Impacto dos conflitos na região EMRO[1] sobre os Profissionais de Saúde

Impacto de los conflictos en la región de la EMRO sobre los profesionales de la salud

Impact of Conflicts in the EMRO Region on Health Professionals

Laura Tavares Soares

Resumo: Este Informe trouxe o tema do último Seminário CRIS[2] adaptado à região EMRO, trazendo os impactos sobre os Profissionais/ Trabalhadores de Saúde nos países em conflitos. Foram analisadas as diferentes consequências sobre saúde e a vida desses profissionais/trabalhadores — com destaque para a Saúde Mental — na região como um todo, bem como nos países em situação de conflito armado. De acordo com a OMS / EMRO[3] foram quantificados os ataques à assistência de saúde, número de mortos e de pessoas afetadas. De acordo com esses dados 90% dos ataques na região ocorreram no território da Palestina ocupada – à qual foi dada destaque neste informe, já que Gaza é considerado um caso emblemático. Na região, entre janeiro e outubro de 2026, o painel da WHO SSA Dashboard registrou 1.389 ataques, resultando em 944 mortes e 1.666 feridos distribuídos em 20 países e territórios. Os conflitos analisados tiveram um impacto devastador e desproporcional sobre os profissionais de saúde. Existe, ainda, grande incidência de populações deslocadas (a região concentra grande parte dos deslocados internos globais) que perdem o acesso a cuidados. O direito internacional humanitário (proteção a profissionais, pacientes, instalações e transportes médicos) é sistematicamente violado. Os conflitos prolongados e intensos na região (especialmente Gaza, Síria, Iêmen, Sudão e Líbano) geram um ônus psicológico extremo e cumulativo sobre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Eles enfrentam simultaneamente o papel de cuidadores e de vítimas, com exposição contínua a violência, perdas pessoais, sobrecarga de trabalho e colapso estrutural dos sistemas de saúde. O resultado é uma crise de saúde mental profunda, frequentemente subnotificada e pouco tratada. O impacto psicológico não é apenas um efeito colateral: é uma dimensão central da crise humanitária na região EMRO/MENA. Sem proteção efetiva e suporte mental estruturado, a capacidade dos sistemas de saúde de se recuperar fica severamente comprometida, perpetuando um ciclo de sofrimento tanto para os profissionais quanto para as comunidades que dependem deles. Também foram analisadas as diferentes estratégias – individuais e coletivas — de resistência dos profissionais de saúde em contextos de conflito. As estratégias individuais e de pares permitem a continuidade do trabalho no curto prazo, mas só se tornam sustentáveis quando combinadas com proteção física, descanso, apoio em saúde mental e condições laborais mínimas. A OMS e parceiros insistem em que **cuidar de quem cuida** não é um luxo — é condição essencial para a manutenção dos serviços

[1] **EMRO** é o acrônimo para "Eastern Mediterranean Regional Office" (Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental), um dos seis escritórios regionais da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Sediado no Cairo, Egito, o EMRO coordena as políticas de saúde pública, vigilância epidemiológica e assistência técnica de uma região que abrange **22 países e territórios**, estendendo-se do Norte da África ao Oriente Médio e partes da Ásia Central.

[2] Seminário CRIS "Força de Trabalho em Saúde em tempos de crise", de 4 de novembro de 2026.

[3] https://www.emro.who.int

de saúde em contextos de conflito. Sem isso, o colapso da força de trabalho torna-se inevitável e as consequências para a população são graves e prolongadas. Finalmente, nas Considerações Finais foi apresentado um adendo conceitual no contexto cultural e histórico da Palestina, explorando o conceito e a prática do "Sumud" nas suas diversas dimensões. Seu caráter político consiste em uma forma de resistência não-violenta que afirma a presença e a dignidade. Não é passividade: é a recusa em desaparecer. Para os trabalhadores de saúde em Gaza e na Cisjordânia, o sumud manifesta-se na decisão de continuar a prestar cuidados sob bombardeio, com recursos mínimos, após perder familiares e colegas, e sob risco constante de morte. É a combinação de dever profissional, compromisso ético e determinação política/cultural de não abandonar os pacientes e a comunidade.

Palavra-chave: Impactos sobre os profissionais/trabalhadores em saúde nas regiões em conflito; Região *EMRO*; Países em conflito; Palestina; "Sumud".

Resumen: *Este informe aborda el tema del último Seminario CRIS, adaptado a la región EMRO, y destaca el impacto en los profesionales y trabajadores de la salud en países afectados por conflictos. Analiza las diversas consecuencias para la salud y la vida de estos profesionales y trabajadores —con especial énfasis en la salud mental— en la región en su conjunto, así como en los países que experimentan conflictos armados. Según datos de la OMS EMRO, se cuantificaron los ataques contra los servicios de salud, el número de fallecidos y el número de personas afectadas. De acuerdo con estos datos, el 90 % de los ataques en la región ocurrieron en el territorio palestino ocupado, lo cual se destaca en este informe, ya que Gaza se considera un caso emblemático. En la región, entre enero y octubre de 2026, el panel de control de la OMS SSA registró 1389 ataques, que resultaron en 944 fallecidos y 1666 heridos distribuidos en 20 países y territorios. Los conflictos analizados tuvieron un impacto devastador y desproporcionado en los profesionales de la salud. También se observa una alta incidencia de poblaciones desplazadas (la región concentra una gran parte de las personas desplazadas internamente a nivel mundial) que pierden el acceso a la atención médica. El derecho internacional humanitario (protección de profesionales, pacientes, instalaciones y transporte médico) se viola sistemáticamente. Los prolongados e intensos conflictos en la región (especialmente Gaza, Siria, Yemen, Sudán y Líbano) generan una carga psicológica extrema y acumulativa para médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Estos profesionales se enfrentan simultáneamente al rol de cuidadores y víctimas, con una exposición continua a la violencia, pérdidas personales, sobrecarga laboral y colapso estructural de los sistemas de salud. El resultado es una profunda crisis de salud mental, a menudo subestimada y maltratada. El impacto psicológico no es meramente un efecto secundario: es una dimensión central de la crisis humanitaria en la región EMRO/MENA. Sin una protección efectiva y un apoyo psicológico estructurado, la capacidad de recuperación de los sistemas de salud se ve gravemente comprometida, perpetuando un ciclo de sufrimiento tanto para los profesionales como para las comunidades que dependen de ellos. También se analizaron las diferentes estrategias —individuales y colectivas— de resistencia de los profesionales de la salud en contextos de conflicto. Las estrategias individuales y entre compañeros permiten la continuidad del trabajo a corto plazo, pero solo se vuelven sostenibles cuando se combinan con protección física, descanso, apoyo a la salud mental y condiciones laborales mínimas. La OMS y sus socios insisten en que el cuidado de los cuidadores no es un lujo, sino una condición esencial para mantener los servicios de salud en contextos de conflicto. Sin él, el colapso del personal sanitario se vuelve inevitable, y las consecuencias para la población son graves y duraderas. Finalmente, en las Observaciones finales, se presentó un apéndice conceptual dentro del contexto cultural e histórico de Palestina, explorando el concepto y la práctica de «Sumud» en sus diversas dimensiones. Su carácter político consiste en una forma de*

resistencia no violenta que afirma la presencia y la dignidad. No es pasividad: es la negativa a desaparecer. Para los trabajadores de la salud en Gaza y Cisjordania, el sumud se manifiesta en la decisión de seguir prestando atención bajo bombardeos, con recursos mínimos, tras la pérdida de familiares y compañeros, y bajo el riesgo constante de muerte. Es la combinación del deber profesional, el compromiso ético y la determinación política y cultural de no abandonar a los pacientes ni a la comunidad.

***Palabras clave**: Impactos en los profesionales/trabajadores de la salud en regiones en conflicto; Región EMRO; Países en conflicto; Palestina; "Sumud".*

***Abstract:** This report addresses the theme of the last CRIS Seminar adapted to the EMRO region, highlighting the impacts on healthcare professionals/workers in conflict-affected countries. It analyzes the various consequences for the health and lives of these professionals/workers – with particular emphasis on mental health – in the region as a whole, as well as in countries experiencing armed conflict. According to the WHO EMRO data, attacks on healthcare services, the number of deaths, and the number of people affected were quantified. According to these data, 90% of the attacks in the region occurred in the occupied Palestinian territory – which is highlighted in this report, as Gaza is considered an emblematic case. In the region, between January and October 2026, the WHO SSA Dashboard recorded 1,389 attacks, resulting in 944 deaths and 1,666 injuries distributed across 20 countries and territories. The conflicts analyzed had a devastating and disproportionate impact on healthcare professionals. There is also a high incidence of displaced populations (the region concentrates a large part of the global internally displaced persons) who lose access to care. International humanitarian law (protection of professionals, patients, facilities, and medical transport) is systematically violated. The prolonged and intense conflicts in the region (especially Gaza, Syria, Yemen, Sudan, and Lebanon) generate an extreme and cumulative psychological burden on doctors, nurses, and other health professionals. They simultaneously face the role of caregivers and victims, with continuous exposure to violence, personal losses, work overload, and structural collapse of health systems. The result is a profound mental health crisis, often underreported and poorly treated. The psychological impact is not merely a side effect: it is a central dimension of the humanitarian crisis in the EMRO/MENA region. Without effective protection and structured mental support, the capacity of health systems to recover is severely compromised, perpetuating a cycle of suffering for both professionals and the communities that depend on them. The different strategies – individual and collective – of resistance of health professionals in conflict contexts were also analyzed. Individual and peer strategies allow for the continuity of work in the short term, but they only become sustainable when combined with physical protection, rest, mental health support, and minimum working conditions. The WHO and its partners insist that caring for caregivers is not a luxury—it is an essential condition for maintaining health services in conflict contexts. Without it, workforce collapse becomes inevitable, and the consequences for the population are severe and long-lasting. Finally, in the Concluding Remarks, a conceptual addendum was presented within the cultural and historical context of Palestine, exploring the concept and practice of "Sumud" in its various dimensions. Its political character consists of a form of non-violent resistance that affirms presence and dignity. It is not passivity: it is the refusal to disappear. For health workers in Gaza and the West Bank, sumud manifests itself in the decision to continue providing care under bombardment, with minimal resources, after losing family members and colleagues, and under constant risk of death. It is the combination of professional duty, ethical commitment, and political/cultural determination not to abandon patients and the community.*

***Keywords**: Impacts on health professionals/workers in conflict regions; EMRO region; Countries in conflict; Palestine; "Sumud".*

I — Introdução: ataques à assistência à saúde na Região EMRO[4]



Os conflitos em andamento e em escalada em algumas partes da Região do Mediterrâneo Oriental da OMS continuam colocando a assistência à saúde em enorme risco.

O termo ataques à assistência à saúde abrange diversos atos de violência. Profissionais de saúde são mortos, sequestrados e agredidos. Estabelecimentos de saúde são destruídos, danificados ou ocupados para fins não médicos. Ambulâncias são saqueadas, roubadas, alvejadas e impedidas de circular em postos de controle.

Profissionais de saúde, hospitais e pacientes também ficam ameaçados quando há interrupção do fornecimento de energia elétrica e água, restrição do acesso ao combustível ou impedimento da assistência às populações sitiadas.

Consequências para os sistemas de saúde

Em locais onde os sistemas de saúde já são frágeis, as ameaças aos prestadores de serviços de saúde provocam consequências devastadoras, que vão além da perda de vidas dos profissionais de saúde e dos pacientes que poderiam ter sido salvos.

---

[4] Fonte: Organização Mundial da Saúde – WHO/EMRO (https://www.emro.who.int/emergencies/in-focus/attacks-on-health-care-in-eastern-mediterranean-region.html?utm_source=chatgpt.com).

Milhares de pessoas morrem todos os anos não por serem vítimas diretas da violência, mas porque o ambiente se torna perigoso demais para que os serviços de saúde sejam prestados de maneira eficaz.

Monitoramento dos ataques

Em parceria com outras organizações, a OMS estabeleceu um sistema de coleta de dados sobre ataques contra profissionais de saúde, estabelecimentos de saúde e pacientes em situações de emergência complexas.

Essas informações são utilizadas para identificar padrões e encontrar medidas concretas para evitar ataques ou minimizar as interrupções na prestação dos serviços de saúde.

Apelo da Organização Mundial da Saúde

A OMS continua apelando a todas as partes envolvidas nos conflitos para que cumpram suas obrigações previstas no Direito Internacional Humanitário, respeitando a inviolabilidade dos estabelecimentos de saúde e garantindo sua proteção ativa.

O Sistema de Vigilância de Ataques a Cuidados de Saúde (*Surveillance System for Attacks on Health Care* — SSA)[5], administrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma plataforma global e padronizada para coletar, verificar e monitorar dados sobre atos de violência e obstrução contra serviços de saúde em contextos de emergência, conflitos e fragilidades.[6]

O que o SSA faz e como funciona

A OMS define um ataque a cuidados de saúde como qualquer ato de violência física, verbal, ameaça ou obstrução que interfira na disponibilidade, no acesso ou na entrega de serviços de saúde durante crises.

Seus objetivos são documentar a escala e a natureza dos incidentes, apoiar a responsabilização, orientar estratégias de proteção e fortalecer a *advocacia internacional pela segurança de profissionais e instalações de saúde.*

Para garantir a confiabilidade dos registros, o SSA — Sistema de Vigilância de Ataques a Cuidados de Saúde — utiliza um método de verificação que classifica os eventos em níveis de confiança (como *possível*, *provável* e *confirmado*). Relatórios considerados apenas boatos (*rumour*) não são publicados no painel público. [1]

O sistema registra impactos sobre instalações (hospitais, clínicas), transportes (ambulâncias), pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, socorristas), pacientes e suprimentos. [1, 2]

Os tipos de ataques abrangem desde uso de armas pesadas ou leves, incêndios e sequestros/detenções até obstruções físicas ou administrativas e assédio psicológico. [1]

Dados Recentes

Entre janeiro e outubro de 2026, o painel do WHO SSA Dashboard registrou 1.389 ataques, resultando em *944 mortes e 1.666 feridos distribuídos em 20 países e territórios*.

[5] https://medbox.org/document/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-ssa
[6] https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx

II — Impacto dos conflitos sobre os Profissionais de Saúde[7]

Os conflitos na região MENA ("Middle East and North Africa") / EMRO ("Eastern Mediterranean Region" da OMS) têm impacto devastador e desproporcional sobre os profissionais de saúde. A região concentra uma parcela muito elevada dos ataques globais à assistência médica, com consequências diretas (mortes, ferimentos, sequestros) e indiretas (exaustão, fuga de profissionais, colapso de serviços e perda de acesso da população a cuidados).

Dados recentes da OMS ("Surveillance System for Attacks on Health Care" – SSA[8]*)*

A EMRO registra, consistentemente, mais da metade (ou quase metade) dos ataques documentados no mundo e mais de 80% das mortes associadas a conflitos.

Em 2026 (até meados do ano): centenas de ataques verificados (ex.: 369 no 1º semestre de 2026 em Afeganistão, Irã, Líbano, território palestino ocupado, Sudão e Síria), com centenas de mortes e mais de mil feridos. No 3º trimestre (jul–set 2026) foram verificados 137 ataques (34% do total global), 12 mortes e 73 feridos — *cerca de um ataque a cada 18 horas*. Até setembro 2026 foram verificados, no total, 438 ataques, mais de 773 mortes e 1.123 feridos. A região sofre um ataque a cada ~12 horas em média.

Em 2025, se verificou ~42% dos ataques globais a instalações e ~90% das mortes de profissionais de saúde resultantes de conflitos. Cerca de 67% dos ataques miravam diretamente a profissionais de saúde.

Casos emblemáticos

Em **Gaza / território palestino ocupado**, desde outubro de 2023, ocorreram centenas de ataques; com pelo menos 886 profissionais mortos e 1.355 feridos; além da alta exaustão emocional soa mesmos: os dados apontam ~52% (dados de 2025). A maioria dos Hospitais e postos de saúde se encontravam parcialmente ou não funcionais.

No **Sudão**, desde abril de 2023, mais de 200 ataques verificados, com milhares de mortes (ex.: 1.858 mortes e 490 feridos; em 2025 sozinho, 65 ataques com >1.620 mortes — maioria das mortes globais foram por ataques à trabalhadores da saúde, com profissionais assassinados em hospitais, sequestros e medo constante.

No **Líbano** houve uma alta proporção de ataques fatais (quase metade dos incidentes resultaram em morte de profissional de saúde ou paciente em períodos recentes); dezenas a centenas de mortes e feridos entre trabalhadores da saúde.

Na **Síria**, após mais de uma década de conflito, 50–70% da força de trabalho em saúde deixou o país; mais da metade das instalações encontram-se não funcionais.

No **Iêmen** existe uma pressão extrema sobre equipes cirúrgicas e de emergência; com ataques a ambulâncias, escassez de salários, insumos e profissionais.

---

[7] Fontes principais: relatórios e atualizações da OMS EMRO [https://www-emro-who] , publicações no "Eastern Mediterranean Health Journal" [https://www.emro.who.int/emh-journal/eastern-mediterranean-health-journal/home.html] e dados de parceiros humanitários (até finais de 2026). Os números são verificados e tendem a ser subestimados devido a dificuldades de acesso e reporte.

[8] https://medbox.org/document/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-ssa

Os ataques incluem bombardeios, tiroteios, sequestros, agressões, ocupação de instalações, bloqueio de ambulâncias e interrupção de energia/água/combustível.

Natureza dos impactos sobre os profissionais de saúde

1. *Físicos e de segurança*: mortes, ferimentos, sequestros, ameaças e agressões (verbais e físicas). Estudos na região mostram alta prevalência de violência verbal (~63%) e física (~17%) ao longo da carreira.
2. *Psicossociais*: estresse crônico, burnout, ansiedade, medo constante, exaustão emocional e trauma. Carga de trabalho extrema em condições precárias.
3. *Profissionais de carreira*: fuga e migração forçada ("brain drain"), interrupção de formação, desequilíbrio de especialidades (excesso de demanda em trauma, queimados, reabilitação, saúde mental etc.), suspensão de salários e falta de proteção.
4. *Sistêmicos*: fechamento ou funcionamento parcial de hospitais e postos; interrupção de serviços essenciais (maternidade, pediatria, doenças crônicas, vacinação); aumento de mortes evitáveis na população por falta de acesso.

A região já enfrentava escassez prévia de profissionais (cerca de 1/3 dos países abaixo da densidade mínima da OMS). Crises sucessivas agravaram a situação, especialmente para *enfermeiros e parteiras*.

Consequências mais amplas

Os ataques não afetam só quem está na linha de frente: destroem a capacidade de resposta a emergências, surtos (cólera, sarampo, dengue etc.), desnutrição e traumas em massa. Existe grande incidência de populações deslocadas (a região concentra grande parte dos deslocados internos globais) que perdem o acesso a cuidados. *O direito internacional humanitário (proteção a profissionais, pacientes, instalações e transportes médicos) é sistematicamente violado*.

A OMS, CICV, MSF e outras organizações reiteram apelos por proteção, cessação de hostilidades, acesso humanitário sem entraves e responsabilização. Sem proteção efetiva e investimento em força de trabalho resiliente (planejamento, formação, *apoio psicossocial e retenção*), a crise de saúde se aprofunda e as mortes evitáveis aumentam.

Análise do impacto psicológico dos conflitos na região EMRO sobre os profissionais de saúde

Os conflitos prolongados e intensos na região (especialmente Gaza, Síria, Iêmen, Sudão e Líbano) geram um ônus psicológico extremo e cumulativo sobre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Eles enfrentam simultaneamente o papel de cuidadores e de vítimas, com exposição contínua a violência, perdas pessoais, sobrecarga de trabalho e colapso estrutural dos sistemas de saúde. *O resultado é uma crise de saúde mental profunda, frequentemente subnotificada e pouco tratada*.

Principais manifestações psicológicas

- *Burnout e exaustão emocional*. Em Gaza, estudos de 2024–2025 encontraram 52% de altos níveis de exaustão emocional ("Emotional Exhaustion"). Dimensões associadas incluem despersonalização (25%) e baixa realização pessoal (40%). Em outros contextos de conflito (Síria, Palestina), taxas de burnout superam 70% em alguns grupos.
- *Estresse, ansiedade e depressão graves*: Em levantamentos em Gaza após outubro de 2023, cerca de 90% dos profissionais relataram níveis severos de depressão, ansiedade

e estresse. Sintomas incluem insônia, pensamentos intrusivos, bloqueio emocional e pesadelos.

- *Trauma secundário ("Secondary Traumatic Stress") e TEPT*[9] . Exposição repetida a ferimentos graves, mortes em massa e sofrimento de pacientes (especialmente crianças) gera trauma secundário. Em Síria, profissionais descrevem que "as feridas psicológicas são mais difíceis que as físicas". Estudos anteriores em Gaza mostraram persistência de sintomas de TEPT em até 89% dos profissionais anos após conflitos anteriores.
- *Lesão moral ("Moral Injury").* Culpa por não conseguir salvar pacientes por falta de recursos, ter que abandonar feridos em bombardeios, ou priorizar a própria sobrevivência/família. Isso gera sofrimento ético profundo e erosão da identidade profissional.
- "*Compassion fatigue" e luto*. A fadiga por compaixão é generalizada. Muitos perdem familiares e colegas (em Gaza, 41% relataram morte de familiares e 78% de colegas próximos). Há relatos de médicos operando o próprio irmão ou tratando feridos enquanto processam o próprio luto.

Fatores agravantes

- *Exposição direta e indireta*. Ataques a hospitais e ambulâncias, trabalho sob bombardeio, deslocamento forçado (muitos vivem em tendas), insegurança alimentar e falta de medicamentos para si mesmos.
- *Sobrecarga e condições de trabalho*. *Turnos de 7–30 dias sem pausa*, escassez extrema de insumos, salas de cirurgia improvisadas e volume massivo de vítimas.
- *Falta de suporte.* Em Gaza, 78% dos profissionais não têm acesso a serviços de saúde mental. Estigma cultural em alguns países da região dificulta a busca de ajuda.
- *Perda de distância profissional*. O profissional se torna também vítima e testemunha do mesmo sofrimento da população, o que dissolve o "escudo" psicológico habitual.

Consequências a curto e longo prazo da deterioração da saúde mental dos profissionais de saúde

As consequências *imediatas* são redução da qualidade do cuidado, aumento de erros médicos, absenteísmo e abandono da profissão. A *médio/longo prazo*, está a persistência de sintomas de TEPT, depressão crônica, burnout severo e possível abuso de substâncias.

A fuga de profissionais (brain drain) agrava ainda mais a escassez de mão de obra. Na Síria, após mais de uma década de conflito, a crise de saúde mental da população e dos profissionais é descrita como "oculta" e massiva.

Como *impacto sistêmico*, a deterioração da saúde mental dos cuidadores *compromete a capacidade de resposta a emergências, surtos e necessidades crônicas da população*.

Estratégias de enfrentamento e necessidades

Muitos profissionais recorrem a mecanismos religiosos, solidariedade entre pares e senso de dever. Porém, esses recursos são insuficientes diante da magnitude do trauma.

[9] *Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)* é uma condição de saúde mental classificada na psicologia e na psiquiatria como um distúrbio desencadeado pela exposição direta ou indireta a um evento severamente traumático.

A OMS e organizações parceiras recomendam:

- Intervenções urgentes de apoio psicossocial e saúde mental (incluindo primeiros cuidados psicológicos e programas de resiliência).
- Acesso a serviços de saúde mental sem estigma.
- Rotatividade, descanso e proteção física dos profissionais.
- Formação em gestão de trauma e suporte entre pares.
- Investimento em recuperação pós-conflito da força de trabalho.

Em síntese, o impacto psicológico não é apenas um efeito colateral: é uma dimensão central da crise humanitária na região EMRO/MENA. Sem proteção efetiva e suporte mental estruturado, a capacidade dos sistemas de saúde de se recuperar fica severamente comprometida, perpetuando um ciclo de sofrimento tanto para os profissionais quanto para as comunidades que dependem deles.

O trauma contínuo nos profissionais de saúde no *EMRO*

Os profissionais de saúde da região do Mediterrâneo Oriental (EMRO/MENA) — especialmente em Gaza, Síria, Iémen, Sudão e Líbano — vivem uma forma particularmente intensa de *Trauma Contínuo* ("Continuous Trauma Stress" — CTS). Diferentemente do PTSD clássico (centrado num evento passado), o CTS descreve a experiência de trabalhar e viver sob ameaça real, persistente e sem horizonte de segurança.

Os profissionais de saúde nesta região não são apenas testemunhas do trauma alheio. Eles também são: alvos diretos de ataques (hospitais, ambulâncias e pessoal de saúde são sistematicamente atingidos); vítimas de perdas pessoais (familiares e colegas mortos); trabalhadores sob colapso estrutural (escassez extrema de recursos, deslocamento forçado, salários interrompidos); cuidadores que tratam pacientes enquanto partilham a mesma realidade traumática ("shared traumatic reality").

Esta combinação cria uma sobreposição entre *trauma primário*, *trauma secundário* e *trauma contínuo*.

Evidências por contexto

Gaza é o caso mais extremo e documentado. Estudos recentes mostram que: 41% dos profissionais perderam familiares; 46% sofreram simultaneamente luto pessoal e deslocamento do local de trabalho; 78% não tinham acesso a qualquer serviço de saúde mental; cerca de 90% apresentavam níveis severos de depressão, ansiedade e stress; elevados índices de burnout emocional (cerca de 52%) e stress traumático secundário.

Relatos qualitativos descrevem a erosão da identidade profissional: médicos e enfermeiros operam sob bombardeio, tratam familiares ou colegas feridos/mortos e continuam a trabalhar sem possibilidade de descanso ou processamento emocional. A hipervigilância deixa de ser sintoma e passa a ser condição de sobrevivência.

Na **Síria,** após mais de 13 anos de conflito, os profissionais enfrentam CTS crónico combinado com exaustão estrutural. Há escassez extrema de psiquiatras e psicólogos, aumento dramático de depressão e perturbações relacionadas com stress, e profissionais que continuam a trabalhar enquanto lidam com o seu próprio trauma acumulado (incluindo o impacto do terramoto de 2023 sobreposto à guerra).

No Iêmen e no Sudão, a combinação de ataques a instalações de saúde, salários suspensos, sobrecarga extrema e violência letal produz um CTS prolongado. No Sudão, a violência contra o setor de saúde tem sido particularmente mortal. No Iêmen, a improvisação técnica e a expansão informal de funções agravam o esgotamento.

Região EMRO no geral

A região concentra historicamente a maioria dos ataques globais a cuidados de saúde documentados pela OMS. Isto significa que *o CTS não é uma exceção pontual*, mas uma *condição estrutural para grande parte da força de trabalho de saúde em contextos de conflito prolongado*.

Manifestações específicas nos profissionais de saúde

Além dos sintomas clássicos de CTS (hipervigilância, exaustão, raiva/traição, medo/impotência), observam-se: colapso da distância profissional — a fronteira entre "cuidador" e "vítima" dissolve-se; fadiga de compaixão e lesão moral — incapacidade de prestar os cuidados adequados por falta de recursos; normalização do horror** — o excepcional torna-se rotina; erosão da identidade profissional — dificuldade em manter o sentido de eficácia e propósito; ausência quase total de suporte institucional — a maioria não tem acesso a cuidados de saúde mental.

Implicações

Modelos clássicos de intervenção centrados no PTSD (processar um evento passado em ambiente seguro) têm utilidade limitada. As respostas mais adequadas incluem: proteção física real das instalações e do pessoal; apoio entre pares e supervisão externa (quando possível, via plataformas digitais); reconhecimento do CTS como resposta adaptativa e não apenas patológica; *integração de cuidados de saúde mental para os próprios profissionais como parte essencial da resposta humanitária*; estratégias de resiliência que não romantizem a perseverança nem invisibilizem o esgotamento.

Em síntese, na região EMRO, o trauma contínuo dos profissionais de saúde não é um efeito colateral do conflito — é uma das suas características estruturais. Enquanto os ataques a cuidados de saúde, a escassez crónica e a ausência de segurança persistirem, o CTS continuará a corroer a capacidade de cuidado e a saúde mental de quem permanece na linha da frente. Reconhecer esta realidade é o primeiro passo para respostas mais realistas e humanas.

Análise de estratégias de resistência dos profissionais de saúde em contextos de conflito na região *EMRO*

A resistência dos profissionais de saúde em zonas de conflito prolongado (Gaza, Síria, Iêmen, Sudão, Líbano e outros) não é apenas uma característica individual, mas o resultado de interações entre recursos pessoais, redes sociais, apoio institucional e condições estruturais. Apesar das taxas elevadas de burnout, trauma e exaustão emocional, muitos profissionais continuam a exercer a sua função. As estratégias observadas e recomendadas podem ser organizadas em níveis.

1. *Estratégias de resiliência individuais e de "coping"*[10]

As mais frequentemente relatadas pelos próprios profissionais são o "Coping" *religioso e o espiritual*. Em Gaza e no Iêmen, a fé e práticas religiosas surgem como o mecanismo de "coping" mais mencionado (em alguns estudos, superior a 60%). Oferece sentido, conforto e estrutura em meio ao caos.

O *senso de dever e identidade profissional* são descritos por muitos como a continuidade do trabalho como um imperativo moral e uma forma de resistência ("*sumud*"[11] / perseverança). Manter a função de cuidador ajuda a preservar o sentido de propósito e a identidade profissional.

Como *técnicas de autorregulação* encontram-se os exercícios de respiração, os momentos breves de silêncio ou alongamento, e limitação da exposição a conteúdos angustiantes fora do turno. A OMS recomenda explicitamente esses *micropausas* mesmo em ambientes de alta intensidade.

O foco no presente e nas pequenas vitórias significa concentrar-se em salvar uma vida de cada vez, em vez de se fixar na magnitude da crise, reduzindo a sensação de impotência.

Estas estratégias são insuficientes isoladamente. Sem suporte externo, podem evoluir para repressão emocional ou burnout tardio.

2. *Estratégias relacionais e de suporte entre pares*

A solidariedade de equipe e o apoio entre pares é uma das fontes mais consistentes de resiliência. Conversas rápidas entre colegas, partilhamento de experiências e vigilância mútua *("olhamos uns pelos outros"*[12]*)* aparecem repetidamente em relatos da Síria e de Gaza.

As redes informais de apoio, em contextos com poucos serviços formais de saúde mental, como as redes familiares, de colegas e as comunitárias funcionam como *principal rede de contenção*.

Os espaços de descompressão coletiva, quando existem, são sessões de psicoeducação ou grupos de apoio entre profissionais (como os promovidos por MSF — Médicos Sem Fronteiras — e OMS) ajudam a normalizar o sofrimento e reduzir o isolamento.

3. *Estratégias organizacionais e institucionais* (*recomendadas pela OMS e parceiros*)

A OMS e as organizações humanitárias enfatizam que a resiliência individual depende fortemente de condições estruturais, como:

- *Rotatividade e descanso programado*. Rotação de turnos, períodos de afastamento e limites de exposição a situações de alta intensidade. Em operações humanitárias, as rotações são frequentemente reduzidas (ex.: de 6 para 4 semanas) em períodos de maior intensidade.

---

[10] Em estratégias de resiliência pessoal e resolução de conflitos, "*coping*" (termo em inglês que significa "enfrentamento" ou "lidar com") refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que uma pessoa usa para gerenciar, reduzir ou tolerar o estresse e as demandas internas ou externas geradas por uma situação conflituosa.

[11] O conceito de "*sumud*" será detalhado mais adiante.

[12] Versão de "*ninguém solta a mão de ninguém*"

- *Acesso a apoio em saúde mental e psicossocial*. Serviços confidenciais, primeiros cuidados psicológicos, aconselhamento e, quando possível, terapia. A OMS recomenda que a liderança normalize a procura de ajuda e garanta confidencialidade.
- *Formação em resiliência e gestão de stress*. Programas de capacitação em primeiros cuidados psicológicos, gestão de trauma, autocuidado e construção de resiliência. Em Gaza, a estratégia de recuperação da força de trabalho da OMS inclui explicitamente em *construção de resiliência* ("resilience building").
- *Liderança que reconhece o stress*. Comunicação transparente, reconhecimento do esforço e *proteção contra violência no local de trabalho*.
- *Melhoria das condições de trabalho*. Segurança física (proteção de instalações); fornecimento de insumos, combustível e salários; e *redução da sobrecarga através de reforço de equipes*.

4. *Estratégias sistêmicas e de longo prazo*, tais como:

Fortalecimento da força de trabalho. Planejamento de retenção, formação de novas gerações, distribuição geográfica mais equitativa e *investimento em especialidades em falta (trauma, saúde mental, reabilitação).*

Integração do MHPSS nos sistemas de saúde. O *Plano de Ação Regional da OMS para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências (2024–2030)*[13] prioriza a integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários e a capacitação de profissionais não especializados.

Proteção jurídica e política. Cumprimento do *direito internacional humanitário* (proteção de profissionais e instalações de saúde) e *responsabilização por ataques*. *Sem segurança mínima, a resiliência torna-se insustentável.*

Abordagens comunitárias e de construção da paz através da saúde. Programas que reforçam a coesão social e o diálogo podem indiretamente proteger a saúde mental dos profissionais.

Em síntese, a resiliência dos profissionais de saúde na região EMRO/MENA é notável, mas frágil. As estratégias individuais e de pares permitem a continuidade do trabalho no curto prazo, mas só se tornam sustentáveis quando combinadas com proteção física, descanso, apoio em saúde mental e condições laborais mínimas. A OMS e parceiros insistem em que cuidar de quem cuida não é um luxo — é condição essencial para a manutenção dos serviços de saúde em contextos de conflito. Sem isso, o colapso da força de trabalho torna-se inevitável e as consequências para a população são graves e prolongadas.

Comparação das estratégias de resiliência em Gaza e na Síria

Ambos os contextos enfrentam conflitos prolongados com *ataques sistemáticos a profissionais e infraestruturas de saúde*, altas taxas de burnout, trauma e perda de força de

[13] O *Plano de Ação Regional para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências (2024–2030)* é uma iniciativa estratégica fundamental da Organização Mundial da Saúde (OMS), desenhada para responder ao sofrimento e ao impacto psicológico devastador gerado por crises humanitárias, desastres naturais, emergências climáticas e conflitos armados. [https://applications.emro.who.int/docs/TP-NMH-MHPSS-eng.pdf]

trabalho. No entanto, diferem significativamente na *duração*, na *intensidade atual*, na *escala de destruição recente* e no tipo de estratégias de resiliência que emergem e são apoiadas.

1. Contexto e tipo de resiliência

Com relação à natureza do conflito, em Gaza ele é de alta intensidade, destruição massiva e contínua de hospitais, e deslocamento forçado em massa. Na Síria, existe uma crise crônica de longa duração, com períodos de escalada e relativa estabilização em algumas áreas.

Quanto à perda de força de trabalho, em Gaza existem centenas de profissionais de saúde mortos e feridos; com muitos incapacitados ou emigrados; e 78% deles sem acesso a serviços de saúde mental. Na Síria, 50–70% da força de trabalho está emigrada ao longo de 13–14 anos; com escassez crônica de especialistas.

Com relação ao conceito de resiliência, em Gaza verifica-se mais "endurance" (resistência pura para sobreviver mais um dia/uma hora) do que "bouncing back"[14]. Na Síria, existe mais adaptação de longo prazo, reconstrução gradual e manutenção de serviços sob escassez crónica.

2. Estratégias individuais e culturais

As semelhanças são o "coping" religioso e espiritual, central em ambos os países (fé como fonte de sentido e conforto); e o senso de dever profissional e a identidade de cuidador como âncora moral. A solidariedade entre pares (conversas rápidas, apoio mútuo, humor negro) funciona como principal rede de contenção emocional.

As diferenças são que em Gaza destaca-se o conceito cultural de "*sumud*"[15] (perseverança/resistência). A resiliência é frequentemente descrita como "continuar a funcionar apesar de tudo", com *forte componente de resistência coletiva e política*. Perdas pessoais (familiares e colegas) são extremamente recentes e massivas, o que intensifica o luto e a lesão moral.

Na Síria, após mais de uma década, as estratégias tornaram-se mais "normalizadas" no quotidiano. Profissionais relatam que "as feridas psicológicas são mais difíceis que as físicas". Há maior uso de mecanismos adaptativos de longo prazo (aceitação da escassez crônica, improvisação técnica) e, em alguns casos, "coping "negativo (sedativos, "humor negro" excessivo).

3. Estratégias relacionais e de suporte entre pares

Em Gaza a dependência entre colegas é quase total. Em muitos relatos, os profissionais tornaram-se *família substituta* uns dos outros (partilha de comida, apoio após bombardeios, vigilância mútua). A *solidariedade é intensa, mas também é um sistema fechado de pessoas igualmente traumatizadas, sem alívio externo suficiente*.

[14] Em estratégias de resiliência e psicologia, "*bouncing back***"** (uma expressão em inglês que significa literalmente **"***dar a volta por cima***"** ou **"***quicar de volta***"**) é a habilidade de uma pessoa se recuperar rapidamente de uma situação difícil, trauma, fracasso ou grande estresse, retornando ao seu estado emocional e funcional normal.

[15] Ver detalhamento do conceito mais adiante.

Na Síria as redes de pares também são importantes, especialmente entre sobreviventes de ataques específicos (ex.: bombardeios em Ariha). Com o tempo, formaram-se redes mais estáveis em zonas relativamente seguras e entre profissionais que permaneceram.

4. Estratégias organizacionais e de apoio externo (OMS e parceiros)

Em Gaza a ênfase é em *resposta de emergência e recuperação imediata da força de trabalho*. Existe formação em cuidados de trauma primário, saúde mental, gestão de trauma comunitário, reabilitação e *construção de resiliência;* treino em "Psychological First Aid (PFA)"[16] para centenas de trabalhadores humanitários e de saúde; distribuição de kits de saúde mental e medicamentos psicotrópicos.

A dificuldade maior está no *acesso extremamente limitado a serviços de saúde mental para os próprios profissionais* (78% sem acesso) e *colapso quase total de muitas estruturas.*

Na Síria a abordagem é mais estrutural e de longo prazo, focada na integração da saúde mental nos cuidados primários. Existem formações massivas em MHGAP – "Mental Health Gap Action Programme"[17] — centenas de médicos e profissionais treinados para identificar e gerir condições mentais; treino em primeiros cuidados psicológicos; aconselhamento; gestão de stress; autocuidado e suporte entre pares; descentralização de serviços com mais de 500 centros de cuidados primários e milhares de trabalhadores comunitários capacitados ao longo dos anos; maior ênfase na formação de formadores (ToT) e supervisão contínua para criar capacidade nacional sustentável; e apoio à reconstrução da educação médica e retenção de profissionais restantes.

5. Avaliação comparativa

Gaza exige estratégias de sobrevivência imediata e contenção de crise aguda. A resiliência é mais frágil e dependente de solidariedade informal mais as intervenções de emergência. *O risco de colapso da força de trabalho restante é muito elevado*.

A *Síria* mostra estratégias de adaptação crônica e construção de capacidade. Após anos de conflito, conseguiu-se algum grau de institucionalização de serviços de saúde mental (ainda insuficientes), com maior ênfase em formação e integração nos cuidados primários.

Os pontos comuns de vulnerabilidade são o estigma em relação à saúde mental, a escassez de especialistas, a falta de descanso real e a *proteção insuficiente contra-ataques*.

---

[16] Os Primeiros Cuidados Psicológicos ("PFA — Psychological First Aid") são uma abordagem prática, humanitária e baseada em evidências científicas desenvolvida pela OMS e pelo consórcio internacional de saúde mental para ajudar pessoas logo após um evento intensamente traumático ou crítico (como desastres naturais, acidentes graves, assaltos, tiroteios ou crises humanitárias). Os Primeiros Cuidados Psicológicos (PFA — Psychological First Aid) são o "primeiro socorro" da mente. Ele serve como o alicerce para todas as estratégias de **MHPSS** (Saúde Mental e Apoio Psicossocial) coordenadas por agências globais como a OMS e escritórios regionais como o EMRO. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205

[17] MHGAP: traduzido como *Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental* — é uma iniciativa global da Organização Mundial da Saúde (OMS) lançada em 2008. O seu principal objetivo é ampliar os serviços de saúde mental em países de baixa e média renda, capacitando profissionais que não são especialistas na área (como médicos clínicos gerais, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) para identificar e tratar transtornos mentais.
https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme

Em síntese nos conflitos agudos de alta intensidade (Gaza), prioriza-se a proteção física, o descanso e o apoio psicológico de emergência. Em conflitos prolongados (Síria), torna-se essencial investir em formação contínua, integração de MHPSS e retenção de profissionais para evitar o esvaziamento total do sistema. Em ambos os casos, a resiliência individual e entre pares é notável, mas insustentável sem medidas estruturais de proteção, descanso, apoio em saúde mental e condições mínimas de trabalho. A experiência síria de longo prazo oferece lições importantes para a eventual fase de recuperação de Gaza, especialmente no que diz respeito à capacitação em MHGAP (Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental) e à descentralização de serviços de saúde mental.

Comparação das estratégias de resiliência de profissionais de saúde com outros conflitos

A comparação com Iêmen e Sudão revela padrões comuns e diferenças importantes, moldadas pela duração do conflito, intensidade dos ataques, grau de apoio internacional e contexto cultural/político.

1. Visão geral comparativa

No **Iêmen** o conflito além de prolongado possui crises sobrepostas (como o cólera). As estratégias individuais dominantes são a Fé, o senso de responsabilidade, e a improvisação. Existe formação em gestão de massas e apoio a equipes cirúrgicas. Os salários foram suspensos, e há uma escassez extrema de insumos. O nível de apoio do de MHPSS[18] é considerado baixo-médio.

No **Sudão** o conflito é agudo desde 2023, sendo extremamente mortal. As estratégias dominantes de resiliência são a sobrevivência, a solidariedade local, e o senso de dever. Existe um processo de formação remota (ECHO) da OMS, com um Programa de Primeiros Cuidados Psicológicos — PFA limitado. Os ataques são extremamente letais; e existe *um colapso quase total do sistema de saúde.* O nível de institucionalização do MHPSS da OMS é muito baixo. |

2. Principais semelhanças entre todos os contextos

O "Coping" (ou estratégias de enfrentamento) individual, como a Fé/religião, o senso de dever profissional e a solidariedade entre pares, são transversais (Gaza, Síria, Iêmen, Sudão).

A resiliência como "endurance" (resistência psicológica), em contextos de alta violência e escassez, é frequentemente descrita como a capacidade de continuar a funcionar "mais um dia", e não como recuperação plena.

O papel crítico do apoio entre pares, existe em todos os casos. As redes informais de colegas são a principal fonte de contenção emocional quando o apoio formal é insuficiente.

A lesão moral e o trauma secundário estão presentes em todos os casos, especialmente quando *os profissionais testemunham mortes evitáveis por falta de recursos ou ataques a instalações*.

[18] "Mental Health and Psychosocial Support" (em português, Saúde Mental e Apoio Psicossocial – SMAPS). A página e o ecossistema oficial de MHPSS (Mental Health and Psychosocial Support) — ou SMAPS, em português — reúnem os principais portais das Nações Unidas e de comitês internacionais criados para centralizar recursos, capacitações e planos de resposta a crises humanitárias e emergências globais. [https://www.emro.who.int/mhps/index.html]

3. Lições comparativas

- Quanto mais prolongado o conflito (Síria, Iêmen), mais as estratégias se deslocam de "sobrevivência aguda" para "adaptação e construção de capacidade".
- Em contextos de extrema violência e isolamento (Gaza, Sudão), a resiliência depende quase exclusivamente de recursos internos (fé, pares, dever); e é altamente frágil.
- A institucionalização de MHPSS (como na Síria com MHGAP da OMS) mostra-se uma estratégia promissora de longo prazo, mas exige anos de investimento contínuo e alguma estabilidade mínima.
- *Em todos os casos, a proteção física dos profissionais e das instalações continua a ser o fator mais determinante. Sem ela, as estratégias de resiliência psicológica têm impacto limitado*.

Em síntese, Gaza e Síria representam dois extremos do espectro dentro da região EMRO — um de crise aguda extrema e outro de adaptação crônica. Quando comparados com o Iêmen (similar à Síria), o Sudão (similar a Gaza em letalidade) e a Ucrânia (maior suporte estruturado), fica claro que a resiliência dos profissionais de saúde é fortemente condicionada pelo contexto político-militar e pelo grau de apoio externo. As estratégias individuais e de pares são universais e poderosas, mas só se tornam sustentáveis quando combinadas com proteção, descanso, formação e serviços de saúde mental acessíveis.

Considerações Finais: adendo conceitual no contexto cultural e histórico da Palestina[19]

Exploração do conceito e da prática do "Sumud"[20] [21]

O "*Sumud*" (صمود, pronunciado *ṣumūd*) é um conceito cultural, político e psicológico profundamente enraizado na *experiência palestina*. Traduzido geralmente como ***perseverança***, *firmeza* ou *resistência firme ("steadfast")*, o termo *vai muito além de simples resiliência individual*. Ele representa uma ***filosofia de existência, uma forma de resistência quotidiana e um recurso coletivo de sobrevivência sob ocupação e adversidade crônicas***.

Origem e significado

A raiz árabe "ṣ-m-d" evoca a ideia de *ser firme, permanecer sólido ou desafiar*. O conceito moderno de *sumud* consolidou-se após a guerra de 1967 (a Naksa), quando a Cisjordânia, Gaza e Jerusalém Oriental passaram a estar sob ocupação israelita. Tornou-se um *símbolo nacional* promovido pela Organização para a Libertação da Palestina (OLP) nas décadas de 1970 e 1980.

Distinguem-se tradicionalmente duas formas:

O *Sumud estático* ("*sumud*"), com o significado de permanecer na terra, recusar o deslocamento e manter a presença física e cultural; e o *Sumud de resistência* ("*sumud* muqāwim") que representa *formas mais ativas de construção de instituições alternativas, solidariedade e desafio à ocupação*.

---

[19] https://www.palquest.org/en/history

[20] A Origem Histórica e Política: Para compreender como o termo migrou de um conceito abstrato para uma estratégia nacional de sobrevivência a partir da década de 1960, a página detalhada da Enciclopédia Interativa da Questão Palestina oferece um panorama cronológico completo, incluindo os debates sobre suas vertentes estática e ativa (*sumud muqawim*). https://www.palquest.org/en/highlight/33633/sumud

[21] https://www.palquest.org/en/highlight/33633/sumud?__cf_chl_tk=tLVDUihxYTyAp8.5Fo8O36UEx6jdXtJDXwEpQ.4ifsM-1794182674-1.0.1.1-jeJKKE1kc2pj9Lu00oY3MB.IuvHi4GNCf7HWnpFnzTc

O símbolo mais icónico do *sumud* é a *oliveira* — árvore que enraíza profundamente, resiste à seca e à devastação, e representa a *ligação ancestral à terra*. Outro símbolo recorrente é a figura da mulher camponesa grávida, que representa *a continuidade da vida e da comunidade*.

Dimensões do Sumud

O *sumud* opera em vários níveis simultâneos:

1. *Existencial e psicológico* – é a decisão de continuar a viver, a rir, a casar, a ter filhos e a cuidar uns dos outros apesar da destruição. Como descreveu o escritor *Raja Shehadeh*[22], trata-se de ***"observar a própria casa transformar-se em prisão e escolher ficar porque é a sua casa"***.
2. *Coletivo e cultural* – trata de manter a identidade, a língua, as tradições, a educação e as redes de solidariedade. Inclui atos quotidianos como reconstruir casas demolidas, plantar oliveiras, continuar a estudar *ou simplesmente permanecer*.
3. *Político e de resistência* – consiste em uma forma de resistência não-violenta que afirma a presença e a dignidade. Não é passividade: *é a recusa em desaparecer*.
4. *Profissional e ético (especialmente relevante **para profissionais de saúde**)* – no contexto dos *trabalhadores de saúde em Gaza e na Cisjordânia*, o *sumud* manifesta-se na decisão de continuar a prestar cuidados sob bombardeio, com recursos mínimos, após perder familiares e colegas, e sob risco constante de morte. *É a combinação de dever profissional, compromisso ético e determinação política/cultural de não abandonar os pacientes e a comunidade*.

Sumud e os profissionais de saúde

Estudos e relatos mostram que *os profissionais de saúde palestinos praticam o sumud diariamente*. Continuar a operar em hospitais parcialmente destruídos, improvisar tratamentos, recusar-se a evacuar enquanto houver pacientes e manter a dignidade no meio do caos são expressões concretas deste conceito. Em alguns casos, *equipes de hospitais sitiados cantaram canções de resistência enquanto continuavam a trabalhar, transformando o ato de cuidar num gesto coletivo de sumud*.

O *sumud* oferece um quadro de significado que ajuda a interpretar o sofrimento: em vez de ver o trauma apenas como dano individual, ele é enquadrado *como parte de uma luta coletiva mais ampla pela existência e pela dignidade*.

Alguns críticos do *sumud* dizem que ele pode mascarar a necessidade de proteção estrutural, descanso e apoio externo.

Em resposta, afirma-se que o *sumud* é *poderoso como recurso cultural e coletivo*, mas *não necessariamente substitui a necessidade de segurança física, condições de trabalho dignas e serviços de saúde mental*.[23]

---

[22] **Raja Shehadeh** (nascido em 6 de julho de 1951, em Ramallah) é um dos mais influentes advogados, ativistas de direitos humanos e escritores palestinos contemporâneos. A sua trajetória une o rigor do direito internacional à sensibilidade da literatura para documentar as complexas dinâmicas da ocupação na Cisjordânia, a perda de territórios e a busca por resiliência.

[23] Eis aqui uma rica discussão.

Relevância mais ampla

Embora seja um conceito especificamente palestino, o sumud tem sido discutido em contextos de saúde mental e resiliência cultural como exemplo de como sociedades sob opressão prolongada desenvolvem recursos de sentido e resistência que vão além dos modelos ocidentais individuais de resiliência. Ele combina sobrevivência, dignidade, identidade e ação coletiva de forma inseparável.

Em síntese, o sumud não é apenas "aguentar". É a decisão consciente e coletiva de permanecer, de continuar a cuidar, de preservar a humanidade e de afirmar a existência — mesmo quando tudo parece conspirar para o apagamento. Para os profissionais de saúde em Gaza, ele tem sido, ao mesmo tempo, âncora psicológica, compromisso ético e forma de resistência.

Análise do Sumud na literatura

O conceito de *Sumud* (صمود – firmeza, perseverança) ocupa um lugar central na literatura palestina, tanto na poesia e na prosa literária quanto na produção acadêmica. Ele funciona simultaneamente como *tema temático, estratégia narrativa, recurso psicológico e marco identitário*. A seguir, apresenta-se uma análise estruturada da sua presença e evolução na literatura.

1. Origens e consolidação literária

O *sumud* emerge como conceito político-cultural após 1967, mas a sua presença literária intensifica-se nas décadas de 1970 e 1980. Autores como Raja Shehadeh[24] ("The Third Way", 1982) deram-lhe formulação explícita e influente. Shehadeh descreve o *sumud* como a escolha de permanecer na terra mesmo quando esta se transforma em "prisão", e de manter a memória e a dignidade mesmo sob ocupação. A sua obra mistura diário, ensaio e reflexão ética, tornando o *sumud* um modo de vida literário e existencial.

A *oliveira* torna-se o símbolo literário mais recorrente: árvore enraizada, resistente à seca e à devastação, metáfora da ligação indelével do povo à terra. Este símbolo aparece insistentemente na poesia e na prosa.

2. Sumud na poesia: Mahmoud Darwish[25]

Mahmoud Darwish (1941–2008), o poeta nacional palestino, é a figura literária mais associada ao *sumud*. Estudos acadêmicos argumentam que a sua obra constitui uma forma sofisticada de *sumud* estético e político:

A poesia de Darwish afirma a presença contínua do povo na terra, contrastando-a com as narrativas míticas do ocupante. O exílio físico não interrompe a presença imaginária e afetiva da terra. A criatividade literária "*torna presente a pátria ausente*".

[24] Ver nota 13

[25] **Mahmoud Darwish** (1941–2008) é amplamente reconhecido como o poeta nacional da Palestina e uma das vozes literárias mais potentes e transcendentes do século XX. Sua obra traduziu liricamente a dor do exílio, o sentimento de desapropriação e a busca incessante por identidade.

O *sumud* em Darwish não é apenas resistência passiva: é a *capacidade de transformar a dor em linguagem, de manter a humanidade e de recusar o apagamento através da palavra poética*.

Outros poetas, como *Tawfiq Zayyad*[26], também incorporaram o *sumud* como *arma cultural e otimismo revolucionário*.

3. Sumud na prosa e na literatura da diáspora

Na literatura palestina anglófona da diáspora, o *sumud* funciona como elemento estruturante. Análises acadêmicas identificam quatro eixos recorrentes: Exílio, Memória, Recriação imaginária da pátria, Retorno (real ou simbólico).

Nesses textos, o *sumud* manifesta-se como a recusa de desaparecer culturalmente, a manutenção da identidade através da narrativa e a afirmação da continuidade histórica.

4. Sumud na literatura acadêmica e ensaios

Na produção acadêmica e ensaística, o *sumud* é analisado como um marco de resiliência coletiva e cultural (*Psiquiatria transcultural, "*transcultural psychiatry"); uma estratégia política e de resistência quotidiana; um recurso epistêmico e ético para compreender a sobrevivência sob colonialismo de povoamento.

Antologias recentes, como "Sumūd: A New Palestinian Reader" (2025, editada por Malu Halasa e Jordan Elgrably), reúnem poesia, memórias, ficção, ensaio e arte que celebram o *sumud* como valor cultural vivo, especialmente no contexto pós-outubro de 2023.

5. Funções literárias do Sumud

Na literatura, o *sumud* desempenha várias funções como: afirmação de existência — "Existir é resistir"; manutenção da dignidade e da humanidade sob condições desumanizadoras; preservação da memória e da identidade; criação de sentido perante o sofrimento coletivo; resistência estética — *a própria escrita e a arte como atos de sumud*.

6. Evolução contemporânea: do Sumud ao "Pós-Sumud"

A literatura pós-milênio, especialmente a escrita por gerações mais jovens, começa a tensionar e a expandir o conceito clássico de *sumud*. Teses acadêmicas recentes propõem a noção de "pós-*sumud*", onde: reconhecem o esgotamento psicológico das gerações que cresceram sob o peso de promessas políticas falhadas e de um trauma que se tornou quotidiano; expõem vulnerabilidades, ambivalências e feridas psíquicas que o discurso clássico do *sumud*

[26] Tawfiq Zayyad (1929–1994), nascido em Nazaré, foi uma figura monumental que uniu a política e a literatura no Oriente Médio. Ele atuou como um dos mais importantes poetas palestinos da resistência, líder político comunista e prefeito da cidade de Nazaré por quase duas décadas (de 1975 até sua morte em 1994). Zayyad pertence à mesma geração literária e política de Mahmoud Darwish, compartilhando com ele a missão de usar a poesia como uma ferramenta de preservação de identidade e dignidade para os palestinos que permaneceram dentro das fronteiras de Israel após 1948. No poema *"Aqui Ficaremos"* (*Huna Baqun*), ele escreveu versos que se tornaram um hino de resiliência: *"Aqui, sobre seus peitos, ficaremos como uma parede de pedra. Em suas gargantas, como um caco de vidro, como um espinho de cacto. Aqui ficaremos..."*. Zayyad usava metáforas da natureza local (como o cacto e a Oliveira) para lembrar sua comunidade de suas raízes profundas, funcionando como um mecanismo de ancoragem cultural: quando a realidade política ao redor tenta desestabilizar o indivíduo, a arte reafirma que a identidade deles é inabalável.

(focado na firmeza e na perseverança) tendia a ocultar ou a romantizar; ilustram subjetividades mais complexas, onde a resiliência convive com o cansaço, a dúvida e a necessidade de nomear o sofrimento.

Esta viragem não abandona o sumud, mas o complexifica, integrando a dimensão do trauma e da vulnerabilidade.

Em síntese, na literatura palestina o sumud não é apenas um tema: é uma estética, uma ética e uma estratégia de sobrevivência cultural. De Darwish a Shehadeh, da prosa da diáspora à poesia contemporânea, ele atravessa gêneros e gerações. A literatura contemporânea, no entanto, começa a interrogar os seus limites, reconhecendo o peso psíquico da perseverança forçada e abrindo espaço para narrativas de vulnerabilidade e de "pós-sumud". Esta evolução mostra que o conceito continua vivo, adaptável e central para a compreensão da experiência palestina — tanto na vida real quanto na sua representação literária.

Bibliografia selecionada[27]

Ali, Nijmeh. "Active and Transformative Sumud Among Palestinian Activists in Israel." In Ala Tartir and Timothy Seidel, eds., *Palestine and Rule of Power: Local Dissent vs. International Governance*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan, 2019.

Dakkak, Ibrahim. "Development from Within: A Strategy for Survival." In George T. Abed, ed., *The Palestinian Economy: Studies in Development under Prolonged Occupation*. London: Routledge, 1988.

Farsoun, Samih K., and Jean M. Landis. "Structures of Resistance and the 'War of Position': A Case Study of the Palestinian Uprising." *Arab Studies Quarterly* 11, no.4 (1989): 59–86.

Halper, Jeff. "A Strategy within a Non-Strategy: Sumud, Resistance, Attrition, and Advocacy." *Journal of Palestine Studies* 35, no.3 (2005/6).

Johansson, Anna, and Stellan Vinthagen. "Dimensions of Everyday Resistance: The Palestinian Sumūd." *Journal of Political Power* 8, no.1 (2015): 109–39.

Rijke, Alexandra, and Toine van Teeffelen. "To Exist Is to Resist: Sumud, Heroism, and the Everyday. " *Jerusalem Quarterly* 59 (2014): 86–99.

Said, Edward W., and Jean Mohr. *After the Last Sky: Palestinian Lives*. London: Faber & Faber, 1986.

Salih, Ruba, and Sophie Richter-Devroe. "Cultures of Resistance in Palestine and Beyond: On the Politics of Art, Aesthetics, and Affect." *Arab Studies Journal* 22, no.1 (2014): 8–27.

Shehadeh, Raja. *The Third Way: A Journal of Life on the West Bank*. London: Quartet, 1982.

Tamari, Salim. "The Palestinian Movement in Transition: Historical Reversals and the Uprising." *Journal of Palestine Studies* 20, no.2 (1991): 57–70.

Referências

1. https://www-emro-who

2. https://www.emro.who.int/emergencies/in-focus/attacks-on-health-care-in-eastern-mediterranean-region.html?utm_source=chatgpt.com

3. https://medbox.org/document/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-ssa

4. https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx

[27] https://www.palquest.org/en/highlight/33633/sumud?__cf_chl_tk=tLVDUihxYTyAp8.5Fo8O36UEx6jdXtJDXwEpQ.4ifsM-1794182674-1.0.1.1-jeJKKE1kc2pj9Lu00oY3MB.IuvHi4GNCf7HWnpFnzTc

5. https://www.emro.who.int

6. https://www.emro.who.int/emh-journal/eastern-mediterranean-health-journal/home.html

7. https://medbox.org/document/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-ssa

8. https://applications.emro.who.int/docs/TP-NMH-MHPSS-eng.pdf

9. https://www.palquest.org/en/highlight/33633/sumud

10. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme

11. Https://www.emro.who.int/mhps/index.html

12. https://www.palquest.org/en/highlight/29773/first-intifada-1987-1993

13. https://www.palquest.org/en/highlight/160/nakba

14. https://www.palquest.org/en/highlight/14372/village-al-araqib

15. https://www.palquest.org/en/biography/14597/ibrahim-dakkak

16. https://www.palquest.org/en/biography/16018/edward-w-said

17. https://www.palquest.org/en/highlight/33633/sumud

18. https://www.palquest.org/en/highlight/33633/sumud?__cf_chl_tk=tLVDUihxYTyAp8.5Fo8O36UEx6jdXtJDXwEpQ.4ifsM-1794182674-1.0.1.1-jeJKKE1kc2pj9Lu00oY3MB.IuvHi4GNCf7HWnpFnzTc

19. https://www.palquest.org/en/about

20. https://www.palquest.org/en/history

21. https://www.kufiya.org/blogs/all/what-does-sumud-mean

22. https://www.palmuseum.org/en

23. https://www.palmuseum.org/en/exhibitions-and-events/events-m/palestine-cinema-days-around-world-2026-0