipos y simbolos colectivos. Circulo de Eranos I. *Cuadernos de Eranos – Cahiers d’ Eranos*. México: Antropos Editorial-Centro Regional de Investigações Multidisciplinares.

ORTIZ-OSÉS, A. (Org.). (1994). El Círculo de Eranos: uma hermenêutica simbólica del sentido. *Anthropos: Revista de Documentación Científica de la Cultura*, (153).

PANTOJA, W. M. S. O curso de pós-graduação *lato sensu* em Farmácia Hospitalar em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e suas relações na formação de recursos humanos para atuação na Rede de Atenção Oncológica. *RBPB*, Brasília, v. 11, n. 26, p. 1139 - 1155, dezembro de 2014.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica* 34, supl 1; 126-135, 2007.

PARADA, R. et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. *Revista APS*, Juiz de Fora, v.11, n.2, p. 199-206, abr./jun., 2008.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4541-4548, 2011.

PEDROSA, N.T.; POLEJACK, L. Cuidado e autocuidado em oncologia: significados para profissionais e usuários. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24 (2), jul.-dez. 2016.

PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 361-378, nov.2011/fev.2012.

PELIZZOLI, M. L. *A relação ao outro em Husserl e Levinas*. Porto Alegre: EdUPUCRS, 1994.

PEREIRA, R.D.M.; et al. Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. *Rev Enferm UFPE on line*, Recife, 9(2):710-7, fev., 2014.

PEREIRA, G. P. G.; LIPPI, U. G. Avaliação da dor oncológica no câncer de mama metastático. *Dor*, 10(4), 301-306, 2009.

PERES, J. F. P.; SIMAO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 136-145, 2007.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L. Bertachini L. *Organizadores, humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Loyola, 2004. p.12-30

PÈTIT, M. *Os jovens e a leitura: uma nova perspectiva*. São Paulo: 34, 2008. 192p.

_____. *A arte de ler ou como resistir à adversidade*. São Paulo: Editora 34, 2009.

_____. *Leituras: do espaço íntimo ao espaço público*. São Paulo: 34, 2013.

PIERUCCI, A. F. *O desencantamento do mundo: todos os passos do conceito*. São Paulo: Editora 34, 2004.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, B.I.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPSJV, 2009.

Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2005.

PIRES, J.G.; et al. Instrumentos para avaliar o construto *mindfulness*: uma revisão. *Avaliação Psicológica*. 14 (3): 329-338, 2015.

PITTA, D. P. R. *Iniciação à teoria do imaginário de Gilbert Durand*. Recife. UFPE, 1995. Disponível em:

<<http://gepai.yolasite.com/resources/Texto%20Inicia%C3%A7%C3%A3o%20Teoria%20do%20Imagin%C3%A1rio.doc>>. Acesso em: 08 out. 2016.

PHILIPPINI, A. *Linguagens e materiais expressivos em arteterapia: uso, indicações e propriedades*. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

PORTAL, F. *El simbolismo de los colores: en la Antigüedad, la Edad Media y los tempos modernos*. Palma de Mallorca: Sophia Perennis, 2000.

PLANO Nacional do Livro e Leitura. *Publicação do Caderno do PNLL*. Edição Atualizada 2010. Supervisão Geral de José Castilho Marques Neto e Coordenação Executiva de Luciana do Vale. Brasília, DF, 2010. Disponível em:

<http://www.cultura.gov.br/documents/10883/1171222/cadernoPNLL_2014ab.pdf/df8f8f20-d613-49aa-94f5-edebf1a7a660>. Acesso em: 10 jul. 2017.

POST-WHITE, J. et al. Massage therapy for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(1), 16-28, 2009.

PREVIATO, G.F.; BALDISSERA, V.D.A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39: 2017-2032.

QUADROS, A.M.M.; et al. Quem somos e o que projetamos para o futuro: percepções de uma equipe de Estratégia Saúde da Família. In: GONÇALVES, C.B.C.; ORMEZZANO, G.; TONDO, T. *Práticas integrativas na rede de atenção psicossocial: humanização e arteterapia*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2016. p.147-172.

REIS, S. et al. Cartografando territórios: oficinas de fotografia pinhole como dispositivo de ação em saúde. *Interface* [online], 16(42): 855-862, 2012.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2013.

RETRATOS DA LEITURA NO BRASIL 4. Organização de Zoara Failla. Rio de Janeiro: Sextante, 2016. 296 p.

RETTENMAIER, M. (Hiper)mediação leitora: do blog ao livro. In: Santos, F.; Marques Neto, J. C.; Rösing, T. M. K. (Org.). *Mediação de leitura: discussões e alternativas para a formação de leitores*. São Paulo: Global, 2009. p.71-94.

REZENDE, JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina* [online]. Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre. pp. 55-59. São Paulo: Unifesp, 2009.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(56):185-96.

RIBEIRO, G. Biblioterapia: uma proposta para adolescentes internados em enfermarias de hospitais públicos. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas v.3, n. 2, p. 112-126, jan./jun. 2006.

RIBEIRO, A. A. et al. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 878-891, Sept. 2013.

RIBEIRO, L.F.S.; et al. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com câncer. Montes Claros, II Congresso Nacional de Oncologia da Associação Presente. *Revista Unimontes Científica*. p.95-110, 2018.

ROCHA, E. S. et al. A importância do estágio profissionalizante na formação de recursos humanos em oncologia. *Interface*, Botucatu, supl. 3, 2014.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v.15, n. 1 (21), p.71-82, jan./jun. 2016.

RÖSING, T. M. K. Do currículo por disciplina à era da educação-cultura-tecnologia sintonizadas: processo de formação de mediadores de leitura. In: _____ (Org.). *Mediação de leitura: discussões e alternativas para a formação de leitores*. São Paulo: Global, 2009. p.129-155.

_____. *Mudanças radicais nos modos de ler e escrever: o enfrentamento coletivo da questão por professores e estudantes universitários*. In: RÖSING, T.; ZILBERMAN, R. (Org.). *Leitura: história e ensino*. Porto Alegre: Edelbra, 2016. Parte I. p. 149-166.

ROSSARI, U. V. S.; MOTTA, M. G. C. Uso da fotografia como método de coleta de informações: estudo qualitativo com adolescentes com câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem.*, 30(3): 500-507, 2009.

SAAD; M.; LIMA, P.T. Medicina integrativa. *Educ Contin Saúde Einstein*. 2012;10(3):142-4.

SALLUM, A.M.C.; GARCIA, D.M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(Número Especial 1):150-4.

SANTAELLA, L. Gêneros discursivos híbridos na era da hipermídia. *Bakhtiniana*, São Paulo, 9 (2): 206-216, ago./dez. 2014.

_____, L. *Comunicação ubíqua*. Repercussões na cultura e na educação. São Paulo: Paulus, 2013.

_____, L. *Navegar no ciberespaço*. O perfil cognitivo do leitor imersivo. São Paulo: Paulus, 2004.

SANTOS, A. A. A. Compreensão em Leitura na Universidade: um estudo comparativo entre dois procedimentos de treino. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 54 - 72, 1990.

SANTOS, F.; MARQUES NETO, J. C.; RÖSING, T. M. K. A formação de mediadores de leitura: um desafio a ser assumido por profissionais. In: _____ (Org.). *Mediação de leitura: discussões e alternativas para a formação de leitores*. São Paulo: Global, 2009. p.13-22.

SANTOS, M. R. et al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.22, n.3, p. 646-653, jul-set 2013.

SCANNAVINO, C. S. S. et al. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos. *Psicologia USP*, São Paulo, v.24, n.1, p. 35-53, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, Séries, 4: 61-74, 2011.

SEREZA, T.W.; DELLAROZA, M.S.G. O que está sendo aprendido a respeito da dor na UEL? *Semina Cienc Biol Saúde*, 2003; 24(1):55-66.

SHENG-YU, F.; EISER, C. Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Body Image*, 6(4), 247- 256, 2009.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. O que é a Oncologia Integrativa? *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21 (3): 348-54, 2013a.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. Por que as Pesquisas em Oncologia Integrativa são Importantes? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(2): 249-253, 2013b.

SIGNIFICADOS. *Significados das cores*. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/cores-2/>>. Acesso em 10. abr. 2019.

SILVA, M. A. P. D., et al. Oncologia e ética: relações e aproximações. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 42-50, 2001.

SILVA, V. C. E. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias, e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, M. R. et al. Literatura e Humanização: uma Experiência Didática de Educação Humanística em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 93-101, mar. 2016.

SILVA, M. M. et al. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. *Texto & Contexto – Enfermagem* [online]. 21(3): 658-666, 2012.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Caderno de Saúde Pública* [online]. 22(10): 2055-2066, 2006.

SILVA, A. V.; RAMALHO, C. *História da epopéia brasileira: teoria, crítica e percurso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. v. 1.

SILVA, C. H. et al. Not telling the truth in the patient- physician relationship. *Bioethics*, v. 17, p. 417-424, 2003.

SILVEIRA, N. H. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, Sept. 2007.

SOBEL, M. I. *Light*. United States: University of Chicago Press, 1989. p. 52–62

- SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA DOR, 2019. *Hospital sem dor*. Diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. Disponível em: <<http://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- SOUZA, S. J.; LOPES, A. E. Fotografar e narrar: a produção do conhecimento no contexto da escola. *Cadernos de Pesquisa*, 116: 61-80, 2002.
- STRÔNGOLI, M.T.Q.G. Um novo olhar sobre as estruturas de Gilbert Durand. In: *Congresso Internacional do Centre de Recherches Internationales sur l'Imaginaire*. Ana Taís Martins Portanova Barros (Organizadora). Porto Alegre: Imaginalis, 2015. p.370-379.
- TAKAHAGUI, F. et al. MadAlegria – Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 120-126, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 set. 2015.
- TAVARES, C. H. F. et al. O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 245-53, 2007.
- TAVARES, T. L. *Representação social frente ao câncer: uma visão dos acadêmicos de fisioterapia de uma instituição de ensino superior*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, João Pessoa, 2011.
- TEIXEIRA, M. C. S.; ARAÚJO, A. F. *Gilbert Durand: imaginário e Educação*. 2. ed. Niterói: Intertexto, 2013. 118p.
- THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 1249-1269, 2016.
- TREVISAN, A. *Como apreciar a arte: do saber ao sabor: uma síntese possível*. 3. ed. Porto Alegre: AGE, 2002. 185 p.
- TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 684-689, set./out. 2010.
- TORALLES-PEREIRA, M. L. et al. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 9(4): 1013-1022, 2004.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- UNITED NATIONS. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. In: *High-level Plenary Meeting of the General Assembly* [Internet]. 2011 Sep 19-20; New York: United Nations; 2011

Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1>. Acesso em: 20 jul. 2017.

URRUTIGARAY, M.C. *Arteterapia: a transformação pessoal pelas imagens*. Rio de Janeiro: Wak, 2003.

VELLOSO, M. P.; GUIMARÃES, M. B. L. A imagem na pesquisa qualitativa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1): 245-252, 2013.

VERJAT, A. *El retorno de Hermes: hermenéutica y ciencias humanas*. Barcelona: Editorial Anthropos, 1993.

VINCENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.53, n.1, p. 79-85, 2007.

WALDOW, V. R. Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.20, n.4, p. 825-833, 2011.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.24, n.3, p. 414-418, 2011.

WELLER, W.; BASSALO, L. M. B. Imagens: documentos de visões de mundo. *Sociologias*, 13(28): 284-314, 2011.

WALLER, A.; et al. Screening for distress, the sixth vital sign: examining self-referral in people with cancer over a one-year period. *Psychooncology*, 2013; 22(2): 388-95.

WESCHENFELDER E. V.; RETTENMAIER, M. A leitura e os novos canais de expressão. In: RETTENMAIER, M.; RÖSING, T. M. K. (Org.). *Questões de leitura*. 2. ed. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2011. p. 51-59.

WITTER, G. P. Metaciência e leitura. In: G. P. *Witter Leitura: textos e pesquisas*. Cap. 1. Campinas: Alínea, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002a.

_____. *Tradicional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneve: WHO, 2002b.

_____. *Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs: a comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]*. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/2012/consultation_april_2012/en/>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ZAUZA, U. Para quem sofre. Poesia. *Revista da academia Passo-Fundense de Letras*, n.7, 8, 9, maio 2011.

ZIMMERMANN, Elisabeth B. *Integração de processos interiores no desenvolvimento da personalidade*. 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

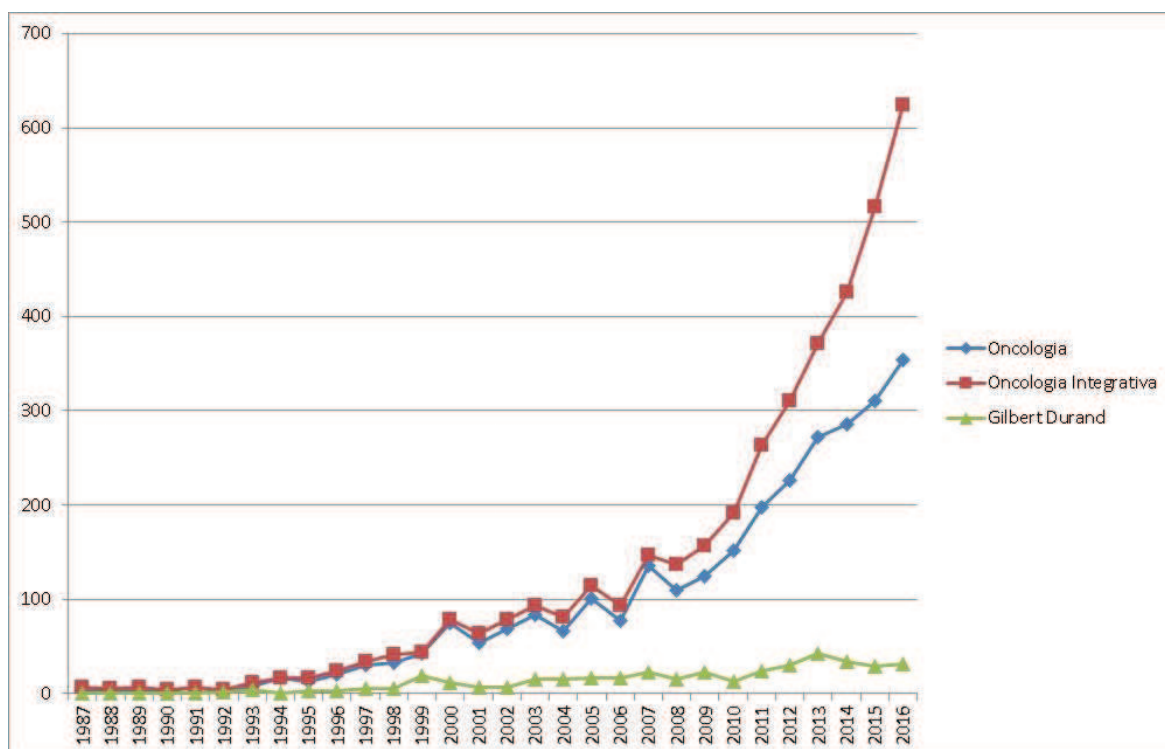
ZIMMERMANN, E. B. Prefácio. In: ORMEZZANO, G. *Educação, estética, imaginário e arteterapia*. Rio de Janeiro: Wak, 2009. p. 9-13.

ZOBOLLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 158-162, 2007. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201706>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ZONTA, R. et al. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol.30, no.3, p.147-153, 2006.

ZWAREBSTEIN, M. et al. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, n. 3, CD000072, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Infográficos sobre a evolução dos estudos / estado da arte

APÊNDICE B – Ficha de caracterização dos participantes das oficinas

| | | | | | |
|---|---|--|---|--------------------------|---|
| Projeto de pesquisa: A FORMAÇÃO DE LEITORES DE IMAGENS FOTOGRÁFICAS COMO PRÁTICA INTEGRATIVA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E CUIDADO HUMANIZADO NA ONCOLOGIA. | | | | | |
| Pesquisadora responsável: CRISTIANE BARELLI | | | | | |
| FICHA DO PERFIL DE PARTICIPANTE – Paciente | | | | | |
| Iniciais do nome do Paciente: | | Idade: | | DATA: ____ / ____ / ____ | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> masc | | Reside em Passo Fundo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | |
| Escolaridade máxima: | | | | | |
| Renda média da família em SALÁRIOS MÍNIMOS: | | | | | |
| Qual seu perfil? (Critério adotado na Pesquisa Retratos do leitor no Brasil, 3ª edição). | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LEITOR: leu, inteiro ou em partes, pelo menos 1 livro nos últimos 3 meses. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO LEITOR: não leu, nenhum livro nos últimos 3 meses, mesmo que tenha lido nos últimos 12 meses. | | | | | |
| Contato (e-mail e telefone): | | | | | |
| Diagnóstico (CID, tipo de câncer, estágio atual da doença; tempo de diagnóstico) | | | | | |
| Tratamento Oncológico (tipo de tratamento, periodicidade): | | | | | |
| Assinale a frequência nas oficinas realizadas: | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Atende os critérios de inclusão da investigação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | | | |
| Fotografia escolhida na 6ª oficina: | | | | | |
| Técnica elegida para produção textual: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> desenho <input type="checkbox"/> colagem <input type="checkbox"/> fotografia <input type="checkbox"/> poesia | | | | | |
| Observações: | | | | | |
| Projeto de pesquisa: A FORMAÇÃO DE LEITORES DE IMAGENS FOTOGRÁFICAS COMO PRÁTICA INTEGRATIVA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E CUIDADO HUMANIZADO NA ONCOLOGIA. | | | | | |
| Pesquisadora responsável: CRISTIANE BARELLI | | | | | |
| FICHA DO PERFIL DE PARTICIPANTE – Trabalhador saúde | | | | | |
| Iniciais do nome: | | Idade: | | DATA: ____ / ____ / ____ | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> masc | | Reside em Passo Fundo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | |
| Escolaridade máxima: | | | | | |
| Renda média da família em salários mínimos: | | | | | |
| Qual seu perfil? (Critério adotado na Pesquisa Retratos do leitor no Brasil, 3ª edição). | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LEITOR: leu, inteiro ou em partes, pelo menos 1 livro nos últimos 3 meses. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO LEITOR: não leu, nenhum livro nos últimos 3 meses, mesmo que tenha lido nos últimos 12 meses. | | | | | |
| Contato (e-mail e telefone): | | | | | |
| Profissão ou curso: | | | | | |
| Momento em que se encontra na formação: | | | | | |
| Setor e atividades que desenvolve no Instituto do Câncer do HSVP: | | | | | |
| Tempo de atuação no setor: | | | | | |
| Assinale a frequência nas oficinas realizadas: | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Atende os critérios de inclusão da investigação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | | | |
| Fotografia escolhida na 6ª oficina: | | | | | |
| Técnica elegida para o “revelado”: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> desenho <input type="checkbox"/> colagem <input type="checkbox"/> fotografia <input type="checkbox"/> poesia | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | | | |

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre “**A formação de leitores de imagens fotográficas como prática integrativa de promoção de saúde e cuidado humanizado na Oncologia**”, de responsabilidade da pesquisadora Cristiane Barelli. Esta pesquisa justifica-se devido a necessidade de compreender melhor o significado do cuidado humanizado e da promoção da saúde nos serviços de quimioterapia, a partir da percepção de pacientes, profissionais, residentes e estudantes da área da saúde.

O objetivo desta pesquisa é investigar qual o significado dado pelas pessoas envolvidas com o cuidado oncológico às imagens fotográficas produzidas por André François, na obra “Cuidar”, e o que estes sujeitos percebem sobre o cuidado humanizado e as práticas integrativas em saúde.

A sua participação na pesquisa será nas oficinas de formação de leitor, realizadas em cinco encontros, com horário a combinar, no local em que você faz seu tratamento oncológico, com duração aproximada de 02 horas cada encontro.

Caso você sinta algum sinal de desconforto psicológico ao participar na pesquisa, a pesquisadora se compromete em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área.

Ao participar da pesquisa, você terá os seguintes benefícios: a) participação nas oficinas de formação de leitor; b) melhor compreensão do seu adoecimento; c) conhecimento de práticas de autocuidado que podem lhe auxiliar no enfrentamento da doença.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento.

Você não terá qualquer despesa para participar da presente pesquisa e não receberá pagamento pela sua participação no estudo

Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na comunidade científica, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora CRISTIANE BARELLI pelo telefone (54) 3316-8553 ou e-mail barelli@upf.br, ou com o curso de Pós-Graduação em Letras da UPF (54) 3316-8341 ou e-mail ppglettras@upf.br, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316-8157, no horário das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Passo Fundo, ____ de ____ de ____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A – Classificação isotópica das imagens proposta por Gilbert Durand

| REGIMES OU POLARIDADES | DIURNO | | NOTURNO | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|
| | ESQUIZOMÓRFICAS (ou heroicas) | | SINTÉTICAS (ou dramáticas) | | MÍSTICAS (ou antifráscas) | |
| Estruturas | 1ª idealização e “recoo” autístico. 2ª diaretismo (<i>Spaltung</i>). 3ª geometrismo, simetria, gigantismo. 4ª antítese polêmica. | | 1ª coincidência “oppositurum” e sisematização. 2ª dialética dos antagonistas, framatização. 3ª historização. 4ª progressismo parcial (ciclo) ou total. | | 1ª redobramento e perseveração. 2ª viscosidade, adesividade antifráscas. 3ª realismo sensorial. 4ª miniaturização (Gulliver). | |
| Princípios de explicação e de justificação ou lógicos | Representação objetivamente heterogeneizante (antítese) e subjetivamente homogeneizante (autismo). Os Princípios de EXCLUSÃO, de CONTRADIÇÃO, de IDENTIDADE funcionam plenamente. | | Representação diacrônica que liga as contradições pelo fator tempo. O Princípio de CASUALIDADE, sob todas as suas formas (espec. FINAL e EFICIENTE), funciona plenamente. | | Representação objetivamente homogeneizante (perseveração) e subjetivamente heterogeneizante (esforço antifráscas). Os Princípios de ANALOGIA, de SIMILITUDE funcionam plenamente. | |
| Reflexos dominantes | Dominante POSTURAL com os seus derivados <i>manuais</i> e o adjuvante das sensações à distância (vista, audiofonação). | | Dominante COPULATIVA com os seus derivados motores <i>rítmicos</i> e os seus adjuvantes sensoriais (quinésicos, músico-rítmicos, etc.). | | Dominante DIGESTIVA com os seus adjuvantes <i>cenestésicos</i> , <i>térmicos</i> e os seus derivados <i>táteis</i> , <i>olfativos</i> e <i>gustativos</i> . | |
| Esquemas “verbais” | DISTINGUIR | | LIGAR | | CONFUNDIR | |
| | Separar ↑ Misturar | Subir ↑ Cair | Amadurecer Progredir | Voltar Recensear | Descer, Possuir, Penetrar | |
| Arquétipos “atributos” | Puro ↑ Manchado Claro ↑ Escuro | Alto ↑ Baixo | Para a frente, Futuro | Para trás, Passado | Profundo, Calmo, Quente, Íntimo, Escondido | |
| Situação das “categorias” do jogo de Tarô | O GLÁDIO | (O Cetro) | O PAU | O DENÁRIO | A TAÇA | |
| Arquétipos “substantivos” | A Luz ↑ As Trevas O Ar ↑ O Miasma A Arma Heróica ↑ A Atadura O Batismo ↑ A Mancha | O Cume ↑ O Abismo O Céu ↑ O Inferno O Chefe ↑ O Inferior O Herói ↑ O Monstro O Anjo ↑ O Animal A Asa ↑ O Réptil | O Fogo-Chama O Filho A Árvore O Germe | A Roda A Cruz A Lua O Andrógino O Deus plural | O Micro-cosmo A Criança, o Polegar O Animal <i>gigogne</i> A Cor A Noite A Mãe O Recipiente | A Morada O Centro A Flor A Mulher O Alimento A Substância |
| Dos Símbolos aos Sistemas | O Sol, O Azul celeste, O Olho do Pai, As Runas, O Mantra, As Armas, A Vedação, A Circuncisão, A Tonsura, etc. | A Escada de mão, A Escada, O Bétilo, O Campanário, O Zigarette, A Águia, A Calhandra, A Pomba, Júpiter, etc. | O Calendário, A Aritmologia, a Triade, a Tétrade, a Astrobiologia | | O Ventre Engolidores e Engolidos Kobolds Dáctilos Osíris As Tintas As Pedras Preciosas Melusina O Veu O Manto A Taça O Caldeirão, etc | O Túmulo O Berço A Crisálida A Ilha A Caverna O Mandala A Barca O Saco O Ovo O Leite O Mel O Vinho O Ouro, etc |
| | | | A Iniciação, O “Duas-vezes nascido”, A Orgia, O Messias, A Pedra Filosofal, A Música, etc | O Sacrifício, O Dragão, A Espiral, O Caracol, O Urso, O Cordeiro A Lebre A Roda de fiar O Isqueiro, A <i>Baratte</i> , etc | | |

ANEXO B – Parecer de aprovação do protocolo de pesquisa emitido pelo CEP/UPF

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A formação de leitores de imagens fotográficas como prática integrativa de promoção de saúde e cuidado humanizado na Oncologia

Pesquisador: CRISTIANE BARELLI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52375116.6.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.390.689

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, de abordagem hermenêutica simbólica. Será desenvolvido em Passo Fundo, RS, com pacientes oncológicos adultos, profissionais, residentes e estudantes da área da saúde que atuam diretamente nos serviços de quimioterapia.

A pesquisa será realizada no Setor Quimioterapia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e na Secretaria Municipal de Saúde, em Passo Fundo/RS. Incluirá pacientes oncológicos adultos, que tenham realizado ou estejam em tratamento quimioterápico. Também integrará nossa amostra os profissionais, residentes e estudantes da área da saúde que atuam no setor de Quimioterapia do HSVP. O projeto será executado entre janeiro 2016 e dezembro 2017, totalizando 24 meses.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar qual o significado atribuído pelas pessoas envolvidas com o cuidado oncológico às imagens fotográficas produzidas por André François, na obra "Cuidar", e o que estes sujeitos revelam na perspectiva do cuidado humanizado e das práticas integrativas em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa é considerada de risco mínimo por tratar-se de um estudo exploratório. Além

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-5157 **E-mail:** cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.390.689

disso, as informações dos sujeitos da pesquisa serão codificadas por sistema alfa numérico sem expor o nome dos indivíduos, a fim de manter os critérios éticos de sigilo e confidencialidade. Caso algum participante apresente sinal de desconforto psicológico decorrente da participação na pesquisa, o pesquisador compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área.

Por outro lado, são esperados como benefícios o conhecimento e a compreensão do significado das imagens fotográficas de André François para os participantes e que estes se motivem na construção de novas práticas de saúde e de promoção do cuidado – de si e do outro. As Oficinas irão proporcionar aos participantes momentos formativos, de aprendizagem compartilhada, troca de experiências, podendo acarretar em empoderamento no enfrentamento da doença e/ou da rotina do serviço de quimioterapia. Como resultados a médio e longo prazo, espera-se que a mediação da leitura de imagens possa se constituir como uma prática integrativa no setor de quimioterapia, integrando a categoria de técnicas mente-corpo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os instrumentos de coleta de dados abrangem: ficha do perfil do participante da Oficina, roteiro de entrevista aberta e diário de campo do pesquisador. No perfil dos pacientes (n=10) serão incluídas características sociodemográficas, aspectos do diagnóstico e tratamento da neoplasia. Para os profissionais (n= 10), residentes e estudantes (n=10), além dos dados gerais, buscaremos informações sobre a profissão e vínculo com o serviço de quimioterapia. A metodologia de trabalho consistirá na realização de Oficinas de Mediação de Leitura e Prática Integrativa para cada grupo investigado. Ao longo de três meses serão realizados seis encontros, de duas horas de duração cada. Em cada Oficina será apresentada uma fotografia da obra "Cuidar" de André François, previamente selecionada pelos pesquisadores, e solicitado que os participantes façam a descrição, análise e interpretação da imagem, por meio de uma produção artística individual (desenho, colagem, fotografia ou poema), que revele o significado desse processo de formação de leitura. Para análise dos resultados serão consideradas apenas as produções da sexta oficina, que serão interpretadas a partir da mitocrítica de Gilbert Durand, fundamentada na Teoria do Imaginário. Acreditamos que essa pesquisa, ao propor a leitura de imagens como prática

integrativa, possibilite estratégias adjuvantes na terapêutica oncológica e contribua com uma formação profissional em saúde mais humanizada e integral. Ao serem convidados para participar das Oficinas, será preenchida uma ficha com informações sobre o perfil do participante, abrangendo aspectos sociodemográficos, relacionados à doença e ao tratamento (no caso dos

Endereço: BR 285- Km 202 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: oep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.390.689

pacientes), à atuação no setor de quimioterapia (no caso dos profissionais, residentes e estudantes da área da saúde) e hábitos de leitura. Se for necessário também serão consultados os prontuários dos pacientes e sistemas de registros dos trabalhadores para complementar as informações. Além da ficha dos participantes serão utilizados como instrumentos para a coleta dos dados um Roteiro de Entrevista Aberta e o Diário de Campo do pesquisador. A entrevista aberta será conduzida por meio do seguinte questionamento: "o que significou para mim esse processo de formação de leitura de imagem?", que será incitado aos participantes das oficinas após a leitura das fotografias. As Oficinas serão realizadas para cada Grupo ao longo de três meses, por meio de 6 encontros quinzenais, com 2 horas de duração cada, seguindo um roteiro semiestruturado. Em cada Oficina será apresentada uma fotografia da obra "Cuidar" de André François, previamente selecionada pelos pesquisadores, e solicitado que os participantes façam a descrição, análise e interpretação da imagem, por meio de uma produção artística individual (desenho, colagem, fotografia ou poema), que revele o significado desse processo de formação de leitura. Os encontros serão registrados no Diário de Campo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

**UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-**



Continuação do Parecer: 1.390.689

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_647654.pdf | 06/01/2016 16:30:45 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Anexo_3_Aval_Residencia_Multiprofissional.pdf | 06/01/2016 16:29:23 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Apendice_B_TCLE_unico.pdf | 06/01/2016 16:16:21 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Outros | Apendice_C_Ficha_perfil_participante.pdf | 06/01/2016 16:15:11 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Outros | Apendice_F_fluxograma_Oficinas.pdf | 06/01/2016 16:14:11 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Outros | Apendice_D_Roteiro_Oficinas.pdf | 06/01/2016 16:13:24 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Anexo2_Aval_SMS.pdf | 06/01/2016 16:11:40 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Anexo_1_Parecer_CPPG_HSVP.pdf | 06/01/2016 16:11:11 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Apendice_G_Declaracao_pesq_n_iniciada.pdf | 06/01/2016 16:10:04 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Apendice_H_TCUD.pdf | 06/01/2016 16:08:52 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | BARELLI_projeto_TESE_plataforma_brasil_jan2016_v2.pdf | 06/01/2016 16:05:10 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |
| Folha de Rosto | Anexo_5_Folha_Rosto.pdf | 06/01/2016 16:04:24 | CRISTIANE BARELLI | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 19 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador)

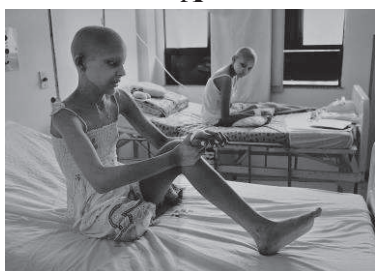
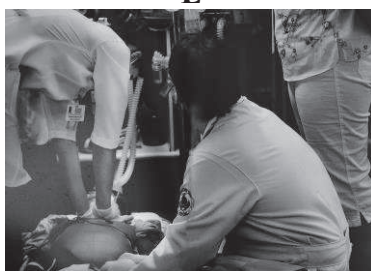
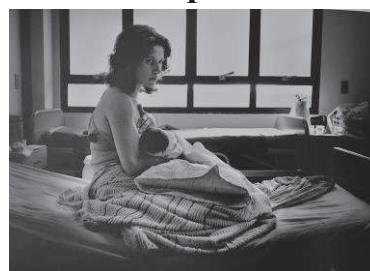
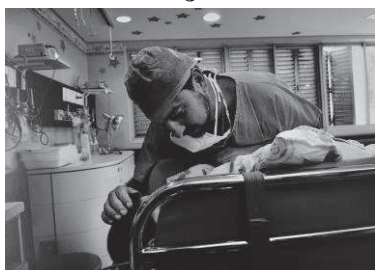
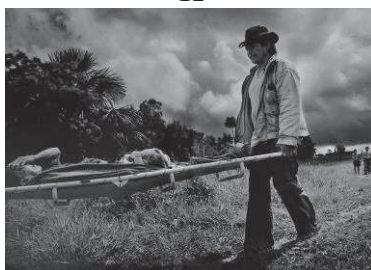
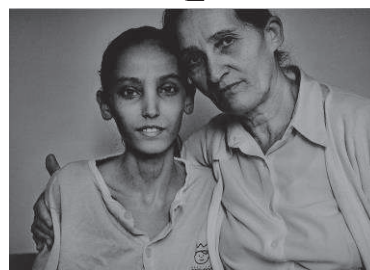
Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

ANEXO C – Fotografias da obra “Cuidar” escolhidas pelos estudantes no 1º encontro da Oficina para se apresentarem

**A****B****C****D****E****F****G****H****I**

Fonte: FRANÇOIS, 2006.

ANEXO D– Fotografias da obra “Cuidar” escolhidas pelos residentes no 1º encontro da Oficina para se apresentarem

**A****B****C****D****E****F****G****H****I****J****K****L****M****N****O**



P



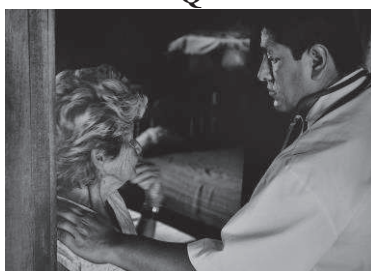
Q



R



S



T



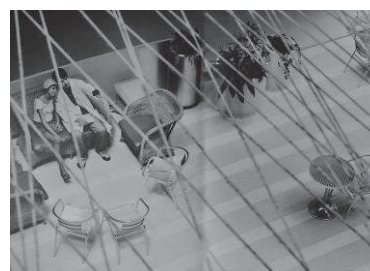
U



V



W



X

Fonte: FRANÇOIS, 2006.

* As fotografias A a G são dos residentes que integraram a amostra do estudo. As demais são dos outros profissionais que participaram da Oficina.