

Aproximação do corpo com tuberculose: o imaginário do cliente no cuidado da terapia ocupacional

Body approach with tuberculosis: the client's imagination in the care of occupational therapy

Aproximación del cuerpo con tuberculosis: la imaginaria del cliente en cuidado de la terapia ocupacional

Recebido: 24/03/2020 | Revisado: 25/03/2020 | Aceito: 27/03/2020 | Publicado: 29/03/2020

Omar Luís Rocha da Silva

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5847-305X>

Associação Fluminense de Amparo aos Cegos, Brasil

E-mail: omarluisto@gmail.com

Claudia Donelate

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3591-5203>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: donelate@gmail.com

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2137-7830>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: stcaraujo@gmail.com

Nébia Maria Almeida de Figueiredo

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0880-687X>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: nebia43@gmail.com

Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1917-2294>

Instituto Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: angela.silva@ifrj.edu.br

Resumo

Objetivo: analisar como os portadores de tuberculose pulmonar imaginam o cuidar do corpo após o diagnóstico da doença. **Método:** o método assumido nesta investigação foi o sociopoético-qualitativo. O contexto escolhido foi o ambulatório de tuberculose de um

hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro, onde eles se tratam. A estratégia para produção dos dados envolveu encontros coletivos com os portadores, e as decisões foram realizadas e aprovadas nas oficinas do grupo pesquisador onde ocorreu a indução de discussões coletivas e o imaginário sobre corpo e cuidado. **Resultados:** foram produzidas 35 imagens e 71 espaços. Este corpo mudou de expressão e de espaço, fazendo um contraponto com o corpo sadio. Destaca-se como principais espaços de ordem estudo sociopoético surrealista: Hospital – Poço – Labirinto - Túnel. **Conclusão:** os portadores de tuberculose sofreram variados agenciamentos e indicam temas para o cuidado de terapia ocupacional traz combinações estranhas no pensamento do grupo, provocando multiplicação das visões sobre o significado do corpo doente.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar; Terapia ocupacional; Pesquisa qualitativa.

Abstract

Objective: analyze how pulmonary tuberculosis patients figure the taking care of their bodies after the diagnosis of the disease. **Method:** the method used in this investigation was socio-poetic-qualitative. The context chosen was the tuberculosis clinic of a university hospital located in the city of Rio de Janeiro, where they are treated. The strategy for data production involves collective meetings with patients, and decisions were made and approved in the research group's workshops, where collective discussions and the imaginary about body and care. **Results:** 35 images and 71 spaces were produced. This body changed expression and space, making a counterpoint with the healthy body. It stands out as main areas of order Surrealist socio-poetic study: Well – Labyrinth – Tunnel – Hospital. **Conclusion:** the tuberculosis patients suffered several assemblages and indicate themes for the care of occupational therapy brings strange combinations in the group's thoughts, causing multiplication of views about the meaning of the sick body.

Keywords: Pulmonary tuberculosis; Occupational therapy; Qualitative research.

Resumen

Objetivo: analizar cómo los portadores de tuberculosis pulmonar imaginan el cuidar del cuerpo después del diagnóstico de la enfermedad. **Método:** el método asumido en esta investigación fue el sociopoético-cualitativo. El contexto elegido fue el ambulatorio de tuberculosis de un hospital universitario ubicado en el municipio de Río de Janeiro, donde se tratan. La estrategia para la producción de los datos implicó encuentros colectivos con los portadores, y las decisiones fueron realizadas y aprobadas en los talleres del grupo

investigador donde ocurrió la inducción de discusiones colectivas y lo imaginario sobre cuerpo y cuidado. **Resultados:** se produjeron 35 imágenes y 71 espacios. Este cuerpo cambió de expresión y de espacio, haciendo un contrapunto con el cuerpo sano. Se destaca como principales espacios de orden estudio sociopoético surrealista: Pozo – Laberinto - Túnel– Hospital. **Conclusión:** los portadores de tuberculosis sufrieron variados agenciamientos e indican temas para el cuidado de terapia ocupacional trae combinaciones extrañas en el pensamiento del grupo, provocando multiplicación de las visiones sobre el significado del cuerpo enfermo.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar; Terapia ocupacional; Investigación cualitativa.

1. Introdução

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa milenar que assume evolução crônica e tem como agente etiológico o *M.tuberculosis* (*Mtb*), causada pelo bacilo de Koch que o ser expelle ao tossir. Tal enfermidade encontra campo fértil entre indivíduos já debilitados por condições de vida e trabalho precário. Atinge principalmente os pulmões, provocando fadiga, febre, emagrecimento, tosse e dor no peito (Kritski et al, 2005).

Os persas e chineses faziam referência à tísica antes de 2.000 a.C., pois se acreditava que esta enfermidade seja anterior ao próprio homem, sucedendo formas ainda mais elementares de vida microscópica. A multiplicidade de visões e conceitos a respeito da tuberculose se produz desde a Antiguidade e não simplesmente se sucederam, mas coexistiam na temporalidade. O estudo desta doença evolui ao longo dos séculos, desde a Escola de Cós (classificada como a doença que mata mais dentre todas), cujos sacerdotes da ilha, seguidores do deus Asclépio e discípulos de Hipócrates, ensaiando as primeiras concepções filosóficas sobre a saúde/doença, postularam o caráter hereditário da *phthisikos* e formularam a noção de pré-disponibilidade (Gonçalves, 2000).

Tísica foi o nome dado por Hipócrates, que a definiu como doença natural caracterizado pelo esgotamento físico devido ao extremo emagrecimento que provocava: o corpo era progressivamente consumido, tanto pela queima de energias (a febre, a tosse, a insônia), como pela perda de substâncias (escarro; sangue; suor), gerando o conceito de hereditariedade e de pré-disponibilidade da tuberculose (Gonçalves, 2002).

A especificidade da tuberculose é definida pelo médico alemão Robert Koch, em 1882 ao descobrir o agente causador da doença, estabelecendo os postulados da teoria microbiana da doença. A originalidade de suas descobertas e também dos métodos por ele empregados

elucida questões referentes ao modo de transmissão. Relatou que a grande maioria dos casos inicia-se no trato respiratório e o material infeccioso deixa marca nos pulmões ou nos gânglios linfáticos (Bertoli Filho, 2001).

Num período de 24 horas um indivíduo infectado pode expelir até 3,5 milhões de bacilos da tuberculose; muitos deles em gotículas microscópicas que são eliminadas por meio da tosse, do espirro, canto ou da fala (Kritski et al, 2005). Estas minúsculas partículas podem flutuar por período de oito horas, depositando-se nas roupas, lenços, móveis e na poeira, que ao atingir os bronquíolos e os alvéolos, torna-se substância infectante. Ao ser inalado o Mtb permanece inativo por três dias e após este período inicia-se o ciclo reprodutivo o qual se renova a cada 18 horas (Bertoli Filho, 1998).

No imaginário coletivo, a tuberculose encontra-se associada a ideias de desintegração, dissolução, desmaterialização do corpo, pois acometia as pessoas de constituição frágil, temperamento sensível e imaginação exacerbada, o que caracterizava terreno propício à doença, os sinais eram reconhecíveis pela brancura da pele, maçãs do rosto rosadas, estreiteza do peito, cor arruivada dos cabelos ou da barba, etc. (Sontag, 2007).

Os tuberculosos sofriam o poder da estigmatização por trazerem estampados em seus corpos as marcas de um modo de vida dedicado ao culto da paixão desmedida, não legitimadas pelas instâncias sociais dominantes, acarretando o processo de identificação do inimigo comum da sociedade como um todo, reforçando padrões, regras e conceitos de conduta e de avaliação moral do outro (Nascimento, 1991).

Bertoli Filho (2001) ao estudar os relatos dos pacientes internados em sanatórios localizados no Rio de Janeiro e em São Paulo, entre 1900 a 1950, verificou a abrangência universal que definiu como psicologia dos tuberculosos a concepção de padrão comportamental exclusivo dos infectados (dependência do álcool, do tabaco, dos tóxicos, parentesco próximo a pessoas enfermas, homossexualidade, deficiência mental, crença na doutrina espírita, criminalidade etc.). Estes fatos incentivaram os tisiologistas da época a descobrirem os meandros da personalidade de seu cliente, para poderem concluir pela periculosidade moral e biológica de cada caso.

Os adventos tecnológicos acarretaram a fragmentação do corpo e da mente, porque o ser humano alvo do cuidado deixou de ser uno para ser múltiplo, fracionando-se pela especialização contínua do cuidar, que neste século de mudanças, envolve novos saberes, novas profissões e novas formas de conviver consigo mesmo, com a família e com os amigos, mesmo que a presença do estigma e do preconceito permaneça igual.

Corpo-homem-tuberculose-estigma deve ser analisado subjetivamente em todo seu percurso de viver, pois ele sofre múltiplos agenciamentos que se dobram no plano social e familiar a partir de sua forma de ser, estar e se relacionar com o outro e com o mundo. Agenciamentos, entendidos como estado preciso de mistura de corpos em uma sociedade, compreendendo todas as atrações e repulsões, as simpatias e as antipatias, as alterações, as alianças, as penetrações e expansões que os afetam (Deleuze, 1995). Este corpo com suas singularidades sofre constrangimentos no seu viver, que ao se encontrarem com as terapeutas ocupacionais nos cenários do cuidado ou com seus familiares nos espaços de vida, apresentam necessidades e desejos de ordens diversas e que se ancoram na falta de sensibilidade de suas relações e no isolamento compulsório imposto por eles próprios.

Para pensar o corpo do portador de tuberculose pulmonar (TBP) perpassa pelo modo do seu viver que apresenta múltiplas formas e estigmas que se confunde com a história da humanidade e da exclusão. Em seu caminhar este corpo segue por caminhos longilíneos ora retos ora curvos, ora com saída ora sem saída, ora vivenciam emboscadas, ora lugares escuros, ora medos, que se transforma em esperanças de cura e de cuidado, pois muitos ainda convivem de perto com a morte e com o luto. Dificuldades que podem, inclusive, interferir na qualidade de vida, de cuidado e da relação com os profissionais, pacientes e familiares (Oliveira, 2002).

Pensar nos encontros e desencontros entre os portadores de tuberculose e a terapia ocupacional de forma participativa, nos posiciona como pesquisadores do agora, pois na subjetividade estão habituados ao discurso da doença, às ações e tratamento, como algo que de status. Ao realizar o saber-fazer do cuidado, não se identifica de imediato o resultado, porque mesmo seguindo protocolos, ainda não se adquiriu habilidades para cuidar e analisar o imaginário do corpo com tuberculose, no inconsciente do cliente. Esta abordagem segue questionamentos óbvios sobre o corpo, seus sinais e sintomas, além de buscar aprofundamentos em suas histórias de vida, nos seus modos de viver com ou sem doença. Nesta perspectiva, destaca-se outro problema da pesquisa: não se sabe nem se compreende os comportamentos deles acerca de seu corpo e do seu cuidado com a saúde e os agenciamentos que foram produzidos neles durante o percurso de tratar da enfermidade.

Sabe-se que a tuberculose envolve além da pessoa, os contaminantes (familiares, amigos e colegas de trabalho) que apresentam diferenças físicas, sociais e emocionais e que podem ampliar a reflexão, favorecendo os seguintes questionamentos: de quais corpos está se falando? Ele se encontra sadio ou doente? Qual o local em que ele se projetaria? Nesta

perspectiva, optou-se pelo seguinte objetivo de investigação: identificar como os clientes de tuberculose pulmonar imaginam seus corpos após o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

2. Metodologia

O método assumido nesta investigação foi a união do cartográfico (Passos, et al, 2009) em sua dimensão qualitativa (Minayo, 2012), com a sociopoética que busca construir espaço-tempo que viabilize a construção cooperativa do conhecimento (Gauthier, 2005). A opção em utilizar este dois métodos visou unir o imaginário do cliente com a função do cartógrafo que transforma o pesquisador em um ser viajante, que sai dos territórios de pesquisa já consagrados para buscar novos desenhos e discursos como investigadores que desejam saber e compreender o que este portador (homem ou mulher) imagina sobre seu corpo e o cuidado com ele.

Ao trilhar o caminho da subjetividade na busca de representar e trabalhar com o limite das relações humanas, interpessoais e com as projeções emocionais dos envolvidos na pesquisa. O método cartográfico forma no eixo prático a concentração sem focalização, assumida em sintonia com o problema, em que se procura evitar as interferências relacionadas aos saberes, representações e experiências anteriores; evidenciando-se o ato de cartografar como o próprio percurso da investigação (Passos et al, 2009).

A inclusão paralela do método sociopoético criou dispositivos para que as pessoas alvo desta pesquisa tomassem poderes, os mais amplos possíveis, pela socialização e valorização do prazer, da criatividade na construção coletiva do conhecimento, ancorado no método qualitativo que trabalhou com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2006).

Esta pesquisa passou pela criação de estratégias a partir da formação no desejo que para Jung (2016) representa a premissa da projeção inconsciente, liberação de conteúdos bloqueados, que pelo fazer, possibilita a transformação em algo prazeroso, como a felicidade. Envolveu o encontro do desejo do participante de se projetar nas mutações da sensibilidade individual e coletiva, como as vivências dos preconceitos e estigmas advindos do imaginário coletivo do corpo com tuberculose pulmonar, o qual oportunizou a presença de fantasmas do inconsciente coletivo (Jung, 2020)

Para coleta de dados optou-se pela Vivência dos Lugares Geométricos, da sociopoética

considerando a questão norteadora: “se seu corpo com tuberculose fosse um lugar, que lugar seria?”. Ressalte-se que as respostas associadas aos lugares foram dadas com frase completa, conforme solicitado durante a aplicação da técnica precedida de dinâmica de relaxamento e sensibilidade, que visava o desbloqueio dos conteúdos internos, a fim de propiciar a incentivação do imaginário.

A utilização do método cartográfico envolveu a subjetividade, aproximando-se de regras abstratas, não linear, que se buscou para atingir o fim, mas que estabeleceu algumas pistas que tinham em vista descrever, discutir e coletivizar a experiência do cartógrafo em quatro variedades de atenção: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento (Kastrup, 2018).

Dessa maneira, cartografia permitiu aos portadores de tuberculose valioso compartilhamento dessa experiência em seus diferentes momentos de produção, favorecendo as conexões no coletivo do grupo.

Rastreio dos Portadores de Tuberculose Pulmonar Envolvidos na Pesquisa

O primeiro momento da cartografia é denominado de rastreamento ou rastreio que surgiu como meio de acompanhar os percursos dos portadores de tuberculose, de implicar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e a construção de mapas, permitindo a identificação de nuances de intensidade e essência ao longo da extensão do fenômeno a ser pesquisado (Passos et al, 2009).

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, que possuía em 2018 o segundo maior coeficiente de incidência de tuberculose do Brasil (66,3 casos/100 mil hab.) e sua capital também apresentava os maiores coeficientes, sendo de 89,9 casos/100 mil hab., com coeficiente de mortalidade maior que 3,0 óbitos/100 mil hab. (Brasil, 2019). Os participantes rastreados na pesquisa envolveram a população atendida pelo Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar do Instituto de Doença do Tórax (PCTH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que concordaram em participar desta pesquisa. Respeitando os critérios de inclusão e exclusão, fizeram parte do estudo indivíduos do gênero masculino e feminino com idade entre 18 a 70 anos.

Em um primeiro momento, os dados foram coletados por meio de oficinas e encontros do grupo pesquisador, logo após a aprovação do Comitê de Ética e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe destacar que este estudo atendeu a todos os

critérios da Resolução nº 466/2012 e 510/2018, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil, e foram cumpridos todos os preceitos ético-legais, garantindo os direitos de anonimato e sigilos dos participantes, sendo aprovado sob o número 0149.0.314.000-10. Todo este cuidado ético permitiu o acesso às informações sobre os agenciamentos que influenciariam os portadores a cuidar e a imaginar seu corpo, os quais foram gravados e os seus conteúdos transcritos para análise.

Pouso e a Experiência de Ser Portador de Tuberculose na Produção dos Dados

O pouso indicou que a percepção do portador sobre um novo território, o qual ele não percebia que existia, mas que se reconfigurou a partir de sua projeção e criatividade, pois neste experienciar o grupo permaneceu em conexão com movimento de ir e vir a reconhecer e desconhecer o fenômeno estudado. O pousar envolveu permanentes encontros, nos quais foram utilizadas as palavras tais como corpo, cuidado e saúde e as atividades artísticas de: desenho, colagem e modelagem, por meio da massa de modelar.

E foi desenvolvido pelas oficinas de vivência dos lugares geomíticos da sociopoética. Sua importância no desenvolvimento desta pesquisa foi que elas oportunizam múltiplas entradas, que não seguiu uma única direção, favorecendo a projeção do inconsciente e da imaginação. Nestes encontros/oficinas com os portadores de tuberculose, ficou decidido a discussão de questões que versaram sobre aspectos agradáveis e desagradáveis do corpo, cuidado com o corpo, relação a doença e, por fim, os agenciamentos vivenciados ao longo de seu tratamento, para aprender a se autocuidar e ser cuidado.

Reconhecimento dos Conteúdos do Grupo Pesquisador Sobre o Viver no Corpo com Tuberculose

O quarto e último gesto da atenção do cartógrafo, o reconhecimento, foi entendido como resultado da interseção entre a percepção e a memória dos pesquisadores e pesquisados, que para Kastrup (2018) representa o presente que virou passado, o conhecimento, seguiu o referencial teórico-analítico de conteúdo (Bardin, 2011), designado como: conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

O reconhecimento, aconteceu na estratégia do Grupo Pesquisador (GP), no qual as

pessoas pesquisadas formam o grupo-pesquisador, em que cada participante da pesquisa se transformam em co-pesquisadores, enquanto os pesquisadores oficiais se tornam os facilitadores da investigação, formando o centro vivo da sociopoética. Os portadores de tuberculose encontram-se ativos em todas as etapas (produção dos dados, leituras analíticas e transversais desses dados, socialização...), e pode interferir no devir da pesquisa. Isso garante a chamada de formas variadas de racionalidade e a possibilidade de que outras fontes de conhecimento, não racionais e sim emocionais, intuitiva, sensíveis, imaginativas e motrizes, entrem em jogo (Santos et al, 2005).

Assim, a emoção e razão estavam entrelaçadas, a ciência utilizou de meios que valorizassem as demais dimensões humanas em seus mais variados matizes, baseado no desejo, na criatividade e na arte.

3. Resultados e Discussão

Ao todo, participaram das oficinas 25 homens e 15 mulheres, que se basearam no estudo do corpo sadio e doente do portador de tuberculose, levando-se em consideração a suas crenças, valores, e cultura que ao serem induzidos a projetar seus corpos nos lugares geométricos e coletivizar sua imaginação sobre o corpo. Produziram 192 unidades de registros, 35 imagens e 71 espaços.

Para interpretar a produção de dados, utilizou-se o estudo sociopoético surrealista, que dispõe os dados em combinações estranhas de formas de pensamento do grupo, provocando multiplicidade das visões sobre o significado do corpo. A partir da síntese do Grupo Pesquisador, surgiu lugares complexos que proporcionaram o devaneio e trouxe a possibilidade de se criar novos espaços: Poço – Labirinto – Túnel – Hospital.

[...] fiquei quieto no fundo do poço. Não queria falar com ninguém. [...] Queria morrer... (Participante 20).

[...] Pedi ajuda, mas ninguém veio me ajudar a sair dali. [...] Entrei sozinho, saio sozinho [...] A solidão é muito triste. (Participante 12).

[...] lá embaixo é muito úmido, tem bicos que andam pelas paredes, tem muita coisa ruim. [...] Igual ao que tem no meu pulmão. Isso é tuberculose. (Participante 14).

[...] o poço é muito fundo, meus joelhos estão na água [...] Ninguém me vê ou me escuta. Estou só. (Participante 7).

[...] as bordas são fina, não tem muito tijolo, preciso me equilibrar para não cair e morrer (Participante 11).

Inicia-se a viagem do corpo com tuberculose, pelo poço onde nosso pensamento pode cair (Santos et al, 2003). Quantas vezes as pessoas se encontram ou criam poços na vida? Poços de vaidade, poços de ódio, poços de criatividade, poços de angustias, poços de solidão, poços de prazer, poços de vida e poços de nada. Alguns são escuros e sugam buraco adentro, digerindo as pessoas. Outros não têm fundos e acarretam queda infinita e sem limites.

Para Chevalier e Gheerbrant (2009), o símbolo vivo, surge do inconsciente do homem e das influências de seu meio, tendo a função de preencher a vida pessoal e social do indivíduo. Por ser acessível ao ser humano de uma forma geral, perpassa por interpretações, sem necessariamente estar associado à língua escrita ou falada, pois surge da psique humana. Assim, para ele o poço pode representa o medo do homem, talvez porque nele vê a escuridão das suas ações e a profundidade das suas responsabilidades, por outro lado ao sair, ele encontra a sua iluminação.

O poço para o grupo pesquisador foi o local onde se encontrava a angustia, a solidão, a falta de cuidado, a não certeza do tratamento, a possibilidade de morte. Ao entrar no poço, eles se deixam envolver pela tristeza de estar doente e permite que seu pensamento se prenda ao passado (estar são) e com isso se torna depressivo, acarretando desequilíbrio em seu corpo físico e subjetivo. Representando um lugar escuro, úmido (pulmão), que mina água, cheio de cascalhos (alvéolos), onde ocorre trocas de substâncias. Substâncias essas que as vezes se tornam barrentas e onde pode proliferar bichos (bactérias) que vão invadir o corpo (Mtb) e transformar as paredes de seus pulmões em limo.

Estar no poço significou ficar sem respirar, pois a angustia de estar com TB, os deixou com falta de ar e estáticos frente ao diagnóstico. Muitas das vezes eles se sentiram afundando no lodo abaixo de seus pés se deixando envolver cada vez mais pela água que brota pelas paredes, trazendo a sensação de sujeira, umidade e odor fétido forte, trazendo a percepção de morte, como se ele estivesse rígido e frio (Ross, 2005).

O poço representou o local de morte biológica (possibilidade de não se curar), morte social (omissão e afastamento dos amigos e parentes) e morte emocional (isolamento e dor). Eles perceberam que só existe duas soluções para sair do poço. A primeira seria a morte que colocaria fim na sua dor física e emocional e a segunda seria tentar de qualquer jeito sair dali, mesmo que fosse difícil, mesmo que não contasse com ninguém, porque muitas das vezes eles viam a saída, mas não conseguiam vencer o poço (Combinato, Queiroz, 2006). Muitos

relataram que conseguiram escalar e chegarem próximo a abertura, mas ao segurar o parapeito eles escorregavam e caíam novamente, chegando a tocar no fundo do poço, alguns optaram por tentar subir novamente, outros por permanecerem por mais tempo naquele local. Isso representa os abandonos ao tratamento, a necessidade de parar, de se olhar e de se perceber como ser pensante e crítico.

O poço foi associado ao desconhecido, pela certeza de ficaram fora de lugar a partir do momento em que se soube do diagnóstico da tuberculose. Ao entrar neste território o grupo se sentiu como se estivessem no caos, estavam com uma doença que poderia contaminar seus familiares, amigos e colegas de trabalho, e serem excluídos ou identificados como portadores da doença tida como mal social.

[...] quando descobri que estava com TB, não sabia o que fazer... [...] Me senti perdida. Trabalho na saúde, não compreendi. (Participante 10).

[...] não acho uma saída. Que faço, meus parentes tem nojo, vi na cara deles, minha irmã tem medo de morrer, nem chega perto de mim.... Preciso achar a saída. (Participante 18).

[...]dizem que lá tem um monstro que mata a gente, acho que é melhor morrer. [...]Do jeito que as pessoas me tratam... o melhor é sumir (Participante 24).

Quando eles conseguem sair do poço, eles entram no lugar sociomítico labirinto onde podemos nos perder (Santos et al, 2003). Descobriram que viviam constantemente na angústia de “não se perder”, sentiram que a vida era um jogo, no qual estavam sempre competindo e nunca podiam perder: perder tempo, perder dinheiro, perder a saúde, perder a família, perder o remédio, perder amigos, perder trabalho, enfim perder a vida. Esta perda não foi apenas relativa a fatores externos, mas sentida como algo interno: quando se perde a saúde, acarretando frustrações e impotência frente à TB, castrados nas suas potencialidades, e violentados na sua capacidade de se relacionar com o outro.

Chevalier (2008) relata que o labirinto conduz o homem ao interior de si mesmo, a uma espécie de santuário escondido, no qual reside o mais misterioso da pessoa humana. A transformação do eu, que se opera no centro do labirinto, e que se afirmará à luz do dia no fim da viagem de retorno, a passagem das trevas à luz, marcará a vitória da inteligência sobre o instinto, da saúde sobre a doença.

Vale ressaltar que esta sensação de impotência e incerteza frente à tuberculose, não foi uma característica exclusiva desta doença, o GP refere que algumas enfermidades como a AIDS colocam em cheque o sistema de saúde e exige outra transformação ainda mais ampla

no que diz respeito à forma de comunicar a doença.

Ao se deparar com este labirinto o grupo tem duas opções: parar estagnados e perplexos à frente dele, ou, entrar e procurar a saída. Se parar, teriam a segurança de não correr mais riscos, mas, também, estariam condenados à inércia. Ao entrar, correriam o risco de se perder, mas, existia a possibilidade de inúmeras descobertas. Não saber o caminho seguir foi extremamente angustiante (continuar ou não o tratamento). Esta angústia pode também, findar, promovendo a estagnação (abandonar a quimioterapia).

Entretanto, não ter caminhos pré-estabelecidos, ou os ter como as oportunidades de saída por meio do DOTS, da quimioprofilaxia, dos exames, etc.; muitas das vezes os clientes se sentiram rejeitados por outros clientes e pelos profissionais que o atenderam, o que propiciou vários abandonos ao tratamento. Todavia eles tiveram que retornar e reiniciar o processo de cuidado visando encontrar a saída, pois seus sintomas pioram. Eles descobriram que o labirinto sem portas facilita seu transitar no tratamento, e que elas dificultam o chegar até o médico e a medicação, mesmo já caminhando dentro do labirinto eles ainda sentem a influência do poço, porque seu corpo está impregnado de umidade, lodo e sujeira e ao caminharem, vão se sentindo mais seco e se transformando em algo melhor e mais sadio.

Referem que nesta busca pela saída, eles encontram bichos escondidos entre as paredes do labirinto que podem atacá-los a qualquer momento, vinculando os ataques as reações adversas a medicação e a dúvida de permanecer em tratamento. Eles veem o minotauro, e se compreendem dependentes dos outros. Esta dependência traz humilhação, desrespeito, fatores esses que dificultam achar a saída. Verificam que mesmo fazendo uso diário da medicação às vezes a solução é dar fim ao tratamento, pois a doença lhe impõe isolamento do trabalho, da família, dos amigos e da vida.

[...] preciso encontra uma solução, ele disse que tenho que tomar os remédios, eles me fazem mal [...] preciso decidir, não quero morrer, mas tomar estes “porcarias” (remédio) é me matar todo dia... (Participante 9).

[...] sabe fui ao posto 4 vezes, ninguém dizia o que tinha, só mandava tomar estes remédios, eu começava a tomar e piorava, parei. [...] quase morri, fiquei muito mal [...] porque os doutores não disseram logo o que eu tinha em vez de só mandar tomar remédio. (Participante 25).

[...] não quero sair daqui, porque aí fora é muito difícil, aqui ninguém me vê. Fico escondido.... [...]tenho que decidir, mas ainda não quero iniciar o tratamento, esta doença não dá nem para falar, é ruim, muito ruim. (Participante 16).

Ao sair do labirinto eles entram no túnel que revela os conflitos da consciência (e das

suas divisões e decisões), a dualidade que empurra seres humanos a pensar e agir de duas maneiras totalmente opostas (parar ou não o tratamento). O túnel expõe a necessidade de manipular e falsificar qualquer palavra que poderá esconder ou descobrir, a sua necessidade de franquia absoluta de efetuar mais destruição e dúvida (Santos et al, 2003).

Chevalier (2008) esclarece que um túnel vem da interioridade do zero, oco vai se constituindo, se erguem paredes para se atravessar com o olhar. Assim, um túnel como passagem é recuado ao infinito, podendo gerar implicações, deslocamentos de materiais e símbolos, que retiram de sua legibilidade normativa e os colocam na existência, no confronto com o nada, na descoberta do corpo, pois o túnel se transforma em espaço reservado, não público como os outros espaços, uma vez que o mesmo é cercado de paredes e que tem uma entrada e uma saída, podendo existir no seu interior, vários caminhos ocultos (como ocorre com o caminho do ar no pulmão).

Eles perceberam que o túnel é o espaço para ficar escondido e que para atravessá-lo eles se defrontaram com situações adversas, como os efeitos colaterais da medicação e que o caminhar pode ou não ser passível de retorno (Kübler-Ross, 2003).

Os participantes do GP referem que ao se defrontarem com a possibilidade da morte e do morrer, eles têm consciência que precisam permanecer caminhando no túnel (em tratamento) lutando para encontrar a saída (cura), eles não sabem mencionar quanto tempo será preciso permanecer ali, mas tem certezas de que saíam.

Apesar de tudo ele é o melhor espaço que eles tiveram até agora, pois independentemente do tamanho, o túnel significou ficar longe de tudo, do trabalho, da família e da sociedade, representou o momento de interiorização, o tempo de refletir sobre a vida e sobre seu corpo doente e sadio. Eles relatam que é muito difícil entrar no túnel, mas que é necessário transpô-lo com muita calma, paciência e perseverança, pois ele permite pôr em relevo as passagens secretas que julgar mais necessário. Referem que o túnel no começo é muito estreito, pois o mundo é complexo, escuro e favorece a dualidade, que se manifesta na falta do perdão, na alternância do ódio e do amor, do desejo de viver e o de morrer, do brincar com as semi-verdades e as mentiras imperfeitas, de modo que altere e deforme os fatos.

O túnel permitiu realizar as relações secretas que foram se ampliando e se transformando, fixando as regras do jogo, que torce e retorce na procura da verdade, que muitas das vezes encontra mentiras e enganos nas ações humanas, e ele se repreende e se esconde por detrás de uma barreira que poderá levá-lo ao fracasso (permanecer doente) ou os deixar em liberdade de se perseverar ou não por meio do diálogo com ele mesmo.

[...] fiz tudo que podia, acabei aqui no HU, não quero, mas não tem jeito, vou me internar e ficar bom. [...] Quero voltar a trabalhar... (Participante 13).

[...] Entrei aqui sem esperança, a assistente social disse que tudo vai ficar bem. [...] Não sei, mas ela falou para fazer o tratamento certinho que log; logo saiu daqui. (Participante 8).

[...]sabe ontem um homem se jogou do 8 andar, já pensei muito nisso, acho mais fácil. (Participante 19).

Por fim, este corpo doente/com tuberculose escolhe o Hospital, local de cuidado para que consiga suportar a doença ou morrer (no céu ou no cemitério), neste local ele não pode se esconder, mas existe a possibilidade de ficar trancado em espaço (quarto isolamento), impedindo seu contato com outras pessoas.

A "Era dos Hospitais" se inicia com atividades básicas de restaurar a saúde, pregar a assistência, simplesmente concluindo diagnóstico e efetuando tratamentos limitados pelos padrões e condições da época (Santana, 2009). Com o desenvolvimento da medicina e de acordo com as regiões, o Hospital assumiu determinadas características. Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como prática cristã, para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos sob os cuidados de monges e religiosos (Foucault, 1979), que a tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento. Os pacientes com maiores recursos se tratavam a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.

Organização Mundial de Saúde (1957) conceitua hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica nos fins do século XIX revolucionaram o papel e as funções do hospital, transformando-o numa instituição para o tratamento das enfermidades. No século XX, ele se amplia, servindo a toda a comunidade, cujas funções hospitalares abrangiam os aspectos: restaurativo, preventivo, educativo e de pesquisas (Ruthes & Cunha, 2007).

Leopardi et al (1999) afirmam que a necessidade de saúde e das classes sociais são condicionadas/determinadas socialmente pelas ações resultantes das condições de vida, da cultura, da inserção no sistema de produção, bem como pelo caráter do seu atendimento. Assim, a posição que ocupa na estrutura social inscreve no indivíduo o seu potencial para a saúde e para a doença, bem como a forma de atendimento de suas necessidades. Com base

nesta premissa, as autoras apontam para a grande contradição do sistema de saúde: a doença que se individualiza enquanto responsabilidade pessoal e se socializa quando trata da desigualdade de acesso ao cuidado.

Com a institucionalização da doença, o hospital se organizou em serviços ou departamentos preservando a identidade, aprisionando os profissionais em salas, alterando o processo de trabalho reproduzindo as características da organização do trabalho industrial, e produzindo trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados (Galvão, 2003).

Os profissionais da saúde, apesar de suas especificidades, de conhecimentos e de práticas, fazem parte do conjunto de trabalhadores responsáveis pelo atendimento às necessidades de saúde dos seres humanos, desenvolvem trabalho coletivo, no qual cada profissional médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros, desenvolve sua parcela específica de cuidado gerando assim, especialidades e multiplicidade de procedimentos ora sofisticados, ora não que são valorizados em detrimento das necessidades expressas pelos clientes.

O doente tornou-se um paciente, uma pessoa resignada aos cuidados médicos, que deve esperar serenamente a melhora de sua doença. Este paciente desnudado perde sua identidade, tornou-se vulnerável, sensível, fragilizado, submisso e dependente, que vai em busca de alívio para suas dores, sintomas, proteção e segurança (Oliveira, 1998). Por outro lado, o ser humano doente ofereceu ao profissional de saúde um desafio quase intransponível em muitas situações: diagnosticar a razão da enfermidade e tratá-la eficazmente. Este profissional, no seu cotidiano, vê-se compelido a suportar conjunto de angustias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem defronta na prática.

Segundo Galvão (2003), o hospital moderno ajusta-se a todo o momento a um novo modelo, tendo como metas, além de tratar e curar doentes, oferecer conforto, espelhando-se nos modelos hoteleiros, preocupado em proporcionar bem-estar aos seus usuários. A criação de máquinas cada vez mais sofisticadas, com a melhoria tecnológica de diagnósticos e tratamento de doenças, favoreceu o distanciamento do médico do enfermo, ocasionando desvio do olhar clínico para ser substituído pelos exames (Lino et al, 2008). Desta maneira, o médico deixou de perceber o ser que se encontra doente, só conseguindo observar a doença ou o órgão enfermo, indo em busca de relatórios, publicações, pesquisas que são em sua essência compêndios estatísticos, oscilantes e manipuláveis.

O hospital pelas falas dos participantes foi o local onde eles encontraram segurança e esperança de viver e se tratar, onde existiu a preocupação com o outro (doente) e se buscou a cura para a doença (TB). Para o grupo pesquisador o Programa de Controle de Tuberculose

Hospitalar representou o ambiente onde os profissionais de saúde procuram diagnosticar com rapidez e precisão, local onde eles foram acolhidos, escutados e tratados.

Assim sendo, quando o portador de TB, percebe que na sua doença existe a possibilidade do processo de morrer, associado a uma série de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que merecem serem levados em conta, eles se veem diante da quebra da identidade pessoal, da ruptura dos vínculos e normas sociais, competitividade e premência de tempo, indo além dos desequilíbrios sociais como: violência, drogas, desemprego e desigualdades e encontram no hospital a possibilidade de cura e retornar ao seu cotidiano sadio.

Na busca de respostas ao seu sofrimento, porque a dor os conduziu para um nível mais profundo de consciência se si mesmo, eles conseguiram olhar para frente e encarar a vida e se curar. Por que ao tomarem consciência de sua realidade espiritual (pela fé, e pelo cuidado especial ofertado pelos profissionais do PCTH, eles perceberam que a tuberculose pode ser tratada e curada, que os profissionais que lá exercem suas atividades cuidam deles com atenção, lutando muitas das vezes junto com eles para que não abandonem o tratamento.

Eles sentiram que nos momentos em que as suas forças os abandonavam eram estes profissionais (PCTH) que transformavam suas descrenças em vontade de lutar e vencer a tuberculose. Todavia eles também perceberam que apesar de todos os auxílios eles (os profissionais), nunca deixaram de respeitar a sua liberdade de viver, de optar pela não adesão ao tratamento, de continuar com tuberculose, morrer ou se curar.

Da experiência do corpo doente, os participantes do grupo-pesquisador entenderam que o hospital é o local para encontrar forças pra lutar e vencer as dificuldades da vida. Que a dor em si mesma não é boa, mas que podem expressá-la e fazer o possível para aliviá-la, e que para isso eles contam com os profissionais de saúde, reconhecem os estímulos que eles ofereceram para continuar lutando pela cura da tuberculose.

4. Considerações Finais

As imagens e implicações para reconhecimento do cuidado com o corpo dos portadores de tuberculose pulmonar nos espaços geomíticos teceu considerações temporais, para a terapia ocupacional ao se pensar em construir espaços e habilidades para cuidar deles.

Homens e mulheres que sofreram os mais variados agenciamentos, da família, dos amigos, dos colegas de trabalho, dos profissionais que os assistiam, choravam porque perderam a esperança e, por isso, pudessem se mostrar, se colocar, se posicionar livres,

políticos e críticos, sem precisar se esconder, mesmo com medo do preconceito e do estigma que ainda paira sobre esta doença e seu portador.

Reconheceram que nas oficinas, eles foram estimulados a projetar seu corpo por meio do criar e que no grupo pesquisador encaminharam considerações caracterizada pela linha de fuga, onde eles buscaram ficar perdido e preso no poço. Quando os dados foram produzidos, as projeções inconscientes aconteciam, eles traziam à tona as memórias dos preconceitos vividos e a busca de não serem mais apontados como portadores da tuberculose.

As texturas falaram não só de um corpo que funciona, mas que carrega uma doença milenar, considerada como mal, vista como pessoas que não seguem as normas imposta pela sociedade. Identificam que seus corpos, os obedeciam quando manda caminhar, pegar, pensar e ir para o hospital se cuidar. Estas novas texturas e novos modos de pensar a saúde, traz a clareza de que são pensamentos e também a terapia ocupacional identificou extremas fragilidades deles, na busca da escuta ativa e do acolhimento.

Este corpo é objeto e sujeito do cuidado de terapia ocupacional, foi atravessado por agenciamentos da tuberculose, ora sadio, ora espiritual, ora doente, ora sem espaço, ora sem sentido, seres humanos que buscam cuidado, que pode sentir, imaginar, desejar e criar, mas que foi acolhido e cuidado na terapia ocupacional.

Neste sentido, o método sociopoético unido com a cartografia ampliam as projeções dos participantes, que além de torna-los co-pesquisadores, oportuniza identificar as linhas de forças que atuam sobre o viver do portador de tuberculose e de seu imaginário, fortalecendo o viés da pesquisa, do acolhimento de suas queixas e possíveis soluções que se encontram dentre eles mesmos. Desta forma, deve-se realizar mais pesquisas envolvendo estes dois métodos, principalmente na área de terapia ocupacional.

Referências

Bardin L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bertolli Filho, C. (2001). *A história social da tuberculose e do tuberculoso; 1900-1950*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

Bertolli Filho, C. (1998). *História da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Ática.

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília.

Chevalier J & Gheerbrant A. (2009) Dicionário de Símbolos. Rio de Janeiro, José Olympio.

Combinato, D.S.; Queiroz, M.S.(2006). Morte: uma visão psicossocial. Estudos de Psicologia, 11 (02), 209-216.

Deleuze G & Guattari F. (1995). Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34.

Foucault, M. (1979). O Nascimento do Hospital. In: Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal.

Galvão, J. (2003). O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau.

Gauthier, J. (2005) Trilhando a vertente da montanha sociopoética. In: Santos, I. e cols. Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais. Rio de Janeiro: Atheneu.

Gonçalves H. (2002). Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Goncalves, H. (2000). A tuberculose ao longo dos tempos. Hist. cienc. Saúde – Manguinhos 7(2).

Jung, C. (2020). O Caminho da Individuação - Uma Introdução Concisa. São Paulo, Cultrix.

Jung, C. (2016). O homem e seus símbolos. Rio de Janeiro, Harper Collins.

Kastrup V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Psicologia e Sociedade.19(1).

Kritski, AL, Conde, M C & Souza, G M. (2005). Tuberculose: do ambulatório a enfermaria. São Paulo: Atheneu.

Kübler-Ross E. (2003). O túnel e a luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte. Campinas, Versus.

Leopardi et al. (1999) Reestruturação produtiva e o setor saúde: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lino, K.M.S., Gonçalves, M.F. & Feitosa, S.L. (2008). Administração hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar. Acesso em: 13 mar. 2020, em <http://www.administradores.com.br>.

Minayo MCS. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva. 17(3).

Nascimento, DR (1991). Tuberculose de questão pública a questão de Estado: a Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Oliveira, E. C. N (1998). O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. Psicol. cienc. prof., 22 (2), 30-41.

Oliveira, V.C. (2002). Convergências e divergências teóricas no modelo praxeológico de comunicação. Revista Temas – Ensaios de Comunicação. 1(1),118-123.

Organização Mundial de Saúde. (1957). Conceitua e contextualiza hospital. Genebra: World Health Organization.

Passos E, Kastrup V & Escóssia L. (2009). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre, Sulina; 2009.

Ross, E. (2005). Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes.

Ruthes, R.M. & Cunha, I.C.K.O. (2007). Os desafios da administração hospitalar na atualidade. *Ras*, 9 (36), 93-102.

Santana, F. (2009). Perspectivas Histórico-Culturais da Morte, in: Santos, F.S.; Incontri, D (orgs). *A Arte de Morrer – Visões Plurais*. Bragança Paulista, Comenius, 2009.

Santos, I., Gauthier, J., Figueiredo, N.M.A. & Petit, S. (2005). *Prática de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais – Abordagem Sociopoética*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Santos, I, Santana, R.F. & Caldas, C. P. (2003). Conversando com Idosos- O cuidar/ pesquisar dialógico e sociopoético. *Revista Enfermagem UERJ*. 11 (3), 308-16.

Sontag, S. (2007). *A doença como metáfora/AIDS e suas metáforas*. São Paulo, Companhia das letras.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Omar Luís Rocha da Silva – 25%

Claudia Donelate – 15%

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo – 15%

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – 20%

Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva– 25%