



**O ENCONTRO COM A PERSPECTIVA DO OUTRO: COMPAIXÃO NA
NARRATIVA DE PROFISSIONAIS DE ACOLHIMENTO A PESSOAS COM
DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS¹**

**EL ENCUENTRO CON LA PERSPECTIVA DEL OTRO: LA COMPASIÓN EN
LA NARRATIVA DE PROFESIONALES DE RECEPCIÓN PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE**

**THE ENCOUNTER WITH THE PERSPECTIVE OF THE OTHER: COMPASSION IN
THE NARRATIVE OF PROFESSIONALS WHO CARE FOR PEOPLE WITH
MULTIPLE DISABILITIES**

Mestranda Monica de Fátima Maciel da Rosa

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6055-5495>
monicarosa.nutricionista@gmail.com

Dra. Caroline Filla Rosaneli

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3710-5829>
caroline.rosaneli@gmail.com

Dr. Anor Sganzerla

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8687-3408>
anor.s@pucpr.br

Dra. Marta Luciane Fischer

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1885-0535>
marta.fischer@pucpr.br

RESUMO

Esta pesquisa se propôs a reconhecer na compaixão, desdobrada em acolhimento e atendimento, bem como as potencialidades, barreiras e fragilidades que os profissionais de saúde enfrentam, aprendem, superam e diversificam para dar suporte aos desafios diários de um público vulnerável. A

¹ Essa pesquisa é resultado da pesquisa desenvolvida no Grupo de Pesquisa em Bioética Ambiental vinculado ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção de grau de mestre. A pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética (CAEE: 4809151540000100).

pesquisa descritiva e qualitativa foi realizada através de grupo focal, no Complexo de Saúde Pequeno Cotolengo, instituição filantrópica referência no acolhimento de pessoas com deficiências múltiplas na cidade de Curitiba, Paraná, sul do Brasil. Os resultados demonstraram que na fala dos profissionais predominaram as expressões de valores quando comparadas com fragilidades, crenças e potencialidades. As limitações abordadas suscitam dilemas éticos da assistência a pessoas com deficiências, contudo a compaixão está presente nas atividades diárias. Espera-se fomentar debates sobre o cuidado pautado nos princípios bioéticos e direitos humanos da assistência em saúde.

Palavras-Chaves

Compaixão, Bioética – Humanização- Deficiências - Cuidados em Saúde

Licencia Creative Commons Attribution Non-
Comercial 3.0 Unported (CC BY-NC 3.0) Licencia
Internacional



**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo reconocer en la compasión, desplegada en la recepción y el cuidado, así como las fortalezas, barreras y debilidades que los profesionales de la salud enfrentan, aprenden, superan y diversifican para soportar los desafíos cotidianos de un público vulnerable. La investigación descriptiva y cualitativa se llevó a cabo a través de un grupo focal en el Complejo de Salud Pequeno Cotolengo, institución filantrópica de referencia en la recepción de personas con discapacidad múltiple en la ciudad de Curitiba, Paraná, sur de Brasil. Los resultados mostraron que en el discurso de los profesionales predominaron las expresiones de valores frente a las debilidades, creencias y potencialidades. Las limitaciones abordadas plantean dilemas éticos en la asistencia a personas con discapacidad, sin embargo la compasión está presente en las actividades cotidianas. Se espera fomentar debates sobre el cuidado basado en principios bioéticos y derechos humanos en salud.

Palavras-Claves

Compaixão, Bioética - Humanización - Discapacidades - Cuidado de la Salud

ABSTRACT

This research aimed to recognize in compassion, unfolded in reception and care, as well as the strengths, barriers, and weaknesses that health professionals face, learn, overcome and diversify to support the daily challenges of a vulnerable public. The descriptive and qualitative research was carried out through a focus group, at the Pequeno Cotolengo Health Complex, a reference philanthropic

institution in the reception of people with multiple disabilities in the city of Curitiba, Paraná, southern Brazil. The results showed that in the speech of the professionals, expressions of values predominated when compared to weaknesses, beliefs, and potential. The limitations addressed raise ethical dilemmas in assisting people with disabilities, however compassion is present in daily activities. It is hoped to foster debates on care based on bioethical principles and human rights in health care.

Keywords

Compassion, Bioethics - Humanization - Disabilities - Health Care

Introdução

A palavra compaixão vem do latim *compassio*, e significa ato de partilhar, de entender o sofrimento de outra pessoa. O dicionário de língua portuguesa define-a como “pesar que em nós desperta a infelicidade, a dor, o mal de outrem; piedade, pena, dó, condolência”². Ao buscar sinônimos para melhor compreender o significado da compaixão, algumas palavras relacionadas ao termo acabam por limitar, reduzir ou até mesmo desvirtuar o sentido da palavra. Um exemplo disso ocorre com o uso da palavra piedade acima relacionada como sinônimo de compaixão. Por piedade, entende-se algo abstrato, e somente sentida se o outro pedir ou se lastimar. Desse modo, pode-se dizer que a piedade é praticada de cima para baixo, e em certas situações até mesmo com menosprezo. Algo bem diferente disso é a compaixão, pois se trata de uma relação concreta, singular, horizontal, na qual se busca igualar-se àquele que sofre, numa relação de respeito e de solidariedade ao sofrimento do outro.

Em outros contextos, a palavra compaixão é também usada como um sentimento, e não apenas como uma virtude. O sentimento da compaixão consiste em desenvolver em si a capacidade de sentir a compaixão, enquanto a virtude da compaixão exige com que se passe da ordem afetiva, ou seja, de um sentimento, para a ordem prática, ética e de ação. Ou seja, o que sentimos deve ser transformado em ação prática, do que somos para o que devemos fazer³.

No sentido religioso, pode-se dizer que a compaixão está presente em todas as religiões. No entanto, é nas religiões da cultura oriental com lemas como “compadece-te e faz o que deves” que a compaixão se torna mais efetiva. Na cultura ocidental, por sua vez, prevaleceu a concepção cristã na qual enalteceu lemas como “ama e fazes o que queres”, ou até mesmo da caridade. Embora seja possível identificar essa diferença, isso não nos permite concluir que a compaixão seja menos necessária no mundo ocidental.

Na tradição filosófica quando nos referimos a ética da compaixão, sobressalta a filosofia do pensador Arthur Schopenhauer na obra *Sobre o*

²Aurélio Buarque de Hollanda. Dicionário básico de língua portuguesa. São Paulo, 1988.

³ André Comte-Sponville; *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*. (São Paulo: Martins Fontes, v. 392, 2009).

fundamento da moral. Embora o pensador e suas ideias sejam considerados pessimistas, uma vez que define o ser humano como um ser essencialmente egoísta, sendo o mundo mais compatível ao inferno do que com algo divino, o filósofo não é descrente quanto às boas ações humanas, embora possamos dizer que não sejam corriqueiras. Para o pensador a compaixão exige uma participação prática e efetiva no sofrimento do outro, de modo a ajudá-lo a diminuir seu sofrer⁴. Assim sendo, uma ação somente será considerada de valor moral, quando praticada unicamente em vista do outro. Nas palavras do autor:

“Somente quando uma ação dela surgiu é que tem valor moral, e toda ação que se produz por quaisquer outros motivos não têm nenhuma. Assim que esta compaixão se faça sentir, o bem e o mal do outro me atingem diretamente do mesmo modo, embora nem sempre do mesmo grau que os meus. Portanto, agora a diferença entre mim e o outro não é mais absoluta”⁵

Historicamente a reflexão em torno da compaixão sempre levantou diversos questionamentos, entre eles: se a compaixão é inata ou adquirida? Se é possível ser ensinada? Se ela é igual em todos os humanos? Se é possível sentir a dor do outro?

Embora nessa reflexão não seja possível responder a todas essas indagações, chama-nos a atenção de que as palavras que não representam a compaixão parecem ser mais claras e evidentes do que seus possíveis sinônimos. Nesse sentido, a compaixão é oposta a frieza, crueldade, indiferença, insensibilidade, egoísmo e se aproxima de palavras no sentido de participar, comungar, compartilhar, simpatizar, solidarizar-se com o sofrimento do outro.

Em relação ao debate filosófico se a compaixão é uma virtude inata ou adquirida, a história da filosofia já produziu respostas muito divergentes a esse respeito, principalmente devido às diferentes concepções de natureza humana. No entanto, o estudo da ética permite-nos compreender que a humanidade no ser humano não é dada pela natureza, mas sim conquistada, adquirida pelo ser humano, como bem expressa a conhecida frase pronunciada por Joseph Campbell de que “nascemos homens, e nos tornamos humanos” e que dá sentido ao título a obra de Craig Stanford intitulada “Como nos tornamos humanos”. Em outras palavras, como seres biológicos, o que podemos classificar de primeira natureza, somos seres egoístas, individualistas, apáticos, e agimos por instinto em busca da nossa sobrevivência. No entanto, somos capazes através do processo de educação formal, informal, cultural, religioso, entre outros, de adquirir uma segunda natureza voltada ao altruísmo, ao bem comum, a solidariedade e a compaixão⁶.

Os estudos da antropogênese mostram que nos tornamos humanos quando conseguimos vencer a fase individual da busca da sobrevivência dos meios de subsistência, e passamos a buscá-los de modo coletivo e distribuí-los

⁴ Arthur Schopenhauer, “Sobre o fundamento da moral”. (São Paulo: Martins Fontes. 2001).

⁵ Arthur Schopenhauer, “Sobre o fundamento da...” p.135.

⁶ Adolfo Sanchez Vásquez, “Ética”. 20ª ed. (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000).

de forma cooperada. Em sua obra *Pequeno tratado das grandes virtudes*, André Comte-Sponville afirma que “a compaixão tem má reputação na história: ninguém gosta de senti-la e nem ser objeto dela”⁷. Isso mostra que para sentir compaixão é preciso se deixar envolver pelo outro, não ser indiferente, muito embora possa ser algo não agradável. É estar ao lado daquele que sofre. Embora não seja possível sentir a mesma intensidade de dor e sofrimento da outra pessoa, é possível fazer-se presença amiga, solidária, companheira de modo com que o outro sinta a sua presença, e conseqüente, um certo compartilhamento de sua dor e sofrimento.

O teólogo Leonardo Boff, em seu livro intitulado “O princípio de compaixão e cuidado”, afirma que a compaixão é a mais humana das virtudes, porque ela nos abre ao outro, como expressão de amor ao outro que é vitimado. A compaixão anula as diferenças quanto às ideologias, religião, status social, cultural, e nos faz estender a mão ao outro. A compaixão tem algo de singular porque ela não requer reflexão prévia, ou mesmo conhecimento científico, técnico e religioso. Ela se impõe porque queremos ser compassivos. Nesse sentido, a compaixão se opõe aos pressupostos do triunfo dos mais fortes na dinâmica da evolução defendida pelos teóricos evolucionistas, e se aproxima das teses de que o equilíbrio da Terra depende da cooperação de muitos fatores que interagem entre si, com suas energias, com a atmosfera, biosfera, entre outros⁸.

Embora a compaixão seja efetiva e prática ela não pode ser reduzida a fazer boas ações, dar esmola, fazer caridade, agir com condescendência. Ela requer comprometimento com a dor e o sofrimento do outro. Ela exige solidariedade mesmo que a distância, e que efetivamente nada possa ser realizado de prático para superar tal situação. É estar junto mesmo que distante. Embora não seja possível sentir a dor do outro, é possível colocar-se no lugar do outro, importar-se com a dor do outro, solidarizar-se com seu sofrimento, fazer-se humano com ele.

Para os profissionais que atuam na área de saúde é esperado que demonstrem a compaixão e o cuidado humanizado no desenvolvimento do seu trabalho, no entanto verifica-se que é insuficiente ou ausente o preparo durante sua formação. Segundo Gonçalves e colaboradores⁹ é necessário realizar uma intervenção durante a universidade para que favoreça a sensibilização empática dos profissionais que irão atuar diretamente com pessoas que apresentam problemas mentais e são atendidas em instituições psiquiátricas. Da mesma forma para Do Nascimento¹⁰, os docentes devem aprimorar o processo de ensino-aprendizagem no contexto da prática profissional e no relacionamento interpessoal que integram a formação ética do caráter a serem projetadas no futuro enfermeiro. Nos profissionais de saúde atuantes na área, existe um fenômeno ainda pouco conhecido e estudado, denominado de fadiga por

⁷ André Comte-Sponville, “Pequeno Tratado das Grandes... p.115.

⁸ Leonardo Boff, “Princípio de compaixão e cuidado: encontro entre ocidente e oriente”. 4. ed. (Petrópolis: Vozes, 2009).

⁹ Anna Beatriz Vieira Gonçalves et al. “Pacientes psiquiátricos institucionalizados e empatia: pesquisa-intervenção realizada com universitários”. (Campina Grande: Realize, 2022).

¹⁰ Elizeu do Nascimento Silva, “A importância do desenvolvimento da compaixão em estudantes de enfermagem”, *Revista Científica UMC*, Vol: 5(2020).

compaixão, que é o estresse resultante do ajudar ou do desejo de querer ajudar alguém em sofrimento. A fadiga por compaixão pode afetar a saúde física, psicológica e cognitiva do profissional, além da vida pessoal, social e profissional, comprometendo o atendimento prestado aos pacientes. Por outro lado, existe também a satisfação por compaixão, caracterizado pelo bem-estar no trabalho resultante do ato de ajudar alguém. Para Rodrigues¹¹ é comum ocorrer a vulnerabilidade de enfermeiros ao acometimento da fadiga por compaixão, por priorizarem ao extremo as necessidades de cuidado do paciente em detrimento às suas próprias necessidades, considerando que atuam diretamente com situações difíceis em seu cotidiano assistencial, neste sentido o autor coloca que os gestores das instituições de saúde devem preocupar-se com a saúde mental dos seus trabalhadores objetivando prevenir a fadiga por compaixão, implementando a educação permanente a qual possibilite a transformação de uma realidade capaz de ameaçar a integridade dos recursos humanos e, conseqüentemente, o cuidado prestado. O autor reforça que a satisfação e o engajamento com o trabalho propiciam o autocuidado e assistência qualificada.

O presente estudo foi realizado com funcionários que trabalham no Pequeno Cotoengo do Paraná, que é uma Organização da Sociedade Civil (OSC), localizada na cidade de Curitiba, no Paraná, que realiza o acolhimento e atendimento especializado de pessoas com deficiências múltiplas em situação de risco de todas as idades e de qualquer região do estado do Paraná, que sofreram abandono familiar e também asilados hospitalares. A instituição é caracterizada como complexa, tanto pelo perfil dos assistidos, a complexidade de suas deficiências, o grau de dependência e acometimento, bem como pelo fato de ser mantida com recursos de doações. Na administração da Instituição é esperado que os profissionais que os atendem diariamente sejam preparados tecnicamente em sua formação, e que realizem um cuidado humanizado, acolhedor e com olhar de compaixão. Neste sentido está sua missão que é “cuidar das pessoas e transformar vidas”, sua visão: “solidificar-se como Complexo de Saúde, sendo referência no atendimento humanizado e gratuito promovendo acolhimento, saúde e educação” e seus valores: fé, caridade, promoção humana, compromisso e transparência¹²

Atualmente a Instituição congrega cerca de 230 assistidos que recebem na Instituição acolhimento, educação e saúde, tudo feito com muito carinho para oferecer qualidade de vida a cada um deles. Fundado por São Luís Orione na Itália, o Pequeno Cotoengo chegou em Curitiba em 1965, a fé e a caridade de religiosos e a dedicação da comunidade foram o impulso inicial para sua construção. A administração era feita por padres e irmãs, que realizavam quermesses, festas, que eram organizadas pela comunidade, com objetivo de arrecadar fundos para iniciar as construções. Um grupo de voluntários organizava os churrascos beneficentes para auxiliar na arrecadação de recursos, atividades que são realizadas até os dias de hoje na instituição. Todo

¹¹ Mariana de Sousa Dantas Rodrigues et al. “Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo, Revista Mineira de Enfermagem, Vol; 25(2021): 1-13.

¹² Pequeno Cotoengo do Paraná, 2022. <https://www.pequenocotolengo.org.br/como-atuamos>

o atendimento realizado pelo Pequeno Cotolengo é gratuito para os moradores, e a instituição se mantém com o apoio de empresas e de toda a sociedade¹³.

A instituição com seu trabalho realizado vem construindo história e reconhecimento na sociedade, já recebeu vários prêmios entre eles o Selo Portal da Transparência e dois Selos ODM (Objetivos do Milênio) concedido pela ONU, certificam que o trabalho prestado está sendo feito com seriedade e construído com o apoio de toda a sociedade. O resultado desses mais de 55 anos de trabalho está refletido no sorriso dos moradores. “No Pequeno Cotolengo, cada morador é recebido como um filho, um irmão, um membro de uma grande família onde o laço que une a todos, moradores, funcionários e voluntários, não é o sangue ou o sobrenome, mas o amor”¹⁴.

Assim como a coragem toma posição pelo outro, a compaixão toma posição com o outro. E isso significa segundo Soares e colaboradores¹⁵, não apenas sofrer dores em si mesmo, mas participar das dores alheias. Desta forma, a instituição de acolhimento e seus trabalhadores a dedicação constante apoiada na compaixão, é um instrumento de excelência para ser avaliado na sua plenitude e dimensão. Além de ter como interesse compreender o atendimento, conhecer as características profissionais e suas individualidades coletivas, este estudo é um instrumento para tecer e compreender o necessário acolhimento de pessoas vulneradas. Como ele pode ser referência e da mesma forma se aperfeiçoar, cuidando de todo o seu tecido social, por isso, mapear nas ações do cotidiano dos profissionais o papel da compaixão como força motriz no acolhimento dos pacientes, se torna importante agregando funcionalidades ao bem-estar dos profissionais, e qualidade de vida aos pacientes.

Este estudo tem como pergunta norteadora: *“Como a compaixão, desdobrada em acolhimento e atendimento, é identificada pelos profissionais que trabalham com os moradores e pacientes do Complexo de Saúde Pequeno Cotolengo Paranaense”*. Tem-se como hipótese de que o segmento profissional e o tempo de instituição, são fatores condicionantes. Assim, tem-se como objetivo avaliar as limitações e potencialidades identificadas na fala dos profissionais de como enfrentam, aprendem, superam e diversificam para dar suporte aos desafios diários de um público que sofre de diversas vulnerabilidades, desde as deficiências múltiplas, o abandono familiar, o esquecimento e a sobrevivência. Com isso, espera-se que a partir das narrativas dos profissionais de acolhimento possa destacar que a compaixão pode ser o amparo, mas também a força motriz de inovação para o cuidado em saúde, principalmente de populações vulneráveis.

Métodos

A presente pesquisa se caracteriza como qualitativa, transversal alcançada por meio da análise de grupo focal em espaços deliberativos virtuais.

¹³ Pequeno Cotolengo do Paraná, 2022. <https://www.pequenocotolengo.org.br/como-atuamos>

¹⁴ Pequeno Cotolengo do Paraná, 2022. <https://www.pequenocotolengo.org.br/como-atuamos>

¹⁵ Cleber Soares Júnior et al. “Tolerância, coragem e compaixão: virtudes cardinais do cirurgião”, Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Vol: 39(2012): 155-158.

O percurso metodológico foi adaptado da ação caminhos do diálogo¹⁶ que foi estruturada no método de ensino denominado de peripatético e aplicada em atividades de inserção da bioética na sociedade em encontros presenciais e virtuais. A adaptação envolveu igualmente as metodologias propostas Marcu e colaboradores¹⁷ e Zoboli¹⁸ para pesquisas empíricas com a deliberação em saúde e de Souza e colaboradores¹⁹, que realizou pesquisas de deliberação em espaços virtuais. Esta pesquisa e seu teor qualitativo se caracteriza como ação-participante, sendo fundamentada na metodologia de Souza e colaboradores²⁰, que se baseou no itinerário de Paulo Freire considerando: a) um debate iniciado com a contextualização histórica e legal da temática e provocação do debate; b) codificação do percurso do debate com posterior apresentação do mapa mental resultante e promoção da reflexão crítica dos vetores norteadores; c) a expectativa da confluência do grupo para uma perspectiva holística e ética da questão²¹.

A análise do grupo focal denominado “*Compaixão na narrativa de profissionais da saúde*” foi resultante da realização de uma oficina que ocorreu de forma remota nos dias 21, 22, 23 de setembro de 2021. A oficina era formada por dois discentes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná no papel de moderador e interlocutor e um graduando no papel de monitor (Figura 1) e como convidado um filósofo discente do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Os convites foram direcionados para os diferentes setores internos do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo do Paraná. A oficina teve duas horas de duração e capacidade máxima para 20 participantes que deveriam previamente se inscrever preenchendo um formulário on-line, no qual era solicitado a indicação: idade, sexo, relação com a bioética, os motivos que levaram a participar da oficina e como acreditavam que poderiam contribuir para inclusão dos grupos trabalhados na oficina escolhida. O link da oficina foi enviado diretamente para o inscrito, condicionado a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que seriam gravadas para análise a posteriori. Utilizou-se o aplicativo Zoom, por meio de dispositivos eletrônicos (computador ou celular), o qual viabilizou a participação interativa e simultânea dos participantes, mesmo estando distantes geograficamente.

¹⁶ Marta L. Fischer et al. “Caminho do diálogo: uma experiência bioética no ensino Fundamental”, Revista Bioética, Vol: 25(2017): 89-100.

Marta L. Fischer et al. “Caminho do diálogo II: ampliando a experiência bioética para o ensino médio”, Revista Bioética, Vol: 28(2020): 47-57.

Marta L. Fischer et al. E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética, Revista Bioética, Vol: 30(2022): 258-271.

¹⁷ Afrodita Marcu et al. “Analogies, metaphors, and wondering about the future: lay sensemaking around synthetic meat”, Public Understanding of Science, Vol: 24 (2015): 547-562.

¹⁸Elma Zoboli.” A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética”. Revista Iberoamericana de Bioética, Madrid, Vol: 2(2016): 1-19.

¹⁹José H. A Souza. “Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19”. Pubsáude, Maringá, Vol: 3(2020): 1-2.

²⁰ José H. A Souza. “Isolamento social versus qualidade ...

²¹Ivone T. S. B. Heidemann et al. “Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde”, Texto e Contexto-Enfermagem, Florianópolis, Vol: 26(2017).



Figura 1

Percurso metodológico, atores e seus papéis no grupo focal compaixão na narrativa dos profissionais de saúde.

Fonte: dados da pesquisa

Mapa mental

A contextualização filosófica da compaixão foi conduzida por pelo filósofo e teólogo Dr. Anor Sganzerla, sendo na sequência o grupo focal desenvolvido a partir do questionamento “Como você percebe a compaixão no seu exercício profissional?”

Durante a discussão, a codificação e descodificação dos temas se deram num processo constante de agrupamentos nas questões envolvidas, utilizando-se a técnica do mapa mental. Ao final do debate, o mapa mental foi apresentado e aberto ao público, visando proporcionar o desvelamento crítico dos temas e permitindo a construção conjunta e colaborativa²².

A construção do mapa mental foi baseada no modelo de análise de discurso adotado por Marcu e colaboradores²³ utilizado por Fischer e colaboradores²⁴ na elaboração da proposta de espaços deliberativos virtuais, validados em 10 oficinas realizadas durante o E-caminho do diálogo. Os autores utilizaram como alicerces de suas análises a teoria das representações sociais. Para tal, foi considerado a transposição das identidades culturais e ideológicas como fundamental para atuação a prática deliberativa. Logo, sendo necessário a identificação das crenças e senso comum que funcionam como âncoras que sustentam um argumento. O mapa mental foi construído sob quatro vetores:

²² Marta L. Fischer et al. E-caminho do diálogo...

²³ Afrodita Marcu et al. “Analogies, metaphors, and wondering ...

²⁴ Marta L. Fischer et al. “E-caminho do diálogo ...

fragilidades, princípios e valores éticos, crenças e senso comum e potenciais. Paralelamente eram destacadas as principais frases e indicado os pontos de convergência da fala dos participantes.

Quanto aos vetores, foram apontados como fragilidades as limitações, problemas, dificuldades, queixas e perdas referentes a compaixão. Foram considerados como princípios e valores éticos os elementos balizadores de decisões individuais ou coletivas, intrinsecamente apropriados pela ética. Como crenças e senso comum foram consideradas as concepções culturais ou pessoais elencados pelos participantes como verdades e adotadas automaticamente podendo se constituir uma forma de resistência à mudança. Por fim, os potenciais foram identificados nos elementos elencados pelos debatedores e vislumbravam potencial de transposição por meio da aplicação de valores éticos comuns e voltando o olhar para a realidade. Como um ato final, a mediadora convidou cada participante a expressar uma palavra que representasse a possível ação transformadora sentida naquele momento.

Análise de dados

Os termos e expressões emitidos pelos participantes da pesquisa e distribuído nos vetores fragilidades, valores, crenças e potencialidades, foram categorizados utilizando a técnica de análise de conteúdo semântico de Bardin²⁵. A categorização realizada foi validada por dois juízes que realizaram e confirmaram por consenso a codificação aberta na qual os elementos foram agrupados por similaridades e diferenças. Posteriormente, os juízes, realizaram a codificação axial, cujos dados foram reagrupados nas categorias originais e nas suas subcategorias. Por fim, foi realizada a codificação seletiva a qual visou a integração e refinamento da categoria central²⁶. Assim, os eixos resultantes foram: a) Fragilidades: técnica, emocional, saúde e social; b) Valores: comportamental, espiritual, social, ambiental e físico; c) Crenças: limitantes e positivas; d) Potencialidades: coletivo, superação e conexão. Os valores obtidos em cada categoria foram comparados por meio do teste do qui-quadrado considerando como hipótese nula a homogeneidade da amostra a um erro de 5% e grau de confiança de 95%.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi realizada em consonância com os parâmetros éticos do uso do participante humano na pesquisa e na integridade na pesquisa no planejamento, coleta e análise de dados e divulgação, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CAEE 48091515400000100).

Resultados e Discussão

²⁵ Laurence Bardin, "Análise do conteúdo", (São Paulo: Edições 70, 2011).

²⁶ Jossiana W. Faller et al. "Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities", *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, Vol: 24(2015): 128-137.

A análise da fala dos participantes do grupo focal no geral demonstrou predomínio de expressões de valores quando comparadas com fragilidades, crenças e potencialidades (Figura 2). No entanto, ao serem analisados os grupos separadamente foi verificado que além dos valores o grupo de funcionários assistencial/operacional apresentaram também altas frequências de expressões indicativas de potencialidades, quando comparado os funcionários administrativos e técnicos (Figura 2).

A expressão de valores e potencialidades mais pronunciada no grupo 1 foi relacionada também com o tempo de vínculo com a Instituição, maior do que um ano, reiterando que a instituição proporciona o aprendizado diariamente. A formação dos valores e a perspectiva de compaixão foram identificadas nas falas dos participantes do grupo focal como: *“Eu penso que esta casa nessa instituição, no formato que ela é ela proporciona, assim as pessoas aprenderem a ter um olhar de compaixão, e isso a gente vê e não somente com as pessoas que aqui trabalham, mas muitas vezes a gente recebe uma pessoa que só vem uma vez para trazer uma doação que só entra aqui por um momento e acaba tendo uma forma diferente de olhar o mundo”* (participante grupo 1). O participante demonstrou estar inserido no contexto, ao identificar igualmente no outro o impacto da compaixão na sua expressão imediata. Para Barsaglini²⁷, a compaixão e a piedade são sentimentos que envolvem emoções e significados, e que são despertados diante do corpo diferente como na deficiência física, e que envolvem uma interpretação e que esta remete a uma ação do sujeito. Complementarmente, destaca-se a perspectiva de Le Breton²⁸ de que a visibilidade da deficiência se constitui de um poderoso atrativo operando discursos e emoções destacando o poder da presença e do imaginário que resultam em uma ordem simbólica oriunda de uma desordem ontológica.

²⁷ Reni Aparecida Barsaglini et al., “Compaixão, piedade e deficiência física: o valor da diferença nas relações heterogêneas”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol: 22(2015): 781-796.

²⁸ David Le Breton, “A sociologia do corpo”. (São Paulo: Vozes, 2006).

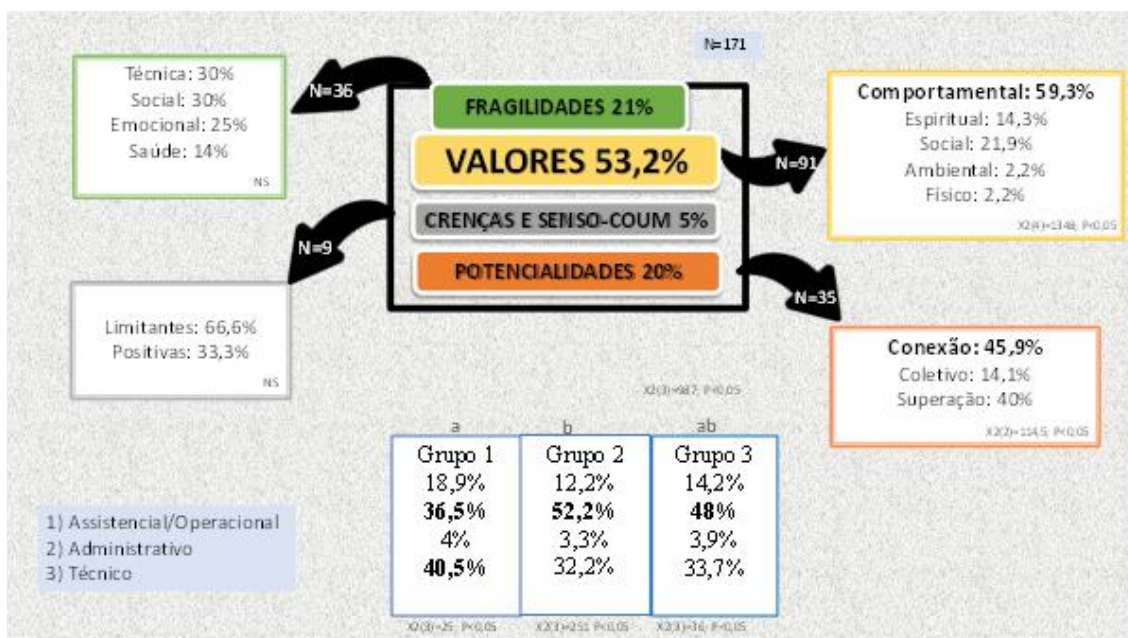


Figura 2

Frequência relativa dos eixos fragilidades, valores, crenças e potencialidades identificadas nas falas de funcionários do segmento assistencial, administrativo e técnico do Pequeno Cotolengo a respeito da perspectiva da compaixão no seu exercício profissional.

Fonte: dados da pesquisa

Fragilidades

As limitações referentes à atuação técnica foram categorizadas em oito percursos (Figura 3). O primeiro percurso do debate se referiu ao diagnóstico dos assistidos que residem no Complexo de Saúde Pequeno Cotolengo do Paraná. Os assistidos apresentam diferentes diagnósticos sendo comum casos de transtornos mentais, paralisia cerebral, comprometimento neurológico, deficiência intelectual e física, todos com algum grau de deficiência, que requerem assistência desde a mais básica até a mais complexa. Neste contexto o grupo debateu sobre as dificuldades que os profissionais enfrentam no seu dia a dia já que são eles que realizam todas as atividades que envolvem o cuidado, desde as mais básicas como banho, alimentação, locomoção; cuidados esses que geralmente são assumidos por algum familiar ou cuidador com vínculo afetivo; até as atividades que exigem conhecimento e formação técnica na área de saúde. O estudo de Mukai²⁹ ressaltou a importância do dimensionamento adequado da equipe da enfermagem, que deve ser suficiente para atender as necessidades de cuidados dos pacientes psiquiátricos, mesmo quando o nível de dependência discreta.

²⁹ Helena Ayako Mukai et al. "Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados", Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol: 21(2013): 340-347.

O ato de cuidar, segundo Boaventura³⁰, é complexo, pois o cuidador e a pessoa a ser cuidada apresentam sentimentos contraditórios e diversificados. Cuidar é um ato que deve ser realizado levando em conta que o ser a quem se presta este cuidado é digno de tê-lo de maneira respeitosa³¹. Assim para De Sá Santos³² o cuidador principal normalmente é a pessoa referência por maior disponibilidade, instinto, vontade ou capacidade, geralmente sem formação básica orientada. Pode ser alguém da família ou afim, sem necessariamente formação na área de saúde. Ela é incumbida de cuidar de um ente familiar, portanto pressupõe-se que tenha cumplicidade e compromisso. No Pequeno Cotolengo a grande maioria dos assistidos não possuem vínculos com familiares, ou até desconhecem a existência de parentes, em grande parte dos casos são pessoas que foram abandonadas pela família ainda na infância. Fato esse que impacta ainda mais na complexidade dos atendimentos e cuidados realizados exigindo do profissional mais do que simplesmente a execução da atividade técnica, é preciso praticar diariamente o cuidado humanizado, com olhar de compaixão e empatia pelo outro. Na fala dos participantes nota-se a naturalidade com que percebem o vínculo afetivo no dia a dia de trabalho: *“A gente não o trata só como assistido como paciente, mas a gente já começa a tratar eles até como um familiar. É um carinho que a gente eu não sei explicar. É um amor realmente é muito complicado explicar por que eu tenho um carinho muito grande por todos, todos, todos mesmo”* (participante grupo 1). Nota-se na fala do participante o sentimento envolvido em seu trabalho no processo de cuidar quando o compara ao vínculo ou ao sentimento que teria por um familiar e o prazer que demonstra em realizar o seu trabalho. Para Bittencourt³³, a compaixão é entendida pelo sentido de *“paixão-com”*, a qual permite uma interpretação afirmativa dessa disposição ética e existencial, pois o “eu” e o “outro” partilham em uma relação de alteridade as suas vivências particulares, visto que a palavra “paixão”, na sua raiz grega de *pathos*, possui diversidade semântica que não se esgota somente na ideia de dor ou sofrimento, mas também de afeto e de sentimento. De acordo com Do Nascimento (2020) existe a satisfação por compaixão, caracterizado pelo bem-estar no trabalho resultante do ato de ajudar alguém.

Em todos os grupos foi possível identificar fragilidades na dimensão emocional pelo fato de os profissionais de saúde conviverem na sua rotina diária de trabalho com o sofrimento humano. Sendo muito pontuado no grupo 3 a questão da formação técnica que muitas vezes limita a expressão dos sentimentos ou emoções frente a dor do outro. Como reflexo, tem-se o julgamento que são pessoas “frias” ou sem compaixão (Figura 3).

Os participantes da pesquisa relataram, ainda, que a comunicação na maioria das vezes não é verbal ou clara, o que dificulta o entendimento e a

³⁰ Luiz Carlos Boaventura et al. “Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos”, *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, Vol: 21(2016): 3193-3202.

³¹ Maria Júlia Paes Silva, “Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas”. *Revista Paulista de Enfermagem*, Vol: 21(2002): 5-11.

³² Alessandra Alcides de Sá Santos et al. “Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral”. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol. 9,(2010): 503-509.

³³ Renato N. Bittencourt, “Justiça, caridade e compaixão na Metafísica da Ética de Schopenhauer”, *Revista Voluntas: estudos sobre Schopenhauer*, Vol: 1(2010): 49-70.

interpretação do que o outro está expressando e os limites de cada um. A comunicação com o paciente pode envolver expressões verbais ou não-verbais, sendo a verbal aquela realizada por meio de palavras expressas tanto linguagem escrita quanto por falada, e deve ser clara a fim de que o outro compreenda o que se pretende dizer³⁴. A comunicação não-verbal ocorre quando se interage com outro com ou sem a utilização de palavras, sendo que esta interação possui significados para o emissor e para o receptor³⁵. É realizada através de expressões faciais, gestos, pela maneira como os objetos estão dispostos no ambiente ou por posturas corporais, por exemplo. A comunicação não-verbal tem por finalidades básicas complementar o verbal, substituí-lo, contradizê-lo ou demonstrar sentimentos. Contudo, nem sempre é possível utilizar a comunicação verbal, neste sentido, entende-se a importância de o profissional atentar para os sinais não-verbais, e interpretá-los, pois, estes sinais complementam o que é expresso verbalmente, oferecendo subsídios para compreender melhor o outro.



Figura 3
Limitações ou fragilidades elencadas pelos participantes das oficinas foram relacionadas com questões técnica, emocional, saúde e social.
Fonte: dados da pesquisa

Para que a enfermagem realize um cuidado humanizado, segundo Barbosa³⁶ é importante que se atente a comunicação durante toda a assistência,

³⁴ Maria Júlia Paes Silva, Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde”. (São Paulo: Edições Loyola, 1996).

³⁵ Maria Júlia Paes Silva, Comunicação tem remédio...

³⁶ Ingrid de Almeida Barbosa et al. “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”. Revista brasileira de enfermagem, Vol: 60(2007): 546-551.

desde os mínimos atos, outros pesquisadores como Stefanelli³⁷ e Mendes³⁸ também destacaram o importante papel da comunicação no trabalho do enfermeiro, seja comunicação verbal ou não ela tem como objetivo diminuir possíveis conflitos, sanar dúvidas além de ser o instrumento básico da assistência efetiva de Enfermagem. Pois afirmaram que apenas através dela é possível compreender o doente como um todo e identificar o significado que o problema tem para ele. Barbosa³⁹, ainda destacou que o enfermeiro, conhecendo as técnicas de comunicação terapêuticas adequadas, tem mais um recurso a seu favor, dando um enfoque mais humanístico à comunicação e às relações interpessoais que mantém. A qualidade da relação médico-paciente é fundamental à cura e ao cuidado em saúde. Assim, pode-se afirmar a importância da qualidade dos vínculos, e da comunicação estabelecida como elementos fundamentais no processo de cuidar. Levar em conta o que cada paciente está passando ajuda a equipe a ser mais flexível, mesmo tendo que seguir as normas e regras da instituição⁴⁰.

Os participantes demonstraram em suas falas a percepção sobre a qualidade do vínculo afetivo, quando comparado a quem está no cuidado direto do assistido, com outros profissionais, mesmo da área da saúde, exemplo assistente social, que não permanecem grande período do dia em contato próximo: *“...é muito mais fácil por exemplo para um psicólogo ou até mesmo para alguém da enfermagem que está nos cuidados diretos com os assistidos vivenciando conhecendo ele pelo olhar as vezes pelo modo com que estende a mão tá vendo se ele quer ou se ele não quer essa coisa, do que para nós que não estamos no cuidado direto”* (participante grupo 3,). Por outro lado, o mesmo participante que possui mais de um ano de casa, relatou sobre sua dificuldade em enfrentar nas diferentes situações do seu cotidiano com o cumprimento das normas técnicas da profissão e ao mesmo tempo poder demonstrar seus sentimentos ou suas atitudes de compaixão *“...por exemplo assim é possível fazer tal coisa para tal assistido, naquele momento tecnicamente de acordo com os nossos protocolos respondo que não é possível em virtude disso e depois eu penso poxa gente não é possível tecnicamente fazer mais daria para eu ter feito de uma outra forma que não burlasse ali as nossas regras e os códigos de ética enfim mas que atendesse de uma certa forma aquilo... então acho que isso também é um modo de compaixão nem que ele não seja externado... nem que tecnicamente possa ser naquele momento”* (participante grupo 3).

Ainda neste contexto outro participante do mesmo grupo 3 (técnico assistencial) em sua fala expressou a existência da crença de que não é profissional se emocionar com o assistido (Figura 4), ou que o fato de demonstrar seus sentimentos seria infringir as normas éticas ou regras da instituição ou da profissão *“.... a gente aqui tem vários fatores que a gente precisa entregar e cumprir, a gente não é somente aqui humano, mas a gente é primeiro profissional.... a gente cumpre normas regras sejam da instituição sejam éticas da nossa profissão....eu acho que é um pouco a característica*

³⁷ Maguida Costa Stefanelli. “Comunicação com paciente – teoria e ensino”. 2a ed. (São Paulo: Robe Editorial, 1993).

³⁸ Isabel Amélia Costa Mendes. Enfoque humanístico da comunicação em enfermagem. (São Paulo: Sarvier, 1994).

³⁹ Ingrid de Almeida Barbosa et al. “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”. Revista brasileira de enfermagem, Vol: 60(2007): 546-551.

⁴⁰ Carolina Santanna; Élide Azevedo Hennington; José Roque Junges, “Prática médica homeopática e a integralidade”, Interface (Botucatu), Vol: 12 (2008): 233-246.

de alguns profissionais da Saúde essa “frieza” que ela é de certo modo um pouco necessária para que seu trabalho seja profissional técnico” (participante grupo 3). Para Rios⁴¹ a humanização é essencial nas práticas das ações técnicas e éticas desenvolvidas na área da saúde, segundo a autora o agir ético, neste ponto de vista, se refere à reflexão crítica dos profissionais da saúde a respeito do dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, modo de ser e pensar e agir no sentido do bem. Schraiber⁴² ressaltou que durante muito tempo, a proximidade com o paciente era quase um imperativo técnico para o exercício da boa medicina. No tempo em que na medicina havia poucos recursos para o diagnóstico e tratamento, a presença do médico ao lado do paciente, observando-o minuciosamente, acompanhando sua evolução, ampliando o conhecimento acerca de sua vida e hábitos, era necessária ao próprio exercício da profissão.

A convivência diária com os mais vulneráveis promove o desenvolvimento da compaixão, o grupo 2 de profissionais administrativos trouxe em vários momentos em suas falas a importância do contato com os assistidos e que o ambiente do Pequeno Cotelengo o conhecimento das necessidades e dores do outro faz despertar sentimentos que geram ações boas. Para esses profissionais o momento da pandemia que foi necessário o distanciamento foi muito sentido e limitante, pois quando não se tem contato próximo com os mais vulneráveis as pessoas menos favorecidas tornam-se seres “invisíveis”, o que impossibilita identificar as reais necessidades e desejos do outro, e neste sentido acaba muitas vezes por somente desenvolver o sentido de caridade, ou piedade virtudes diferentes da compaixão. Para Boff⁴³ o cuidado não corresponde a mais um procedimento técnico específico, não há fórmulas que ensinem a cuidar. Esse termo é, antes, uma referência ética que deve enraizar todas as práticas em saúde construídas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e os demais profissionais da área. O cuidar, segundo Boff⁴⁴ é mais que um ato; é uma atitude, logo abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Para o autor representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Na oficina do grupo 1, os profissionais da assistência direta como cuidadores, auxiliares e técnicos de enfermagem, debateram sobre a preocupação que possuem frente a saúde física dos profissionais e colegas de trabalho devido ao nível de exigência e tempo de dedicação que esta assistência requer, mostrando-se importante manter o autocuidado e evitar a sobrecarga física e emocional. A sobrecarga de trabalho é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e incapacidade mental do indivíduo alvo de

⁴¹ Izabel Cristina Rios, “Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde”, Revista brasileira de educação médica, Vol: 33(2009): 253-261.

⁴² Lilia Blima Schraiber, “No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina”. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Vol: 1(1997): 123-140.

⁴³ Leonardo Boff, “Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra”, 9. ed. (Petrópolis: Vozes, 2003).

⁴⁴ Leonardo Boff. Saber cuidar: ética do humano ...

atenção e cuidados⁴⁵. Indivíduos neurológicos cadeirantes podem ser dependentes (incapazes de realizar determinadas tarefas sozinhas), embora tenham total autonomia (capacidade de decisão). Bem como, podem ter ambas comprometidas, tanto a capacidade de decidir como a de executar, consequências do comprometimento físico e mental. Vale salientar que mesmo a pessoa sendo dependente, nem sempre ela perde sua autonomia, e isso deve ser respeitado, não deve privá-la de tomar decisões. Logo independente de encontrar-se num estado de limitação física, não sendo capaz de realizar total ou parcialmente uma determinada tarefa. A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com o nível de satisfação do cuidador, tanto que um bom nível de satisfação pode prevenir complicações em sua saúde⁴⁶.

Crenças

As crenças e o senso-comum expressos pelos participantes da pesquisa foram predominantemente limitantes (Figura 4). As crenças e o senso comum contribuem para a concepção do problema e inserção na esfera de vulnerabilidade e de agente moral. Conforme Fischer e colaboradores⁴⁷ o diálogo interdisciplinar representa um meio de identificar vulnerabilidades e debater soluções para promover a inclusão.

Em todos os grupos da pesquisa foram identificadas com maior predomínio crenças com potencial limitante, sendo relacionada com a interpretação da dor do outro ou ainda com o distanciamento que acreditam por vezes ser necessário para que ser considerado um “bom profissional”. Neste sentido os profissionais de todos os grupos trouxeram em suas falas a preocupação em realizar cuidado igualitário entre os assistidos, praticando com respeito sem discriminação ou pré-julgamentos. Othero⁴⁸ pontuou que ao longo da história, as pessoas com deficiência foram consideradas ora amaldiçoadas, ora seres semidivinos, mas sempre excluídas do contexto social e objeto de caridade da comunidade. Marques⁴⁹ apontou que as pessoas com deficiência, independentemente de suas potencialidades, estão amordaçadas em uma ideia totalizante de incapacidade, que diminui suas possibilidades de realização no mundo (sejam materiais, afetivas, educacionais, políticas e sociais). Assim consolida-se o estigma⁵⁰, ou seja, a pessoa é reduzida à condição dita negativa, na sua relação com os outros e com os diferentes contextos. Segundo

⁴⁵ Teresa Martins et al. “Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais”, *Rev Esc Enferm USP*, Vol: 49(2015): 236-244.

⁴⁶ Silvia Cristina Mangini Bocchi, “Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol: 12(2004): 115-12.

⁴⁷ Marta L. Fischer et al. *E-caminho do diálogo...*

⁴⁸ Marília Bense Othero et al. “Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola”, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Vol: 13(2009): 177-188.

⁴⁹ Carlos Alberto Marques. “Implicações políticas da institucionalização da deficiência”. *Educ. Soc.*, Vol: 19 (1998): 105-122.

⁵⁰ Erving Goffman, “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, 4.ed. (Rio de Janeiro: LTC, 1988).

Magnani⁵¹, a representação é tomada usualmente como uma imagem mental da realidade, composta pelas experiências individuais decorrentes da vida cotidiana do ator, envolvendo: a família, a vizinhança, o bairro, a categoria profissional, a vinculação política e a classe social, entre outros aspectos. Os “olhares diferentes” para a pessoa com deficiência evidenciam a negação da dignidade, como citado por Vaitsman⁵². É importante ressaltar que os preconceitos e os tabus sobre a deficiência também estão presentes no encontro profissional-usuário, pois tanto o técnico quanto o paciente têm suas concepções e valores, a partir de sua história individual e social.

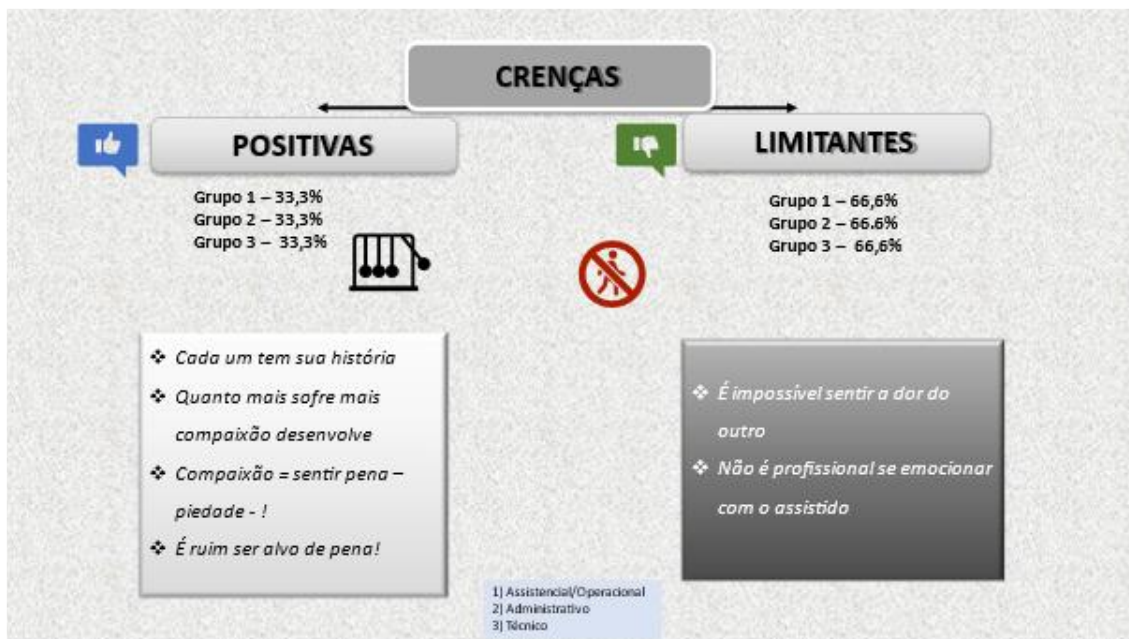


Figura 4
Categorização das crenças e senso comum expressados pelos participantes das oficinas.

Fonte: dados da pesquisa

As crenças positivas também foram identificadas nas falas, porém com menor incidência (33,3%) em todos os grupos. Para Fischer e colaboradores⁵³ a identificação das crenças e do senso comum permite reconhecer quais são as âncoras utilizadas para consolidar a concepção coletiva sobre as problemáticas e quais devem ser debatidas e confrontadas a fim de libertar o agente moral para tomadas de decisões críticas, conscientes e autônomas.

A compaixão e a piedade são sentimentos que envolvem emoções e significados. Entende-se que tais sentimentos decorrem de processos de internalização de normas e valores sociais e as expressam porque permeiam a

⁵¹ José Cantor Magnani, “Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas”. In: Eunice Ribeiro Durham et al. “A aventura antropológica: teoria e pesquisa” Org. por Ruth C. L. Cardoso. (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986), p.127-40.

⁵² Jeni Vaitsman, “Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira”, Cad. Saúde Pública, Vol: 18(2002): 37-46.

⁵³ Marta L. Fischer et al. E-caminho do diálogo...

sociedade mais ampla, não se manifestando, portanto, somente no plano da consciência dos sujeitos⁵⁴.

Valores

As expressões dos participantes das oficinas mostraram maior predomínio de valores relacionados com a questão comportamental. Contudo observou-se também em grande proporção valores espirituais e sociais (Figura 5). Valores que demonstram que o grupo como um todo apresenta características humanitárias, que vão além do desenvolver sua rotina de trabalho diária para os mais vulneráveis.

Os valores relacionados com a questão comportamental ficaram mais evidente no grupo 1 cujos participantes demonstraram em suas falas que sentem gratidão em fazer algo para o outro, igualmente sentem-se realizados pois percebem a reciprocidade dos assistidos pelo sorriso, pela felicidade, pelo amor e partilha de alegria diariamente, um dos participantes do grupo 1 coloca em sua fala a alegria que sente nos assistidos ... *“A gente vê no rosto dos, nossos assistidos aqui, quando a gente recebe eles, acolhe, dá um bom dia, um oi, eles ficam todos felizes”* (participante grupo 1) outro participante do mesmo grupo também fala sobre a percepção de alegria que identifica nos assistidos mesmo diante das suas limitações, coloca isso como um aprendizado de vida *“A gente nunca vê eles triste, sempre alegre isso daí é tipo um aprendizado para a gente..... nunca vê eles assim, triste, sempre sorridente,”* (participante grupo 1) ... para os profissionais que estão em contato direto com os assistidos como a equipe da enfermagem foi mencionado em sua fala o sentimento de gratidão com o trabalho realizado *“É uma coisa assim muito gratificante para mim como funcionária, como a auxiliar de enfermagem aqui dentro do Cotoengo...”* (participante grupo 1) ... *“o Sorriso deles é mais gratificante do que qualquer valor”* (participante grupo 1) ... ainda ficou evidente o acolhimento e a reciprocidade que os profissionais sentem durante a realização do seu trabalho, participante do setor de manutenção reconhece em sua fala esse sentimento ... *“eles é que me fortalecem, eles que me carregam, eles que me dão energia para o meu dia a dia lá fora, muito mais do que eu dou para eles...”* (participante grupo 1)

⁵⁴ Reni Aparecida Barsaglini et al. “Compaixão, piedade e deficiência física...”



Figura 5
Categorização dos valores demonstrados pelos participantes das oficinas.
Fonte: dados da pesquisa

O cuidado profissional às pessoas com deficiências foi evidenciado pelas profissionais de enfermagem no estudo de Lago et al⁵⁵ que relataram que o cuidar de pessoas com deficiência física é especial, requer paciência, carinho e proximidade, destaca-se como essencial a comunicação, o contato físico e a troca de “experiências” na convivência. Os autores complementam dizendo que este cuidado às pessoas com deficiência física não se limita a um cuidado técnico, mas ao reconhecimento dos modos como elas se expressam. Entendem que o profissional, neste contexto, aprende um modo particular de interação e de cuidar, que ressignificam seu trabalho, sua vida e o crescimento profissional e pessoal são evidenciados, ficando claro o prazer que possuem em trabalhar, e enxergam como sendo uma troca de experiência. No entanto o cuidado do profissional a estas pessoas também é marcado pelo despreparo, pois, ao longo do tempo, a sociedade costumava segregar esses indivíduos por considerá-los inválidos⁵⁶.

Os participantes do grupo 2 relacionaram o trabalho desenvolvido nas diferentes áreas, operacional, administrativo ou técnico, com um “chamado”, algo divino, espiritual. Em sua visão as pessoas que ali desenvolvem seu trabalho possuem um olhar além da realidade, possuem disponibilidade afetiva, e acreditam que a compaixão é praticada diariamente no desenvolvimento das atividades. Ainda neste sentido referem acreditar que muitos desenvolvem ou aprimoram a compaixão quando ingressam na instituição, pois além do contato

⁵⁵ Daniely Beatrice Ribeiro do Lago et al. “Significados do cuidado no contexto da deficiência física”, Ciência, Cuidado e Saúde, Vol: 13(2014): 372-380.

⁵⁶ Inacia Sátiro Xavier de França et al. “Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem”, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Vol: 43(2009): 178-185.

com a dor do outro são estimulados a olhar e ter atitudes compassivas que estejam em acordo com os ensinamentos da bíblia e da igreja que são as bases principais da instituição. São Luís Orione o santo fundador do Pequeno Cotelengo foi uma personalidade marcante com aspectos de rica espiritualidade e diante das interrogações de seu tempo, Dom Orione soube dar respostas adequadas, que compuseram aquilo que chamamos o carisma orionita⁵⁷. Esse carisma é propagado até os dias de hoje dentro da instituição como percebe-se na fala dos profissionais: *“Nós somos uma instituição religiosa né então aqui a gente sempre fala que foi Dom Orione que colocou cada pecinha aqui para desenvolver o trabalho na sua excelência”* (participante grupo 2).

O discurso dos participantes evidenciou a presença do vínculo afetivo que possuem com os assistidos no desenvolvimento das atividades e dos cuidados. Percebe-se uma relação de cuidado que vai além da prática profissional, da ética corporativa, das regras da instituição ou da profissão, realizam o trabalho com olhar para as necessidades do outro e sentem gratidão em fazer algo pelo outro, reconhecem no olhar dos assistidos, nos sorrisos, a felicidade e reciprocidade de amor e acolhimento. Os participantes referiram ainda sentimento de pertencimento e de família dentro da instituição. Segundo Santos⁵⁸, quando o sujeito se sente pertencente a uma organização, cria-se uma identidade coletiva, conforme as características que a organização apresenta. Para Barbosa⁵⁹ a cultura de uma organização pode ser delineada através de normas, crenças, valores e padrões centrais que estruturam a dinâmica organizacional.

Potencialidades

As potencialidades foram identificadas na fala dos participantes em todas as oficinas (Figura 6), sendo visível elementos de coletividade e de conexão no grupo 2 (administrativo), que colocam a importância de o contato com os assistidos presenciar suas dificuldades, os faz repensar sua vida, seus objetivos, e que ao mesmo tempo ter a oportunidade de conviver com eles é uma troca de experiências em que todos ganham. A proximidade no dia a dia mesmo da equipe administrativa mostra-se importante para entender as necessidades do assistido, o que ele almeja. Identificar a alegria nas expressões e sorrisos dos assistidos é um importante força motriz da instituição que trabalha sempre buscando pessoas para compor seu quadro de funcionários que tenham olhares diferenciados, humanos, como pontuam os participantes: *“... a gente busca pessoas que têm esse outro olhar, olhar de compaixão de caridade O nosso trabalho é muito mais do que o vínculo trabalhista, a gente tem um vínculo de amor a gente tem um vínculo de compaixão eu não sei a dor do assistido, eu não sinto a dor do assistido eu não sinto eu não sei a história do assistido o que eu sei é que eu posso dar o meu amor meu carinho eu sei que eu posso fazê-lo sentir melhor, e fazer com que ele se sinta amado nessa instituição ele se sinta cuidado.... Então esse aqui que para mim é*

⁵⁷ Orionitas. O carisma. https://orionitas.com.br/mjo__o_carisma_orionita/ 2022.

⁵⁸ Sérgio Ribeiro Santos, “Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual” *Cogitare Enfermagem*, Vol:12(2007): 229-235.

⁵⁹ Livia Neves de Holanda Barbosa, “Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração”, *Revista de Administração de Empresas*, Vol: 36(1996): 6-19.

o combustível né retroalimentação todo sempre né é problemas que a gente tem desafios a gente tem mas acho que move mesmo né esse amor essa compaixão esse carinho....” (participante grupo 2). Nota-se na fala do participante do setor de gestão de pessoas a preocupação em buscar pessoas desde o processo seletivo que tenham os mesmos valores e princípios que a instituição, que possam desenvolver um trabalho humano e com olhar de compaixão independente da área em que forem atuar “...nós queremos que o Cotelengo tenha profissionais desde um que limpe, que cuide, que aplique, que faça uma punção, ou que faça um atendimento psicológico ou que seja um médico fazendo um prognóstico que a gente tenha a compaixão, que a gente viva a compaixão, não é apenas tê-la em mente, mas é vive-la.... outro participante do grupo administrativo coloca em sua fala o valor que reconhece em seu trabalho mesmo que não seja executado no cuidado direto é sabido a importância e o valor que traz para o cuidado de cada assistido.... “existe uma representatividade na ação que eu faço lá na frente do computador para aquilo que está chegando aquela pessoa que teve um abandono, mas que está recebendo um Cuidado um abraço um afeto pelo pequeno Cotelengo (participante grupo 2).



Figura 6

Categorização das potencialidades identificadas pelos participantes das oficinas.

Fonte: dados da pesquisa

Considerações finais

A presente pesquisa, no recorte proposto, permitiu responder à pergunta norteadora e caracterizar como a compaixão, desdobrada em acolhimento e atendimento, é identificada pelos profissionais que trabalham com os moradores e pacientes do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo Paranaense. Sendo assim, foi possível atingir o objetivo de compreender a compaixão sob a perspectiva dos profissionais que trabalham com pessoas que apresentam

deficiências múltiplas. Consequentemente possibilitou a identificação das fragilidades, valores e potencialidades que poderão servir como subsídios para implementar e propor melhorias contínuas no desenvolvimento do cuidado.

A análise dos resultados possibilitou o estabelecimento de trilhas interpretativas destacando-se o segmento profissional e o tempo de instituição, como fatores condicionantes que refletem nos participantes a compaixão e o cuidado. Uma das limitações da pesquisa foi a ausência de representante dos profissionais médicos, que por questões de horários não puderam participar da oficina. Contudo, essa limitação não foi um impeditivo para caracterizar o cenário proposto, uma vez que outros profissionais técnicos estiveram presentes, representando uma das variáveis da pesquisa.

A partir das narrativas dos profissionais de acolhimento foi possível entender a compaixão como amparo, e como a força motriz de inovação para o cuidado em saúde, principalmente de populações vulneráveis. Bem como foi possível estabelecer a confluência entre a compreensão da compaixão como uma qualidade única do ser humano, virtude e cuidado e os princípios da bioética. Uma vez que, a identificação de situações que persistem em colocar em risco a dignidade, autonomia e qualidade de vida do ser humano, em especial os mais vulneráveis que necessitam do cuidado integral para não comprometer a sua sobrevivência.

Na compaixão segundo Schopenhauer⁶⁰, caem as barreiras da individualidade, e com isto do egoísmo. Neste sentido diz, ainda, que a compaixão é um mistério, pois na medida em que eu sinto com o outro, em que percebo seu sofrimento como meu, é suspensa a minha identidade e a do outro. Portanto, a universalidade da compaixão não é quantitativa, mas qualitativa. Ela nega a dimensão em que geralmente se vive e tem-se que viver, quando nos distinguimos dos outros, seja em atitude egoísta ou altruísta.

Com este estudo espera-se que possa despertar maiores debates sobre o cuidado de pessoas que sofrem de múltiplas vulnerabilidades, pautado nos princípios bioéticos e direitos humanos da assistência em saúde. Partindo do princípio de que as vulnerabilidades se estendem aos profissionais, bem como a própria instituição, a presente pesquisa sustenta a sugestão de implementação das ações com a constituição de um comitê de bioética aos moldes dos comitês de bioética hospitalar⁶¹. O comitê multidisciplinar, intermediado por bioeticistas, visam por meio da deliberação coletiva o consenso na tomada de decisão a respeito de condutas garantindo a preservação dos direitos humanos, obviamente apoiando a autonomia e a decisão compartilhada. O fortalecimento dos princípios do cuidado integral igualmente visa inspirar e despertar nos profissionais, a compaixão, para seguirem enfrentando desafios diários no desenvolvimento das suas atividades de trabalho. Desta forma, se vislumbra a transformação da cultura corporativa local, cujo exemplo e a divulgação de resultados positivos, podem se constituir de multiplicadores e inspiração para

⁶⁰Arthur Schopenhauer, “Sobre o fundamento da ...

⁶¹ Kelson Kawamura et al. “Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades”, Revista Bioética, Vol: 20(2012): 140-149.

⁶² Mariana Sayago; Rogério Amoretti, “Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação”, Revista Bioética, Vol: 29(2022): 832-843.

que mais instituições invistam na qualidade de vida de trabalhadores e pacientes por meio da qualidade das relações interpessoais balizadas pela compaixão.

Agradecimentos

À toda equipe do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo, aos funcionários e assistidos que contribuíram de forma direta ou indireta na construção deste estudo.

Referências

Barbosa, Ingrid de Almeida; Silva, Maria Júlia Paes. “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”. Revista brasileira de enfermagem, Vol: 60(2007): 546-551.

Barbosa, Lívia Neves de Holanda, “Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração”, Revista de Administração de Empresas, Vol: 36(1996): 6-19.

Bardin, Laurence. Análise do conteúdo. (São Paulo: Edições 70, 2011).

Barsaglini, Reni Aparecida; Biato, Emília Carvalho Leitão, “Compaixão, piedade e deficiência física: o valor da diferença nas relações heterogêneas”, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Vol: 22(2015): 781-796.

Bittencourt, Renato N. “Justiça, caridade e compaixão na Metafísica da Ética de Schopenhauer”, Revista Voluntas: estudos sobre Schopenhauer, Vol: 1, n.1 (2010): 49-70.

Boaventura, Luiz Carlos; Borges Heloise Cazangi; Ozaki Armando Hitoshi, “Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos”, Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, Vol: 21, n. 10(2016): 3193-202.

Bocchi, Silvia Cristina Mangini, “Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol: 12(2004): 115-121.

Boff, Leonardo, “Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra”. 9. ed. (Petrópolis: Vozes, 2003).

Boff, Leonardo, “Princípio de compaixão e cuidado: encontro entre ocidente e oriente”. 4. ed. (Petrópolis: Vozes, 2009).

Comte-Sponville, André. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes. Tradução: Eduardo Brandão. 1 edição. (São Paulo: Martins Fontes, v. 392, 2009).

De Sá Santos, Alessandra Alcides et al. “Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral”, Ciência, Cuidado e Saúde, Vol: 9, n. 3(2010): 503-509.

Faller, Jossiana W.; Teston, Elen F.; Marcon, Sonia S. "Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities", *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, Vol: 24(2015): 128-137.

Fischer, Marta L. et al. "Caminho do diálogo II: ampliando a experiência bioética para o ensino médio". *Revista Bioética*, Vol: 28(2020): 47-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Ng7bBVX5594LYV7cC4Xsxxr/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22 set. 2022.

Fischer, Marta L. et al. "Caminho do diálogo: uma experiência bioética no ensino Fundamental". *Revista Bioética*, Vol: 25(2017): 89-100. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/t5TqGkvg5y9r45sXkRbTkC/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 22 set. 2022.

Fischer, Marta Luciane et al. "E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética". *Revista Bioética*, Vol: 30(2022): 258-271.

França, Inácia Sátiro Xavier de et al. "Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, (2009): 178-185.

Goffman, Erving, "Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada". Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4.ed. (Rio de Janeiro: LTC, 1988).

Gonçalves, Anna Beatriz et al. "Pacientes psiquiátricos institucionalizados e empatia: pesquisa-intervenção realizada com universitários". VII CONEDU - Conedu em Casa... (Campina Grande: Realize, 2021). Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79856>>. Acesso em: 22/09/2022.

Heidemann, Ivonete T S B et al. "Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde", *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, Vol: 26(2017). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/pdf/HS9bS8fqwp5BTcPqL64L/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 set. 2022.

Hollanda, Aurélio Buarque de. Aurélio. *Dicionário básico de língua portuguesa*. São Paulo, 1988.

Júnior, Cleber Soares et al. "Tolerância, coragem e compaixão: virtudes cardinais do cirurgião", *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Vol: 39, (2012): 155-158.

Kawamura, Kelson et al. "Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades", *Revista Bioética*, Vol: 20, n. 1(2012): 140-149.

Lago, Daniely Beatrice Ribeiro do et al. "Significados do cuidado no contexto da deficiência física", *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol: 13, n. 2(2014): 372-380.

Le Breton, David, "A sociologia do corpo". (Petrópolis: Vozes, 2006).

Magnani, José Cantor. "Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas". In: Durham, Eunice Ribeiro et al. "A aventura antropológica: teoria e pesquisa". Org. por Cardoso, Ruth C L. (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986), p. 127-40.

Marcu, Afrodita et al. "Analogies, metaphors, and wondering about the future: lay sensemaking around synthetic meat", *Public Understanding of Science*, Bristol, Vol: 24, n. 5 (2015): 547-562.

Marques, Carlos Alberto, "Implicações políticas da institucionalização da deficiência", *Educ. Soc.*, Vol: 19, n. 62(1998): 105-122.

Martins, Teresa et al. "Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais", *Rev Esc Enferm USP*, Vol: 49(2015): 236-244.

Mendes, Isabel Amélia Costa, "Enfoque humanístico da comunicação em enfermagem". (São Paulo: Sarvier, 1994).

Mukai, Helena Ayako; Jericó, Marli de Carvalho; Perroca, Márcia Galan. "Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol: 21(2013): 340-347.

Orionitas, "O carisma". Disponível em: <https://orionitas.com.br/mjo__o_carisma_orionita/> Acesso em: 22 set. 2022.

Othero, Marília Bense; Dalmaso; Ana Sílvia Whitaker. "Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola", *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Vol: 13(2009): 177-188.

Paes da Silva, Maria Julia, "Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações". (São Paulo: Edições Loyola, 1996).

Paes da Silva, Maria Júlia, "Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas", *Revista Paulista de Enfermagem*, Vol: 21, n. 1(2002): 5-11.

Paraná, Pequeno Cotolengo do <<https://www.pequenocotolengo.org.br/como-atuamos>>2022.

Rios, Izabel Cristina, "Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde", *Revista brasileira de educação médica*, Vol: 33(2009): 253-261.

Rodrigues, Mariana de Sousa Dantas et al. "Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo", *Revista Mineira de Enfermagem*, Vol: 25(2021): 1-13.

Santanna Carolina; Hennington Élide Azevedo; Junges José Roque, "Prática médica homeopática e a integralidade", *Interface (Botucatu)*, Vol: 12(2008): 233-246.

Santos, Sérgio Ribeiro, "Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual", *Cogitare Enfermagem*, Vol: 12, n. 2(2007): 229-235.

Sayago, Mariana; Amoretti Rogério, "Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação", *Revista Bioética*, Vol: 29, (2022): 832-843.

Schopenhauer, Arthur, "Sobre o fundamento da moral". (São Paulo: Martins Fontes, 2001).

Schraiber, Lilia Blima, “No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina”, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Vol: 1(1997): 123-140.

Silva, Elizeu do Nascimento, “A importância do desenvolvimento da compaixão em estudantes de enfermagem”, *Revista Científica UMC*, Vol: 5, n. 3(2020).

Souza, José H A, “Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19”. *Pubsaúde, Maringá*, Vol: 3(2020): 1-2.

Stefanelli, Maguida Costa, “Comunicação com paciente – teoria e ensino”, 2a ed. (São Paulo: Robe Editorial, 1993).

Vaitsman, Jeni, “Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira”, *Cad. Saúde Pública*, Vol: 18, supl.(2002): 37-46.

Vásquez, Adolfo Sanchez, “Ética”, 20ª ed. (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000).

Zoboli, Elma, “A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética”, *Revista Iberoamericana de Bioética*, Madrid, Vol: 2(2016): 1-19. Disponível em: <<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7348>> Acesso em: 22 set. 2022.

**REVISTA
INCLUSIONES**
REVISTA DE HUMANIDADES M.R.
Y CIENCIAS SOCIALES

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.