



Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde

Morgana Masetti

Pontificia Universidade Catolica de São Paulo, Brasil

morgana.ops@terra.com.br

Resumo

A medicina é, antes de tudo, uma ciência social, um processo que envolve técnica e relação humana e que ultrapassa o modelo científico em que se insere. Trata-se de um espaço através do qual podemos tecer nosso imaginário sobre experiências ligadas à vida, morte, sofrimento e perda. Falar, escutar, tocar fazem circular este imaginário. Porém, a estrutura de funcionamento atual da medicina dificulta este processo. A formação médica valoriza prioritariamente os procedimentos, os sintomas e o saber técnico, sendo que tudo o que não pode ser nomeado dentro desta estrutura de conhecimento não é contemplado na formação destes profissionais. Numa tentativa de reverter esta situação, vários grupos de estudantes da área de saúde no Brasil incluem em sua formação -através de programas de extensão universitária -, cursos preparatórios para atuarem como palhaços em hospitais. Através desta ação, estes estudantes estão fincando bandeira em um objetivo importante: atravessar a universidade por uma experiência de aprendizado diversa da que encontram, em geral, em sala de aula: uma experiência de sentidos físicos (olhar, ouvir, tocar) e sentidos imaginários sobre saúde, doença e cura. Na presente comunicação dá-se a conhecer a intervenção formativa que se tem desenvolvido nesta área na Escola Doutores da Alegria entre 1998 – 2012. Utilizando jogos de integração, prontidão, improviso e música, estas oficinas visam estimular o profissional para a qualidade do seu processo de comunicação com o paciente. O trabalho de investigação-ação (baseado em registros sistemáticos de aulas e avaliações realizadas durante esse período) em torno desta experiência formativa será alvo de reflexão na presente comunicação. As evidências recolhidas ao longo de 14 anos de intervenção e investigação nessa área mostram a importância da criação de espaços para cuidar do cuidador, e a necessidade de se criarem canais de expressão e elaboração para o seu cotidiano de trabalho.

Palavras-chave: Formação Profissionais de Saúde; Palhaços Hospital; Oficinas Formativas; Processos comunicacionais



Abstract

Medicine is, above all, a social science, a process that involves not only technical but human relationships. It's a place through which we can live experiences related to life, death, suffering and loss. However, the current structure of medicine impedes the of "flowing" this process. Medical training gives major focus to procedures, symptoms and technical knowledge, and everything that cannot be named under this knowledge framework is not incorporated in health professionals' education. In an attempt to reverse this situation, several groups of health students in Brazil include in their training - via university extension programs - preparatory courses to act as clowns in hospitals. Through this endeavor, the students are claiming for one important goal: go beyond the university's learning experiences; thru immersive and grounding experiences on the physical senses (to look, hear, touch) as well as on the reflection about issues such as health, illness and healing. In this communication, the authors share the training intervention that was developed (from 1998 to 2012) in Doutores da Alegria Training Center, Brazil. By the use of games, promptness, and music improvisation, these workshops aim to encourage the quality of health professionals' communication processes. The research-action process developed around this formative experience will be the focus of reflection. Evidence collected over 14 years of intervention and research (based on systematic records of lessons and evaluations conducted during this period) show the need to create care experiences for health caregivers, and to generate channels of communication, joint reflection and preparation for the use of these fundamental skills.

Keywords: Training of Health; Hospital Clowns; Workshops Formative; Process communicational.

Resumen

La medicina es antes todo una ciencia social, un proceso que involucra tanto la técnica como la relación humana y que supera el modelo científico en el que se inserta. Se trata de un espacio a través del cual podemos tejer nuestro imaginario sobre experiencias relacionadas con la vida, la muerte, el sufrimiento y las pérdidas. Hablar, escuchar, tocar, permiten que este imaginario circule. Sin embargo, la estructura actual de funcionamiento de la medicina dificulta este proceso. La formación médica valoriza prioritariamente los procedimientos, los síntomas y el saber técnico, y todo aquello que no es posible nombrar dentro de esta estructura de conocimiento queda excluido de la formación profesional. En



un intento de reverter esta situación, varios grupos de estudiantes del area de salud de Brasil incluyen en su formación unos cursos preparatorios para actuar como payasos en hospitales, por medio de programas de extensión universitaria. Por medio de esta acción, los estudiantes están plantando bandera con un importante objetivo: atravesar la universidad con una experiencia de aprendizaje diferente de la que encuentran normalmente en clase: una experiencia de sentidos físicos (mirar, escuchar, tocar) y sentidos imaginarios sobre salud, enfermedad y cura. La presente comunicación muestra la intervención formativa desarrollada en este área en la Escuela Doutores da Alegria entre 1998 y 2012. Utilizando juegos de integración, facilidad, improvisación y música, los talleres intentan estimular la calidad del proceso de comunicación del profesional con el paciente. El trabajo de investigación-acción (basado en registros sistemáticos de clases y evaluaciones realizadas durante ese período) en torno de esta experiencia formativa será objeto de reflexión en la presente comunicación. Las evidencias recolectadas a lo largo de 14 años de intervención e investigación en el área muestran la importancia de la creación de espacios para cuidar del cuidador, y la necesidad de crear canales de expresión y elaboración para su cotidiano laboral.

Palabras-clave: Formación Profesionales de la Salud; Payasos de Hospital; Talleres Formativos; Procesos Comunicacionales

Artigo : Cartografias de uma medicina possível

1. Registros de uma história médica inexistente

Eu fui visto pelo médico, ele pediu para fazer alguns movimentos. E falou: agora você vai até o guichê. Tudo sem me dar retorno nenhum do que estava acontecendo . Depois do guichê eu esperei 40 minutos sentado e uma mulher me chamou com uma trouxa de roupa de cama e falou: o seu leito é o 12. Como o meu leito é o 12? O que está acontecendo? . Ela falou: você está internado no leito 12. Eu falei: espera aí, eu quero entender, eu só vim fazer uma consulta porque minha mão não está apertando o desodorante e eu estou internado? Ela falou: o médico disse que você tem que fazer um tratamento, você vai ficar internado. (Fernando Bolognesi- depoente)

Eles me levaram para o quarto e eu fiquei do dia todo meio aérea por causa da anestesia, e de tudo o que aconteceu. Foi uma gravidez difícil de manter em termos psicológicos e físicos também e quando chega ao fim, como se diz? Morri na praia. Então, no quarto eu perguntei para o médico: Cadê minha filha? E ele falou: ah, ela foi incinerada. Nossa aquilo para mim foi um baque! Quando a criança nasce com vida e morre você tem que registrar, fazer o enterro e tudo. Mas quando já nasce morta... Eu falei: Como? Ninguém me consultou!



Ninguém falou nada! Então eu entrei em desespero. Além do baque de perder o bebe, de repente você descobre que incineraram tua filha. Eu não conseguia lutar contra aquilo. Depois de tanta luta... Eu queria ir embora daquele lugar e esquecer! (Andréa Teixeira – depoente)

Eles foram trocar o curativo da minha perna que estava em carne viva, estava tudo grudado e eles foram trocar sem anestesia. Eu me lembro que uma enfermeira grávida que fez isso. Eu urrava de dor, urrava. Foi uma dor maior que a do acidente quando fui atropelada. Uma mulher esperando um filho fazendo aquela função é o extremo da condição humana. Tudo isso porque o médico não prescreveu o anestésico. É assim... , porque o hospital é um lugar burocrático (Marina Quinã- depoente)

Os relatos acima fazem parte de uma coletânea de entrevistas da pesquisa Memória dos Pacientes desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa e Formação dos Doutores da Alegria. Se tece por histórias pouco contadas dentro do hospital :depoimentos registrados sobre sua experiência de adoecimento, hospitalização, recuperação ¹. Quando fechamos as portas, desligamos os celulares, ligamos a filmadora e nos colocamos diante de pessoas que abrem uma brecha no tempo

.1 A pesquisa Memórias de Pacientes é baseada, principalmente, no depoimento oral de adultos, homens ou mulheres, que passaram por um tempo de hospitalização e/ou internação. Independente do tipo de patologia ou tratamento a que fora submetido, bem como do tempo de permanência no hospital. Interessa, sobretudo, que já tenha superado o tratamento e re-estabelecido suas condições saudáveis a, pelo menos, um ano. A gravação dos depoimentos é feita em vídeo, sem tempo previamente estabelecido, dependendo da narrativa de cada depoente, orientada por uma entrevista, recurso de perguntas e respostas dentro de eixo temporal que recorra a momentos da infância, à vida familiar, para gradualmente adentrar o momento da internação e do tratamento médico. A metodologia da entrevista é fundamentada na metodologia de resgate da memória oral desenvolvida pelo Museu da Pessoa, instituição fundada em 1992, com o objetivo de resgate histórico de vivências individuais, sejam anônimos ou célebres, possibilitando que qualquer indivíduo tenha sua história de vida registrada e preservada. Esta metodologia mescla ao resgate da memória oral, arquivos de materiais iconográficos, documentos, contextualizações e processos históricos; no caso desta pesquisa, podem ser anexados os históricos clínicos. Está sendo desenvolvido a criação de um acervo contendo depoimentos em vídeo de aproximadamente 2 horas cada —, acervo de fotografias catalogadas e documentos que acrescentem informações, periodizações e históricos aos depoimentos. As gravações são transcritas literalmente, publicadas em site na íntegra ou de acordo com 24 eixos temáticos: descobrimento da doença, história clínica x experiência individual, diagnóstico médico, hospitalização, religiosidades, restrições e limitações, reações da sociedade, identidade, igualdades e desigualdades na doença, relação com a doença, fatores que ajudam na recuperação, o lugar do paciente com experimento, relação com médicos, relação com enfermeiras, morte, dor, relação com o tempo, relação com familiares, vida profissional, retorno para casa, aprendizados



para contarem suas histórias de vida, instauramos uma oportunidade histórica para que uma nova versão nos processos de saúde possa aparecer, uma linda janela dentro do panorama dos relatos médicos. Para Pollack (1989) uma das funções da memória é defender aquilo que um grupo tem em comum, manter seu sentido de identidade. Este grupo pode escolher o silêncio que vai de geração para geração como uma maneira de tornar sua transmissão intacta até que surja a ocasião de se ocupar espaços públicos e passar do não dito á reivindicação. O passado assim, muitas vezes, é menos o produto do esquecimento e mais um trabalho de gestão da memória segundo as possibilidades de comunicação e ás questões de dominação. O silêncio, então, se constitui como força de recusa em deixar que a experiência de uma situação limite seja enquadrada á uma versão coletiva dominante.

Este é o terreno por onde transitam os pacientes. Seus quartos repletos de aparelhagens e tecnologias guardam silenciosas experiências da alma. Tudo o que sairá delas terá um lugar de registro estudado, validado, certificado, pesquisado. Neste sentido, a expressão do paciente sai de sua boca para ocupar um plano de expressão médico organizado. O paciente é sequestrado de si e de sua experiência através do modelo de linguagem médico. Segundo Grossman, esses eventos transmutados em narrativas médicas guardam peculiaridades que vestem o testemunho do paciente de uma forma a levantar dúvidas sobre sua veracidade. Já na linguagem do médico estão revelações científicas independentes de interpretações. Isso acontece devido a artifícios retóricos de uma linguagem descritiva e de pobre tonalidade. Assim quando se registra O paciente declara..., o paciente refere, seu testemunho gera incerteza. Quando na história do médico se registra os exames revelam se gera credibilidade. No uso da voz passiva se crava o distanciamento médico paciente, o distanciamento das histórias: ao invés dela contar apalpei o baço, ela dirá o baço foi apalpado.

Nesta pesquisa, espaço aberto através de uma escuta para a autoria, a história dos pacientes ocupa um lugar pessoal e subjetivo, excluído das estatísticas computadas. Cada experiência faz parte do tecido desta rede de informações que não pertencem ao estabelecido, estudado, catalogado. São multiplicidades que, muitas vezes, a lógica médica precisa descartar para manter seu corpo de conhecimento.

A memória dos pacientes, então, aquela que conta sobre sua experiência de doença, hospitalização, relações familiares , medos , gera um plano de expressão específico. Faz parte de uma luta contemporânea de apropriação coletiva desses



modos de subjetivação para gerar novos repertórios de verdades. Uma busca de diálogo entre monopólios de saber/práticas intocáveis e conhecimentos coletivos. A expressão destas histórias se constituem como um lugar de potência.

O desafio é experimentar formas narrativas onde o saber erudito e aquele vindo de memórias pessoais componham formas de saber integradas. A possibilidade dos pacientes de contarem o que lhes acontece quando adoecem levam os profissionais de saúde a explorar suas concepções, confrontando-as com outras versões. Esse espaço é um convite para devolver o médico a um processo de cura específico. Ao viver com exames, máquinas, prescrições médicas, o profissional, muitas vezes, tende a desvalorizar um espaço pessoal com o paciente e seu papel de agente ativo de cura, tornado-se ele também sequestrado de sua potência.

A literatura dos fortes e a dos potentes

Os médicos falaram que eu ia fazer um exame no centro cirúrgico, eu tinha oito anos, mas eu sabia que eu ia fazer um transplante. Eu falei: antes do senhor dar a anestesia eu gostaria de saber se eu vou fazer o transplante. Aí ele foi conversar com outros médicos e disse que eu iria fazer o transplante. Eu disse: então eu quero pedir uma coisa, quero ver minha mãe. Aí eu vi minha mãe e tomei a anestesia (Sergio Leria – depoente sobre sua cirurgia aos 8 anos de idade)

Então de cara no pronto socorro eu ouvi, diagnostico frio: tetraplegia. Interessante porque quando eu estava indo para o hospital, meu raciocínio já me projetou que talvez eu ficasse em uma cadeira de rodas. A hora que o sujeito falou tetraplegia me assustou, mas eu pensei não posso morrer e o que o médico disse não teve tanto peso nessa hora. (Rodrigo Mendes-depoente – 18 anos)

A médica falou: Seu bebe vai fazer uma biópsia, só que para isso ela vai ter que fazer um jejum de 8 horas. Eu falei: Como a senhora espera que eu faça jejum com um bebe de dois meses que mama a cada 3 horas? Aquilo para mim era a coisa mais difícil do mundo. Ela mamava a noite, ela vai acordar chorando e eu não vou dar de mamar. Eu ia ter que pular três mamadas. Então eu já estava chorando só de pensar no sofrimento que ela ia ter. Só que era ingenuidade minha achar que isso era sofrimento perto do que estava por vir. Aí fomos ela fez o jejum, minha irmã foi comigo para ajudar. Eu precisava ir ao banheiro toda hora tirar o leite que vazava do meu peito. As 9hs a médica me disse: olha, estou vendo os exames de sangue e eu não vou poder fazer a biópsia porque ela está sem coagulação. Ela vai ter que tomar duas injeções e voltar na segunda feira em jejum para fazer o exame. Ou seja, voltamos à estaca zero. Era algo indescritível, absurdo. A médica então me disse: vamos lá!, não é tão grave, sua filha vai ter a vida toda para comer! (Regina Miranda – depoente)



Muito se conta sobre as forças que constituem o hospital moderno, onde formas disciplinadoras criaram corpos dóceis e resignados. Ao longo da história o hospital foi se construindo através do sistema de funcionamento militar, religioso e científico. Espaços instituídos a partir da hierarquia, culpa e disciplina. Os primeiros hospitais nasceram nos campos de batalhas e eram destinados exclusivamente aos militares. Com isso, as primeiras formas de funcionamento dessa organização se ligaram à lógica militar. Depois disso, com o advento do cristianismo, a igreja assumiu esse papel, construindo mosteiros que contemplassem um alojamento para os doentes, transformando a doença em pecado. Com o advento das epidemias os hospitais passaram a cumprir um papel segregador e, com as descobertas da biologia, os hospitais sofreram o que Foucault chamou de disciplinarização das relações. Hoje, a história existente se encontra nos prontuários ou livros científicos. O paciente, ao longo desse tempo, foi sendo apropriado por um tipo de pensamento que o levou a perder parte da ligação com seu processo de adoecimento e cura: das Asclepiades, templos onde através do sono sagrado os sonhos apontavam para a cura, até a atualidade onde, para expressão de sua vontade, o paciente deverá assinar um termo de responsabilidade. Esses movimentos históricos de adestramento e disciplina criaram o que David Lapoujade chamou de o corpo que não agüenta mais ² Ele convoca Nietzsche e Foucault a pensar em uma sociedade que construiu um corpo anômalo que precisa ser vigiado e punido. Um corpo mártir que toma sobre si, através da culpa cristã, o sofrimento sem reação e exteriorização ³: Para Lapoujade todo esse movimento sobre o corpo torna a vida desvitalizada. A possibilidade de escuta da história do paciente, sua história de vida, dá lugar a uma história potente, um corpo que pode se expressar pelo sofrimento revelando fluxos intensos de vida. Deleuze fala de uma literatura como enunciação coletiva de um povo menor que encontra expressão através de um escritor⁴. Talvez pudéssemos pensar que o espaço de escuta, as palavras que se encarrilham na constituição da história, uma depois da outra, tecendo uma rede de acontecimentos são ingredientes para a literatura da qual fala Deleuze. Para ele, a literatura acontece quando uma terceira pessoa se destitua do poder de dizer EU. As histórias dos pacientes apontam para esse lugar tão individual e tão coletivo ao trazer a tona uma versão pouco revelada de saúde em nossa cultura.

.2 LAPOUJADE, David – O corpo que não aguenta mais, in Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo. RelumeDumará: Rio de Janeiro, 2002. Pág 84

.3 LAPOUJADE, David – O corpo que não aguenta mais, in Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo. RelumeDumará: Rio de Janeiro, 2002. Pág 85

.4 DELEUZE GILLES. Crítica e Clínica. Editora 34: São Paulo: 1997. cap1, pág 14



Para Lapoujade a questão sobre o que pode o corpo se refere a sua potência e não a sua ação. O doente, em sua condição habitual se encontra em uma relação de poder, destituído de ação. O que diz o médico e a instituição médica se tornam saber e, portanto força. Esse saber se coloca aparentemente como uma relação de poder, onde a vida do paciente, dentro do hospital, será decidida pelo médico e instituição. Dentro de uma literatura vigente este é o discurso normatizador que coloca o médico como dono da ação e o paciente como impotente.

Mas as histórias desses pacientes nos remetem a um outro lado da dor. Aquele de encontrar uma saúde no sofrimento, que não seja mais uma doença, mas possa se tornar um meio para a saúde⁵; onde o eu não agüento mais pode se tornar a potencia de resistir do corpo. Nesse sentido parece que, em geral, os profissionais de saúde colocam em evidência a literatura dos fortes e os pacientes a dos potentes. Em vários relatos os pacientes, além de encontrarem lugar para o seu desejo, buscam reverter à lógica instituída.

Segundo Lapoujade sofrer é a condição primeira do corpo visto que está exposto ao fora. Para ele o individuo para não ter mais contato com seus próprios sofrimentos, torna a vida doente. Este é o mecanismo ao qual estão sujeitos os profissionais de saúde em seus processos de profissionalização, que nos faz pensar que, na visão de saúde de Lapoujade e Deleuze, os profissionais de saúde podem estar mais doentes que seus pacientes. Os pacientes, ao se depararem com crise e sofrimento tem a possibilidade de, através de espaços de escuta, resgatar a literatura da qual fala Deleuze. Os profissionais de saúde, em geral, buscam a relação com o saber e a instituição médica, se privando da experiência que o sofrimento da doença traz para ambas as partes.

Como propiciar espaços para que o profissional de saúde possa se apropriar de sua própria história e tornar o campo relacional um lugar de potencia para seu trabalho? Como devolver para a cena hospitalar a força destas histórias que se escrevem com médicos e enfermeiras? Como elas podem passar para uma plano de expressão que alimentem a carreira médica em seu principio fundamental de cura? Como propiciar uma formação para o encontro?

.5 LAPOUJADE, David – O corpo que não aguenta mais, in Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo. RelumeDumará : Rio de Janeiro, 2002. pág 86



2. O espaço da arte como um lugar de potencia

A arte, nesse contexto tem um papel fundamental. Ela gera a capacidade de parar de explicar nossas experiências, passando a decifrá-las na própria obra artística. A arte opera por meio do fazer e, com isso, sugere abandono do processo analítico sobre possíveis sofrimentos e questões vividas por alguém hospitalizado. Ela transporta para a ação, o olhar, o falar. Desloca o foco da verdade que deve ser comprovada segundo determinada lógica, para que se aceite a experiência da relação humana, para a força da própria experiência que, por sua beleza, torne a verdade incontestável.

O artista contemporâneo vem rompendo as paredes de espaços específicos como galerias de arte e teatros para participar do cotidiano e da vida pública. Ele abdica do lugar de gênio ou excêntrico para ocupar o lugar de propositor. Ele é capaz de fazer leituras do mundo contemporâneo, das urgências da atualidade. Criar chaves de leitura para cartografar necessidades /urgências. O palhaço profissional é um destes artistas que, ao viver o lugar de um cartógrafo, dá língua para afetos que pedem passagem, mergulhando nas intensidades de seu tempo, atento às linguagens que encontrar, devorando-as para retirar elementos possíveis e composições necessárias que irão se materializar através de sua atuação artística. O corpo do palhaço é suporte destas cartografias que se materializam através de seu figurino, da fala, dos objetos que leva. O palhaço se ocupa de cartografias já feitas e também de cartografias possíveis, desejos ainda não inscritos gerando, através de sua intervenção, mobilidade em mapas já estabelecidos, reinventando sentidos, criando linhas de fuga para uma realidade estática.

3. O fenômeno palhaços em hospitais

Desde os anos 90, os hospitais passaram a abrigar uma série de acontecimentos para dar conta do que nasceu e prosperou com o movimento da humanização. Brinquedotecas, revisão do layout dos espaços hospitalares, projetos de leitura, pet terapia (passeio com animais), grupo de músicos e espetáculos teatrais.

Um destes importantes movimentos foi o de palhaços profissionais em hospitais que nasceu com Michael Crithensen dentro do Big Apple Circus (Nova York), depois migrou para a Europa, Brasil, atualmente também no Oriente Médio. No Brasil hoje existem mais de 700 grupos de palhaços entre profissionais e amadores (pesquisa levantada pelo grupo Doutores da Alegria, dados de agosto 2012)



O ofício do palhaço fala do esforço do homem em se entregar para a única condição possível de existência: a da relação humana. Ele nos re-conecta com essa potencialidade. E com a essência da medicina, esse fascinante universo por onde anda nosso imaginário sobre vida e morte, por onde circulam afetos e desejos impressos nos corpos. Espaço em que os sentidos do olhar, ouvir e tocar fazem circular esses acontecimentos.

Por que, então, a necessidade de o palhaço ocupar esse cenário? Talvez porque a medicina, em seu movimento de capitalização, esteja se afastando desse sentir, ameaçando as pessoas à medida que essa riqueza cultural é privatizada e inserida dentro de uma lógica econômica. E porque é possível que a atuação do palhaço nos ajude a constatar o absurdo que a apropriação desse imaginário pode significar.

Um fenômeno extremamente interessante que está acontecendo no Brasil é que, dos grupos de palhaços existentes, um grande número é de estudantes de medicina e outras áreas de saúde. Esses grupos de estudantes estão firmando bandeira em um desejo importante: atravessar a universidade por uma experiência de aprendizado diversa da que encontram, em geral, na sala de aula: uma experiência que passa pelos sentidos físicos (olhar, ouvir, tocar) e também imaginários (sobre as fantasias de doença e cura).

A medicina é, antes de tudo, um espaço através do qual podemos tecer nosso imaginário sobre experiências ligadas à vida, morte, sofrimento, perdas. E também o dom da cura, um processo que envolve técnica e magia, que jamais se revela por mais que a ciência construa modelos para isso. A estrutura de funcionamento atual da medicina dificulta a circulação deste imaginário social. A formação médica valoriza prioritariamente a técnica, a relação de sintomas e saberes. Tudo o que não pode ser nomeado dentro desta estrutura de funcionamento não diz respeito à formação deste profissional.

A formação de palhaço dentro da universidade de medicina insere a possibilidade de se trabalhar uma formação para o encontro. É um espaço que trabalha na contramão do que estes jovens irão aprender dentro do currículo universitário. Recoloca a magia no processo do imaginário médico. Mais importante que formar palhaços, esta experiência poderá formar bons médicos, enfermeiras, fisioterapeutas. Mais importante ainda: esta ação parte do desejo destes jovens. Talvez um desejo difícil de nomear, que aparece através da máscara do palhaço, mas que fala da possibilidade de colocá-los em contato com um futuro profissional mais próximo do imaginário deles sobre a arte de cuidar.



4. Uma formação para o encontro

Os estóicos definem as “boas misturas” como encontros em que os indivíduos coexistem, sem que um destrua a natureza do outro, de maneira a permitir que a potência de cada um se manifeste. Quanto mais um corpo expressa sua capacidade, mais próximo ele está de sua essência. Isso depende da faculdade de compreender e desmontar valores morais estabelecidos como superiores à vida. É a vida que norteia os valores.

Um cotidiano feito de boas misturas é possível se considerarmos que cada encontro convoca uma conduta ética em face do olhar que iremos encontrar. A ética, aqui, é vista como a forma de administrar a potência interna. Nossa natureza saberá selecionar os encontros que a fortalecem. Diferente da moral, que dita o que se deve fazer ou ser, a ética fala de agir em favor da potência da relação. Nesse sentido é, necessariamente, uma ética da alegria. Porque a alegria nos aproxima da ação. A capacidade de exercitar essa potência interna é, em si, um importante indicador de saúde. Por meio dela buscamos os bons encontros, que favoreçam a ampliação de nossa potência e qualidade de relação. Já não se trata do profissional tecnicamente bem preparado, capaz de separar sua vida profissional da emocional, mas daquele que tem a coragem de abandonar o esforço para separá-las, misturando-se a cada novo olhar que encontra. Isso exige desafios do ponto de vista educativo.

As práticas artísticas geram experiências importantes de aprendizado. O trabalho de palhaços em hospitais é um importante exemplo: eles são promotores de boas misturas. As pesquisas no Brasil tem mostrado que o palhaço profissional consegue estabelecer relações de alta qualidade dentro dos hospitais (Masetti 1998, 2001, 2003, 2008). As crianças ficam mais ativas, mais comunicativas com pais e profissionais de saúde, passam a se alimentar melhor, colaboram mais com exames e procedimentos médicos, apresentam evidências de melhora clínica. Os pais ficam menos ansiosos com a hospitalização, mais confiantes no tratamento e recuperação de seu filho, mais colaborativo com as orientações médicas. Os profissionais de saúde referem que a experiência do contato com a atuação do palhaço faz com que eles busquem outras formas de aproximação da criança, brincando mais com ela, permitindo alterações em procedimentos hospitalares para beneficiar o bem estar dela e dos pais. Referem que se sentem mais calmos no trabalho e realizam suas rotinas com mais qualidade. Também referem maior disponibilidade para escutar os colegas de trabalho e um maior espaço na equipe para expressão de sentimentos.



Esses resultados aparecem, em parte, pela forma como o palhaço percebe a realidade. Ele é movido pela curiosidade e flexibilidade, pela atitude de valorizar a ação do outro por mais absurda que ela se apresente ao olhar racional. O palhaço incorpora os fatos recusados ou pouco falados ao momento, favorecendo a possibilidade de lidar com eventos geradores de tensão. Ele ajuda a lidar com a vulnerabilidade da condição humana, em um ambiente onde se exige a perfeição, com isso favorece a expressão de conflitos e dificuldades. Leva-nos a entrar em contato direto com nossos sentimentos, sem análises. Desse modo, estimula a capacidade de experimentarmos nossas emoções e aceitarmos diferentes possibilidades de reações, expandindo os limites de nossos comportamentos. Sua ação ensina que nada persiste e favorece nossa ligação com o acontecimento presente. Através desta filosofia de ação o palhaço propõe uma ética de encontro.

Esta ética estabelece uma situação de cumplicidade e confiança nas relações e gera as condições para que se estabeleçam espaços internos de reflexão e aprendizado. Pensar aprendizado neste contexto é ligar ensino aos acontecimentos da vida. Considerar a experiência de quem aprende como principal recurso de formação. Pensar na ética das relações como fonte de aprendizado, onde os afetos e o corpo são lugares importantes de aprendizado. Onde se privilegia perguntas às soluções, centrando o conhecimento em um processo permanente de pesquisa. Um trabalho que reafirma o aprender como da ordem do humano.

Bibliografia

- Bleger, José (1984) - *Psicohigiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Clavreul, Jean (1983) - *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, Gilles (1978) - *Espinoza e os signos*. Porto, Portugal: Editora Reis.
- Derdyk, Edith (1994) - *As formas de pensar o desenho- desenvolvimento do grafismo infantil*. São Paulo: Scipione Ltda.
- Dilts, Robert (1993) - *Crenças: caminhos para a saúde e o bem-estar*. São Paulo: Summus.
- Foucault, Michel (2000) - *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fuganti, Luís Antonio (1990) - *Saúde e loucura*. São Paulo: Hucitec.
- Gardner, Howard (1997) - *As artes e o desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.



- Glaserfeld, Ernst von (1994) - Introdução ao construtivismo radical. In: WATZLAWICK, Paul (org.) (1994) - A realidade inventada. Campinas: Psyll.
- Hilman, James & VENTURA, Michael (1995) - Cem anos de Psicoterapia - e o mundo está cada vez pior. São Paulo: Summus.
- Houston, Jean (1987) - A busca do ser amado: a psicologia do sagrado. São Paulo: Cultrix.
- Machline, Vera Cecília (1992) - François Rabelais e a fisiologia do século XVI: a terapêutica médico –satírica de Gargântua e Pantagruel. Tese (Doutorado em Comunicação e Semiótica). São Paulo: PUC/SP.
- Masetti, Morgana (1998) - Soluções de Palhaços – transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athena.
- Masetti, Morgana (2003) – Boas Misturas – a ética da alegria no contexto hospitalar. São Paulo : Palas Athena
- Miller, Henry (1997) - O sorriso aos pés da escada. Lisboa: Asa.
- Ostrower, Fayga (1995) - Acasos e Criação artística. Rio de Janeiro: Campus.
- Ostrower, Fayga (1998) - A Sensibilidade do Intelecto – visões paralelas de espaço e tempo na arte e na ciência.. Rio de Janeiro: Campus.
- Ramos, Denise Gimenez (1994) - A pique do corpo: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus.
- Rosenham, David L. (1994) - A sanidade num ambiente doentio. In: WATZLAWICK, Paul (org.).- A realidade inventada. Campinas: Psyll.
- Sacks, Oliver (1997) - O homem que confundiu sua mulher com um chapéu. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sarcey (1999) Clown, o termo. Clownews - Boletim informativo dos Doutores da Alegria. São Paulo: Abaeté.
- Sawaia, Bader Burihan (1995) “A dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora”. Revista Novas Veredas da Psicologia Social. Ed Brasiliense, Educ.
- Sawaia, Bader Burihan (1998) - “A crítica ético-epistemológica da psicologia social pela questão do sujeito”. Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social da ABRAPSO, vol. 10, julho/dezembro.
- Simonton, Carlo; SIMONTON, Stephanie Mattheus & CREIGHTON, James L. (1987) - Com a vida de novo. São Paulo: Summus.
- Spink, Mary Jeane (1999) - “Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação”. Práticas discursivas e produção de sentido do cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez. (p. 93 a 122).



- Watzlawick, Paul (org.) (1994) - A realidade inventada. Campinas: Psyll.
- Winnicott, D. W. (1975) - O Brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1982) - A criança e seu mundo. Rio de Janeiro, Guanabara: Koogan.
- Winnicott, D. W. (1996) - Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1990) - Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago.
- Wuo, Ana Elvira (1999) - Clown visitador no tratamento de crianças hospitalizadas. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Campinas: UNICAMP.