

MODOS DE CUIDADO E SAÚDE MENTAL: APONTAMENTOS PARA UMA PRÁTICA PSICOSSOCIAL

Modes of care and mental health: Points for a psychosocial practices

Modos de Cuidado y salud mental: Puntos para una práctica psicossocial

Lucivaldo da Silva Araújo

Juliana Ferreira Bassalo

Universidade do Estado do Pará

RESUMO

O despontar de modos de cuidado que rompem com o paradigma asilar de assistência, amplia as noções de saúde para um plano no qual valoriza-se a potência intersubjetiva das relações. Valoriza-se a abrangência do olhar sobre o sujeito e seu sofrimento, prevalecendo o "cuidar" sobre o "tratar". Neste artigo, ao refletimos sobre modos de cuidado e práticas psicossociais em saúde mental apontamos para um cuidado psicossocial genuíno sustentado na centralidade de ações voltadas às demandas do cliente a partir de sua rede de relações, sem perder de vista o papel do vínculo, da atitude de interesse pelo Outro, de uma escuta sensível do real, escuta que não exclui; pelo contrário, valoriza a ambiguidade, a ambivalência; que revela o paradoxo; escuta capaz de abrir-se para o caos, escuta que proporciona a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais. Trata-se de um movimento que valoriza a intersubjetividade, pois é dela que fluem novos sentidos que potencializam a apropriação da vida e resgatam a ontologia de um cuidado, sem o qual, deixamos de ser humanos.

Palavras-chave: Cuidado; Saúde Mental; Prática Psicossocial.

ABSTRACT

The emergence of modes of care that break with the asylum paradigm of care, expands the notions of health to a plan in which the intersubjective power of relationships is valued. The comprehensiveness of the look on the subject and his suffering is valued, prevailing the "taking care" over the "treating". In this article, by reflecting on modes of care and psychosocial practices in mental health we point to a genuine psychosocial care sustained in the centrality of actions focused on client demands from their network of relationships, without losing sight of the role of bonding, attitude of interest in the Other, a sensitive listening to the real, a listening that does not exclude; on the contrary, it values ambiguity, ambivalence; which reveals the paradox; Listening able to open to chaos, listening that provides the creation of possibilities in living with psychic suffering and its socio-cultural relations. It is a movement that values intersubjectivity, because it is from it that flow new meanings that enhance the appropriation of life and rescue the ontology of a care, without which, we are no longer human.

Key-words: Care; Mental health; Psychosocial Practice.

RESUMEN

La aparición de modos de atención que rompen con el paradigma de la atención de asilo, expande las nociones de salud a un plan en el que se valora el poder

intersubjetivo de las relaciones. Se valora la amplitud de la mirada sobre el tema y su sufrimiento, prevaleciendo el "cuidado" sobre el "trato". En este artículo, al reflexionar sobre los modos de atención y las prácticas psicosociales en salud mental, señalamos una atención psicosocial genuina sostenida en la centralidad de las acciones centradas en las demandas de los clientes de su red de relaciones, sin perder de vista el papel del vínculo y la actitud. de interés en el Otro, una escucha sensible a lo real, una escucha que no excluye; por el contrario, valora la ambigüedad, la ambivalencia; que revela la paradoja; Una escucha capaz de abrirse al caos, una escucha que proporciona la creación de posibilidades para vivir con sufrimiento psíquico y sus relaciones socioculturales. Es un movimiento que valora la intersubjetividad, porque de él fluyen nuevos significados que mejoran la apropiación de la vida y rescatan la ontología de un cuidado, sin el cual ya no somos humanos.

Palabras-clave: Atención; Salud mental; Práctica Psicosocial.

INTRODUÇÃO

Problematizar o cuidado é compartilhar de uma tendência que perpassa por várias áreas do conhecimento e que se manifesta na prática de inúmeras profissões que atuam junto ao humano. Referimo-nos ao resgate de um tema que está intimamente ligado a distintos modos de ser-no-mundo, àquilo que é singular e ao mesmo tempo plural em cada pessoa (Kohlrausch et al.,2000).

Este tema tem tido destaque em pesquisas não só do campo biomédico, mas também das humanidades, que se utilizam, mesmo em diferentes contextos linguísticos e culturais da mesma expressão em inglês, *take care*, cuidado. Esse termo, desde os anos 80, envolve um campo de estudos que tem sido difundido por vários grupos de pesquisa que estudam o tema nas relações amorosas, nas relações de gênero, nas empresas, nos hospitais, na arte etc.

Carol Gilligan, norte Americana de inspiração feminista, na clássica obra *Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher*¹, discorre sobre outra tendência que é a de achar que o tema do cuidado é um tema eminentemente da mulher. Se pensarmos em algumas profissões e nos atermos ao imaginário cultural que nos povoa sobre essas atividades, por exemplo, temos a figura da enfermeira, da parteira, da aeromoça, das mulheres que, tradicionalmente, são quem lidam não só com o nascimento, mas com a morte, com o corpo morto, cuidam dos doentes, dos velhos etc. É a ideia de que tradicionalmente cuidar é algo compartilhado socialmente como sendo uma “coisa da mulher” (Straube, 2007; Contatore; Malfitano & Barros, 2019).

Em sua obra, Gilligan apresenta um percurso que perfaz uma trajetória antropológica e sociológica abrangente para mostrar que o cuidado tem, ao longo da sua

¹ *"In a Different Voice"*, Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher, publicado pela Harvard University Press, Cambridge, MA, 1982.

história, um ingrediente que não é da mulher, mas do feminino. Sobre esse aspecto a autora não faz separação entre homens e mulheres, mas entre masculino e feminino (Grossi, 2004). Ao fazer essa separação, sempre é importante lembrar que feminino não é igual a mulher e masculino igual a homem.

Acontece que socialmente e historicamente tudo aquilo que é a sombra dessas forças como a passividade e sensibilidade, foi colocado como associado ao feminino; e tudo que seria o ativo dessas forças foi colocado no masculino. Por isso, não é possível pensar feminino como sinônimo de mulher e masculino como sinônimo de homem.

Nesse sentido, algumas concepções de gênero apontam para construções de masculinidades em consonância com condutas que se opõem ao cuidado, à saúde dos homens, reforçando a tese de que o cuidar, e por extensão o cuidar-de-si, seja uma prerrogativa do feminino, algo menor, enquanto que aos homens caberia o poder das decisões (Araújo et al, 2018, p. 29).

Às críticas direcionadas ao pensamento de Gilligan, especialmente àquelas voltadas a sua concepção de ética do cuidado, tem-se o argumento de que a possível aparência de inadequação de suas ideias pode ocorrer em virtude de essa ética exigir uma mudança nos modelos das relações sociais existentes onde ainda prevalece o predomínio de uma estrutura patriarcal (Kuhnen, 2014).

Sobre essa questão, Gilligan (2011) é enfática: “em meio a uma estrutura patriarcal, o cuidado é uma ética feminina. Em meio a uma estrutura democrática, o cuidado é uma ética humana” (p. 22). E esse aspecto é crucial para aqueles que atuam nas profissões de ajuda, pois, inseridos em uma sociedade patriarcal, em que o cuidado pode ser deturpado como algo atrelado ao feminino, temos a oportunidade de resgatar um sentido primordial – talvez já enfraquecido pela naturalização do termo, apropriado de inúmeras formas e por distintos saberes – que aponta o cuidado como parte da dimensão humana, ou seja, de constituição ontológica.

A QUESTÃO DA TÉCNICA ANTE O CUIDADO

Antes de avançarmos na abordagem ontológica do cuidado é importante destacar que, em um contexto mais amplo, este tema também tem sido problematizado a partir da influência que o modelo capitalista, aliado ao avanço técnico e tecnológico, exerce sobre as pessoas. Não à toa, em várias áreas do conhecimento, a preocupação com o cuidado surge como contraponto às orientações exclusivamente técnicas predominantes em

distintos contextos nos quais nós, herdeiros da racionalidade moderna, nos encontramos inseridos (Peixoto & Holanda, 2011; Novaes, 2009).

Para Heidegger, “a técnica é essencialmente, uma modificação *sui generis* do fazer ou do agir humano” (Critelli, 2002, p. 84). Pensando a partir da *téchne*, ele nos diz que a técnica é “ter conhecimento na produção” e produzir nesse sentido é conduzir à manifestação, tornar acessível e disponível algo que antes não estava alí como presente. É um modo de desabrigar, é um desocultamento.

Definir técnica como desocultamento significa entender a essência da técnica como a verdade da relação do homem com o mundo, nesse sentido ela não é passiva, ela influencia, ou melhor, envolve um modo de ser de nossa sociedade ocidental. Assim, para Heidegger, a técnica não é primordialmente um modo de fazer as coisas, externo e exclusivamente instrumental, mas quer dizer dos modos de relação no mundo (Heidegger, 2007).

Sob esse ponto de vista, Heidegger diz que o homem ocidental tornou-se técnico, transpondo sua orientação e conduta para cada gesto seu, incluindo sua relação com o mundo. O filósofo nos mostra que o modo que se realiza a técnica, não é algo que se dá no campo individual, é algo que fala do modo como o mundo está sendo mundo há alguns séculos. É a maneira como o mundo se revela para nós, nós nos revelamos para nós mesmos ou o modo como o Outro se revela para nós.

Quer dizer que a compreensão que temos do Outro é filtrada, dentro dessa concepção da técnica, da contemporaneidade, por esse modo de olhar para as coisas como objetos. Desse modo, a essência da técnica para Heidegger confunde-se com a essência de nossa ocidentalidade (Critelli, 2002). É possível dizer ainda que é o agir, o fazer técnico que dá a essência ao homem contemporâneo, que por sua vez, constituiu a técnica como modo de existência, trata-se de uma orientação de conduta que aplicamos a cada gesto e em relação a tudo (Oliveira, 2015).

Quando olhamos para o mundo e para o existir a partir de uma perspectiva técnica, tudo que fazemos do mundo fica subordinado a essa cosmologia. Assim, uma floresta pode ser apreendida como uma reserva de madeira, as plantas como depósito de suprimentos para a produção de medicamentos e os clientes reduzidos a números e cifras. Portanto, haveria, segundo Heidegger, uma tendência técnica de relação com o Outro incrustada nos modos de relação ocidental. Uma tendência à reificação onde a “existência foi simplificada como uma questão técnica [...] e onde a técnica é instaurada como a impossibilidade fora da tecnologia” (Josgrillberg, 2004, p. 36).

Em *O caminho do campo*, Heidegger (1969) ilustra bem esse cenário e nos mostra como o homem é visto na época da técnica. Embora não problematize diretamente a

questão da técnica nesta obra, ele nos apresenta, de maneira poética, algumas modificações no modo de viver do homem no mundo tecnológico.

O número dos que ainda conhecem o Simples como um bem que conquistaram, diminui, não há dúvida, rapidamente. Esses poucos, porém, serão, em toda parte, os que permanecem. Graças ao tranquilo poder do caminho do campo, poderão sobreviver um dia às forças gigantescas da energia atômica, que o cálculo e a sutileza do homem engendraram para com ele entravar sua própria obra (Heidegger, 1969, p. 4)

Para Heidegger o uso da máquina é inevitável, a questão é quando ela nos desarraiga, nos desenraiza do nosso habitat natural, e é aí que ele sugere o cultivo do que chama de serenidade, não deixando que a técnica nos ultrapasse ou nos submeta totalmente. A questão central, portanto, é como devemos reagir à técnica e a tecnologia. Em nenhum momento se propõe a aniquilação da técnica ou da tecnologia. Não se trata de negá-las, mas de afirmar o humano, de modo que o humano seja a referência e que a dimensão da técnica não possa sobrepor-se à dimensão humana (Peixoto & Holanda, 2011). Como nos diz Dulce Critelli (2002, p.89) “que a técnica nos auxilie, mas não nos retire de nós mesmos”.

As reflexões do filósofo nunca foram tão oportunas como nos dias atuais em que vivemos parte de nossas interações com o mundo da vida mediada pelas diversas tecnologias de informação e comunicação, dentre outras; e nos vemos lidando com transumanos, pós-humanos, borgues, híbridos biotônicos, cyborgs híbridos etc. Sobre essa questão, assevera Novaes (2009, p. 17), “entramos em um processo de redefinição do homem [...] e o que predomina hoje é a relação do homem com o artifício”. O aumento do individualismo e de relações cada vez mais distantes entre as pessoas pode ser destacado como um dos “resultados” dessa interação. “O mundo virtual criou um novo habitat para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato humano” (Boff, 1999, p. 01).

Refletir sobre esse distanciamento das relações é pensar na diminuição dos vínculos, das trocas e das experiências compartilhadas. É pensar que o ser humano, preocupado apenas consigo mesmo e suas necessidades, tem diminuído o interesse e, conseqüentemente, o cuidado para com o outro e com o mundo no qual habita.

Boff (1999) é preciso na síntese desta ideia:

Essa anti-realidade afeta a vida humana naquilo que ela possui de mais fundamental: o cuidado e a compaixão. Mitos antigos e pensadores

contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o *ethos* fundamental humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir (p.01).

PERCURSOS DE UMA ONTOLOGIA DO CUIDADO

Ao retomarmos o caráter ontológico do cuidado, voltemos a Heidegger na tentativa de ampliar e aprofundar esse direcionamento. O filósofo do cuidado, como é chamado por alguns, em sua abordagem sobre essa temática, estende-se muito além da análise da já conhecida e explorada por diversos autores (Rocha, 2011; Peixoto & Holanda, 2011; Boff, 2013), Fábula de Higino, sobre o cuidado essencial (Heidegger, 2015). Em *Ser e tempo*, o cuidado, ou *cura* em algumas traduções, é apresentado como uma condição essencial que caracteriza o humano enquanto *ser-aí*. E, neste sentido, assume vários modos de manifestação: prestatividade, presentividade, ocupação, preocupação, solicitude, *se-aí-com*. Essas noções não foram concebidas pelo filósofo como um construto psicológico, mas nos ajudam a situar o horizonte de uma possível aproximação quando pensamos nos serviços onde o cuidado clínico em saúde mental se instaura (Rocha, 2011; Costa, 2017).

Para o filósofo (Heidegger, 2015, p. 250), o cuidado “é próprio da existência humana, em todas as suas dimensões, compreendendo todas as possibilidades da existência vinculadas as coisas e aos homens”. Nesse sentido “não temos cuidado. Somos cuidado [...] sem cuidado deixamos de ser humanos” (Boff, 2013, p. 100-1). Nesses termos, a dimensão ontológica do cuidado está situada na íntima constituição do humano. Não é do feminino ou do masculino, mas do homem e da mulher, “é uma maneira do próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer. O modo-de-ser cuidado revela de forma concreta como é o ser humano” (Boff, 2013, p.38), portanto, “envolve ações que vão além de procedimentos técnicos, engloba envolvimento e compromisso para com o Outro, tornando-se, portanto, uma ação humanizada” (Oliveira & Carraro, 2011, p. 379).

Em *Ser e Tempo* Heidegger dedica-se a analisar a existência do ser sob diferentes vertentes, dentre elas, o *ser-aí*. Este *ser-aí* é compreendido pela trama de significados que os sujeitos atribuem às suas vivências e relações nas quais encontram-se inseridos. Para o filósofo, o humano é lançado neste mundo e nele surge como criador e criatura da existência, ou seja, o humano está em constante transformação e mudança. Este

processo contínuo de ajustamento pode sofrer influência das relações de cuidado (Ayres, 2004).

Michel Foucault em suas obras *Hermenêutica do Sujeito e História da Sexualidade* traz uma ideia que ao mesmo tempo em que difere do pensamento de Heidegger, soma-se a ele. Em seus trabalhos, ele remonta à antiguidade clássica para abordar temas como a ética e a moral, associando-as ao sujeito, à verdade e à liberdade, elaborando mais uma vertente do cuidado: “o cuidado de si” (Wanzeler, 2011).

Segundo Grabois (2011), o cuidado de si apresenta uma variedade de significados e atribuições. Na perspectiva de Foucault caracteriza-se como uma forma de ocupar-se consigo mesmo, preocupar-se consigo mesmo, ou seja, a esse cuidado atribui-se significados na forma como cada pessoa cuida de si mesmo, mas não se limita a isto. Foucault, “ao conferir importância às práticas de si, não defende uma posição individualista; defende ao contrário, que essas práticas se inserem num contexto mais amplo de práticas sociais” (Grabois, 2011, p. 106).

Compreender que as práticas sociais necessitam do Outro para acontecer, coloca o cuidado de si no contexto das relações e das experiências vivenciadas pelo sujeito. Nesse sentido, o cuidado de si não se refere ao *mim* ou ao *eu*, mas se aproxima do entendimento grego do cuidar de si, no qual tem uma relação ética com o Outro. O sentido aqui posto é o cuidado de si enquanto corpo social. Esse é o sentido assumido em Heidegger quando ele fala sobre o Cuidar do ser, ou seja, ele está falando de um cuidado que envolve

[...] nossa própria destinação histórica: como indivíduos exclusivos que cada um de nós é, mas ao mesmo tempo em conjunto, pois a humanidade não nos é dada apenas no singular, mas também no plural. Nós não existimos, nós co-existimos (Critelli, 2002, p.88).

Casanova (2013) nos apresenta uma interessante perspectiva acerca do liame que vincula Foucault e Heidegger em torno do cuidado:

Michel Foucault mostra em seu livro *A hermenêutica do sujeito* como, a princípio, “conhece-te a ti mesmo” e “cuidado de si” se co-requisitam e só aos poucos vão se dissociando. Essa posição possui um correlato direto na compreensão heideggeriana do cuidado, uma vez que tal compreensão suprime a diferença metafísica entre comportamentos práticos e teóricos, mostrando o fato de que mesmo os comportamentos teóricos nos determinam em nosso ser (Casanova, 2013, p.102, n.92)

Em síntese, podemos dizer que Heidegger e Foucault situam o cuidado a partir de horizontes que permitem um ponto de convergência: ambos entendem que o cuidar é capaz de oportunizar ao humano a capacidade de modificar-se, transformar-se e preocupar-se a partir de suas vivências particulares com tudo o que o rodeia.

APONTAMENTOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A despeito do seu caráter ontológico, o imaginário social, bem como os debates acadêmicos brasileiros acerca do cuidado, tem relacionado essa temática, predominantemente, ao campo da saúde, mais precisamente a partir da década de 80, onde a saúde pública passou por profundas transformações. Nesse contexto, têm-se uma noção de cuidado que surge ancorada ao processo de integralidade e humanização, ideais defendidos na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Contatore; Malfitano & Barros, 2019).

Antes da década de 80, o cuidado em saúde mental era confundido com o tratar, e priorizava a remissão dos sintomas. Havia um olhar predominantemente clínico sobre os sujeitos e suas relações sociais, o que limitava a possibilidade de um cuidado efetivo. Fazia-se presente a polarização da saúde e doença, considerando-se a primeira positiva e a segunda negativa. Negava-se para o sujeito a oportunidade de atribuir sentidos ao sofrimento, ampliar o conhecimento de si mesmo, a potencialização de suas experiências e, por fim, sua própria capacidade de resiliência (Basaglia, 1968 *apud* Torino, 1981).

O despontar de modos de cuidado que rompem com o paradigma asilar de assistência e que se voltam às múltiplas necessidades das pessoas em sofrimento mental, amplia as noções de saúde para um plano no qual valoriza-se a potência intersubjetiva das relações. Nesse sentido, considera-se que:

[...] cuidar é usar da própria humanidade para assistir o outro - como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente, que com seu espírito intui e comunga. Falamos, portanto, de seres pensantes, dotados de dignidade, a ser cuidados em sua totalidade. A recíproca é verdadeira, quando o outro em sua humanidade cuida da minha. Logo, o cuidado está apoiado numa relação inter-humana (Corbani; Brêtas & Matheus, 2009, p. 350).

Essa perspectiva se lança a questionar algumas práticas observadas atualmente nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que, camufladas de cuidado,

atuam no sentido da valorização de um tratar em detrimento do cuidar. São práticas preocupadas com o diagnóstico e a cura, portanto, restritas à valorização das tecnologias e técnicas, deixando de lado a potencialidade do encontro, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo entre usuário e serviço e o significado dessas relações (Merhy & Franco, 2003).

Em um cenário mais amplo, os diferentes olhares sobre a dimensão do cuidado no campo das práticas psicossociais e comunitárias em saúde mental somam-se às diversas abordagens teóricas e influências epistêmicas, conjugando distintas maneiras de valorizar e intervir junto aos clientes. Apresentamos aqui três perspectivas que colaboram para essa circunscrição. A estrutura que adotamos aborda o cuidado a partir de um horizonte ético, político e técnico instrumental (Ballarin; Carvalho & Ferigoto, 2009). Essa escolha se deu por compreendermos se tratar de uma perspectiva que amplia e, ao mesmo tempo, estabelece limites que permitem situar o tema no nosso campo de interesse.

CUIDADO ÉTICO

Uma das múltiplas formas de abordagem da ética a considera como dimensão “fundamentada por normas e princípios que norteiam o comportamento humano, visando o bem individual e coletivo” (Seguro et al., 2008, p. 10). Sob esse ponto de vista, os seres humanos não nascem éticos, já que esta é uma construção histórica oportunizada pelas relações e vivências que os sujeitos experienciam ao longo da vida em sociedade.

As ações de cuidado podem ser analisadas no campo da ética quando envolvem relações que valorizam a própria vida e a complexidade das escolhas do Outro (SEGURO *et al.*, 2008). Nessa perspectiva, o cuidado se apresenta por meio da valorização das relações interpessoais, da escuta e da compreensão do sofrimento (Zoboli & Pegoraro, 2007).

Nesse tipo de relação, quem cuida não representa um ente soberano e detentor do conhecimento, mas alguém que pode ser afetado pelo sofrimento do Outro, que assume uma postura de responsabilidade sobre as dores e angústias daqueles que buscam uma relação de ajuda (Almeida & Junior, 2010). Nesse sentido, desenvolver um cuidado ético para com o outro é trazer para si o encargo pelo indivíduo e seu sofrimento. É valorizar as particularidades daqueles que se dispõem e confiam em serem cuidados por outrem.

O cuidar do Outro envolve diversas questões que são importantes e significativas no processo relacional entre profissional e cliente. Em um cenário de prática clínica em saúde mental, essas questões exigem, principalmente dos profissionais, uma conduta ética e uma postura que nem sempre é fácil de operar. Puggina e Silva (2009) ao abordarem a relação entre ações terapêuticas e éticas recomendam algumas atitudes ao profissional que atua nesse contexto.

Segundo as autoras, ele deve “ser mais consciente de si”, “estar centrado na relação” e “estar atento à comunicação não verbal”. Nesse sentido, “ser mais consciente de si” implica que o profissional, quando imerso na complexidade da ação cuidadora, tenha consciência das suas potencialidades e limitações, assim como de seus temores e receios. Essa percepção sobre si mesmo amplia as possibilidades interativas que o qualificam para as ações de cuidado.

“Estar centrado na relação” tem a ver com o dispor-se plenamente para ouvir e acolher o sofrimento do Outro. É dar lugar à voz, às necessidades e ao “silêncio significativo” (Orlandi, 2007, p. 23). “Estar atento à comunicação não verbal”, por sua vez, contribui para perceber o corpo que fala e que se expressa. Colabora também para o estabelecimento do vínculo que é aditado por informações advindas do olhar, do toque e de outros elementos que não se expressam através das palavras (Puggina & Silva, 2009).

Uma compreensão Foucaultiana considera a ética como “prática da liberdade, a prática reflexiva da liberdade” (Foucault, 1987 apud Lunardi, et al., 2004), ou seja, uma ética refletida na liberdade que o sujeito tem para cuidar de si e para cuidar do Outro. É um movimento de aperfeiçoamento pessoal, exercício do livre-arbítrio para governar-se e decidir pelo que é melhor para si e para os outros com os quais se relaciona (Foucault, 1987).

A ética em Foucault também está relacionada à política. Nesta confluência, a liberdade é refletida na autonomia, na atitude de não ser escravo de si mesmo nem do Outro, na garantia de que a vinculação a outras pessoas em um todo social é uma possibilidade factível. No que se refere às práticas clínicas em saúde mental, o cuidado ético é convocado a se fazer presente em vários momentos. No reconhecimento dos limites das profissões; no questionamento das normas operacionais do trabalho e principalmente, na relação com os entes envolvidos nas ações de cunho terapêutico.

CUIDADO POLÍTICO

Refletir sobre o cuidado político exige, primeiramente, compreender que essa dimensão abrange questões que envolvem a conjuntura relacional implicada no cuidado, a estrutura física onde ele acontece, as condições ofertadas para a sua realização e, sobretudo, a forma como o cuidar é visto e compreendido pelos indivíduos que fazem parte deste processo.

Na legislação brasileira, todo cidadão tem direito de acesso aos serviços de saúde, cuja qualidade atenda suas demandas de forma responsável e resolutiva. Porém, o que se observa na prática é uma realidade aquém dessas premissas. A notoriedade da insuficiência desses serviços traduz-se em estruturas precárias, carência de ações humanizadas, equipes multiprofissionais sobrecarregadas que exercem suas funções em

condições de trabalho nem sempre dignas, dentre outras situações que interferem diretamente na qualidade de vida dos envolvidos e na qualidade do cuidado ofertado (Simões et al., 2007).

Apesar das transformações pelas quais a assistência à pessoa em sofrimento mental passou ao longo dos anos, ainda se observa no cotidiano das práticas de cuidado, ações de cunho reducionista que muitas vezes reforçam a violação dos direitos desses indivíduos. O modelo biomédico predominante adita essa problemática, principalmente por desconsiderar dimensões do humano – sociais, espirituais, relacionais, que se mostram fundamentais para a abordagem das demandas dos usuários que chegam aos serviços.

Questionar esse modelo, portanto, também faz parte de um cuidado politicamente engajado. Significa a defesa de ideais que caminham na contramão de ações superficiais, que deixam de abarcar questões relevantes envolvidas no cuidar de pessoas em sofrimento mental multidimensionalmente fragilizadas (Malta & Merhy, 2010).

Em um modo de cuidado político, o indivíduo interage como cidadão dotado de direitos, de autonomia e de poder de decisão sobre si e sobre as suas reais necessidades. Ao profissional cuidador, cabe dar voz a esse indivíduo, proporcionando-lhe um espaço acolhedor, de escuta e que permita o exercício de seu papel como um ator social inserido em um contexto que, muitas vezes, está vinculado ao conjunto das suas demandas em saúde mental (Mandú, 2004).

Sob essa perspectiva, o ser humano é compreendido enquanto um ser de atitudes reflexivas, capaz de olhar para si mesmo e refletir sobre os problemas que o afetam (Erdmann, et al., 2006). Como um usuário dos serviços de saúde mental e cidadão, ele participa ativamente das ações de cuidado e transforma-se em sujeito da ação. É capaz de provocar mudanças na forma de se relacionar com o outro, expressar seus desejos, vontades e preocupações. Mostra-se, desse modo, disponível ao cuidado (Merhy; Feuerwerker & Cerqueira, 2010).

O profissional que atua sob as noções de um cuidado político deve promover espaços democráticos de resgate da autonomia e cidadania, favorecendo a relação de troca de saberes, vivências e experiências (Teixeira, 2003). Nesse sentido “o cuidado é entendido a partir de seu potencial disruptivo, capaz tanto de emancipar pessoas, possibilitando a construção de sua autonomia, como de tutela-las” (Ballarin; Carvalho & Ferigato, 2009, p. 222).

A politicidade do cuidado entra em cena questionando essa última ideia. Para isso, fomenta a perspectiva de que o sujeito que recebe o cuidado é corresponsável por ele, e não submisso ao cuidador. Profissionais atuantes nesse processo percebem a qualidade das ações e a autonomia política como um direito e não como um favor. Além disso, valorizam:

O ser humano como ser do cuidado e ator das práticas de saúde. Um ser político capaz de participar ativamente na sociedade no exercício da sua autonomia e na luta dos seus direitos. Pelas ações que dinamiza e informações que recebe e busca a respeito da sua prática, o ser político se mostra como um ser também cultural. Seus anseios e esperanças, seus modos aceitar as inovações e a relação que estabelece com seus semelhantes, com sua equipe de trabalho, o consagra como um ator social, sujeito de suas ações (Erdmann et al., 2006, p.484).

CUIDADO TÉCNICO-INSTRUMENTAL

Do ponto de vista técnico-instrumental é importante que se compreenda que nessa perspectiva, o cuidado não está restrito à técnica, mas, utiliza-se dela como recurso balizador das relações e dos encontros. O cuidado técnico-instrumental, geralmente, é valorizado na assistência à saúde da população em geral e, partir dele, os profissionais direcionam ações fundadas em um modelo de relação sujeito/objeto, estabelecendo intervenções nas quais as singularidades são deixadas em segundo plano, destacando-se a supervalorização das *hard sciences* e seus recursos (Carvalho; Bosi & Freire, 2008).

É indiscutível que a inserção da tecnologia nas práticas de saúde oportunizou um maior acesso da população a tratamentos mais complexos, antes reservados a uma minoria. A introdução de aparelhos e medicamentos de última geração beneficiaram as pessoas que necessitavam do serviço público para diagnósticos mais precisos e terapias mais específicas (Simões, et al., 2007). Por outro lado, a “crença na onipotência da técnica fez cair no esquecimento a importância da qualidade da relação entre o profissional e o usuário” (Selli, et al., 2008, p 85). É a partir desta relação que o profissional pode conhecer a história do sujeito, seus conflitos e dúvidas, a fim de compreendê-lo como um ente dotado de subjetividade. Soma-se a isto, a realidade dos serviços que, de modo geral, não contribuem para a valorização dessa relação, pois, muitas vezes, está impregnado pelo ideal produtivo que o cerca (Simões et al., 2007).

Quando um profissional se propõe a cuidar de uma pessoa, ele está se propondo também a ouvir, a preocupar-se e a zelar pelo indivíduo não restringindo sua atuação. Nesse sentido, o cliente necessita ser visto de forma ampla, sem a clássica estratificação em aspectos físicos, emocionais ou sociais (Carvalho; Bosi & Freire, 2008). Deve-se entender também que, por vezes, um desses aspectos pode predominar e demandar mais atenção que outro, entretanto, não se pode limitar o olhar para apenas um deles e, muito menos, anular a ligação que os entrelaça. Isto é potencializado pela

construção de vínculo entre profissional e usuário, onde o foco da ação é a relação e seus desdobramentos, e não somente um conjunto de procedimentos encadeados que, muitas vezes, não fazem nenhum sentido para quem deles participa (Corbani; Brêtas & Matheus, 2009).

Nos dispositivos de atenção à saúde mental, usuários que se deparam com um cuidado exclusivamente técnico-instrumental tendem a cair em uma espécie de limbo assistencial, sem que se consiga obter um encaminhamento plausível às suas demandas. Os profissionais responsáveis não conseguem ajustar uma conduta adequada e, tampouco, o cliente permite-se envolver nas atividades terapêuticas disponibilizadas. Mantém-se, assim, um usuário vinculado e sem adesão ao serviço, que simplesmente vagueia por entre as ações institucionais. Um errante que, anos a fio, prossegue sem encontrar sentido nas ações para as quais é direcionado (Araujo, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem psicossocial adentrou no cenário da assistência em saúde mental negando os transtornos mentais como objeto único de intervenção. Deslocou o foco para o cuidado à pessoa em sofrimento, à busca pela sua reinserção social e ao respeito a sua singularidade. Essas mudanças, porém, não foram suficientes para a eliminação de formas de “cuidar” que ainda se mostram estigmatizantes e excludentes, “marcas constantes e indelévels de uma herança hospitalar e manicomial que constantemente emulam com o movimento de expansão das fronteiras dos serviços que se propõem ao cuidado dos usuários (Araújo, 2018, p. 87).

Este panorama representa-se um desafio importante para os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde mental, pois exige transformações no modo de pensar e agir sobre o sujeito em sofrimento e requer bases teóricas e práticas que subsidiem ações de cuidado que visem novas maneiras de lidar com o Outro (Barros; Oliveira & Silva, 2007).

Nessa perspectiva, valoriza-se a abrangência do olhar sobre o sujeito e seu sofrimento, prevalecendo o “cuidar” sobre o “tratar”. Essa inversão valorativa representa uma nova compreensão do processo que envolve a atenção dispensada às pessoas em sofrimento mental e não apenas uma mudança de nomenclatura.

[...] a assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela co-responsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de

possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais (Amarante, 2007 apud Pinto, 2008, p.23).

Em sentido lato, um cuidado psicossocial genuíno se sustenta na centralidade de ações voltadas às demandas do cliente a partir de sua rede de relações, sem perder de vista o papel do vínculo, da atitude de interesse pelo Outro, da escuta poética que, nos termos de Maroni (2008, p. 33) se dá com “a escuta sensível do real, escuta que não exclui; pelo contrário, valoriza a ambiguidade, a ambivalência; que revela o paradoxo; escuta capaz de abrir-se para o caos, a desordem, o obscuro [...]; escuta do silêncio”. Trata-se de um movimento que valoriza a intersubjetividade, pois é dela que fluem novos sentidos que potencializam a apropriação da vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida, D.V; Júnior, N.R. (2010). Ética, Alteridade e Saúde: O cuidado como compaixão solidária. *Centro Universitário São Camilo*, v.4, n.3, p. 337-342, 2010.
- Araújo, L. S. (2015). *Religiosidade e saúde mental em um Caps de Belém do Pará: cenas de um enredo cultural*. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. 463p.
- _____. (2018). A reforma psiquiátrica já deu o que tinha que dar? Reflexões da equipe de um caps de Belém. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* v. 10, n. 1, p. 73-90.
- Ayres, J.R. (2004). Normas e Formação: horizontes filosóficos para práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.583-592.
- Ballarin, M.L.G.S; Carvalho, F.B.C & Ferigato, S.H. (2009). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O mundo da Saúde São Paulo*, v. 33, n.2, p. 218-224.
- Barros, S; Oliveira, M.A.F & Silva, A.L.A. (2007). Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enfermagem USP*, v. 41 (esp), p. 815-819.
- Basaglia, F. (1981). La comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico – realtà e prospettive. IN: BASAGLIA, F.O. (org). *Basaglia critici* I. Torino. Einaudi.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2013). *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Casanova, M. A. (2013). *Eternidade frágil: ensaio de temporalidade na arte*. Rio de Janeiro: Via Vértice.

- Contatore, O. A.; Malfitano, A. P. S.; Barros, N. F. (2019). Por uma Sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 1-23.
- Carvalho, L.B; Bosi, M.L.M & Freire, J.C. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n.4, p. 700-706.
- Corbani, N.M.S; Bretas, A.C.P & Matheus, M.C.C. (2009). Humanização do cuidado em enfermagem: O que é isso?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n.3, p. 349-354.
- Costa, I. I. (2017). A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (RE) Pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. IN: Faria, N.J.; Holanda, A. F. (Orgs.). *Saúde mental, sofrimento e cuidado*. Curitiba: Juruá, p. 65-94.
- Critelli, D. (2002). Martin Heidegger e a essência da técnica. *Margem*, n.16, p. 83-89.
- Erdmann, A.N. (2006). Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, v.15, n. 3, p.483-491.
- Foucault, M. (1987). *Hermenêutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta.
- Gilligan, C. (2011). *Joining the Resistance*. Cambridge: Polity Press.
- Grabois, P.F. (2011). Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico á antiguidade. *Ensaios Filosóficos*, v.3, p. 105-120.
- Grossi, M. P. (2004). Masculinidades: uma revisão teórica. *Antropologia em primeira mão*, n.1, v.1, p.1-37.
- Heidegger, M. (1969). *O caminho do campo*. São Paulo: Duas cidades.
- _____. (2007). A questão da técnica. *Scientiæ Zudia*, v. 5, n. 3, p. 375-98.
- _____. (2015). *Ser e tempo*. 10.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco.
- Josgrilberg, R. S. (2004). A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir. IN: Pokladeck, D. D. (Org.). *A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional*. São Paulo: Vetor, p. 31-59.
- Kohlrausch, E.et al. (2000). As várias faces do contato no cuidar. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, v.21, n. esp, p. 15-32.
- Kuhnen, T. A. (2014). A ética do cuidado como teoria feminista. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, p.01-09.
- Lunardi, V.L. et al. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros nas práticas de Saúde. *Rev. Latino-am de Enfermagem*, v.12, n.6, p. 933-939.
- Malta, D.C & Merhy, E.E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interfaces, Comunicação e Saúde*, v.14, n.34, p.593-605.
- Mandú, E.N.T. (2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.12, n. 4, p. 665-675.

- Maroni, A. A. (2008). *E por que não? tecendo outras possibilidades interpretativas*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Merhy, E.E; Franco, T.B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, v.28, n.65. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_e_merson_merhy_tulio_franco.pdf. /Acesso em 18 de agosto de 2019.
- Merhy, E.E; Feuerwerker, L.C.M & Cerqueira, M.P. (2010). Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. IN: Franco, T.B, Ramos, V.C, *Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo.
- Novaes, A. (2009). Entre dois mundos. IN: _____ (Org.). *A condição humana: as aventuras do homem em tempos de mutações*. Rio de Janeiro: Agir; São Paulo: Edições SESC SP.
- Oliveira, M. F. V & Carraro, T. E. (2011). Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, n. 64, v. 2, p. 376-80, Brasília.
- Oliveira, D. V. (2015). *A técnica como modo de existência em Gilbert Simondon: tecnicidade, alienação e cultura*. Curitiba, São Carlos, v. 2, n. 1, p. 83-98.
- Orlandi, E.P. (2007). *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 6 ed. Campinas, SP: Editora Unicamp.
- Peixoto, A. J. & Holanda, A. F. (2011). *Fenomenologia do Cuidado e do Cuidar*. Curitiba: Juruá.
- Pinto, A.G.A. (2008). *Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Puggina, A.C.G; Silva, M.J.P. (2009). Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. *Rev. Min. Enfermagem*, v.13, n.4, p.599-605.
- Rocha, Z. A. (2011). Ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. *Síntese. Revista de Filosofia*. Belo Horizonte, v. 38, n. 120, p. 71-90. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1037/1461>. Acesso em 28 de julho de 2019.
- Seguro, A.O. (2008). O cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v.2, n.2, p. 1-14.
- Selli, L. et al. (2008). O cuidado na ressignificação da vida diante da doença. *O Mundo da Saúde São Paulo*, v.32, n.1, p.85-90.
- Simões, A.L.A. (2007). A humanização do atendimento no contexto atual da saúde: uma reflexão. *Rev. Min. Enfermagem*, v.11, n.11, p. 81-85.
- Straube, K. M. (2007). *Da família pensada à família vivida: estigma, infertilidade e as tecnologias conceptivas*. Curitiba: UFPR: Departamento de Ciências Sociais. p.185.

- Teixeira, R.R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org). *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Wanzeler, M.C. (2011). *O cuidado de si em Michel Foucault*. Dissertação (Mestrado em Filosofia)- Programa de Pós Graduação em Filosofia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Zoboli, E.L.C & Pegoraro, P.B.B.(2007). Bioética e Cuidado: o desafio espiritual. *O Mundo da saúde São Paulo*, v.31, n.2, p. 214-224.

Nota sobre os autores:

Lucivaldo da Silva Araújo - Professor do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA). Doutor em Psicologia Clínica (PUC/SP). Pós-doutorado em Psicologia (UFPA). Coordenador do Grupo de Pesquisa PRACTO – Práticas Clínica em Terapia Ocupacional (UEPA/CNPQ) e pesquisador vinculado ao NUFEN – Núcleo de Pesquisa Fenomenológicas (UFPA/CNPQ). E-mail: lucivaldoaraujo@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1913486630666649>.

Juliana Ferreira Bassalo - Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade de Pernambuco (UPE) na área de Saúde Mental. E-mail: bassalo46@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6198193732406571>.

Recebido: 15/08/2019.

Aprovado: 21/10/2019.